

# Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana

**P**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 pengelolaan 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.

Bagian terakhir dari buku saku ini berisi langkah-langkah pembuatan tempat tinggal sementara atau permanen dan juga pendampingan berjenjang 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 rekomendasi-rekomendasi yang ditujukan untuk semua pihak yang menggunakan buku saku sebagai acuan dalam menghadapi bencana.



CENTER FOR HEALTH POLICY AND SOCIAL STUDIES

GRHA YUDISTIRA, Jl. Kalurang Km. 10 (Pasar Gentan ke Timur 600m)  
Gg. Yudistira No. 898, RT. 01 RW. 09, Dukuh, Sinduharjo, Ngaglik, Sleman,  
Yogyakarta 55581 - Indonesia  
Telephone/Fax: +62-274-883528  
Email: susimn@yogya.wasantara.net.id, pppkm@indosat.net.id  
Website: www.chpss.org



ISBN 978-979-15034-1-9

# Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana



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

## **II. PENGELOLAAN KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT**

### **8. PROGRAM KESEHATAN MENTAL TERPADU DALAM SITUASI BENCANA**

Rahmat Hidayat, Johana E. Prawitasari

#### **A. Pendahuluan**

**Mengapa masalah kesehatan mental?** Bencana alam selalu menimbulkan dampak yang signifikan pada kondisi kesehatan mental populasi yang terkena. Kasus-kasus umum misalnya gangguan stress akut dan gangguan stress pasca trauma. Terkait dengan gangguan tersebut adalah gangguan keberfungsian sosial, edukasional, dan vocational. Masalah-masalah pada populasi terkena bencana: kekerasan domestik, penurunan prestasi akademik, penurunan produktivitas, konflik antar anggota masyarakat yang merupakan perwujudan dari permasalahan kesehatan mental yang tertangani.

**Mengapa pendekatan khusus untuk situasi bencana?** Jumlah kasus permasalahan kesehatan mental yang ditimbulkan oleh bencana alam biasanya sangat besar. Dua ciri yang lain adalah: waktu yang bersamaan, dan ciri permasalahan yang relatif sama. Sebagai contoh, untuk bencana tsunami di Aceh, WHO membuat estimasi sebagai berikut: +/- 1 juta orang terpengaruh secara signifikan

<sup>1</sup> WHO (2005) WHO Recommendations for Mental Health in Aceh

**Bentuk-bentuk gangguan kesehatan mental.** Secara garis besar dapat dikelompokkan ke dalam gangguan-gangguan berikut ini:

**Gangguan perilaku sedih.** Korban hidup mengemukakan keluhan-keluhan tentang: sakit kepala, nyeri punggung, susah tidur, sering terbangun tiba-tiba, tidak nafsu makan, capek/letih, atau gairah seksual menurun. Di sisi perilaku, korban hidup terlihat atau mengungkapkan perasaan: menghindar untuk bergaul dengan orang lain, tidak mau bicara, sering lupa, putus asa, bosan, merasa tidak berharga, merasa gagal menyelamatkan diri sendiri atau keluarga, tidak peduli pada lingkungan sekitar, menunjukkan gejala ingin bunuh diri.

**Gangguan amarah.** Gejala yang tampak: korban hidup tidak mau berhubungan dengan orang lain, menyalahkan orang lain, menyerang lingkungan, perilaku kasar, dan menyalahkan Tuhan.

**Gangguan perilaku panik.** Ketika mendengar suara keras sedikit saja orang sudah lari dan ketika ada goyangan sedikit saja langsung lompat. Nafas tersengal-sengal setelah itu. Jantung terasa berhenti dan mau pingsan rasanya.

**Gangguan perilaku trauma.** Anak-anak berpegang terus pada orang tuanya atau orang dewasa lainnya. Mereka tidak berani ditinggal sendiri. Orang dewasa merasa ketakutan dan waspada terus menerus sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari.

• **Gangguan perilaku kacau.** Orang mulai berteriak-teriak tanpa ada penyulut, termasuk juga meracau. Atau orang itu lari ke sana ke mari tanpa tujuan. Ia mulai menangis tanpa kendali meskipun sudah ditenangkan. Atau ia marah-marah tanpa sebab dan ketika diajak bicara tidak mau mendengarkan.

