

Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana

Penyusunan 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. Kaliurang Km. 10 (Pasar Gantian ke Timur 600m)
Gg. Yudistira No. 896, RT. 01 RW. 09, Dukuh, Sinduharjo, Ngajik, Sleman,
Yogyakarta 55581 - Indonesia
Telephone/Fax: +62-274-983528
Email: susimam@yogyawa.wasastara.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

9. TAHAP GAWAT DARURAT

Rahmat Hidayat, Johana E. Prawitasari

A. GAMBARAN SITUASI

(1) Kondisi lingkungan dan sarana fisik

Faktor lingkungan dan sarana fisik utama adalah rumah tempat tinggal. Berbagai kerusakan : berat (roboh atau hancur sama sekali), sedang (masih bisa dihuni atau tidak), ringan (bisa dihuni), dan utuh. Tergantung pada jenis bencana, kerusakan rumah tinggal mungkin mengelompok atau menyebar. Bencana tsunami, gunung berapi, banjir (bandang maupun banjir genangan), kebakaran, longsor termasuk kerusakan mengelompok. Gempa bumi dan angin topan mungkin bersifat menyebar. Dalam satu lokasi, ada rumah yang rusak berat, namun ada juga yang utuh. Kondisi rumah dan sifat penyebaran memiliki dampak terhadap kondisi psikologis dan psikososial korban. Dampak psikologis pada korban yaitu ada berbagai reaksi emosi sebagai akibat kerusakan hunian yang dialami tiap keluarga. Berat ringannya bergantung pada kerusakan dan kehilangan yang dialami oleh tiap keluarga. Semakin berat dan semakin berarti kehilangan itu akan semakin berat reaksi emosi yang dialami oleh tiap individu dalam keluarga dan masyarakat.

Berikutnya adalah tempat pengungsian. Pada tahap ini sebagian besar korban akan tinggal di tempat-tempat pengungsian. Pada bencana yang signifikan besarnya, mungkin berupa tenda-tenda darurat. Pada skala yang lebih kecil, fasilitas umum di tengah atau di daerah yang berdekatan bencana: sekolah, tempat ibadah, fasilitas perkantoran, gedung olah raga, dan lain-lain sering

Pada bencana tsunami, kerusakan sedemikian parah, terutama pada daerah zona 1 dan zona 2 (pembagian zona berdasarkan keparahan yang terjadi dalam radius tertentu setelah tsunami di Aceh; angka 1 terparah dan seterusnya). Hal tersebut menghambat pola pengambilan keputusan dan pemecahan masalah kolektif. Struktur baru yang dibentuk di tempat pengungsian tidak bisa seefektif struktur yang lama, setidaknya dalam waktu yang singkat.

Fungsi dukungan luar. Bala penyelamat membanjir. Banyak organisasi non-pemerintah (nasional dan asing, tergantung pada skala bencana), organisasi politik dan kemasyarakatan yang beroperasi. Semua urusan yang vital diambil alih; masyarakat korban tergantung pada tim eksternal.

Dampak tidak langsung: tuntutan kebutuhan tinggi (tenaga kerja maupun barang-barang kebutuhan) yang dapat merupakan perekonomian semu. Seolah-olah situasi seperti ini merupakan tsunami kedua. Muncul efek positif sesaat: masyarakat merasakan kemudahan dalam banyak hal. Dampak jangka panjang akan negatif. Ketergantungan pada bantuan luar, adaptasi pada kemudahan yang ada yang dapat disebut periode bulan madu.

Fungsi layanan publik. Pada tahap gawat darurat, layanan publik berfungsi secara minimal, atau bahkan sama sekali tidak berfungsi. Skala bencana berpengaruh. Ketika terjadi tsunami di Aceh, banyak orang meninggal. Hal demikian tidak terjadi pada Gempa di Yogyakarta. Namun, penurunan fungsi terjadi, karena mereka juga menjadi korban. Kerusakan atau kehilangan harta

benda, keluarga yang luka atau cacat, atau bahkan meninggal. Semuanya ini merupakan beban psikologis. Pada tahap ini mereka masih belum mampu menata diri.

