Pengelolaan Kesehatan Masyarakat Kondisi Bencana

enyusunan buku saku pengelolaan kesehatan masyarakat dalam situasi bencana dimaksudkan untuk menjadi salah satu buku panduan praktis bagi tenaga kesehatan dan masyarakat yang terlibat dalam pengelolaan bencana di Indonesia. Buku saku yang penyusunannya diinspirasi oleh pengalaman dalam musibah gempa tektonik di Yogyakarta 27 Mei 2006 lalu ini memuat langkah-langkah pengelolaan bencana mulai dari pengkajian (assessment) masalah kesehatan dalam kondisi bencana (termasuk aspek psikis), perencanaan dan pengelolaan kesehatan masyarakat, aspek-aspek yang perlu diketahui dalam koordinasi lintas institusi dalam kondisi bencana, komunikasi, monitoring (pemantauan) perkembangan kesehatan masyarakat dalam kondisi bencana sampai dengan evaluasi program. Dijelaskan juga bagaimana tenaga kesehatan dapat melatih pihak lain agar mampu melaksanakan tugas yang sama (multi level helping).

Selain tentang pengelolaan kesehatan masyarakat dalam situasi bencana, buku saku ini juga memuat pengelolaan kesehatan mental masyarakat terpadu yang langkah-langkahnya hampir sama dengan pengelolaaan kesehatan masyarakat. Pengelolaan kesehatan mental masyarakat terpadu ini berisi program pelayanan kesehatan mental terpadu pasca bencana, yang memuat langkah langkah pelayanan kesehatan mental terpadu dalam menghadapi kegawatdaruratan, tahap rehabilitasi pasca bencana dan diakhiri dengan pengelolaan kesehatan mental masyarakat setelah situasi kembali normal.

Baqian terakhir dari buku saku ini berisi langkah-langkah pembuatan tempat tinggal sementara atau permanent dan juga pendampingan benenjang ganda yang ditujukan untuk melakukan pendampingan pada setiap tahap situasi yang dihadapi oleh masyarakat. Pada bagian akhir, buku saku ini ditutup dengan catatan akhir yang berisi tentang latar belakang dan tujuan dibuatnya buku saku serta rekomendesi-rekomendasi yang ditujukan untuk semua pihak yang menggunakan buku saku sebagai acuan dalam menghadapi bencana.





CENTER FOR HEALTH POLICY AND SOCIAL STUDIES

GRHA YUDISTIRA, Ji. Kaliurang Km. 10 (Pasar Gentan ke Timur 600m) Gg. Yudistira No. 898, RT. 01 RW. 09. Dukuh, Sinduharjo, Ngagik, Sleman

mm@yogya.wasantara.net.id, pokpm@indosat.net.id

ISBN 978-979-15034-1-9

Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana







Pusat Studi Kebijakan Kesehatan dan Sosial (The Center for Health Policy & Social Studies) Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, R. (2006). Metode "3 Faktor" untuk Assesment Cepat tentang Dampak Psikologis Bencana Gempa Bumi: Sebuah Laporan Pendahuluan. Makalah disajikan pada Konggres Kesehatan Mental ASEAN X di Jakarta, tahun 2006.
- WHY. (2002).Atlas: Country profiles of mental health resources. Geneva

8003

10. TAHAP REHABILITASI

Rahmat Hidayat, Johana E. Prawitasari

A. GAMBARAN SITUASI

(1) Kondisi lingkungan dan sarana fisik

Rumah tinggal. Sampah-sampah dan material bangunan yang rusak sudah dibersihkan. Proses perbaikan atau pembangunan ulang mungkin sudah dimiliki. Bila lingkungan semula tidak mungkin dihuni lagi, keputusan relokasi sudah diambil, korban mungkin sudah menerima di mana mereka akan selanjutnya bertempat tinggal.

