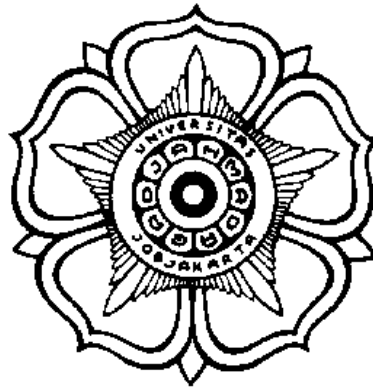


**EFEKTIVITAS KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN PENGUNSI
DI POS PENGUNSIAN MAGUWO HARJO PADA MASA TANGGAP
DARURAT BENCANA GUNUNG MERAPI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA TAHUN 2010**

NASKAH PUBLIKASI

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Untuk Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan**



Diajukan Oleh:

ENIK LISTYANINGSIH

NIM : 10/309223/PKU/12026

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2012**

**EFEKTIVITAS KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN PENGUNGSI
DI POS PENGUNGSIAN MAGUWO HARJO PADA MASA TANGGAP
DARURAT BENCANA GUNUNG MERAPI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA TAHUN 2010**

**THE EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE COORDINATION ON REFUGEES
IN MAGUWO HARJO EVACUATION POS DURING EMERGENCY RESPONSE
TO THE MOUNT MERAPI IN SPECIAL REGION PROVINCE OF
YOGYAKARTA YEAR 2010**

Enik Listyaningsih^[1], Yodi Mahendradhata^[2], Fransiska M Sitorus^[3]

INTISARI

Latar Belakang: Dampak letusan Gunung Merapi di Yogyakarta sangat berbahaya bagi kesehatan penduduk. Penyediaan pelayanan kesehatan sangat penting terutama pada masa tanggap darurat. Maguwoharjo adalah pos pengungsian dengan jumlah pengungsi terbanyak. Masalah dalam pelayanan kesehatan pengungsi yakni distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Koordinasi pelayanan kesehatan sangat penting untuk mengatasi masalah kesehatan yang timbul.

Metode Penelitian: Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam. Informan penelitian adalah perwakilan dari Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Puskesmas Depok 1, LSM dan mantan pengungsi. Untuk menjamin validitas data digunakan triangulasi sumber .

Hasil penelitian: Koordinasi pelayanan kesehatan dikaji dari aspek komunikasi dan pengorganisasian. Komunikasi dilakukan dengan pertemuan setiap pagi dan sore yang melibatkan koordinator pos pengungsian, koordinator relawan, dan dinas kesehatan. Selain pertemuan, komunikasi juga dilakukan dengan cara SMS *gateway* dan *skype*. Pengorganisasian dilakukan dengan membuat struktur organisasi, yang menggambarkan susunan personalia dan wewenangnya. Sampai akhir masa pengungsian diketahui bahwa tidak terjadi KLB, menurunnya angka kejadian penyakit, dan infeksi penyakit terkendali. Namun, masih ditemukan keterbatasan sumber daya manusia, sarana, dan tidak adanya prosedur standar pelayanan kesehatan pengungsi.

Kesimpulan: Koordinasi pelayanan kesehatan pengungsi pada masa tanggap darurat sudah efektif, tetapi masih harus meningkatkan informasi kepada pengungsi dan relawan, Dinas kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten harus mempunyai SOP.

Kata kunci: Efektivitas, koordinasi, pelayanan kesehatan, pengungsi.

1. STIKES Bathesda Yakkum Yogyakarta
2. Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
3. Unit Riset Pusat Kedokteran Tropis, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

**THE EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE COORDINATION ON REFUGEES
IN MAGUWOHARJO EVACUATION POS DURING EMERGENCY RESPONSE
TO THE MOUNT MERAPI IN SPECIAL REGION PROVINCE OF
YOGYAKARTA YEAR 2010**

**EFEKTIVITAS KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN PENGUNSI
DI POS PENGUNSIAN MAGUWOHARJO PADA MASA TANGGAP
DARURAT BENCANA GUNUNG MERAPI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA TAHUN 2010**

Enik Listyaningsih^[1], Yodi Mahendradhata^[2], Fransiska M Sitorus^[3]

ABSTRACT

Background: The eruption of Mount Merapi in Yogyakarta has caused dangerous impact to the people's health. It is important to provide a good health care services during emergency response. Maguwoharjo is a shelter with the largest number of refugees. However, there is a problem because the health care staffs are not well distributed in that shelter. The coordination on health care service is important to overcome the health problems during emergency response.