Hal kritis terjadi bila itu berlangsung di rumah sakit dan puskesmas, serta layanan kesehatan yang lain. Operasional layanan tersebut mungkin perlu diambil alih oleh tim lengkap. Contoh: Tim kesehatan dari RSUP Dr. Sardjito & FK UGM, bekerja sama dengan 2 tim kesehatan yang lain, mengambil alih operasional RS Cut Nyak Dien di Aceh sepanjang tahap gawat darurat, bahkan sampai berbulan-bulan setelahnya.

Perhatian dari masyarakat luar. Bencana menjadi berita besar di berbagai media massa. Demikian juga masyarakat mengikuti berita-berita tersebut dengan antusias. Sumbangan untuk korban mengalir dari berbagai tempat. Hal ini bisa berarti positif bagi masyarakat korban. Namun perhatian yang terlalu besar bisa dirasakan sebagai gelombang bencana kedua, setelah bencana itu sendiri. Hal ini lebih dirasakan pada tahap selanjutnya, yakni tahap rehabilitasi dan rekonstruksi.

Ringkasan: Terjadi disorganisasi pada kehidupan sosial. Di sisi lain, terjadi banjir kehadiran penolong dari luar. Untuk sesaat, keseimbangan akan terganggu. Pihak luar mengambil alih fungsi sosial lembaga-lembaga setempat.

(3) Kondisi psikologis dan kesehatan mental

Periode bulan madu. Fenomena menarik pada tahap ini, sehingga disebut sebagai *honeymoon period*, adalah adanya perasaan lega dan optimis tentang masa depan. Yang pertama mungkin bisa dijelaskan berdasarkan fakta bahwa korban telah selamat dari bencana. Pada saat-saat awal, mereka mungkin belum memahami skala kerusakan dan proyeksi ke depan. Namun perasaan ini mungkin bersifat sesaat.

Rasa bersalah korban hidup. Lawan dari kondisi di atas adalah tingginya perasaan bersalah pada *survivor*. Ini semakin menguat bila korban merasa bahwa keselamatan merupakan hasil dari usaha dia (dalam kasus tsunami korban hidup berlari lebih cepat, berenang, dan lain-lain), dan dalam proses korban memiliki kesempatan untuk menyelematkan orang lain. Akibat dari keputusan sesaat untuk menyelamatkan satu namun tidak yang lain, menyebabkan perasaan bersalah yang kuat (lihat contoh pada boks). Rasa bersalah korban hidup juga semakin menguat bila orang-orang penting lainnya meninggal. Karena itu periode bulan madu mungkin kecil kadarnya pada bencana yang sangat besar, seperti tsunami.

Gejala-gejala psikologis yang teramati dalam tahap gawat darurat: ketakutan, panik, tidak berdaya, perasaan membeku, "bengong"/tatapan kosong, tidak percaya bahwa peristiwa itu benar-benar terjadi, bingung, pikiran kacau, mimpi tentang peristiwa itu, teringat akan kejadian tersebut, bereaksi berlebihan terhadap sesuatu yang mengejutkan, tidak berani kembali ke-

tempat asal, takut terhadap air, tidak berani berada dalam bangunan, gelisah, berdebar, kelelahan, nyeri dada, sesak napas, sulit tidur, merasa haus, tangan dan kaki kesemutan. Ketika tidur ada goyangan sedikit akan langsung lompat. Ini akan berlangsung beberapa hari atau minggu sebelum berhenti dengan sendirinya karena tidak ada gempa yang besar lagi.

Intensitas gejala-gejala tersebut secara alami menurun seiring dengan berjalannya waktu. Ada perbedaan individual: sebagian pengungsi memerlukan waktu pemulihan yang lebih lama. Selain itu, skala bencana juga berpengaruh. Misalnya tsunami di Aceh: berdasarkan observasi semata, diperkirakan setidaknya 30% dari korban hidup masih mengalami gejala-gejala di atas pada minggu kedua setelah bencana.

