

**EVALUASI PROSES DONASI KESEHATAN  
DI KOTA BANDA ACEH PASCA BENCANA TSUNAMI**

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

**Minat Utama  
Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**



**Diajukan oleh :**

**Efi Adriani  
NIM 14528/PS/IKM/04**

**Kepada**

**SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS GADJAH MADA  
YOGYAKARTA  
2006**

### Tesis

## EVALUASI TERHADAP PROSES DONASI KESEHATAN DI KOTA BANDA ACEH PASCA BENCANA TSUNAMI

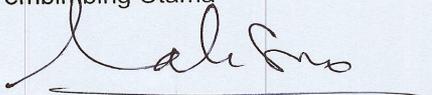
dipersiapkan dan disusun oleh

**Efi Adriani, SKM**

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
pada tanggal **25 Januari 2006**

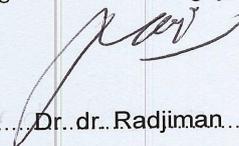
### Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama



Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD  
Pembimbing Pendamping I

Anggota Dewan Penguji Lain

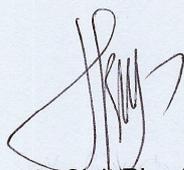


Dr. dr. Radjiman.....

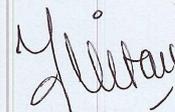


Prof. Dr. Sutikno.....

.....  
Pembimbing Pendamping II



.....  
dr. Sigit Riyarto, M.Kes.....



drg. Julita Hendrartini, M.Kes

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister

Tanggal



13 FEB 2006

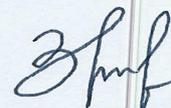
Prof. dr. Hari Kusananto, Dr.PH

Pengelola Program Studi : ...IKM.....

### SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapa karya pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi. Dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapa karya atau pendapat yang pernah ditulis dan diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Januari 2006



EFI ADRIANI

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan. Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai gelar Magister Kesehatan pada program studi ilmu-ilmu kesehatan jurusan Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada.

Selama penyusunan tesis ini, penulis banyak memperoleh bantuan baik moril maupun material dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada berbagai pihak yang telah membantu proses penulisan tesis ini.

1. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc,Ph.D selaku pembimbing Utama, atas bimbingan dan pengarahannya sejak awal hingga terselesainya tesis ini.
2. Direktur Pascasarjana Universitas Gadjah Mada beserta staf yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas.
3. Pengelola minat utama Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan beserta seluruh staf yang telah banyak memberikan bantuan dan perhatian selama masa perkuliahan sampai proses penyusunan tesis ini.
4. Kepala Sub Dinas Program, Kepala Puskesmas dan Puskesmas Pembantu beserta staf yang telah membantu dalam proses penulisan ini.
5. Rekan-rekan mahasiswa S-2 KPMAC angkatan 2004 dan teman-teman mahasiswa asal NAD yang telah memberikan dukungan moril.
6. Seluruh keluarga terutama papa dan ibu karena doa restu dan kasih sayangnya sebagai sumber motivasi penulis untuk menyelesaikan tulisan ini sebaik-baiknya.

Penulis menyadari tesis ini jauh dari kesempurnaan, oleh karenanya saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmatNya atas segala amal baik yang telah diberikan,

Yogyakarta, Januari 2005

EFI ADRIANI

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Lembaran Pengesahan .....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi .....	vi
Daftar Tabel .....	viii
Daftar Gambar .....	ix
Daftar Lampiran .....	x
Abstrak .....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan masalah .....	6
C. Tujuan penelitian .....	6
D. Keaslian Penelitian .....	6
E. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A. Manajemen Bencana .....	8
B. Donatur Kemanusiaan... ..	10
C. Bencana Tsunami di NAD dan Program Penanganannya	13
D. Peran Pemerintah dalam Manajemen Bencana.....	16
E. Evaluasi.....	19
F. Landasan Teori.....	20
G. Kerangka Konsep .....	22
H. Pertanyaan Penelitian .....	22
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>23</b>
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	23
B. Subyek Penelitian .....	23
C. Variabel Penelitian .....	23
D. Definisi Operasional.....	23
E. Alat dan Bahan Penelitian.....	24
F. Cara Pengumpulan Data.....	24
G. Keterbatasan Penelitian.....	25
H. Jalannya Penelitian .....	25
I. Pengolahan dan Analisis Data .....	26

