



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 048/MENKES/SK/II/2006**

**TENTANG**

**PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN JIWA  
DAN PSIKOSOSIAL PADA MASYARAKAT AKIBAT BENCANA DAN KONFLIK**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :
- a. bahwa bencana dan/atau konflik seringkali mempengaruhi kesehatan jiwa orang yang mengalaminya, yang bila tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan masalah stres pasca trauma, gangguan jiwa atau masalah psikososial lainnya;
  - b. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a diperlukan suatu Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Masyarakat Akibat Bencana dan Konflik yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
  3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
  5. Keputusan Presiden Nomor 111 Tahun 2001 tentang Perubahan atas Keputusan Presiden Nomor 3 Tahun 2001 tentang Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Perungsi;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan dan Bencana;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

7. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Sosial Nomor 765/Menkes/SKB/VI/2002 dan Nomor 53/PEGHUK/2002 tentang Penanggulangan Bencana;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1653/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan;

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan :

- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL PADA MASYARAKAT AKIBAT BENCANA DAN KONFLIK.**
- Kedua : Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Masyarakat Akibat Bencana dan Konflik sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat akibat bencana dan konflik, dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi masing-masing kejadian bencana.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 13 Januari 2006



**MENTERI KESEHATAN,**

*[Handwritten Signature]*  
**Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)**



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran  
Keputusan Menteri Kesehatan  
Nomor : 048/Menkes/SK/II/2006  
Tanggal : 13 Januari 2006

## PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL PADA MASYARAKAT AKIBAT BENCANA DAN KONFLIK

### I. PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial menurut *The World Health Report 2001*, dialami kira-kira 25% dari seluruh penduduk pada suatu masa dari hidupnya dan lebih dari 40% diantaranya didiagnosis secara tidak tepat sehingga menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan yang tidak tepat. Gangguan jiwa dan perilaku dialami pada suatu ketika oleh kira-kira 10% populasi orang dewasa. Dalam laporan itu dikutip juga penelitian yang menemukan bahwa 24% dari pasien yang mengunjungi dokter pada pelayanan kesehatan dasar ternyata mengalami gangguan jiwa. Enam puluh sembilan persen (69%) dari pasien tersebut datang dengan keluhan-keluhan fisik dan banyak diantaranya ternyata tidak ditemukan gangguan fisiknya.

Indonesia telah menghadapi berbagai transformasi dan transisi di berbagai bidang yang mengakibatkan terjadinya perubahan gaya hidup, pola perilaku dan tata nilai kehidupan. Dalam bidang kesehatan terjadi transisi epidemiologis di masyarakat dari kelompok penyakit menular ke kelompok penyakit tidak menular termasuk berbagai jenis gangguan akibat perilaku manusia dan gangguan jiwa. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan dengan menggunakan rancangan sampel dari Susenas-BPS (Badan Pusat Statistik) terhadap 65.664 rumah tangga, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa per 1000 anggota rumah tangga adalah sebagai berikut :

- ◆ Gangguan Mental Emosional (15 tahun atau lebih): 140/1000
- ◆ Gangguan Mental Emosional (5 – 14 tahun): 104/1000

Hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) oleh Bahar dkk, pada tahun 1995 yang dilakukan pada penduduk di 11 Kota di Indonesia, menunjukkan bahwa 185/1000 penduduk rumah tangga dewasa menunjukkan adanya gejala gangguan kesehatan jiwa. Prevalensi di atas 100 per 1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian (*priority public health problem*).



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Dari hasil penelitian tahun 2002 di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam (daerah konflik) di 20 puskesmas dari 10 kabupaten/kota terhadap pasien yang pertama kali datang berobat, ternyata ditemukan 51,10% mengalami gangguan kesehatan jiwa. Penelitian terakhir di Jawa Barat tahun 2002 (*point prevalence/unpublished*), ditemukan 36% pasien yang datang berobat ke puskesmas mengalami gangguan kesehatan jiwa.

Dari aspek "Kesejahteraan Sosial" dan "Kualitas Hidup Masyarakat", status kesehatan jiwa masyarakat dapat ditinjau dengan menggunakan indikator *Human Development Index (HDI)* yang diterbitkan oleh *United Nation Development Program (UNDP)*. Pada tahun 1999, Indonesia berada pada peringkat ke 105 diantara 180 negara di dunia. Tahun 2000 turun menjadi 108 dan tahun 2002 posisi Indonesia berada pada peringkat 112.

Konflik yang meliputi perang dan perang sipil, serta bencana seringkali menyebabkan pengungsian besar-besaran secara mendadak. Secara global diperkirakan sekitar 50 juta orang menjadi pengungsi, baik mengungsi di dalam negeri, maupun ke luar negeri. Berdasarkan data tanggal 18 Juni 2002 jumlah pengungsi di Indonesia 1.355.065 jiwa yang tersebar di 20 provinsi. 70% dari jumlah tersebut terdiri dari perempuan dan anak-anak, yaitu mereka yang tergolong kelompok rentan terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Pengungsi yang terpaksa (*forced displacement*) akan mengalami ketakutan, rasa malu yang mendalam dan perasaan tidak berdaya, bahkan perjalanan menuju tempat pengungsian itu sendiri sudah merupakan trauma tersendiri. Jutaan orang mengalami bencana alam yang meliputi gempa bumi, gelombang tsunami, badai, banjir, tanah longsor dan bencana alam lainnya. Situasi demikian sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa orang yang mengalaminya. Antara sepertiga sampai setengah bagian dari mereka yang mengalami hal tersebut, menderita gangguan jiwa. Diagnosis yang paling sering adalah gangguan stress pasca trauma yang sering pula bersamaan dengan gangguan depresi dan anxietas. Sebagai tambahan, kebanyakan individu melaporkan gejala-gejala psikologis yang tidak dapat dikategorikan kedalam salah satu bentuk gangguan jiwa. Suatu studi di Cina, ditemukan angka yang tinggi terhadap gejala psikologis dan kualitas hidup yang rendah pada penduduk yang selamat dari gempa bumi. Studi tersebut juga menunjukkan bahwa dukungan setelah bencana, efektif untuk memperbaiki kesejahteraan penduduk (Wang et al. 2000).