Contoh gangguan perilaku yang ditemukan dalam *rapid assessment* di Aceh:

- Perilaku agresif: dalam rumah tangga (suami lebih sering memukuli istri), antar pribadi (sering terjadi pertengkaran antar pengungsi), agresivitas dalam permainan anak.

Catatan!! Pada skala bencana yang luas, personel angkatan bersenjata dan kepolisian mungkin mengalami stress yang signifikan. Kontrol emosi mungkin berkurang. Akses mereka terhadap senjata api perlu dibatasi, untuk menghindari penggunaan yang tidak sepatutnya.

- Depresi: Kesedihan yang mendalam dan berkepanjangan, putus asa, menyalahkan diri sendiri, ingin mati, perilaku menyakiti diri, menyesali tindakan pada waktu terjadi bencana

Ketidakberfungsian sosial: orang tidak merasa siap bekerja kembali, sekalipun secara fisik sudah siap. Sebagai contoh adanya tsunami Aceh: nelayan tidak siap melaut, guru tidak mampu berfungsi sepenuhnya (misal, ada yang anaknya yang seusia dengan murid kelas yang diajar meninggal karena bencana), perawat yang hanya mampu berkonsentrasi selama 2 jam.

Anak-anak, sepiantas mereka tidak menunjukkan gejala permasalahan yang nyata. Tetap bermain. Namun, terlihat perubahan perilaku yang jelas. Terjadi kelekatan pada orang tua secara berlebihan (tidak mau dibiarkan sendiri), reaksi-reaksi ketakutan terhadap air atau goyangan misalnya, gangguan konsentrasi belajar, dan lain-lain.

Masalah-masalah kesehatan mental, seperti *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), atau gangguan stres pasca trauma, gangguan kecemasan umum, rasa berkabung yang terlalu lama (lebih dari 6 bulan), depresi pasca trauma belum terlalu teramati pada tahap ini.

Box 1. Reaksi-reaksi stress akut terhadap bencana (Ehrenreich, 2001, hal. 15 – 16 dalam Hidayat, 2006).

Reaksi "membeku": korban mungkin terlihat pasif, apatis, kosong pikiran, kebingungan. Ketenangan diri pada mereka mungkin diikuti pengingkaran pada apa yang telah terjadi atau usaha untuk menarik diri dari berkomunikasi dengan orang lain. Korban mungkin mengingkari apa yang sebenarnya terjadi: "Ini tidak benar-benar terjadi." Mereka menanggapi bantuan secara pasif, menurut, atau sebaliknya melawan dan menolak aturan. Yang terakhir ini mungkin menunjukkan usaha mereka untuk mendapatkan kembali kendali atas diri mereka sendiri. Mereka mungkin melakukan aktivitas sehari-hari seperti robot: tidak ada gairah atau keputusan, hanya mengerjakan satu dan yang lain secara otomatis. Perilaku ini biasanya bersifat sementara, dan diikuti atau didahului dengan perilaku meledak-ledak (lihat bagian di bawah ini).

Perilaku meledak-ledak (*heightened arousal*): Korban mungkin memiliki perasaan takut yang sangat kuat, diikuti dengan terpicunya mekanisme fisiologis: jantung berdetak keras, ketegangan otot, rasa nyeri pada otot, dan gangguan-gangguan pencernaan. Mereka mungkin melakukan beberapa aktivitas secara berlebihan; dan mungkin menunjukkan berbagai ketakutan

yang rasional maupun tidak rasional. Perilaku ini juga bersifat sementara, dan diikuti atau didahului oleh kebekuan psikis (lihat bagian di atas).

Kecemasan yang meluas. Korban mungkin menunjukkan berbagai tanda-tanda kecemasan: keterkejutan yang berlebihan, selalu tegang, tidak mampu mengambil keputusan. Mereka mungkin merasa diabaikan, takut berpisah dengan orang yang dicintai, kehilangan rasa aman, dan mendambakan mukjizat untuk mengangkat mereka dari situasi yang dihadapi.