Methods: This is a qualitative study using in-depth interviews method to collect data. The informants are representatives from Yogyakarta provincial health office, Sleman district health office, primary health care center of Depok, Non Government Office/NGO, and former refugees. To ensure the validity of data, we do the triangulation.

Results: The coordination of health care service to refugees is studied from its communication and organization. The communication was done by regular meetings in the morning and in the afternoon involving shelter's coordinator, volunteer's coordinator, and representative from both provincial and district health office. Not only by the regular meeting, but also by using SMS gateway and skype (internet-based). There was also a hierarchial structure to organize all health care staffs and their responsibilities during emergency response. Until the end of the evacuation, there was no outbreaks, incidence of disease was dcreased, and infectious disease controlled. However, it still not enough of health care personels, lack of adequate facilities, and unavailable of operating standard procedure regarding to provide good health services to refugees.

Conclusion: The coordination of health services to refugees during the emergency:It is effective but still need to improve the information to the refugees and the volunteers,and the provincial health department and the country health department should have SOPs.

Key Words: Effectiveness, Coordination, Health care, Refugee

1. Heath Science Academic of Bethesda Yakkum Yogyakarta
2. Policy and Health Services Management, Graduate Program Faculty Medicine Gadjah Mada University, Yogyakarta
3. Medical Tropis Riset Centre Unit, Faculty of Medical, Gadjah Mada University Yogyakarta

PENDAHULUAN

Bencana gunung berapi di Indonesia merupakan bencana yang sering terjadi karena posisi geografis Indonesia. Bencana muncul ketika ancaman alam (seperti gunung api) bertemu dengan masyarakat yang rentan (perkampungan di lereng gunung api) yang mempunyai kemampuan rendah atau tidak mempunyai kemampuan untuk menanggapi ancaman itu (tidak ada pelatihan atau pemahaman tentang gunung api atau tidak siap siaga). Berdasarkan sejarah, gunung Merapi mulai tampil sebagai gunung api sejak tahun 1006, ketika itu tercatat sebagai letusannya yang pertama¹.

Pada tanggal 26 Oktober sampai November 2010 terjadi bencana alam letusan gunung berapi (Gunung Merapi) di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY); Letusan pertama tanggal 26 Oktober dengan jarak luncur awan panas berada pada radius 10 km dan disusul yang terbesar, yaitu pada tanggal 5 November 2010. Lava dan awan panas jarak luncurannya semakin jauh, jangkauan awan panas ditetapkan menjadi radius 20 km. Bangunan/gedung, rumah, sekolah, perkantoran, pohon tumbang dan mati serta jalan tertutup oleh abu dan pasir. Korban jiwa sebesar 223 jiwa meninggal dengan rincian: 182 jiwa meninggal karena luka bakar, dan 41 jiwa meninggal non lukabakar. Jumlah korban dirawat di beberapa rumah sakit di DIY berjumlah 236 orang. Jumlah korban pengungsi 121.441 orang dengan jumlah titik pengungsian sebanyak 314 pos yang tersebar di seluruh Propinsi DIY, salah satunya adalah stadion Maguwoharjo².

Koordinasi di lapangan dalam memberikan pelayanan kesehatan dipimpin langsung oleh Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, puskesmas sebagai koordinator lapangan. Mekanisme ini tidak bebas dari masalah. Terdapat banyak pos kesehatan dengan kebutuhan kesehatan bermacam-macam, yaitu masalah penyakit pada balita, anak, dewasa, lansia.