Tempat pengungsian. Sebagian besar korban sudah tidak tinggal di tenda, melainkan di bangunan-bangunan barak semi-permanen. Bila di *camp* pengungsian, sudah tertata lingkungan hunian yang baru: tempat aktivitas bersama (misal, lapangan bola / bola volley, badminton). Namun semuanya dalam kerangka kesementaraan: pengungsi melihatnya sebagai solusi sementara waktu.

Sarana umum. Hampir semua sarana umum sudah berfungsi sepenuhnya, sekalipun mungkin masih menggunakan sarana darurat. Bangunan dan alat-alat kerja / belajar mungkin masih bersifat darurat. Namun aktivitas masyarakat bisa berjalan secara reguler.

(2) Kondisi lingkungan sosial dan infrastruktur sosial

Fungsi keluarga. Pada tahap ini, keluarga berfungsi sepenuhnya. Tempat tinggal darurat (di barak pengungsian atau di lokasi sendiri) menjadi basis bagi keberfungsian keluarga. Pencari nafkah pada umunya telah bekerja kembali. Pihak lain, ibu rumah tangga sudah bisa menjalankan kegiatan produksi rumah tangga: masak, mencuci, menata rumah, mengasuh anak, dan lain-lain. Akses informasi dan hiburan seperti radio dan TV mungkin sudah ada. Hambatan yang masih ada: kenyamanan tempat tinggal, privasi. Unsur-unsur emosional yang disebabkan oleh hambatan tersebut masih umum ditemukan.

Fungsi ketetanggaan. Sudah mulai berjalan sepenuhnya fungsi tersebut. Bahkan pada satuan masyarakat yang baru dibentuk, misalnya *camp* pengungsian, seperti di Aceh, mereka sudah mulai diterima dan menjalankan perannya. Pengambilan keputusan dan pemecahan masalah kolektif mulai berjalan.

Fungsi dukungan luar. Bala keselamatan sudah ditarik. Yang tinggal adalah bala pemulihan (*relief workers*). Mereka pun mulai mengurangi aktivitas. Kapasitas masyarakat sendiri mengambil alih pekerjaan mereka. Hal kritis: bila terjadi penurunan *supply* dan *demand* di tingkat masyarakat korban. Selama *relief team* beroperasi, terjadi *supply capital* dan *demand* terhadap *service* (tenaga kerja) dan *commodities* di masyarakat lokal. Pengurangan aktivitas *relief team* mungkin berakibat pengangguran dan menurunan demand produk ekonomi yang lain. Berpengaruh terhadap kesejahteraan ekonomi idividu dan rumah tangga. *Honeymoon period* mulai berakhir.

(3) Kondisi sosial-psikologis dan kesehatan mental

Selepas periode kegawatdaruratan, keteraturan hidup telah kembali dalam masyarakat korban. Sekalipun semua hal masih dalam kondisi kesemtaraan, misal, rumah, sekolah bagi anak, pekerjaan bagi orang tua, dan program bantuan hidup yang lain. Masyarakat telah bisa menjalankan aktivitasnya secara rutin. Hal ini memberikan dimensi baru pada permasalahan kesehatan mental.

Gejala-gejala perilaku yang terkait dengan pengalaman traumatik mulai bergeser ke arah permasalahan-permasalahan kesehatan mental yang menetap. Secara kuantitatif, jumlah kasus yang dihadapi akan menurun secara signifikan, namun secara kualitatif permasalahan memerlukan keahlian di bidang kesehatan mental yang semakin besar. Masalah-masalah tersebut bercirikan gejalagejala psikologis pasca trauma. Berbagai gejala dapat dikelompokkan dalam empat gangguan perilaku: Gangguan Stress Pasca Trauma, Gangguan Kecemasan Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder), Kesedihan Berlebihan (Abnormal Bereavement), dan Depresi Pasca Trauma (Post Traumatic Depression).