Perasaan bersalah. Korban mungkin menyalahkan diri atau merasa tidak pantas selamat, sementara orang lain tidak. Mereka mencoba menggali apa yang telah terjadi: Apakah kira-kira mereka bisa bertindak lain, sehingga orang lain mungkin selamat? Mereka mungkin merasa bertanggungjawab atas takdir yang dialami oleh orang lain.

Pertentangan perasaan atas bantuan yang diterima. Di satu sisi, korban berterima kasih atas bantuan yang diterima dan merasa tidak berdaya tanpa bantuan itu. Di sisi lain, mereka merasa bahwa orang lain tidak mungkin memahami apa yang telah mereka lalui. Beberapa orang menjadi lekat dengan orang lain; yang lain justru menarik diri.

Kegamangan menghadapi situasi. Beberapa orang mungkin takut untuk mengetahui yang sebenarnya terjadi: apa saja harta miliknya yang telah lenyap, berapa orang anggota keluarganya yang meninggal.

Ketidakstabilan emosi dan pikiran. Letupan amarah, agresi, atau sebaliknya kesedihan, apatisme atau perasaan lelah muncul silih berganti.

Kebingungan yang akut: reaksi histeris dan gejala-gejala psikotik seperti delusi, halusinasi, omongan yang tak terarah, dan perilaku kacau.

Namun, sebagian besar korban mampu bertindak secara wajar untuk melindungi diri dan orang-orang kecintaan mereka. Bertentangan dengan anggapan umum, banyak korban yang tidak dikuasai oleh kepanikan. Mereka bahkan bertindak secara altruistik dengan menyelamatkan atau melindungi orang lain.

(4) Kondisi infrastruktur kesehatan mental

Dalam situasi yang normal, infrastruktur kesehatan mental meliputi lembaga-lembaga: Rumah Sakit Jiwa sebagai pusat rujukan, Rumah Sakit Umum yang memiliki tenaga psikiater dan psikolog klinis, dan Puskesmas yang memberikan layanan kesehatan umum. Di luar itu, mungkin terdapat klinik-klinik psikiatris dan psikologis swasta, sekalipun jumlahnya di Indonesia sangat sedikit bila dibandingkan dengan besarnya populasi.

Lemahnya infrastruktur kesehatan mental juga tercermin dari jumlah profesional di bidang kesehatan mental¹, yakni psikolog (0,3 per 100.000 penduduk), psikiater (0,21), perawat jiwa (1,9), dan pekerja sosial (1,5).

Dalam situasi normal pun sebenarnya rasio di atas tidak memadai. Hal itu mengindikasikan adanya problem kronis dalam bidang kesehatan mental di Indonesia. Sebuah bencana selalu akan meningkatkan kebutuhan terhadap bantuan kesehatan mental. Karena itu, sebuah bencana akan mengindikasikan adanya situasi yang akut dalam kondisi permasalahan infrastruktur kesehatan mental yang kronis.

Di luar infrastruktur yang normal, pada tahap *emergency* akan berdatangan banyak pihak yang menawarkan bantuan psikososial dan kesehatan mental. Yang perlu diwaspadai adalah banyak berdiri *trauma center*. Hal ini patut

¹ WHY Atlas. Country profiles of mental health resources. Geneva, 2002

diwaspadai, mengingat beberapa akibat negatif yang bisa ditimbulkan. Pertama, adanya istilah *trauma center* bersifat *stigmatizing* pada masyarakat. Kenyataannya yang muncul pada tahap ini adalah *response stress akut* yang normal terhadap situasi yang tidak normal. Selain itu, pada umumnya *trauma center* yang ada tidak dilengkapi dengan sumber daya manusia dengan kualifikasi yang memadai. Dengan demikian, akibat samping yang dikhawatirkan adalah adanya harapan yang palsu pada para *survivors*.