**Faktor yang mempengaruhi kerentanan terhadap gangguan kesehatan mental.** Sebagaimana umumnya permasalahan psikologis, terdapat perbedaan antar individu dan antar kelompok individu. Secara umum, faktor-faktor berikut ini berpengaruh:

- Semakin tinggi skala bencana yang dialami, semakin besar tingkat pengalaman traumatik.
- Komplikasi bencana: sejumlah bencana yang terjadi secara bersamaan atau secara beruntun. Misal: gempa bumi diikuti tsunami. Faktor cuaca: misalnya musim penghujan yang lebat beserta angin ribut.
- Pada umumnya bencana sosial (misal, konflik antar kelompok masyarakat, peperangan, terorisme) menimbulkan dampak trauma yang lebih mendalam daripada bencana alam.
- Kelompok rentan: wanita (terutama ibu hamil), anak-anak, orang lanjut usia, mereka yang memiliki kecacatan atau penyakit kronis.

Sebaliknya, faktor-faktor berikut ini mempercepat pemulihan psikologis:

- Tersedianya sarana hidup sementara setelah bencana, yang disusul sarana kehidupan permanen. Misal: rumah-rumah hunian sementara.

- Tersedianya jaringan dukungan sosial: keluarga, sahabat, masyarakat.
- Berfungsikembalinya lembaga-lembaga sosial: sekolah, tempat kerja, sarana pemerintahan, dan lain-lain.

### **C. Assessment**

**Kegunaan *assessment*.** Aspek kesehatan mental perlu dipertimbangkan dalam langkah-langkah penanganan bencana: baik dalam program khusus kesehatan mental, maupun sebagai faktor yang harus dipertimbangkan dalam program lain (misal kesehatan fisik, rehabilitasi dan rekonstruksi fisik, ekonomi, kemasyarakatan). Untuk itu diperlukan informasi yang akurat tentang kondisi kesehatan mental masyarakat terkena bencana beserta segala faktor yang terkait dengannya (positif maupun negatif). Untuk itu diperlukan *assessment*.

**Pentingnya *rapid assessment*.** Sebagian besar bencana datangnya tidak bisa diprediksi dan berdampak pada populasi yang besar. Untuk itu *rapid assessment* diperlukan. Secara umum, *rapid assessment* dilakukan untuk mendapatkan data tentang (untuk):

- (1) Menentukan besarnya populasi yang memerlukan bantuan psikologis. Populasi dalam 2 pengertian:
  - a. Populasi umum (berapa keseluruhan anggota masyarakat dalam satu wilayah atau dalam wilayah yang tertimpa bencana).

- b. Populasi spesifik, yakni kelompok-kelompok rentan: anak-anak, ibu hamil, wanita, remaja, lansia, orang cacat)
- (2) Sebaran populasi yang memerlukan bantuan psikologis à di mana, berapa banyak.
- (3) Jenis dan tingkat beratnya permasalahan psikologis.
  - a. Tingkat individu: gambaran tingkatan stress akut yang dialami masyarakat, latar belakang problem-problem psikologis sebelumnya (misal, dampak konflik di Aceh).
  - b. Tingkat rumah tangga: gambaran tingkat kehilangan pada rumah tangga (harta benda maupun nyawa). Hal ini dilakukan untuk membuat perkiraan tentang keberfungsian keluarga (yang penting untuk sistem dukungan).
  - c. Tingkat masyarakat: gambaran tingkat kerusakan pada jaringan sosial à kepemimpinan di satuan-satuan masyarakat (ada Pak Lurah, Pak RT, Ketua Adat), infrastruktur jaringan masyarakat (misal, kedai kopi untuk ngobrol malam hari, pasar pagi untuk ngobrol ibu-ibu, dan lain-lain).
- (4) Mengumpulkan informasi tentang kerusakan fisik pada lingkungan:
  - a. Informasi tentang tingkat kerusakan fisik pada lingkungan hunian masyarakat, dan pada lingkungan di mana sumber-sumber kehidupan masyarakat terletak.
  - b. Informasi tersebut penting untuk membuat estimasi tentang seberapa jauh lingkungan pasca bencana memberikan tempat yang nyaman bagi masyarakat untuk menata hidup kembali.

- (5) Mendapatkan informasi tentang sarana hunian sementara yang tersedia bagi masyarakat. Apa saja. Bagaimana ketersediannya. Seberapa jauh masyarakat korban bisa merasa tenang di tempat tersebut.
- (6) Sumber yang ada:
  - a. Di dalam masyarakat yang terkena bencana sendiri: sistem nilai masyarakat (menentukan kemampuan dan strategi *coping*), struktur sosial dan jaringan sosial (menyediakan sistem dukungan), pengetahuan dan keterbukaan masyarakat (semakin tinggi, misal, tingkat dan kualitas pendidikan masyarakat, serta pengalaman interaksi masyarakat dengan orang luar, prognosis semakin baik).
  - b. Sumber dari masyarakat luar, sumber yang sudah ada di lapangan.
  - c. Sumber formal: fasilitas kesehatan.
- (7) Mengumpulkan informasi tentang *representasi mental korban* terhadap peristiwa yang dialaminya:
  - a. Bagaimana masyarakat korban memaknai bencana yang mereka alami. Lebih khusus, faktor-faktor penyebab bencana ini (internal, eksternal).
  - b. Harapan-harapan yang dimiliki masyarakat (apa harapannya, ada atau tidak harapan).