Dalam kondisi yang serba darurat maka pelayanan kesehatan kurang tertata dengan baik. Antrian pengobatan antara balita, dewasa, lansia menjadi satu sehingga terjadi penanganan yang membutuhkan waktu lama. Jumlah tenaga kesehatan kurang terdistribusi sehingga pasien mengantri lama. Hal ini mengakibatkan pasien menjadi kelelahan bahkan dapat menyebabkan adanya pasien yang tidak terlayani. Di lain pihak, banyak pos kesehatan yang kunjungan pasiennya kurang.

TUJUAN PENELITIAN

Analisa efektifitas koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di pos pengungsian Maguwoharjo.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam (indepth interview). Informan penelitiannya adalah pihak dinas kesehatan provinsi, pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Puskesmas Depok 1, LSM dan mantan pengungsi, untuk menjamin validitas data digunakan triangulasi sumber dan data.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan di tempat pengungsian Maguwoharjo

a. Komunikasi

Berdasarkan hasil wawancara, koordinasi pelayanan kesehatan telah dilaksanakan sejak hari pertama dengan melakukan komunikasi. Tetapi komunikasinya kurang baik karena masih menemui hambatan antara dinas kesehatan dan relawan yang akan memberikan bantuan. Berikut ini petikan wawancaranya :

“Koordinasinya memang belum baik...saat itu kan pengungsi datang..trus bruk bruk, relawan juga langsung datang dan mereka dirikan tenda masing-masing tanpa laporan. Kita sudah ada tempat pos utamanya...tapi mereka tidak lapor dan nempati diri sendiri-sendiri..begitu juga di lantai 2 langsung buka pasar,,,sehingga kita sempat bingung...dari kita cuma keliling pemetaan dulu terus mulai

menyanyi satu-satu, dokternya siapa (umum apa spesialis), berapa banyak Memang dokternya, agak lama prosesnya...(R6)

"Satu hal yang susah, untuk mengkoordinir..saat mereka datang karena tidak melewati dinkes dulu...tiba-tiba mereka sudah ada di lokasi nah itu yang pertama, yang kedua kadang kita memutuskan kan itu dari kementerian kesehatan..misalnya LSM harus berada pada titik tertentu...itu mereka tidak mau,tapi mengumpul pada satu tempat. Ketiga, kadang dia tidak melaporkan apa yang dilakukan apa hasilnya, terus pulang tiba-tiba..." (R4)

Komunikasi dalam organisasi secara formal maupun informal dilakukan untuk memberikan informasi yang jelas dan terinci apa yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi. Petikan wawancara di bawah ini menunjukkan bagaimana pola komunikasi yang terjadi dengan lembaga terkait :

"Rapat..tiap hari pagi dan sore, trus diseminasi hasil informasinya apa, kira-kira kebutuhan apa sarana maupun kondisi kesehatan akan bisa diketahui setiap harinya. Termasuk ada koordinasi dengan Jawa Tengah, yang waktu itu kita memang harus koordinasi dengan wilayah Jawa Tengah khususnya pelayanan-pelayanan yang ada di perbatasan..." (R4)

"... juga melalui telepon meminta data ke pos pengungsian dulu untuk bahan koordinasi ke dinas ..kalau dak salah malah di PMPK to mbak?" (R4)

"...waktu itu kita juga membuat media komunikasi dengan SMS gateway dan skype...mbak" (R4)

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian di pos Pengungsian sangat dibutuhkan untuk menentukan pelayanan yang akan diberikan kepada pengungsi, agar pelayanan yang diberikan kepada pengungsi sesuai dengan kebutuhan.dan tidak terjadi penumpukan tenaga kesehatan di salah satu pos pengungsian. Maka dibuatlah struktur organisasi dan pembagian tugas dan wewenang, seperti diungkapkan dalam kutipan wawancara di bawah ini :

" ya waktu itu yang bertanggung jawab dalam koordinasi puskesmas depok mbak....setiap siang kita LSM di kumpulkan untuk membahas masalah yang muncul di pos..."(R1)