Bencana dan konflik menyebabkan kurang berfungsinya sistem pengendalian di berbagai bidang sehingga mengakibatkan kurangnya pelayanan yang optimal dan memadai serta berkurangnya pula perlindungan terhadap penduduk. Selain itu juga sering mengakibatkan terjadinya tindak kekerasan terhadap penduduk, bahkan untuk kelompok rawan seperti usia lanjut, perempuan, anak-anak, terlebih yang



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

mengalami retardasi mental mengalami dampak yang lebih berat. Khusus untuk kaum perempuan, situasi demikian menjadi sangat rawan, dimana mereka menjadi target utama dalam pembersihan etnik, perampokan, kekerasan seksual, penyiksaan dan mutilasi. Khusus untuk konflik, dapat mempunyai dampak negatif jangka panjang, baik pada individu maupun pada masyarakatnya. Dampak tersebut dapat berupa terhambatnya pengembangan sosial ekonomi, kesehatan, rekonsiliasi dan perdamaian.

Sampai sekarang ini yang terjadi di lapangan, untuk penanggulangan dampak tersebut diatas lebih banyak diarahkan pada upaya penanggulangan segera terhadap kebutuhan makanan, air dan perumahan disamping penanganan kesehatan yang lebih ditekankan pada nutrisi, pencegahan dan penanggulangan penyakit infeksi, serta kesehatan ibu dan anak. Hanya sedikit perhatian yang diberikan terhadap kebutuhan kesehatan jiwa dan psikososial. Meskipun demikian upaya penanggulangan segera terhadap kebutuhan makanan, air dan perumahan sebenarnya juga merupakan bagian terpenting dalam meresponi antisipasi terhadap timbulnya/meningkatnya masalah mental emosional masyarakat yang terkena bencana dan konflik tersebut.

Selain itu, kebanyakan program kesehatan jiwa lebih ditekankan pada pelayanan psikiatrik. Meskipun setiap populasi pengungsi terdapat gangguan jiwa kronis dan trauma berat lainnya akibat dari bencana alam dan konflik, dimana mereka harus mendapatkan proteksi dan terapi yang sesuai, namun disisi lain, bencana dan konflik merupakan kejadian traumatis yang mengakibatkan distres dan penderitaan yang akan mempunyai dampak besar terhadap individu dan masyarakat lainnya pula yang ada di sekitar area bencana dan konflik tersebut.

Sebenarnya distres dan penderitaan bukan merupakan gangguan psikiatrik. Reaksi ini merupakan reaksi yang normal terjadi pada tindak kekerasan yang luar biasa. Oleh karena itu, pelayanan psikiatrik yang umum menjadi tidak sesuai lagi. Pada situasi ini, adalah penting untuk segera mengumpulkan informasi yang dibutuhkan untuk mengembangkan upaya kesehatan jiwa darurat yang berbasis masyarakat, bersama dengan masyarakat yang terkena bencana dan masyarakat penerima pengungsi. Upaya kesehatan jiwa yang adekuat dan dilakukan sejak dini selama fase kedaruratan kemanusiaan telah terbukti efektif. Upaya tersebut membatasi dampak negatif dari kejadian bencana dan konflik, dan memperkuat kemampuan pertahanan diri (*coping*) dan kembali kepada fungsi yang normal.

Kerjasama antara pemerintah dan organisasi non-pemerintah baik nasional maupun internasional, badan dunia, dan masyarakat yang terkena bencana dan konflik serta masyarakat penerima pengungsi, ilmuwan, donor, pejabat kesehatan merupakan hal yang esensial untuk penanganan kesehatan jiwa yang baik, efektif secara ekonomis. Dalam hal ini dengan adanya kesinambungan program, pertukaran informasi dan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

saling kerja sama diantara badan tersebut di atas dapat mencegah tumpang tindihnya pelaksanaan program penanggulangannya. Untuk itu dalam memberikan pelayanan, badan tersebut harus menekankan pada penurunan biaya, persaingan dan penundaan, untuk membatasi risiko berulangnya trauma pada masyarakat dan untuk meningkatkan upaya implementasi.

#### **B. Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial Akibat Bencana dan Konflik**

Secara geografis dan demografis Indonesia merupakan wilayah yang rawan bencana, baik bencana alam (*natural disaster*) maupun bencana karena ulah manusia (*man-made disaster*). Bencana alam yang terjadi antara lain gempa bumi (karena Indonesia dilewati lempeng kerak Hindia Australia, Pasifik dan Eurasia) dan tsunami yang biasanya menyertai gempa bumi, banjir (akibat dari banyaknya sungai), gunung meletus (hampir semua pulau di Indonesia terdapat gunung berapi), tanah longsor, kekeringan, kebakaran hutan dan lain-lain. Selain itu, terdapat pula bencana karena ulah manusia seperti kecelakaan transportasi, kebocoran gas, kebakaran hutan, dan konflik yang berlanjut dengan kerusakan dan teror yang menyebabkan perasaan tidak aman.