Gangguan Stress Pasca Trauma (GSPT). Ganguan ini merupakan tanggapan berkepanjangan dan/atau tertunda terhadap pengalaman mencekam ketika bencana terjadi. Masa latent dari terjadinya bencana sampai munculnya gejala perilakubisa berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, namun jarang sampai melebihi enam bulan. Pada beberapa kasus, gangguan muncul setelah beberapa puluh tahun setelah mengalami peristima traumatis. Namun yang terakhir ini secara teknis digolongkan dalam jenis gangguan yang lain, yakni gangguan perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katastrofa (PPDGJ III).

Gejala-gejala GSPT:

- Mengalami kembali terus menerus peristiwa traumatis. Ingatan kembali yang mengganggu tentang peristiwa bencana terus menerus muncul. Mimpi buruk tentang peristiwa bencana sering dimainkan kembali. Tekanan psikologis atau reaksi fisiologis dialamii ketika ada tandatanda internal atau eksternal yang menyimbolkan atau mirip aspek traumatik atau pengalaman yang terjadi ketika korban seolah-olah bertindak atau merasa peristiwa itu terjadi lagi. Pada anak-anak: kemungkinan terjadi mereka memainkan permainan yang diulang-ulang dengan tema atau aspek trauma; menindaki kembali peristiwa traumatik; trauma-specific re-enactments of the events may take place, and there may be frightening dreams without recognizable content.
 - Penghindaran terus menerus stimuli yang berkaitan dengan trauma dan bebas terhadap penanggapan umum: usaha untuk menghindari pikiran atau perasaan atau pembicaraan tentang bencana; usaha untuk menghindari kegiatan, tempat, atau orang yang mengingatkan korban pada trauma; ketidakmampuan untuk mengingat bagian

pengalaman bencana; minat atau keterlibatan dalam kegiatan penting terlihat menghilang; perasaan menarik diri atau mengasingkan diri dari orang lain; kisaran perasaan yang terbatas; atau rasa putus asa pada masa depan; tanpa harapan untuk menjalani hidup normal kemungkinan terjadi pada korban.

Gejala peningkatan terus menerus: kesulitan tidur atau tetap tidur; cepat marah atau mengamuk; kesulitan berkonsentrasi; sangat waspada; tanggapan terkejut berlebihan mungkin dialami korban.

Di negara-negara berkembang, gangguan **penarikan diri** dan **gejala membeku** tidak sebanyak yang dilihat di negara-negara maju. Sebaliknya, **gangguan disosiatif** dan kondisi-kondisi seperti **kesurupan** lebih umum ditemukan daripada di negara maju.

Gangguan kecemasan menyeluruh. Ciri-ciri gangguan kecemasan menyeluruh meliputi:

- <u>Kecemasan dan kekhawatiran terus</u> tentang berbagai kejadian atau kegiatan (tidak mutlak tentang bencana dan konsekuensinya).
- Sangat sulit bagi korban untuk mengendalikan kekhawatiran tersebut dan proporsi kekhawatiran sangat jauh dari kenyataan. Hal itu menggangu perhatian pada tugas yang sedang dikerjakan.
- Kecemasan dan kekhawatiran berkaitan dengan gejala seperti kegelisahan atau perasaan putus asa; cepat lelah, kesulitan berkonsentrasi atau pikiran kosong; cepat marah; ketegangan otot; dan kesulitan jatuh tertidur atau tetap tidur.

Dukacita yang berlebihan. Proses yang normal setelah ditinggal mati seseorang yang dicintai: rasa tidak percaya dan pengingkaran, diikuti mati rasa (membeku), kemudian kesadaran pelan-pelan mulai menguat diikuti perasaan sedih yang kuat, kerinduan yang sangat pada orang yang kita cintai, mungkin diikuti perasaan marah mengapa dia diambil lebih dulu, kecemasan tentang masa depan tanpa kehadiran orang tersebut. Dengan berjalannya waktu, orang mulai menerima apa yang telah terjadi dan kembali menjalani hidup yang wajar.