“ ...penempatan relawan harus tegas, supaya tidak terjadi penumpukan atau kurang relawan di pos...” (R4)

“ waktu itu saya berperan membantu puskesmas dalam mendistribusikan tenaga mbak...” (R2)

“...saya waktu itu sebagai sekretaris di seksi pelayanan kesehatan, ada beberapa bidang...nah..saya sekretaris jadi kerjanya setiap hari koordinasi pagi dan sore untuk memonitor masalah-masalah apa yang muncul di lapangan dan mencari solusi....”(R4)

Dinas kesehatan provinsi Daerah istimewa Yogyakarta dan dinas kesehatan kabupaten Sleman juga melakukan rapat koordinasi pagi dan sore hari untuk memonitor pelayanan yang diberikan di pos pengungsian Maguwoharjo. Berdasarkan rapat pada pagi dan sore koordinasi mulai berjalan baik.

Koordinasi adalah upaya menyatu padukan berbagai sumberdaya dan kegiatan organisasi menjadi suatu kekuatan sinergis, agar dapat melakukan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat akibat kedaruratan dan secara menyeluruh dan terpadu sehingga dapat tercapai sasaran yang direncanakan secara efektif dan efisien secara harmonis⁴. Salah satu tujuan dari koordinasi adalah mengurangi tumpang tindih dan inefisiensi bantuan kesehatan. Pada penelitian ini, tampak jelas bahwa terjadi tumpang tindih dalam pelayan kesehatan. Beberapa LSM maupun pihak luar seperti relawan yang membantu tetapi tidak memberikan laporan ke dinas terkait mengakibatkan pengungsi harus berpindah tempat mencari pelayan kesehatan dari tempat yang satu ke tempat yang lain.

Dengan pendekatan sistem memandang koordinasi sebagai bentuk pengintegrasian, pengsinkronisasian, dan penyederhanaan pelaksanaan tugas yang terpisah-pisah secara terus-menerus oleh sejumlah individu atau unit sehingga semuanya bersatu dalam jumlah yang tepat, mutu yang tepat, tempat yang tepat, dan waktu yang tepat dalam mencapai tujuan secara efektif dan efisien⁵.

Hal ini menunjukkan bahwa jika sistem itu tidak ada, maka koordinasi tidak dapat berjalan dengan baik. Hal ini sesuai dengan penelitian ini, tidak adanya sistem yang jelas saat pada minggu pertama, mengakibatkan koordinasi kurang berjalan dengan baik.

2. Efektivitas dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di pos pengungsian Maguwoharjo

Berdasarkan hasil penelitian, kegiatan pelayanan kesehatan saat terjadinya erupsi Gunung Merapi 2010, dikatakan efektif jika tidak terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa). Berikut petikan wawancaranya:

“Saya rasa belum efektif ya...karena ada kejadian penyakit yang tinggi seperti diare, batuk, pilek, sesak nafas itu lho mbak. Karena tidak ada standar yang jelas kita tidak bisa mengukur efektivitasnya, ya hanya berdasar pada kejadian”. (R5)

“ ya... memang kalau terjadi KLB belum mbak..tetapi banyak penyakit yang punya resiko seperti diare, batuk, flu, jadi ya kurang...” (R3)

“...menurut saya sudah bagus bu...karena saya sakit gula, juga di beri obat seperti yang saya minum setiap hari....” (R11)

“...semua bagus ya..karena beberapa relawan yang ada dokter spesialisnya...” (R9)

Berdasarkan hasil penelitian, saat terjadi pengungsian di Maguwoharjo memang tidak terjadi kejadian luar biasa (KLB). Sehingga dapat dikatakan bahwa kegiatan yang telah dilakukan berjalan efektif. Sesuai dengan Zutphen and Damerell (2011) bahwa efektivitas tercapai jika telah terbukti menurunnya trend penyakit yang berkembang, kejadian infeksi yang terkendali, tidak terjadi KLB selama pengungsian. Walaupun kenyataannya di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman belum mempunyai standart minimal pelayanan kesehatan, tetapi kalau dilihat dari standart minimal pelayanan kesehatan Zutphen and Damerell (2011) sudah sesuai seperti ketersediaan obat antibiotic dan antipiretik

tidak terjadi kekurangan selama satu minggu di Pos Pengungsian Maguwoharjo, Informasi memberikan laporan secara berkala di Pos Pengungsian Maguwoharjo setiap pagi dan sore, sementara menurut Zutphen and Damerell (2011) laporan berkala setiap 48 jam, maka kalau dilihat dari hasil penelitian Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman sebagai pemimpin dalam koordinasi sudah melakukan fungsinya.