Pada tahap ini, kehadiran tim-tim psikososial dan kesehatan mental pada umumnya tidak terkoordinasi. Duplikasi di area kerja sering terjadi. Selain itu, program edukasi massa yang mereka lakukan, baik melalui brosur maupun pesan-pesan melalui media massa, sering tumpang tindih. Akibat samping yang patut dikhawatirkan adalah adanya kebingungan pada masyarakat, akibat simpang siur-nya informasi.

B. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP PROGRAM

Program kesehatan mental terpadu pada tahap gawat darurat bertujuan untuk:

- Memberikan dukungan psikososial dan kesehatan mental kepada masyarakat agar dapat segera berfungsi secara normal.
- Mempersiapkan infrastruktur kesehatan mental untuk program bantuan pada tahap-tahap selanjutnya.

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

- Rapid assessment permasalahan kesehatan mental. Hal ini telah dijelaskan pada bab sebelumnya.
- Program layanan dan bantuan untuk survivor, yang terdiri atas program dukungan psikososial (psychosocial support), program bantuan psikologis, dan program perawatan kesehatan mental.
- Program layanan dan bantuan psikologis untuk relawan dan pekerja bantuan.
- Konsolidasi prasarana kesehatan mental.
- Bagian-bagian selanjutnya menguraikan komponen-komponen di atas secara terperinci.

C. PROGRAM KESEHATAN MENTAL

1. Dukungan psikososial

Tujuan: Program psikososial bertujuan untuk memulihkan atau membangun aktivitas yang dapat membantu mempercepat proses penyesuaian diri *survivor* terhadap kondisi hidup pasca bencana.

Aktivitas sosial: kegiatan rutin di dalam rumah tangga, kegiatan pendidikan (formal, nonformal, dan informal), kegiatan produktif (di tempat kerja), aktivitas budaya dan keagamaan.

Manfaat: Manfaat dari program dukungan psikososial pada tahap *emergency*:

- Peran dan tanggungjawab sosial. Keluarga merupakan peran sebagai orang tua. Tempat kerja merupakan peran sebagai pegawai. Dampak psikologis: sense of identity, harga diri, keyakinan diri, tujuan-tujuan sesuai dengan peran masing-masing.
- Aktivitas produktif. Selain manfaat dari hasil langsung aktivitas (penghasilan, ilmu dan ketrampilan, interaksi sosial), juga manfaat dalam pengertian mengalihkan perhatian dari kesulitan-kesulitan hidup akibat bencana.
- Memberikan struktur rutinitas hidup. Contoh, pekerjaan dan sekolah menunjukkan adanya agenda rutin yang perlu dilakukan oleh anggota.
- Interaksi sosial → menciptakan saling ketergantungan antara anggota masyarakat. Intraksi sosial menjawab kebutuhan untuk berada bersama orang yang senasib dan sepenenderitaan. Saling dukung antara survivor perlu ada. Namun, perlu diantisipasi masalah-maslaah dalam interaksi antar sesama survivor.
- Belajar dan pemecahan masalah kolektif. Pulihnya satuan-satuan sosial akan memungkinkan terjadi proses belajar kolektif (membentuk collective wisdom: "apa sebenarnya makna bencana ini") dan pemecahan masalah kolektif (misal, bagaimana mengasuh anak-anak yang orangtuanya tidak utuh lagi).

Ilustrasi: Contoh program dukungan psikososial pada tahap emergency:

- Reunifikasi keluarga dan masyarakat yang terpecah-pecah. Salah satu faktor pendukung keberfungsian mental orang adalah dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat. Di sisi lain, sebagai akibat kepanikan dalam