Peristiwa luar biasa yang melibatkan baik korban maupun orang yang dicintainya tersebut membuat siklus dukacita tiap kali akan kembali. Kondisi kehidupan pasca bencana yang lain sama sekali mungkin membuat ketergantungan terhadap yang sudah meninggal semakin menguat. Selain itu, ketidakmampuan korban untuk menguburkan atau merawat jenazah selayaknya akan menjadi beban seumur hidup. Peristiwa-peristiwa terakhir, pada saat korban berjuang menyelamatkan diri, disertai menyaksikan proses meninggalnya korban, akan menjadi ingatan yang menghantuinya.

Hal-hal tersebut menyebabkan munculnya gejala-gejala gangguan berikut ini:

Kesedihan yang dikekang: yang bersangkutan mematikan rasa, berlebihan dalam mengendalikan emosi, atau tidak bisa menunjukkan apa pun perasaannya. Sekilas mereka terlihat sangat kuat menghadapi cobaan. Namun, gejala ini biasanya akan terkait dengan gangguan depresi dan kecemasan di kemudian hari.

- Perwujudan dukacita yang tidak sepatutnya: alih-alih bersedih, yang bersangkutan menunjukkan kemarahan dan kebencian atas kematian tersebut Kemarahan tersebut bisa ditujukan pada apa pun atau siapa pun yang terkait, sekalipun tidak terlibat dengan kematian itu sendiri. Sebagai contoh, relawan bencana mungkin menjadi sasaran, semata karena kesamaan konteks bencana yang ada.
- <u>Dukacita yang kronis</u>: kesedihan tak kunjung surut sampai
 6 bulan lebih dari kematian orang yang dicintainya.
- <u>Depresi</u>: muncul gejala-gejala susah tidur atau tidur terus, tidak mau makan atau makan terus, rasa ingin mati mengikuti orang yang dicintai, menangis tanpa henti, rasa tidak berharga untuk hidup, putus asa, merasa bahwa masa depan gelap.
- Rasa bersalah yang berlebihan: merasa bahwa semua merupakan kesalahannya ketika ia tidak mampu memberi pertolongan pada orang yang dicintainya, merasa bahwa ia gagal melindungi orang-orang yang menjadi tanggungjawabnya, menyalahkan diri terus menerus tanpa mampu menghentikannya.

Depresi Pasca Trauma. Merupakan gejala yang paling banyak diamati pada tahap rehabilitasi. Gejala ini mungkin berdiri sendiri, atau terkait dengan gangguan lain sebagaimana diuraikan di atas. Yang paling sering adalah keterkaitan dengan GSPT (Ehrenreich, 2001 dalam Hidayat, 2006).

Gejala-gejala: kesedihan, lamban dalam melakukan segala aktivitas, gangguan tidur (sulit tidur maupun tidur yang berlebihan), kelelahan atau kehilangan energi, selera makan yang menurun (atau justru meingkat secara berlebihan), sulit berkonsentrasi, apatis atau perasaan tak berdaya, hilang gairah terhadap kesenangan hidup, penarikan diri dari hubungan sosial, perasaan bersalah, dan tanpa harapan.

(4) Kondisi infrastruktur kesehatan mental

Pada tahap rehabilitasi, pemulihan infrasktruktur kesehatan mental di daerah bencana diharapkan telah berjalan. Bantuan tenaga dari luar mungkin telah didatangkan. Selain itu, personalia dari lembaga-lembaga layanan kesehatan mental barangkali telah dapat berfungsi kemabli.

Di luar infrastuktur yang normal, pada umumnya mulai terjadi koordinasi antara tim-tim yang menjalankan program psikososial dan kesehatan mental. Pertemuan rutin mingguan biasanya telah dijalankan. Satu hal yang patut diwaspadai, tim-tim tersebut pada umumnya terdiri atas bala pemulihan yang bekerja dengan kontrak jangka pendek. Fenomena yang didapatkan di Aceh menunjukkan adanya pergantian personalia yang sedemikian cepat. Akibatnya pertemuan koordinasi seringkali menjadi forum perkenalan (pribadi dan program) yang selau diulang dari minggu ke minggu.

B. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP PROGRAM

Program kesehatan mental terpadu pada tahap rehabilitasi bertujuan untuk:

- Memberikan dukungan psikososial dan kesehatan mental kepada masyarakat untuk mengatasi masalah-masalah psikososial dan kesehatan mental.
- Meningkatkan kapasitas masyarakat korban bencana dalam bidang-bidang psikososial dan kesehatan mental pasca bencana.
- Memulihkan infrastruktur kesehatan mental, atau membangun infrastuktur yang baru, untuk penangan masalah-masalah kesehatan mental pada masa-masa selanjutnya.

Tujuan ini berbeda dengan tujuan program kesehatan mental terpadu pada tahap gawat darurat. Pada tahap tersebut program ditujukan untuk membantu masyarakat korban segera berfungsi kembali secara normal. Pada tahap rehabilitasi, keberfungsian secara normal itu diharapkan telah tercapai. Karena itu program pada tahap ini ditujukan pada akar-akar permasasalahan psikososial dan kesehatan mental. Selain itu, program pada tahap ini berintikan pada prinsip pemberdayaan dan partisipasi oleh masyarakat korban.

Program kesehatan mental pada tahap rehabilitasi dapat diperinci ke dalam sejumlah aktivitas, yakni:

- Comprehensive assessment (assessment menyeluruh) terhadap permasalahan kesehatan mental. Hal ini telah dijelaskan pada bab sebelumnya.
- (2) Program layanan dan bantuan untuk korban melalui sistem rujukan yang baku.
- (3) Program layanan dan bantuan psikologis untuk relawan dan pekerja bantuan.

(4) Rehabilitasi (atau bila dipandang perlu: inisiasi) prasarana kesehatan mental yang terpadu.

Bagian-bagian selanjutnya menguraikan komponen-komponen di atas secara terperinci.

C. KOMPONEN PROGRAM

1. Dukungan psikososial

Tujuan. Program psiksosial pada tahap rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan lembaga-lembaga sosial dan jaringan sosial yang penting bagi keberfungsian mental dan sosial masyarakat korban.

Ilustrasi: Seluruh program psikososial pada tahap gawat darurat perlu dijaga keberlangsungannya pada tahap ini. Selain itu, program-program psikososial yang sebaiknya baru dimulai pada tahap rehabilitasi adalah:

(1) Kelompok bantu diri: Fasilitasi kegiatan kelompok-kelompok masyarakat yang sudah ada sebelumnya untuk berperan sebagai kelompok bantu diri (self-help groups). Kelompokkelompok yang biasanya ditemukan pada masyarakat: Kelompok Dasa Wisma (perempuan), kelompok arisan (perempuan), karang taruna (remaja), kelompok olah raga (remaja), kelompok pengajinan (perempuan, laki-laki). Fasilitasi dilakukan untuk menggunakan pertemuan rutin masing-masing dari kelompok tersebut untuk sharing bantu-diri. Di dalam pertemuan tersebutan kesulitankesulitan emosional dan ekonomis diangkat sebagai permasalahan bersama.