3. Kendala yang terjadi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di pos Maguwoharjo

Walaupun demikian ternyata bentuk koordinasi yang telah diupayakan dinas kesehatan menemukan hambatan. Hal ini karena banyaknya LSM atau organisasi masyarakat yang hendak membantu serta ikut berperan dalam memberikan bantuan kepada pengungsi. Banyaknya LSM maupun ormas tersebut ada beberapa yang tidak melapor kepada dinas kesehatan sehingga menyulitkan dinas kesehatan memperoleh data-data yang jelas. Berikut petikan wawancaranya :

“Sebenarnya kalau para pemberi bantuan itu manut, itu gak masalahsebenarnya itu ada yang manut, ada yang tidak dalam artian kalau masuk, laporkan kepada kita..tetapi ada yang tidak melapor. Ketika di koordinasikan harusnya manut,,ya sekitar 22 bantuan institusi pemerintah itu di bawah koordinasi kita”. (R3)

Ada beberapa kekurangan padasaat kedaruratan karena adanya kendala di lapangan. Kendala tersebut karena keterbatasan sumber daya manusia, sarana, pengurusan jenazah, kurangnya koordinasi pada minggu pertama serta ketidaktahuan pengungsi tentang ketersediaan dokter, Berikut petikan wawancaranya :

“Kendalanya terus terang sarana transportasi ke lapangan,,nah itu satu. Yang kedua...pelayan untuk perawatan jenazah itu justru jadi masalah Karena banyak, dikumpulkan di Sardjito dilakukan otopsi ,, mau dimakamkan,,butuh ambulans pernah ini,,jumlahnya 70 ambulans jenazah. Akhirnya kita

kumpulkan termasuk Bethesda waktu itu,,,semua kalau tidak keliru sekitar 24-25 ambulance..terus pinjam lagi dari Jawa Tengah nah seperti itu..karena apa ? karena kita menjaga agar jangan sampai membawa jenazah menggunakan 1 ambulance lebih dari 2 atau 3 jenazah. Nanti muncul masalah,,,tapi alhamdulillah bisa selesai.” (R5)

“Kalau kendalanya, kita kekurangan tenaga, karena kalau dasar kita ada semua. misalnya kalau spesialis kita rujuk ke spesialis kalau rujuk ke rumah sakit,,kita rujuk ke rumah sakit,,dan penangann obat juga tidak masalah, juga masalah obat, kita juga dapat banyak. Kita irit-irit karena kita kan tidak tau kapan ada lagi,,,ga taunya sampai akhir betul tidak ada stok lagi..jadi bener-bener irit,,, bahkan obat puskesmas kita ambil dulu untuk Maguwo. Tapi yang kita repot, untuk petugasnya, terutama di posko utama. Kita kan kerja sama dengan yang luar dan beberapa puskesmas nah itu kan ada 3 shift nah kadang ada bolong tidak ada dokter tidak ada perawat...sehingga di calling ini bagaimana-ini bagaimana...”(R4)

Komunikasi (sosialisasi) yang kurang sehingga pengungsi tidak tahu kalau di pos kesehatan ada dokter spesialis, ada tempat periksa untuk balita , kadang mereka menanyakan :

“... kok mboten wonten dokter anake ta....padahal ada dan yang melakukan pemeriksaan itu dokternya...juga memberikan imunisasi,tetapi mereka sering bilang kalau dak ada dokter spesialisnya”. (R8)