- peristiwa bencana alam, keluarga dan masyarakat menjadi tercerai berai. Usaha untuk menyatukan keluarga dan satuan masyarakat yang terpecah-pecah, sekalipun tidak terlalu terlihat sebagai tindakan profesi kesehatan mental, merupakan intervensi yang memiliki manfaat kesehatan mental yang sangat besar.
- Pemulihan aktivitas pendidikan formal dan nonformal, misalnya: sekolah darurat, dan kelompok pengajian anak (TPA). Aktivitas ini memberikan dampak yang besar bagi anak-anak. Selain itu juga bagi orang tua. Waktu senggang ketika anak belajar di sekolah atau di TPA dapat dipergunakan oleh orang tua untuk melakukan aktivitas lain.
- Kegiatan budaya dan keagamaan. Aktivitas yang sangat penting pada tahap emergency adalah penyelenggaraan ritual penguburan jenazah dan ritual doa-doa sesudahnya. Selain itu kegiatan keagamaan rutin merupakan sarana psikososial yang penting untuk segera dipulihkan.
- Kegiatan-kegiatan permainan dan rekreasional bagi anak.
- Dukungan terhadap satuan-satuan kemasyarakatan. Contoh yang paling penting adalah lembaga RT (Rukun Tetangga).
- Dukungan terhadap jaringan sosial bagi laki-laki dewasa: kedai kopi murah di camp pengungsi. Contoh ini diambil dari program di Aceh. Masyarakat (orang laki-laki dewasa) biasa berkumpul di kedai di malam hari. Jadi tempat berbagi cerita. Problem → pengungsi tidak punya uang. Dengan membuat kedai kopi murah, pengungsi memiliki

kesempatan untuk saling bertemu dan berbagi cerita. Dari sharing informasi dan problem-problem bersama, muncul gagasan-gagasan untuk pemecahan masalah kolektif.

- Program kerja padat karya. Kegiatan pembersihan lingkungan oleh survivors, dengan imbalan yang memadai, akan memberikan berbagai efek positif. Secara langsung kegiatan itu memberikan pemasukan bagi pengungsi. Selain itu juga mengentaskan mereka dari kekosongan waktu. Hasil pekerjaan secara langsung dapat dinikmati oleh para pengungsi sendiri.

Pelaksanaan: Program psikososial dapat dijalankan oleh relawan umum. Sekedar penjelasan kepada mereka tentang aspek-aspek dukungan psikososial akan menambah efektivitas dari program ini. Bila memungkinkan, briefing untuk relawan umum yang memakan waktu tidak lebih dari 2 jam bisa dilakukan. Selain itu, penyebaran brosur-brosur tentang dukungan psikososial merupakan sarana intervensi yang efisien.

2. Bantuan psikologis

Tujuan. Memberikan bantuan psikologis kepada survivor yang mengalami kesulitan-kesulitan emosional dan perilaku sebagai akibat dari bencana, agar yang bersangkutan segera bisa menguasai diri kembali à berfungsi secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar.

Ilustrasi.

- Bantuan personalia untuk institusi kesehatan yang masih operasional. Sebagian besar kesulitan kesehatan mental disampaikan dalam bentuk keluhan fisik kepada tenaga medis. Karena itu mengintegrasikan layanan bantuan psikologis melalui layanan medis merupakan strategi yang efektif dan efisien.
- Call center dan layanan "jemput bola" oleh tim layanan keliling untuk penanganan kasus-kasus individual dan keluarga, terutama yang memerlukan crises intervention.
- Pembentukan pusat layanan lapangan. Pusat layanan ini berfungsi untuk menerima rujukan dari relawan di lapangan yang menemukan permasalahan-permasalahan psikologis yang memerlukan bantuan terlatih.
- Bantuan psikologis oleh relawan umum yang telah diberi pelatihan singkat tentang psychological first aid.

Langkah persiapan:

- Mobilisasi relawan berketrampilan di bidang kesehatan mental. Contoh: guru BK (konselor sekolah), mahasiswa fakultas psikologi, aktivis LSM yang berpengalaman di bidang konseling.
- Pelatihan tentang psychological first aid kepada relawan umum. Pelatihan diberikan minimum 4 jam, untuk memungkinkan penjelasan tentang dasar-dasar konseptual dari bantuan psikologis dan beberapa sesi latihan.