- (2) Program edukasi psikososial melalui media massa: Pesanpesan edukatif dan affirmatif dapat disampaikan melalui
 berbagai media komunikasi massal. Pesan edukatif berisi
 informasi tentang berbagai permasalahan psikologis dan
 cara-cara mencegah dan menanganinya. Pesan affirmatif
 disampaikan bila terlihat dinamika positif di dalam
 masyarakat. Misalnya, ketika terlihat tanda-tanda
 masyarakat mulai melakukan gotong royong untuk
 membenahi fasilitas bersama, pesan affirmatif
 dapat disampai untuk meningkatkan semangat
 masyarakat. Media komunikasi massal yang dapat
 digunakan diantaranya adalah brosur, spanduk, poster,
 klip iklan radio, dan koran.
- (3) Program hiburan bagi masyarakat: Untuk memberikan sarana pelepasan sejenak dari kesulitan-kesulitan hidup, program hiburan semacam pentas musik atau pemutaran film dapat dilakukan. Namun, pertimbangan kelayakan budaya dan agama patut benar-benar diperhitungkan. Selain itu, keberlanjutan program semacam ini perlu dipertimbangkan, sehingga manfaat yang didapatkan pun bersifat berkelanjutan.
- (4) Program-program income generating. Untuk mencegah ketergantungan terhadap bantuan, program kerja padat karya perlu dihentikan ketika tahap emergency sudah berakhir. Sebagai pengganti, program-program income generating perlu digalakkan. Termasuk dalam program ini misalnya bantuan alat kerja dan faktor produksi lain yang rusak akibat bencana. Selain itu, pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan pun akan bermanfaat.

Pelaksanaan: Program psikososial dapat dijalankan oleh relawan umum. Selain itu, program-program dari sektor lain bisa memiliki aspek positif pada kondisi psikososial masyarakat. Untuk itu, mereka yang bergerak di bidang kesehatan mental dapat bertindak sebagai pemberi saran terhadap desain dari program bidang lain, misalnya bidang kesejahteraan dan perekonomian.

2. Bantuan psikologis

Tujuan. Memberikan bantuan psikologis kepada survivor yang mengalami kesulitan-kesulitan emosional dan perilaku sebagai akibat dari bencana, agar yang bersangkutan bisa berfungsi secara normal.

Ilustrasi program:

Seluruh program pada tahap emergency perlu dijaga keberlanjutannya pada tahap ini. Program "jemput bola" mungkin bisa dihentikan bila masyarakat telah memilki kemampuan mobilitas yang memadai. Bantuan personalian pada institusi kesehatan juga dapat dikurangi, atau diintegrasikan sebagai pemekaran personalia pada institusi tersebut.

Beberapa program yang sebaiknya dimulai pelaksanaannya pada tahap rehabilitasi adalah:

(1) Konseling melalui media massa. Medium yang paling effektif adalah siaran radio inteaktif. Program ini dapat dilaksanakan dengan skala sempit yakni hanya di daerah bencana. Namun, program ini juga bisa dilaksanakan dalam skala nasional, dengan melibatkan seluruh elemen masyarakat. Konsep ini telah dikembangkan oleh Crisis Center Fakultas Psikologi UGM, namun sampai saat ini belum terlaksana. Untuk lebih jelasnya silahkan lihat di Box 1.

- (2) Pelatihan deteksi dini gangguan kesehatan mental untuk paramedis, guru, tokoh-tokoh masyarakat.
- (3) Dan lain-lain.

Langkah persiapan yang mendasar untuk operasional program bantuan psikologis pada tahap ini adalah terbetuk tim yang kuat. Selain itu kerjasama lintas instansi sangat menentukan keberhasilan.

3. Perawatan kesehatan mental

Tujuan. Memberikan perawatan kesehatan mental kepada korban bencana yang mengalami gangguan kesehatan mental pada taraf yang signifikan.

Prinsip-prinsip program perawatan kesehatan mental pada tahap rehabilitasi sama dengan tahap emergency. Program yang dijalankan pada tahap emergency semestinya dijaga keberlangsungannya.

Program-program yang seyogyanya mulai dilaksanakan pada tahap rehabilitasi:

- Memperbesar kapasitas lembaga layanan kesehatan mental: menambah jumlah personalia, pelatihan dan pendidikan spesialis.
- (2) Membuat atau memberdayakan sistem rujukan kesehatan mental.

- (3) Menguasahakan dukungan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah untuk dana program-program kesehatan mental.
- (4) Dan lain-lain.