Dalam beberapa tahun terakhir hampir semua provinsi di Indonesia dilanda bencana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia. Seringkali bencana datang secara mendadak yang menimbulkan situasi stres berat yang datang bersamaan, antara lain ketidakberdayaan individu, hancurnya struktur kehidupan sehari-hari, kerusakan materi dan kehilangan sanak keluarga. Tidak jarang pula mereka harus mengungsi dan beradaptasi dengan tempat yang baru. Keadaan ini menimbulkan stres.

Pada umumnya bencana akibat ulah manusia mempunyai dampak lebih luas dan jangka panjang. Pengungsian yang terjadi karena bencana alam biasanya relatif tidak berlangsung lama (kecuali bencana Tsunami di NAD), begitu bencananya berakhir pengungsi langsung dapat kembali ke rumah masing-masing. Lain halnya dengan pengungsian akibat kerusakan dimana efek dan dampaknya akan berlangsung lama. Situasi dan kondisi selama pengungsian akan memberikan dampak pada kesehatan jiwa, yakni adanya perasaan tidak aman, kehilangan dan penderitaan akibat tidaknya adanya tempat tinggal yang menetap, serta tidak adanya kepastian masa depan bagi mereka dan anak-anak mereka. Bahkan juga dapat menjadi masalah penyesuaian diri yang baru bagi mereka karena berada pada tempat yang diskriminatif dan asing bagi mereka.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Berdasarkan data tanggal 18 Juni 2002 jumlah pengungsi di Indonesia 1.355.065 jiwa yang tersebar di 20 provinsi. 70% dari jumlah tersebut terdiri dari wanita dan anak-anak, yaitu mereka yang tergolong kelompok rentan terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Sejak terjadinya konflik dan kerusuhan di Indonesia, pihak pemerintah dan banyak organisasi bantuan kemanusiaan, baik dari dalam maupun luar negeri telah berusaha memberikan bantuan. Namun, bantuan yang diberikan masih dititik beratkan pada masalah kebutuhan fisik dan hanya sedikit yang memberikan perhatian pada aspek kesehatan jiwa dan psikososial. Asesmen, pengumpulan dan pengolahan data, penelitian, monitoring dan evaluasi program serta program kesehatan jiwa dan psikososial yang dilaksanakan oleh berbagai instansi, belum tertata dengan baik.

Meskipun Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dengan tiga pola penanganan pengungsi yaitu pemulangan, relokasi dan pemberdayaan. Namun dengan keterbatasan dana yang tersedia, belum seluruh pengungsi dapat tertangani. Perhatian terhadap aspek kesehatan jiwa di ketiga pola penanganan tersebut juga belum optimal. Bila masalah kesehatan jiwa pada masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik ini tidak ditangani dengan baik, dapat mengakibatkan gangguan stres pasca trauma, gangguan jiwa atau masalah psikososial lainnya yang akhirnya akan menurunkan produktivitas dan kualitas hidup serta menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat.

Rehabilitasi psikososial yang berbasis masyarakat dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) perlu diprioritaskan agar tercapai kesinambungan pelayanan. Masyarakat yang mengalami gangguan jiwa kronik dan trauma berat perlu dideteksi dan ditangani sejak dini. Dukungan teknis yang memadai yang diberikan oleh tenaga non kesehatan jiwa, nampaknya cukup berhasil dalam menangani masalah psikososial pada pengungsi. Penanganan kesehatan jiwa jangka panjang terhadap krisis ditujukan pada penataan kembali pelayanan kesehatan jiwa yang sesuai dengan kebutuhan, efektif dan berkesinambungan.

Secara umum, dampak psikososial akibat bencana yang terjadi dapat dilihat pada tingkatan yang berbeda yaitu tingkat individu, tingkat keluarga, dan tingkat masyarakat. Adapun gejala umum sebagai dampak dari bencana dan konflik yang berlanjut dengan kerusuhan/kekerasan adalah dampak fisik dan dampak psikologis (yang bersifat akut maupun kronis), dampak sosial, dampak ekonomi serta keamanan.

Hasil survey dari World Food Program (WFP) tahun 2001 pada sekitar 5.506 responden pengungsi perempuan, 618 penduduk lokal dan 243 pemimpin masyarakat di 19 provinsi, dilaporkan bahwa hubungan antara anggota keluarga (ayah-ibu-anak) memburuk sejak mengungsi. Selain itu terjadi peningkatan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

keriminalitas, prostitusi, ketergantungan alkohol, penyalahgunaan NAPZA, pengangguran, anak putus sekolah, kehidupan ekonomi yang memburuk serta masalah emosional dan perilaku setelah pengungsian.