3. Perawatan kesehatan mental

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

Gangguan kesehatan mental mungkin telah berlangsung semenjak terjadinya bencana. Rusaknya lingkungan (keluarga) dan infrastruktur kesehatan mental membuat situasi lebih berat bagi mereka dan keluarganya.

Gangguan mungkin muncul sebagai akibat bencana. Daya coping individu mungkin tidak kuat menghadapi beban psikologis akibat bencana. Mungkin memang telah ada faktor *vulnerabilities* sebelumnya. Ini merupakan beban bagi penderita dan keluarganya.

Perawatan kesehatan mental diberikan oleh psikiater (melalui farmakoterapi), psikolog (terapi psikologis), dan perawat jiwa.

Program-program yang dapat dijalankan dalam tahap emergency:

- Dalam situasi emergency, yang utama dapat dilakukan adalah dengan membantu prasarana kesehatan mental yang sudah ada, dengan cara memobilisasi bantuan personalia.
- Alternatif lain: pengiriman ke fasilitas di luar daerah, setidaknya selama periode emergency.
- Unit bantuan keliling: tim psikolog, psikiater, dan perawat jiwa keliling.

D. BANTUAN UNTUK RELAWAN

Gangguan stress bisa muncul tidak saja pada korban bencana, namun juga pada para volunteer yang bekerja dalam *emergency response*. Hal itu bisa terjadi terutama pada volunteer yang tidak secara khusus terlatih untuk menghadapi kondisi lingkungan yang ekstrim: berhadapan dengan jenazah dalam berbagai kondisi, kondisi lingkungan fisik yang belum pernah dihadapi, berhadapan dengan manusia yang dalam kondisi yang *desperate*, dan lain-lain. Sebagai persiapan untuk menghadapi situasi tersebut, dan sebagai langkah untuk menetralisasi dampak psikologis setelah menjalankan tugas, *briefing* dan *debriefing* psikologis perlu dilakukan.

Briefing psikologis dilakukan untuk mempersiapkan relawan menghadapi situasi yang barangkali belum pernah terbayang dalam pikiran mereka. Termasuk di situ adalah *skill* untuk memberikan support psikologis pada korban. Dengan demikian langkah ini sekaligus untuk memberikan bantuan psikologis pada korban.

Debriefing: untuk menetralkan timbunan-timbunan emosi dan ingatan-ingatan yang mungkin akan mengganggu di masa depan. Diantaranya: antisipasi *guilty feeling* pada relawan. Seringkali relawan harus memilih dalam menjalankan tugasnya: membantu seorang atau yang lain, memberikan bantuan atau menjalankan tugas yang lain. Secara alami orang bisa mengambil keputusan yang keliru dalam situasi tersebut. Ketika memiliki waktu, mungkin relawan akan dihantui oleh penyesalan yang akut. Mungkin dia

berpikir bahwa kekeliruannya telah menimbulkan korban, bisa jadi kematian, pada korban. *Debriefing* segera setelah relawan keluar dari daerah bencana akan banyak membantu mengatasi perasaan bersalah ini.

Ingatan-ingatan visual tentang kondisi korban (yang meninggal maupun yang masih hidup) merupakan fenomena yang umum pada relawan. Ini bisa mengganggu dalam jangka panjang. Selain itu, ingatan auditoris (erangan korban, suara-suara dari lingkungan) juga bisa mengganggu bagi relawan. Dalam *debriefing* relawan diberi kesempatan untuk mengalami ulang situasi-situasi di mana ingatan itu didapatkan. Dengan bimbingan fasilitator dampak emosional dari ingatan-ingatan tersebut dapat dinetralisasi.