#### **Sumber data:**

- (1) Wawancara dengan masyarakat.
- (2) Informasi dari relawan lain dan dari agen-agen yang telah bergerak di daerah bencana.
- (3) Informasi dari media massa.
- (4) Informasi tentang kerusakan fisik.

#### D. Komponen program

Masalah kesehatan mental berkisar dari ringan, sedang, dan berat. Di luar jangkauan ini disebut masalah psikososial yang terkait dengan hubungan sosial individu. Ini juga terjadi bila ada disfungsi individu dalam peran sosial dan tanggungjawabnya di masyarakat. Keduanya dapat disebut masalah kesehatan mental dalam definisi yang lebih luas. Semua ini dapat terjadi pada individu atau unit luas seperti keluarga, kelompok, organisasi dan komunitas. Metode khusus akan lebih efektif untuk tiap tingkatan masalah.

Masalah psikososial dianggap area intervensi psikososial. Misalnya, membangun kembali budaya keseharian dan peristiwa keagamaan, termasuk upacara-upacara berkabung bekerjasama dengan praktisi keagamaan dan spiritual. Tujuan dasar adalah memperbaiki dukungan sosial dalam tingkatan komunitas. Jadi, itu tidak membutuhkan ahli kedokteran, meskipun kemampuan khusus tetap dibutuhkan (WHO, 2005), seperti pekerja sosial dalam kehidupan keseharian. Peran lain yang diharapkan dari pekerja sosial adalah identifikasi awal masalah kesehatan mental. Dalam situasi ini orientasi yang paling tepat adalah prevensi dan promosi kesehatan mental.

Untuk masalah kesehatan mental ringan dan sedang pada tingkatan individual dan keluarga, utamanya yaitu kesulitan perasaan, pikiran, dan perilaku. Kesulitan diberikan batasan sebagai kekacauan dalam fungsi keseharian. Kegiatan yang penuh perhatian betul-betul dibutuhkan dalam situasi ini. Dalam situasi normal, psikiater, perawat, perawat kesehatan mental adalah

profesional yang memberikan perhatian itu. Psikolog dengan kompetensi umum dan psikolog yang punya kekhususan di luar psikologi klinis, dapat memberikan pelayanan konseling. Dalam konteks bencana, relawan yang dibekali ketrampilan dapat bekerja pada tingkatan individu dan keluarga. Intervensi dapat berupa pendekatan individual dan kelompok. Pendekatan komunitas yaitu prevensi, kurasi, dan promosi sangat tepat digunakan dalam pelayanan kesehatan mental.

Kesehatan mental berat sebaiknya didiagnosa oleh psikiater yang akan dilakukan oleh psikiater dan psikolog klinis. meliputi gangguan perasaan, pikiran, dan perilaku. Pendekatan yang tepat yaitu pendekatan klinis individual. Demikian juga lebih banyak digunakan pendekatan biomedis dan psikoterapi.

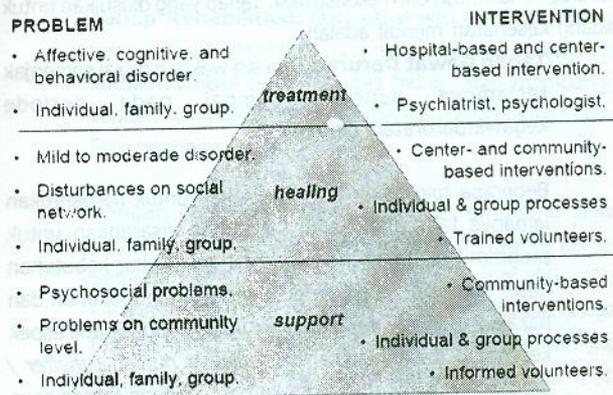


Figure 1. Basic concept in referral model (Hidayat, 2006)

## E. Tahapan program

Pentahapan diperlukan dalam program kesehatan mental terpadu untuk bencana alam. Pertama, sebuah pentahapan memberikan skema kognitif bagi pihak terkait (perancang program, pelaksana program, pemberi dana), tentang proses perubahan pada masyarakat korban dan peranan dari program bantuan. Pentahapan program diperlukan untuk perencanaan alokasi sumber daya, sehingga tidak terjadi penumpukan pada salah satu tahap yang berarti pengurangan alokasi, di luar yang semestinya, pada tahap lain.