Hasil penelitian WHO bekerjasama dengan Direktorat Kesehatan Jiwa dan Bagian Psikiatri Universitas Indonesia terhadap pengungsi di Maluku Utara, Pontianak, Madura dan Bitung (*Rapid Assesment of Mental Health Need = RAMH Research Project*) menunjukkan luasnya masalah psikososial dan besarnya kebutuhan terhadap upaya kesehatan jiwa pada masyarakat pengungsi di 4 (empat) wilayah tersebut. Masalah psikososial yang sangat menonjol dan hampir merata di semua wilayah adalah :

1. Berbagai bentuk keluhan psikologik dan gangguan psikiatrik yang berhubungan dengan pengalaman trauma, seperti: stres pasca trauma, depresi, anxietas dan berbagai gejala psikosomatik.
2. Kekerasan domestik yang dilaporkan sebagai perilaku agresif di dalam kehidupan keluarga, seperti perlakuan kasar dan pemukulan isteri oleh suami atau anak oleh orang-tuanya.
3. Perlakuan salah terhadap anak (*child abuse*), melibatkan anak dalam konflik (penyanderaan anak), perlakuan kasar terhadap anak dan anak terlibat sebagai buruh kasar atau menjadi anak jalanan.
4. Penyalahgunaan alkohol, kondisi ini terutama menonjol di daerah Maluku Utara dan Sulawesi Utara (Bitung).
5. Perilaku agresif, perkelahian antar sesama pengungsi ataupun antar pengungsi dengan penduduk setempat.
6. Masalah psikososial lainnya seperti problem belajar, kenakalan anak dan remaja, problem ekonomi, sikap pesimis dan kecenderungan ketergantungan terhadap bantuan.

Penelitian lain dilakukan pada pengungsi Poso di Palu oleh RS Jiwa Palu bekerjasama dengan Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat (Desember 2001), mencoba mengukur beban psikologis yang ternyata menunjukkan angka yang sangat tinggi, yaitu: 54,1% pada kelompok usia anak; 53,4% pada kelompok dewasa; dan 81% pada kelompok usia lanjut. Beberapa penelitian lain yang mencoba merekam situasi mental anak-anak pengungsi melalui analisis lukisan dan kegiatan bermain, melaporkan banyaknya kasus problem perilaku pada anak dan remaja. Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat (Desember 2003), pada penelitian terhadap pengungsi Timtim di Kupang (NTT), didapatkan masalah kesehatan jiwa pada 70 % dari pengungsi tersebut.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Oleh karena itu, perlu adanya upaya penanggulangan dari pihak setempat, nasional maupun internasional berdasarkan model yang dapat merespon kebutuhan sebagian besar dari penduduk yang terkena dampak bencana dan konflik, tanpa mengabaikan golongan lainnya yang juga memiliki kepentingan khusus. Kerjasama dan kemitraan antar pemerintah, organisasi internasional dan LSM, badan PBB, masyarakat yang menderita akibat bencana dan konflik serta penduduk di daerah penerima pengungsi, para pakar, badan donor dan pejabat kesehatan, merupakan hal yang penting bagi pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa yang baik, murah dan berlangsung lama. Kerjasama harus ditekankan dalam rangka menurunkan biaya dan menurunkan terjadinya persaingan dan penundaan, membatasi risiko berulangnya trauma pada masyarakat terkait, dan mempercepat pelaksanaan respons.

## **II. PENGERTIAN UMUM**

1. Kesehatan jiwa adalah kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia (kebijakan kesehatan jiwa masyarakat).
2. Masalah kesehatan jiwa adalah masalah perilaku dan psikologis yang menyebabkan penderitaan dan disfungsi psikososial dari individu (PPDGJ III).
3. Masalah psikososial adalah masalah sosial yang mempunyai dampak dan berpengaruh terhadap munculnya gangguan jiwa atau sebaliknya masalah sosial yang muncul sebagai dampak dari gangguan jiwa.
4. Bencana adalah suatu kejadian secara alami maupun karena ulah manusia terjadi secara mendadak ataupun berangsur-angsur, menimbulkan akibat yang merugikan sehingga masyarakat dipaksa untuk melakukan tindakan penanggulangan (Bakornas-PBB).
5. Konflik adalah hal yang berkaitan dengan perang/perang sipil, konflik (etnis, militer, agama, dan lain-lain), yang mengakibatkan keadaan yang tidak stabil dan penuh kekerasan serta kegawadaruratan yang kompleks.
6. Pasca konflik suatu masa sesudah kejadian konflik, dimana keadaan masih berlangsung belum stabil dan masih memerlukan bantuan, baik segi moril dan materil.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III. VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN**

#### **A. Visi**

Terwujudnya derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi masyarakat akibat bencana dan konflik.

#### **B. Misi**

1. Mendorong kemandirian masyarakat untuk melaksanakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial sesuai dengan azas desentralisasi.
2. Menggerakkan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
3. Mengoptimalkan sistem pelayanan kesehatan (termasuk pelayanan kesehatan jiwa) agar mudah dimanfaatkan oleh masyarakat akibat bencana dan konflik.
4. Meningkatkan kerjasama dan koordinasi upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial diseluruh jenjang administratif pemerintahan dan lintas sektor terkait (pemerintah dan non pemerintah) serta masyarakat.

#### **C. Tujuan**

##### **1. Tujuan Umum**

Terwujudnya upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial secara optimal pada masyarakat akibat bencana dan konflik di Provinsi, Kabupaten/Kota secara lintas program dan lintas sektor terkait.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a. Tersusunnya penjabaran peran semua unit terkait dalam pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat akibat bencana dan konflik.
- b. Dipahaminya pedoman penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial oleh semua unit terkait, agar dapat dilaksanakan sesuai peran masing-masing.
- c. Terwujudnya koordinasi dan keterpaduan baik lintas program maupun lintas sektor dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat akibat bencana dan konflik.