Proses menjalankan tugas emergensi selalu stressful. Itu bisa berdampak terhadap hubungan antar individu dalam tim *emergency response*. Dalam proses memberikan bantuan, satu anggota tim mungkin punya *expectancy* pada anggota yang lain. Bila harapan tersebut tidak terpenuhi (baik menyangkut kepentingan tim maupun kepentingan korban), masalah emosional akan muncul. Masalah psikologis terutama akan muncul bila itu menyangkut *expectancy* tentang bantuan untuk korban. Misalnya: seorang anggota tim mungkin menilai anggota lain bersifat tegaan, karena tidak mau mengurangi jatah makanan yang dimiliki dengan korban. Anggota tersebut mungkin mencoba berpikir rasional à perlu stamina untuk membantu korban yang lebih banyak, dibanding mengurangi jatahnya untuk satu atau dua korban. Kasus konflik antar anggota tim ketika masih di daerah bencana sering ditemui, bisa berkepanjangan sampai setelah tugas selesai. Ini perlu *debriefing*.

Proses *briefing* (sebelum dikirim) dan *debriefing* (setelah kembali) juga bisa menjadi sarana *assessment* kesehatan mental. Sebelum berangkat, volunteer bisa dibekali dengan informasi tentang hal-hal yang perlu diamati pada korban, yang merupakan indikator-indikator masalah kesehatan mental. Pada sesi *debriefing*, apa yang mereka ceritakan merupakan informasi tangan pertama tentang kondisi kesehatan mental korban. Keuntungan langkah ini, selain interaksi langsung dengan pengungsi, adalah kesegeraan informasi. Dalam kondisi bencana yang berat (seperti tsunami), masa penugasan relawan untuk 2 minggu pertama sebaiknya dibatasi sekitar 5 hari. Dengan demikian dalam sebulan pertama langkah ini bisa mendapatkan informasi dari sejumlah tim yang telah bertugas di daerah bencana.

E. PENGELOLAAN PROGRAM

1. Perencanaan dan pengorganisasian

Aspek-aspek perencanaan dan pengorganisasian yang vital pada tahap emergency adalah:

- Kepemimpinan tim: Diperlukan gaya kepemimpinan yang tegas dan *decive*. Response kegawatdaruratan memerlukan tindakan analisis yang cepat dan tindakan yang cepat pula. Proses kepemimpinan collegiate tidak akan efektif.
- Fokus pada tindakan-tindakan yang memiliki multiplier effect tinggi. Fokus pada tahap ini adalah emergency response yang langsung terkait dengan harapan hidup: rescue, makanan, shelter, kesehatan, dan evakuasi jenazah. Program kesehatan mental semestinya

ditempatkan pada lini kedua, dengan pengertian bahwa seluruh sumber daya yang ada digunakan untuk reponse tersebut. Selain itu, program kesehatan mental dilakukan sejalan dengan pelaksanaan tanggapan kegawatdaruratan pada bidang-bidang tersebut. Cara-cara pembelakan praktis (misal, melalui brousr dan pelatihan singkat) untuk relawan umum, sehingga mereka bisa memberikan dukungan psikososial dan bantuan psikologis dasar, serta deteksi dini untuk permasalahan kesehatan mental, sambil mereka menjalankan tugas pokok.

- Tim yang terbuka: Seluruh unsur dengan kompetensi psikososial dan kesehatan mental perlu dilibatkan.
- Assesment cepat pada aspek-aspek dasar: tingkat distress masyarakat, besarnya populasi umum dan kelompok rentan, dan sebaran populasi yang mengalami distress signifikan.
- Dukungan dana.

2. Monitoring dan Evaluasi

Kondisi kegawatdaruratan tidak berarti mengabaikan prinsip-prinsip pertanggungjawaban program. Oleh karena itu diperlukan monitoring dan evaluasi.

Tujuan monitoring dan evaluasi: menjamin efektivitas program dan mencari cara-cara untuk mencapai tujuan yang optimal dengan sarana yang ada.

Aspek-aspek program yang memerlukan pemantauan dan evaluasi kritis:

- Daya jangkau program: dengan sarana yang ada, seberapa luas program menjangkau sasaran?
- Efektivitas program: seberapa jauh program mampu memberikan kontribusi positive (pemecahan masalah, peningkatan wellbeing korban).
- Dan lain-lain.

8002

DAFTAR PUSTAKA

1. 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.
2. WHY. (2002). Atlas: Country profiles of mental health resources. Geneva

❦

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.