Pentahapan dalam program kesehatan mental seyogyanya sejauh-jauhnya merefleksikan proses adaptasi pada masyarakat korban. Bidang fisik biasanya meliputi tiga tahapan: gawat darurat, rehabilitasi, dan rekonstruksi. Tahap yang diusulkan untuk bidang kesehatan mental adalah:

**Tahap Gawat Darurat:** Dari sisi waktu dimulai semenjak terjadinya bencana sampai pada periode kegawatdaruratan berakhir.

Beberapa tolok ukur bisa digunakan untuk menentukan lamanya tahap ini. Salah satu yang disarankan untuk program kesehatan mental adalah tolok ukur kebutuhan dasar manusia. Selain ketersediaan bahan makanan dan pakaian, indikator yang memiliki implikasi luas pada aspek kesehatan mental adalah tersedianya hunian (*shelter / settlement*) sementara bagi korban. Dengan tersedianya

*shelter transitional*/setidaknya masyarakat memiliki tempat untuk beristirahat dan memulai rutinitas hidup yang baru. Sebelum fasilitas ini tersedia, seluruh aktivitas masyarakat korban kemungkinan akan difokuskan untuk mempertahankan hidup. Secara teoritis terdapat perbedaan bantuan kesehatan mental antara sebelum dan sesudah tersedianya hunian sementara.

Panjangnya tahap gawat darurat bervariasi dari satu situasi bencana ke situasi yang lain. Besar kecilnya skala bencana merupakan salah satu faktor yang menentukan. Sebagai contoh, bencana tsunami di NAD memerlukan periode gawat darurat yang lebih panjang daripada bencana gempa bumi 27 Mei 2006 di DI Yogyakarta dan sekitarnya.

**Tahap Rehabilitasi:** Dari sisi waktu dimulai semenjak tersedianya fasilitas fisik yang memungkinkan masyarakat korban kembali pada rutinitas hidup, atau membangun sebuah rutinitas baru sampai dengan tersedianya fasilitas fisik permanen.

Dengan dimulainya rutinitas hidup, tanggung jawab pemenuhan kebutuhan kembali pada masyarakat korban. Sebagai contoh, operasional dapur umum dihentikan karena setiap keluarga sudah mampu memasak dengan fasilitas yang ada. Kegiatan kerja dan pendidikan juga dimulai. Rutinitas aktivitas di rumah tangga mulai terbentuk.

Adanya rutinitas memberikan kesempatan pada individu untuk mulai menata ulang kehidupan. Di sisi kesehatan mental: korban memiliki kesempatan ulang untuk melihat situasi kehidupan dan membuat penyesuaian harapan-harapan hidup. Program kesehatan mental pada tahap ini bisa disepadankan dengan usaha rehabilitasi fisik. Program diarahkan untuk membantu korban menata ulang kehidupannya serta harapan-harapan masa depannya.

Panjangnya tahap rehabilitasi juga bersifat relatif. Selain ditentukan oleh skala bencana dan bantuan yang ada, juga tergantung dari individu atau keluarga satu dengan keluarga lain. Individu yang memiliki kemampuan sosial-ekonomi lebih tinggi mungkin akan mampu melalui tahap rehabilitasi ini lebih cepat.

**Tahap Adaptasi Penuh.** Dimulai semenjak tersedianya fasilitas fisik permanen bagi masyarakat korban.

Indikator utama adalah tersedianya pemukiman yang permanen bagi korban. Fasilitas permanen ini memiliki dampak yang luas pada individu. Sebagai contoh, dengan memiliki tempat tinggal yang permanen, korban memiliki rasa identitas yang penuh: "Ini rumahku," "Saya orang (desa) X".

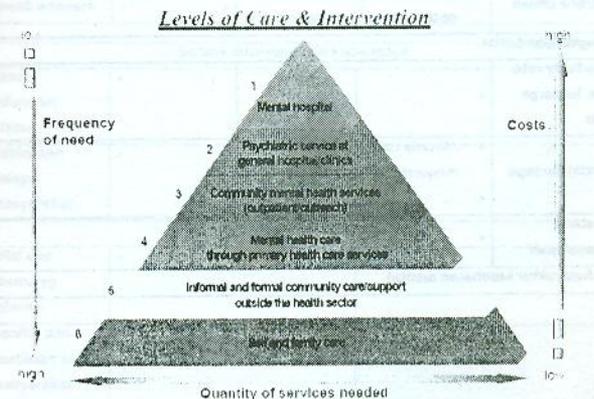
Pada tahap ini roda kehidupan menjadi sepenuhnya normal. Bencana yang telah terjadi tidak lagi menjadi fokus perhatian korban, melainkan menjadi latar belakang

kesadaran semata.