#### **D. Sasaran**

1. Stake holder.
2. Lintas Sektor (Pemerintah dan Non Pemerintah).
3. Masyarakat di daerah bencana dan konflik, penerima pengungsi dan rawan bencana.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

#### **IV. STRATEGI**

Strategi yang digunakan dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat akibat bencana dan konflik meliputi 10(sepuluh) aspek. Strategi ini merupakan penjabaran dari Kebijakan Pemerintah (Departemen Kesehatan) terhadap korban bencana dan konflik yang sudah ada sebelumnya.

##### **A. Pemetaan**

Intervensi dilakukan melalui persiapan yang matang dan penilaian yang luas terhadap konteks lokal (misalnya tatanan, kultur setempat, riwayat dan sifat dari masalah, persepsi masyarakat lokal terhadap stres, gangguan jiwa, cara pertahanan diri, sumber daya di masyarakat dan lain-lain). Departemen Kesehatan menyarankan melakukan penilaian kualitatif terhadap konteks dan penilaian kuantitatif terhadap disabilitas atau fungsi pada saat darurat.

##### **B. Kemitraan**

Dalam melakukan intervensi perlu adanya konsultasi dan kemitraan secara lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada di daerah tersebut. Keterlibatan terus menerus dari unsur terkait di atas sangat penting untuk menjamin kesinambungan program. Apabila banyak lembaga yang bekerja sendiri-sendiri tanpa koordinasi akan menyebabkan pemborosan dari sumberdaya yang amat berguna. Jika memungkinkan melibatkan relawan yang berasal dari masyarakat pengungsi itu sendiri untuk mengidentifikasi kasus-kasus tersembunyi.

##### **C. Pengintegrasian ke Dalam Pelayanan Kesehatan Primer**

Intervensi kesehatan jiwa oleh sektor kesehatan dilaksanakan secara terintegrasi di pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan perlu memaksimalkan peranan keluarga serta menggunakan sumberdaya yang ada di masyarakat. Pelatihan tenaga kesehatan di pelayanan primer dan disupervisi oleh tenaga kesehatan jiwa merupakan komponen yang penting untuk keberhasilan pengintegrasian pelayanan kesehatan jiwa ke pelayanan kesehatan primer.

##### **D. Optimalisasi Akses dan Pemerataan Pelayanan**

Tidak dianjurkan untuk melakukan pelayanan kesehatan jiwa secara terpisah terhadap masyarakat khusus. Akses terhadap pelayanan sedapat mungkin untuk seluruh masyarakat dan bukan terbatas untuk populasi tertentu yang diidentifikasi terpapar oleh stressor tertentu. Namun demikian, mungkin penting untuk melakukan program penyadaran masyarakat untuk menjamin penatalaksanaan kelompok rawan atau minoritas di Puskesmas.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

#### **E. Pelatihan dan Supervisi Untuk Meningkatkan Kompetensi**

Pelatihan dan supervisi dilakukan oleh tenaga kesehatan jiwa, atau di bawah bimbingan tenaga kesehatan jiwa dengan waktu yang cukup memadai untuk menjamin efektivitas dari pelatihan. Pelatihan singkat selama seminggu atau dua minggu perlu diikuti oleh supervisi atau pelatihan berikutnya bila diperlukan. Pelatihan difokuskan pada keterampilan praktis sehingga pendayagunaan dapat secara maksimal.

#### **F. Hak dan Kewajiban Pemberi dan Penerima Pelayanan**

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan, perlu memperhatikan perlindungan terhadap hak dan kewajiban baik bagi pemberi maupun bagi penerima pelayanan.

#### **G. Etika**

Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan adalah :

1. Hak untuk hidup dan berkembang secara normal bagi semua orang;
2. Memperhatikan pandangan atau pendapat penerima pelayanan;
3. Tidak membedakan golongan, suku dan agama;
4. Menjaga prinsip kerahasiaan;
5. Bersifat objektif dan jujur;
6. Pemberi pelayanan harus menyadari sepenuhnya dampak dari program intervensinya;
7. Untuk melakukan tindakan kepada individu tertentu, diperlukan "informed consent";

#### **H. Perspektif Jangka Panjang**

Setelah penduduk terpapar oleh stressor berat, lebih baik memusatkan pada pengembangan pelayanan jangka menengah dan jangka panjang yang berbasis masyarakat dan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dari pada memusatkan pada penanganan masalah psikososial yang segera dan jangka pendek selama fase akut dari kedaruratan. Program kesehatan jiwa yang dilakukan segera setelah kedaruratan akut, membutuhkan dana yang besar, tetapi bila tidak diikuti dengan program berikutnya, akan menjadi kurang efektif.

#### **I. Indikator Monitoring**

Kegiatan harus dimonitor dan dievaluasi menggunakan indikator yang perlu ditetapkan sebelum memulai kegiatan. Untuk itu perlu menjawab pertanyaan sebagai berikut :

- Apa yang menjadi indikator keberhasilan program intervensi?



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Se jauh mana program yang dirancang disesuaikan dengan konteks budaya setempat, baik budaya masyarakat pengungsi maupun masyarakat penerima pengungsi?
- Apakah kelompok sasaran sudah dipersiapkan untuk meneruskan program secara mandiri bila program tersebut sudah berakhir?
- Apakah biaya program intervensi tersebut efektif dan efisien?