D.PENGELOLAAN PROGRAM

1. Perencanaan dan pengorganisasian

Prinsip-prinsip dasar pengelolaan dan pengorganisasian program kesehatan mental pada tahap rehabilitasi adalah:

- Program sebanyak mungkin direncanakan dan dijalankan oleh kapasitas lokal. Peran dari external agencies adalah memberikan bantuan teknis.
- Program dilaksanakan berdasarkan prinsip adanya buktibukti efektivitas program.
- (3) Sistem referral.
- (4) Partisipasi luas dari segenap eksponen kesehatan mental.

2. Monitoring dan Evaluasi

Kondisi pada tahap rehabilitasi menuntut adanya monitoring dan evaluasi yang bersifat sistematis. Karena rentang waktu pada tahap ini jauh lebih panjang daripada tahap sebelumnya, monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala. Konsekuensi à penyesuaian rancangan program menyusul hasil monitoring dan evaluasi.

Pemantauan [monitoring] terhadap program kesehatan mental terpadu dalam tahap emergency dilakukan terhadap 2 hal:

- · Pemanatuan terhadap implementasi program.
- Pemantauan terhadap dinamika di dalam masyarakat yang terkait dengan program kesehatan mental terpadu.

Pemantauan implementasi program. Tujuan à memantau pelaksanaan rencana kerja (yang merupakan langkah-langkah penanganan permasalahan kesehatan mental). Pemantauan di sisi ini penting untuk stakeholders:

- Bagi survivors dan pihak-pihak yang mewakilinya (pemerintah, masyarakat luar): sejauh mana program kesehatan mental terpadu telah menjawab kebutuhan mereka.
- Bagi perencana program: sejauh mana program yang direncanakan bisa dilaksanakan dan sejauh mana rancangan program menjawab kebutuhan masyarakat.
- Bagi donor: sejauh mana dana yang mereka percayakan pada tim program kesehatan mental terpadu telah dimanfaatkan secara optimal dalam layanan kesehatan mental.

Hal-hal yang harus dipantau:

- " Laporan pelaksanaan kerja dibandingkan dengan rencana kerja.
- " Laporan keuangan dibandingkan dengan rencana anggaran.
- Laporan insiden kritis dalam pelaksanaan program: kecelakaan kerja, mangkir (dan alasan-asalannya), konflik antar anggota tim,

Laporann insiden kritis dalam interaksi antara tim program dengan masyarakat sasaran.

Beberapa hal yang bersifat kritis bagi stakeholder tertentu:

Bagi donor: rasio antara jumlah klien / pasien / subjek yang dilayani secara individual dengan jumlah keseluruhan dana yang dipergunakan. Rasio ini menunjukkan seberapa efisien program yang sudah diimplementasikan. Bagi pemerintah: sejauh mana tanggapan masyarakat terhadap program, sejauh mana koordinasi dengan instansi pemerintah terkait dapat dijalankan.

Pemantauan dinamika masyarakat. Program kesehatan mental terpadu dirancang untuk menjawab kebutuhan yang ada di dalam masyarakat. Di sisi lain, masyarakat senantiasa berubah, baik sebagai akibat keberhasilan program maupun, dan terutama, karena adanya faktor-faktor perubahan yang lain. Perubahan dalam masyarakat mungkin membuat program yang dirancang berdasarkan informasi tentang kondisi masyarakat sekian waktu sebelumnya menjadi tidak tepat lagi. Dalam hal seperti ini penyesuaian perlu dilakukan pada rancangan program.

Karena itu, pemantauan di sisi dinamika masyarakat perlu dilakukan secara terpisah dari pemantaun terhadap implementasi program.

Aspek-aspek di dalam masyarakat yang perlu dipantau:

Mobilitas penduduk: perpindahan tempat tinggal masih mungkin terjadi pada tahap rehabilitasi. Hal ini berpengaruh terhadap keberadaan target program. Selain itu, perpindahan tempat tinggal seringkali diikuti dengan permasalahan-permasalahan psikososial dan kesehatan mental yang baru.