Dari skema pentahapan di atas dapat dinilai perlunya rancangan program yang berbeda pada setiap tahap. Oleh karena itu, bab-bab selanjutnya membahas program kesehatan mental terpadu dalam setiap tahap.

## F. ISU-ISU strategis

**Aspek ekonomi program.** Ketersediaan pekerja kesehatan mental berdasarkan profesi pada tingkatan yang berbeda akan membawa dampak tingkatan biaya. Faktor lain yaitu frekuensi dan jumlah pelayanan yang dibutuhkan. Gambar 2 dikutip dari van Ommeren (dalam Maramis, 2005) yang meringkas pendekatan tersebut.



## LAMPIRAN

Contoh Lembar Ringkasan Hasil *Assessment*.

Faktor	Deskripsi situasi	Dampak pada kesehatan mental
<b>Lingkungan &amp; sarana fisik</b>		
Lingkungan pengungsian	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempat tinggal: jenis konstruksi, rasio luas/jumlah penghuni, proteksi (suhu udara, serangga, dll.) terhadap penghuni, dll.</li> <li>Lingkungan pengungsian: kebersihan, ruang publik, dll.</li> </ul>	Kesehatan, keamanan, kenyamanan, <i>self-esteem</i> , kebutuhan ruang privat, dll.
Rumah tinggal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prosentase rumah yang utuh, rusak ringan, rusak berat pada daerah bencana</li> <li>Kondisi <i>shelters</i> pada tahap emergency</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kesehatan</li> <li>Daya dukung lingkungan semula: keselamatan, kesehatan,</li> <li>Dampak psikologis: optimisme / pesimisme setelah melihat tingkat kerusakan.</li> <li>Dampak psikologis lingkungan pengungsian:</li> </ul>
Lingkungan tempat tinggal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kondisi lingkungan tempat tinggal semula: tingkat kerusakan,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dampak psikologis lingkungan pengungsian:</li> </ul>
Sarana umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempat ibadah, sekolah, balai pertemuan, teman main anak, dll.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
<b>Lingkungan sosial</b>		
Mortality rate per keluarga inti	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Social damage	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Mortality rate</i> pada pimpinan masyarakat</li> <li>....</li> </ul>	
Instansi pemerintah	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
<b>Infrastruktur kesehatan mental</b>		

Infrastruktur dalam daerah bencana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kerusakan/keberfungsian: PHC, rumah sakit,</li> </ul>	
Infrastruktur di luar daerah bencana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apa saja, bagaimana kapasitasnya</li> </ul>	
<b>Kondisi psikologis</b>		
Emosi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kesedihan, optimisme/pesimisme, etc.</li> </ul>	
Kognisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konstruksi sosial: bgm masyarakat memaknai bencana</li> </ul>	
Sikap dan motivasi	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
.....	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
<b>Kondisi kesehatan mental</b>		
Anak-anak	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Remaja	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Wanita	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Disabled	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Rescue and relief workers	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Bread winners	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
<b>Sarana Informasi dan knowledge</b>		
Akses informasi massa	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Kebiasaan belajar masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
<b>Kultur, social-politik, dll.</b>		
Nilai dan norma yg relevan	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
Konflik dan sentimen antar masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	

\*) Catatan: bagian yang masih kosong silakan diisi sesuai dengan hasil *assessment* di lapangan.

### ANALISIS:

- Apa saja faktor-faktor pengalaman traumatik? Bagaimana pengalaman traumatik mempengaruhi tingkatan fungsi korban hidup dalam tahapan gawat darurat? What are the present stressors? How severe is the effect?
- Siapa yang paling menderita? Siapa yang kurang rentan? Di manakah mereka? Bagaimana cara menemui mereka?
- Bagaimanakah proyeksi ke depan?

BOG

### DAFTAR PUSTAKA

1. 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.
2. Maramis, A. (2005). WHO Indonesia Mental Health Program in Aceh. 4<sup>th</sup> International Health Development Conference. Melbourne, 5 December.
3. WHO (2005). WHO Recommendations for Mental Health in Aceh.

BOG