**J. Desentralisasi**

Sesuai dengan kebijakan desentralisasi, maka pemerintahan Kabupaten/Kota bertanggung jawab terhadap kesinambungan program ini. Hal ini meliputi persiapan sumberdaya manusia dan dana.

**V. POKOK KEGIATAN (PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA)**

Program intervensi meliputi :

1. Promosi kesejahteraan psikologis dan sosial;
2. Prevensi terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial;
3. Deteksi tanda-tanda dini dari masalah kesehatan jiwa dan psikososial;
4. Penanganan dan rehabilitasi dari masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik terdiri dari 3 (tiga) tahap yaitu pra bencana (sebelum terjadinya bencana), saat bencana dan pasca bencana (setelah terjadinya bencana).

**A. Pusat**

**Pra Bencana :**

1. Menyusun Kebijakan, Standar, Pedoman
  - a. Membuat kebijakan dan pedoman mengenai pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat yang terkena bencana dan konflik yang melibatkan lintas program dan lintas sektor.
  - b. Mengembangkan pedoman penyuluhan psikoedukasi dan pendidikan bagi masyarakat yang berhubungan dengan masalah kesehatan jiwa dan psikososial.
2. Melakukan Sosialisasi, Advokasi, Fasilitasi
  - a. Memfasilitasi pertemuan lintas sektor terkait dengan elemen masyarakat pada tingkat nasional;
  - b. Melakukan sosialisasi tentang upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat yang terkena bencana dan konflik;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- c. Mendorong tumbuh dan kembangnya jaringan kerja pada tingkat lokal, nasional dan internasional (yang terdiri dari sektor kesehatan, sosial, agama, pendidikan, keamanan, pers, badan donor dan elemen masyarakat);
  - d. Memberikan pelatihan berjenjang tentang deteksi dini dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat yang terkena bencana dan konflik kepada petugas pelaksana di provinsi mulai dari pengelola, tenaga kesehatan di dinas kesehatan, rumah sakit dan masyarakat.
3. Melakukan Pemantauan dan Evaluasi
- a. Mengembangkan sistem jaringan informasi tentang masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada tingkat lokal, nasional dan internasional dengan difasilitasi oleh Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat;
  - b. Menyelenggarakan pertemuan baik formal maupun informal yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat yang terkena bencana dan konflik;
  - c. Mendorong institusi pendidikan untuk memasukkan kesehatan jiwa dan masalah psikososial ke dalam kurikulum pendidikan untuk tenaga kesehatan (perawat, bidan, kesehatan masyarakat, analis, dokter), psikolog, dan pekerja social;
  - d. Mengupayakan dan mengkoordinasikan mobilisasi sumber daya yang bersumber dari Pemerintah maupun swasta;
  - e. Mengembangkan standarisasi upaya pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat yang terkena bencana dan konflik;
  - f. Mengembangkan instrumen penilaian masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik;
  - g. Menyelenggarakan koordinasi formal maupun informal yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat yang terkena bencana dan konflik;
  - h. Menyiapkan tenaga-tenaga kesehatan jiwa yang sudah terlatih untuk dipersiapkan pada penanggulangan masalah kesehatan jiwa pada kejadian bencana dan konflik.

**Saat Bencana**

1. Mengadakan penilaian secara cepat terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial;
2. Mengadakan pengawasan secara cepat terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial secara terkoordinasi;
3. Mempersiapkan tenaga untuk pendampingan ke tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

4. Melakukan Kordinasi tentang bantuan kesehatan jiwa , khususnya bantuan dari luar negeri, agar tidak terjadi tumpang tindih antar kegiatan, sekaligus untuk melancarkan kegiatan monitoring dan evaluasi.

**Pasca Bencana**

1. Supervisi, pemantauan (monitoring) dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan;
2. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi;
3. Merencanakan program berikutnya.

**B. Provinsi**

**Pra Bencana**

1. Membuat Juklak dan Juknis tentang pencegahan dan penanggulangan masalah psikososial pada masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik di provinsi dan kabupaten/kota.
2. Membuat pemetaan daerah rawan bencana dan konflik dengan mengidentifikasi jenis, sifat, dan lokasi akan terjadinya bencana serta keadaan sosio-kultural setempat dan tempat pengungsian.
3. Memberikan penjelasan atau penyuluhan kepada masyarakat tentang situasi yang akan mereka hadapi melalui media massa atau pendekatan kelompok.
4. Mengembangkan pedoman pelatihan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial bagi masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik sesuai dengan kondisi daerah.
5. Memberikan pelatihan kepada petugas pelaksana di provinsi dan kabupaten/kota mulai dari pengelola, tenaga kesehatan di masyarakat, Puskesmas dan Rumah Sakit.
6. Menumbuhkan dan mengembangkan jejaring kerja di provinsi yang melibatkan sektor terkait dan elemen masyarakat.
7. Mengembangkan sistem jaringan informasi tentang masalah kesehatan jiwa dan psikososial di provinsi dan kabupaten/kota.
8. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan elemen masyarakat.