“...mbok tempat periksanya dipisah pisah tua dan anak anak itu di sendirikan biar tidak suksukan....” (R10)

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa kendala yang dirasakan adalah sarana prasana di tempat pengungsian pada saat itu kurang, seperti tempat tidur dan air bersih. Hal ini dapat dilihat pada petikan wawancara berikut ini:

“Tempat tidur itu yang sangat ruwet bu soalnya campur dengan tua muda laki perempuan bahkan di tempat saya itu yang bapak bapak pada merokok di tempat itu, nek ajeng menegur juga dak enak. jadi baunya waduh...waduh....kalau ke wc sampai dak tahan dan dalam kotor sekali tanah tanah didalam wc”. (R8)

“Toya cekap (cukup) bu, naming wc bu yang jadi masalah kotor terus ambune pun ra ilok ilok tekan pundi pundi (di mana-mana), dilalahe (kebetulan) kulo le tilem (tidur) celak (dekat) kaleh kamar mandi pun ngantos mumet tambah sesek”. (R9)

Sementara itu jumlah makanan yang diterima pengungsi justru berlebihan. Banyak makanan yang harus terbuang karena sudah tidak layak dikonsumsi. Berikut ini petikan wawancaranya:

“Makanan itu malah berlebih lha wong sisa yang di buang buang itu banyak kok bu ,kula niku malah sok nyebut panganan kok dibuang buang ,wong tirah, padahal lauke niku nggeh sae lho bu wong nggeh onten tigan, oseng tempe oseng janggal,naming geh namine tiyang kathah warna warna panjaluke”. (R9)

“Kalau makanan turah turah dan menurut saya sih sudah cukup wong ya lauknya kadang telur ,pernah ayam, tahu, tempe bu sampai di buang buang jadi makanan tikus,coro, sarang nyamuk, padahal namanya dipengungsian ya dak ada obat tikus dan coro, apalagi obat nyamuk”. (R10)

Problematika dalam penanganan bencana adalah lemahnya koordinasi, baik antar relawan maupun relawan dengan petugas kesehatan lokal. Lee dan Low (2006) mengatakan bahwa koordinasi antara petugas lokal dengan tim relawan sangat dibutuhkan untuk optimalisasi bantuan⁶. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa koordinasi antara dinas kesehatan dengan LSM/relawan pada minggu pertama belum berjalan dengan baik karena masing masing punya prinsip, tetapi setelah minggu ke dua koordinasi berjalan dengan baik

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di Pos Pengungsian Maguwoharjo pada masa tanggap darurat telah dilaksanakan dengan melakukan konsolidasi dengan berbagai pihak yang terkait, dengan melakukan pendataan dan pendistribusian relawan, serta konsolidasi dengan lintas sektoral maupun Dinas

Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan juga relawan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat. Koordinasi dilakukan dengan pertemuan setiap pagi dan sore hari antara Dinas Kesehatan dan pos pengungsian untuk mendapatkan laporan keadaan pengungsi dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan serta kebutuhan yang diperlukan di pos pengungsian Maguwoharjo sehingga dengan pertemuan tersebut bisa dengan cepat memberikan pelayanan yang dibutuhkan dan tepat karena sesuai dengan kebutuhan pengungsi.

2. Komunikasi dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pengungsi di Pos Pengungsian Maguwoharjo pada masa tanggap darurat dilakukan dengan melakukan komunikasi secara formal yaitu melalui pertemuan setiap pagi dan sore hari dimana melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Puskesmas Depok I, Koordinator Pos Pengungsian Maguwoharjo, dan relawan yang terlibat. Selain komunikasi formal juga dilakukan komunikasi non formal melalui SMS dan *skype*. Keberadaan media tersebut dapat mempercepat proses pelaporan karena data yang dibutuhkan bisa segera dikomunikasikan dan tidak harus menunggu pertemuan. Dengan demikian, dapat mempercepat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pengungsi.
3. Pengorganisasian dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di Pos Pengungsian Maguwoharjo pada masa tanggap darurat menggunakan birokrasi yang bersifat fleksibel (*adhocracy*) dimana birokrasi tersebut berorientasi pada kebutuhan saat itu bagi pengungsi sehingga setiap saat bisa berubah sesuai kebutuhan pengungsi.
4. Efektivitas dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di Pos Pengungsian Maguwoharjo sudah efektif karena sudah sesuai dengan standar minimal pelayanan kesehatan pengungsi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia seperti:

tersedianya tempat pengungsian yang memadai, kebutuhan air tercukupi, kebutuhan makan terpenuhi, tidak terjadi kekurangan obat, tidak terjadi peningkatan kejadian penyakit infeksi, dan tidak terjadi KLB sampai masa pengungsian selesai.

5. Kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pengungsi di Pos Pengungsian Maguwoharjo antara lain: sumber daya manusia, sarana diantaranya ambulans dan standar operasional prosedur yang belum ada baik di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta maupun Dinas kesehatan Kabupaten Sleman. Pendistribusian relawan yang tidak merata karena sebagian besar relawan datang tidak melapor sehingga terjadi kesulitan bagi penanggungjawab pos pelayanan kesehatan Maguwoharjo untuk melakukan koordinasi. Apalagi dari pihak relawan mempunyai konsep yang berbeda-beda dalam memberikan pelayanan kesehatan.

SARAN

1. Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta

Di buat standar minimal pelayanan kesehatan pengungsi yang juga mencakup: penanggulangan penderita stress pasca trauma, psikolog, pelayanan ibu hamil dan bayi baru lahir.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman

Di buat prosedur tetap koordinasi pelayanan kesehatan pengungsi yang melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, puskesmas sebagai institusi kesehatan yang bertanggungjawab terhadap wilayah tersebut.

3. Peneliti

Diharapkan pada penelitian selanjutnya melakukan penelitian mengenai koordinasi pelayanan kesehatan pengungsi di satu wilayah yang mencakup semua pos pengungsian yang ada. Dengan demikian bisa mendapatkan gambaran koordinasi pelayanan kesehatan pada satu wilayah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Agusni, F. (2010) *Erupsi Merapi. Kompasiana*, 10 November, hal. 36
2. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2010) *Laporan Harian BNPB*, 22 Nopember.
3. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), Badan Koordinasi Nasional Penanganan Bencana (BAKORNAS PB) (2006). *Rencana aksi nasional pengurangan risiko bencana (RAN-PRB)*. Indonesia: United Nations Development Programme (UNDP).
4. Departemen Kesehatan, (2001) (Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan penanganan pengungsi, 2001).
5. Departemen Kesehatan (2002) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia N0. 12/Menkes/SK/I/2002 tentang Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan.
6. Dinas Kesehatan Propinsi DIY. (2010) *Data Center Bencana Daerah Istimewa Jogjakarta*
7. Gaudru, H. (2004) *Overview of potential impact of eruptions on volcanic islands (Global approaches for volcanic risk mitigation)*. European Volcanological Society, C.P.1, 1211 Geneva 17 Switzerland, HGaudruSVE@compuserve.com [Diakses 24 November 2010].
8. Masnuh, A. (2008) *Komunikasi organisasi dalam teori dan praktek*. Malang. UMM Pres
9. Miles and Huberman (1994) *Metode penelitian Kualitatif Research and Development*, Bandung PT Gramedia.
10. Moleong, L.J. (2004) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung. PT Remaja Rosdakarya
11. Muninjaya, AG. (2004) *Manajemen kesehatan*, edisi 2. Jakarta: EGC.
12. Sugiyono. (2009) *Metode penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Cetakan 7. Bandung. Alfabeta
13. Winardi, J. (2009) *Teori organisasi dan pengorganisasian*. Jakarta. Raja Grafindo Persada
14. Yayasan IDEP. (2007) *Gunung Api*, edisi kedua. Indonesia: Yayasan IDEP
15. Yin, R.K. (2002) *Studi Kasus: desain dan metode*. Edisi revisi. Cetakan 3. Jakarta. Raja Grafindo Persada.