- Insiden kritis dalam masyarakat: tingkat kepuasan masyarakat terhadap seluruh program bantuan, konflik yang ada dalam masyarakat, pergantian-pergantian kebijakan, pergantian kepemimpinan masyarakat, dan lainlain.
- Indikator kesehatan mental: kasus bunuh diri, kasus kekerasan dalam rumah tangga, permintaan obat-obat psikotropika, kasus-kasus dengan indikasi psikosomatis dan somatisasi, kasus kenakakalan anak dan remaja, dan lain-lain.

Evaluasi. Aktivitas pemantauan diharapkan menghasilkan data untuk evaluasi. Bilamana pemantauan didapatkan untuk mendapatkan informasi tentang apa yang senyatanya telah dan sedang dilakukan, dan apa yang senyatanya sedang terjadi di masyarakat, maka evaluasi dilakukan untuk mengenali "apa yang seharusnya."

Evaluasi dilakukan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Apa yang bisa dilakukan untuk mencegah permasalahan kesehatan mental muncul kembali di masa depan? Apa yang bisa dilakukan untuk membuat tanda-tanda positif tentang kemajuan kesehatan mental di masyarakat terus berkembang di masa depan?
- Apa yang bisa dilakukan untuk membuat program lebih mudah dijalankan oleh pelaksana? Apa yang akan membuat pelaksana lebih termotivasi untuk menjalankan program?
- Apa yang bisa dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana? Bagaimana target yang lebih luas bisa dijangkau?

Hal yang bersifat kritis pada tahap ini adalah mempersiapkan keberlanjutan program, terutama setelah masa tanggapan terhadap bencana (tahap emergency dan tahap rehabilitasi) berakhir. Melalui evaluasi perlu dikenali faktor-faktor sustainability dari program.

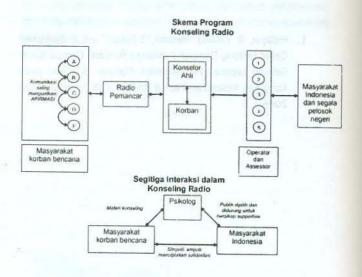
8008

DAFTAR PUSTAKA

 Hidayat, R. (2006). Metode "3 Faktor" untuk Assesmen Cepat tentang Dampak Psikologis Bencana Gempa Bumi: Sebuah Laporan Pendahuluan. Makalah disajikan pada Konggres Kesehatan Mental ASEAN X di Jakarta, tahun 2006.

200

Box 1: Skema konseling radio secara nasional



11. TAHAP REKONSTRUKSI

Rahmat Hidayat, Johana E. Prawitasari

A. GAMBARAN SITUASI

(1) Kondisi lingkungan dan sarana fisik

Rumah tinggal. Rumah-rumah permanen sudah selesai pembangunannya. Masyarakat tinggal di tempat yang mereka sebut sebagai rumah sendiri. Fokus pada penataan rumah: membuat lebih baik, lebih nyaman dihuni. Kehidupan rumah tangga berjalan normal.

Sarana umum. Hampir semua sarana umum sudah berfungsi sepenuhnya di tempat yang permanen. Seluruh fasilitas kembali selayaknya masyarakat yang tidak mengalami bencana.

(2) Kondisi lingkungan sosial dan infrastruktur sosial

Fungsi keluarga dan ketetanggaan. Pada tahap ini, keluarga berfungsi sepenuhnya secara normal. Adaptasi terhadap lingkungan baru sudah berjalan. Semua terasa sebagai kehidupan yang wajar.

Pada korban yang kehilangan suami atau istri, mereka menikah lagi dan membangun keluarga yang baru. Yang kehilangan anak, mereka memiliki anak lagi. Fenomena ini