**Saat Bencana**

1. Mengadakan penilaian secara cepat terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial.
2. Mengadakan pengawasan secara cepat terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial secara terkoordinasi.
3. Mempersiapkan tenaga untuk pendampingan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

4. Melakukan Koordinasi tentang bantuan kesehatan jiwa , khususnya bantuan dari luar negeri, agar tidak terjadi tumpang tindih antar kegiatan, sekaligus untuk melancarkan kegiatan monitoring dan evaluasi.

**Pasca Bencana**

1. Supervisi, pemantauan (monitoring) dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan.
2. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi.
3. Merencanakan program berikutnya.

**C. Kabupaten/Kota**

**Pra Bencana**

1. Membuat pemetaan daerah rawan bencana dan konflik dengan mengidentifikasi jenis, sifat, dan lokasi akan terjadinya bencana serta keadaan sosio-kultural setempat dan tempat pengungsian.
2. Melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik yang melibatkan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis.
3. Memberikan penjelasan atau penyuluhan kepada masyarakat tentang situasi yang akan mereka hadapi serta cara pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik ,melalui media massa atau pendekatan kelompok.
4. Membentuk tim kesehatan jiwa yang merupakan tim terpadu lintas program, lintas sektor dan yang dapat bergerak/berpindah setiap saat bilamana diperlukan.
5. Melatih masyarakat rawan bencana dan konflik untuk menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang mungkin akan terjadi.
6. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan elemen masyarakat.

**Saat Bencana**

1. Penilaian cepat terhadap kebutuhan yang diperlukan dalam bidang kesehatan jiwa serta sumber daya yang tersedia di masyarakat untuk berpartisipasi dalam program penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial (kader kesehatan, bidan di desa, pekerja sosial, guru, tokoh masyarakat, tokoh agama, PKK, karang taruna, ormos, orsos, pengobat tradisional dan elemen masyarakat lainnya).
2. Mengidentifikasi kelompok rentan, resiko tinggi (anak, remaja, wanita, usia lanjut dan orang cacat).



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

3. Memberikan bantuan kebutuhan dasar, misalnya makanan, air bersih, tempat tinggal, dan lain-lain.
4. Mempersiapkan tenaga konseling bagi korban.

**Pasca Bencana**

1. Mempersiapkan tempat mengungsi, rumah aman dan rumah perlindungan serta memberikan bantuan sosial bagi masyarakat yang terkena bencana dan konflik.
2. Melakukan psikoedukasi bagi masyarakat baik langsung maupun melalui media massa.
3. Mempersiapkan mental untuk pengembalian pengungsi ke tempat asal atau tempat baru.
4. Melaksanakan pendampingan bagi korban dan memberikan bimbingan dan konseling kepada kelompok yang berpotensi untuk mengalami masalah kesehatan jiwa dan psikososial
5. Supervisi, pemantauan (monitoring) dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan.
6. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi.
7. Merencanakan program berikutnya.

**VI. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN**

Langkah-langkah penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial tergantung dari fase kedaruratan, yaitu fase kedaruratan akut dan fase konsolidasi.

1. Fase Kedaruratan Akut merupakan periode dimana kurang tertanganinya penanganan kegawatdaruratan medik dan kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan dasar. Selama fase ini umumnya dianjurkan untuk memberikan intervensi sosial.
  - a. Intervensi sosial yang diperlukan pada fase ini meliputi :
    - Menyebarkan informasi tentang: kedaruratan, penyelamatan fisik terhadap populasi, informasi tentang pertolongan, termasuk apa yang dikerjakan oleh setiap organisasi dan dimana mereka berlokasi, dan lokasi kerabat untuk meningkatkan reuni keluarga. Informasi harus disebar luaskan menurut prinsip dari resiko komunikasi: misalnya informasi harus sederhana dan dapat dimengerti serta bersifat empatik (menunjukkan pengertian tentang situasi dari mereka yang selamat dari bencana).
    - Mencari jejak keluarga dari mereka yang terpisah, usia lanjut dan kelompok rawan lainnya.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Menyediakan petugas lapangan yang sigap untuk menangani kesehatan, distribusi makanan, kesejahteraan sosial dan mencatat mereka yang mengalami perkabungan, disorientasi dan yang membutuhkan pertolongan segera.
  - Membimbing masyarakat untuk mengambil keputusan dimana meletakkan tempat beribadah, sekolah dan pasokan air di tempat mengungsi.
  - Membantu yatim piatu, janda, duda, atau mereka yang tidak mempunyai keluarga melalui jaringan sosial.
  - Mendorong terbentuknya kembali budaya yang normal dan kegiatan keagamaan (termasuk upacara berduka cita) dan mengadakan kegiatan rekreasi untuk anak-anak yang sesuai dengan budaya setempat.
  - Mendorong dimulainya kegiatan sekolah bagi anak-anak walaupun tidak sepenuhnya.
  - Melibatkan orang dewasa dan remaja dalam kegiatan nyata dan kegiatan yang menarik (misalnya membangun perkemahan, mengatur pencarian keluarga, membagikan makanan, mengatur vaksinasi, mengajari anak-anak, dan lain-lain).
  - Menyebarkan informasi yang sederhana, empatik dan menenangkan tentang reaksi stres yang normal kepada masyarakat luas. Menyiarkan berita singkat yang tidak sensasional, program radio, membuat poster, leaflet yang mungkin berguna untuk menenangkan masyarakat.
- b. Intervensi psikologis pada fase akut meliputi :
- Mengadakan hubungan dengan Puskesmas/RU/RSJ atau pelayanan darurat di daerah lokasi.
  - Menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya membahayakan bagi dirinya atau orang lain, gangguan psikotik, depresi berat, maniakal, dan epilepsi) di Puskesmas/RU/RSJ.
  - Menjamin tersedianya obat psikotropika esensial di tingkat Puskesmas/RU/RSJ. Banyak orang yang mempunyai keluhan psikiatrik akut merupakan gejala awal dari gangguan jiwa dan penghentian obat secara mendadak harus dihindari. Lagi pula sebagian orang akan memerlukan terapi masalah kesehatan jiwa akibat mengalami stresor yang ekstrim.
  - Dengan memperhitungkan tersedianya pekerja masyarakat (sukarela dan non sukarela) segera setelah terpapar dengan stresor yang ekstrim, perlu memberikan peneguhan yang mengikuti prinsip pertolongan psikologis (misalnya mendengarkan, menunjukkan rasa turut berempati, menilai



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

kebutuhan, menjamin tersedianya kebutuhan fisik yang mendasar, tidak memaksa berbicara atau memaksa memindahkan mereka dari keluarga atau orang yang bermakna lainnya, memberikan suport sosial dan tidak memaksa, melindungi dari bahaya berikutnya dan lain-lain).

- Bila fase akut telah berlalu, mulai melatih dan mensupervisi pekerja Puskesmas/RSU/RSJ dan pekerja masyarakat.

2. Fase Rekonsolidasi merupakan periode darurat akut diikuti oleh fase konsolidasi dimana kebutuhan dasar sudah kembali pada tingkatan sebelum darurat atau pada kasus pengungsian.

a. Intervensi sosial selama fase konsolidasi meliputi:

- Tetap meneruskan intervensi sosial yang dibutuhkan seperti yang telah dibicarakan di atas.
- Menyusun psikoedukasi dan rencana selanjutnya. Untuk mendidik masyarakat tentang pemilihan pelayanan kesehatan jiwa yang tersedia. Dimulai setelah minggu keempat dari fase akut, mendidik masyarakat secara hati-hati tentang perbedaan diantara distres dan psikopatologi, hindari saran tentang psikopatologi yang lebih rumit (misalnya halusinasi, waham) serta hindari olok-olok dan bahasa yang menimbulkan stigma.
- Dorong penerapan cara pertahanan diri yang positif yang sudah mereka miliki.
- Apabila terjadi kemiskinan, dorong inisiatif pengembangan ekonomi. Contoh inisiatif tersebut adalah:
  - (a) Memberikan kredit investasi kecil,
  - (b) Kegiatan yang menambah penghasilan.

b. Intervensi psikologis selama fase rekonsolidasi

- Mendidik pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru dan lain-lain) dan pekerja kemanusiaan lainnya tentang keterampilan pelayanan psikologis yang dasar. (misalnya cara memberi suport emosional, memberi informasi, peneguhan yang simpatik dan pengenalan masalah kesehatan jiwa yang mendasar) untuk menimbulkan kesadaran dan suport masyarakat serta untuk merujuk individu ke Puskesmas/RSU bila diperlukan.
- Melatih dan mensupervisi tenaga Puskesmas/RSU/RSJ dalam hal pengetahuan dan keterampilan kesehatan jiwa yang mendasar (misalnya pemberian psikotropika yang sesuai, konseling suportif, kerja sama dengan keluarga, pencegahan bunuh diri, mengatasi keluhan somatik yang tak dapat dijelaskan secara medis, mengatasi penyalahgunaan zat dan cara merujuk pasien).



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Menyediakan obat-obatan bagi pasien psikiatrik yang tak memungkinkan dibawa ke Puskesmas/RSU/RSJ selama fase darurat akut.
- Melatih dan mensupervisi pekerja masyarakat (misalnya pekerja yang memberi dukungan dan konseling) untuk membantu petugas Puskesmas/RSU/RSJ bila pasien terlalu banyak. Pekerja masyarakat mungkin sukarela, paraprofesional, atau profesional tergantung dari situasi. Pekerja masyarakat perlu dilatih dan disupervisi dalam sejumlah keterampilan dasar : menilai persepsi individu, keluarga dan kelompok terhadap masalah, cara memberikan suport emosional, konseling menghadapi duka cita, manajemen stres, konseling mengatasi masalah, memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta cara merujuk.
- Bila memungkinkan bekerja sama dengan ahli pengobatan tradisional. Dalam hal ini tentu berlaku pada kerja sama yang dapat dilakukan.
- Memfasilitasi terbentuknya kelompok suport tolong diri yang bersumberdaya masyarakat. Fokus dari kelompok tolong diri tersebut khususnya dalam berbagi masalah, tukar pendapat untuk menemukan cara yang lebih efektif dalam pertahanan diri dan mencari penyelesaian (termasuk cara tradisional) yang menghasilkan saling suport emosional dan kadang-kadang menghasilkan inisiatif tingkat masyarakat.

**VII. PENUTUP**

Kebijakan Peranggulan Masalah Kesehatan Jiwa, dan Psikososial pada Masyarakat bencana dan konflik disusun dengan melibatkan Lintas Program dan Lintas Sektor terkait, untuk dapat dimanfaatkan dalam upaya pencegahan dan penanggulan masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masyarakat yang terkena Bencana dan Konflik.



**MENTERI KESEHATAN,**

**Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)**