<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>27</b>
A. Hasil Penelitian.....	27
1. Donasi Kesehatan.....	27
2. Proses Penyaluran Donasi.....	34
B. Pembahasan.....	35
1. Penanganan donasi.....	35
2. Penanganan Proses.....	39
3. Peran Pemerintah.....	40
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>42</b>
A. Kesimpulan .....	42
B. Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA .....	44
LAMPIRAN .....	

**DAFTAR GAMBAR**

1. Siklus Manajemen Bencana.....	8
2. Sumber Bantuan di Puskesmas dan Pustu.....	28
3. Sumber Bantuan di Dinas Kesehatan.....	28
4. Donasi di Puskesmas Fase Tanggap Darurat.....	29
5. Bantuan Fase Tanggap Darurat.....	29
6. Distribusi Bantuan Kesehatan Fase Tanggap Darurat.....	30
7. Distribusi Bantuan Kesehatan Fase Tanggap Darurat.....	30
8. Kriteria donatur .....	31
9. Jenis Bantuan Fase Tanggap Darurat dan Rehabilitasi.....	32

**DAFTAR TABEL**

Tabel1.	Luas Wilayah di NAD Sebelum dan Sesudah Bencana.....	2
Tabel 2	Sarana Pelayanan Yang Hancur /Rusak di Kota Banda Aceh....	3
Tabel 3.	Bantuan Kemanusiaan dari dalam dan Luar Negeri Pasca Tsunami.....	4

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Profil Desa/Kecamatan Di Kota Banda Aceh.
2. Keadaan Sarana Kesehatan Kota Banda Aceh Pasca Tsunami.
3. Bantuan Kesehatan Kota Banda Aceh fase Tanggap Darurat dan Rehabilitasi.
4. Program dan Kegiatan Emergency dan Rehabilitasi Bidang Kesehatan Kota Banda Aceh Pasca Tsunami.
5. Panduan Wawancara.

## INTISARI

**Latar Belakang:** Bencana tsunami yang melanda Propinsi NAD termasuk Kota Banda Aceh berdampak kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Masalah pelaksanaan bantuan kemanusiaan adalah kurangnya koordinasi untuk menangani bantuan dan relawan yang berdatangan, obat-obatan yang kadaluarsa, rusak dan labelnya tidak jelas, posko kesehatan tidak mencukupi, bantuan tidak merata dan tidak tepat sasaran. Masalah dalam penanggulangan bencana adalah masalah kesiapan, yang hanya bisa diatasi dengan adanya suatu manajemen bencana yaitu sistem penanganan bencana yang baik. Alokasi APBN dan APBD yang tidak banyak berubah akan berdampak minimnya dana untuk program rehabilitasi dan rekonstruksi pembangunan NAD. Oleh sebab itu pengoptimalan bantuan asing perlu mendapat perhatian serius.

**Tujuan** Penelitian ini bertujuan mengetahui profil donasi, proses penyaluran dan peran pemerintah pusat dan daerah dalam penyaluran donasi kesehatan di Kota Banda Aceh fase tanggap darurat dan rehabilitasi.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif eksploratif, menjelaskan fenomena kontemporer (masa kini) dalam konteks kehidupan nyata yaitu menafsirkan fenomena yang terjadi dengan menggunakan metode wawancara, pengamatan dan pemanfaatan dokumen.

**Hasil.** Jenis donasi diberikan pada fase tanggap darurat bersifat kuratif dan darurat berupa obat-obatan dan jasa medis yang bertujuan menyelamatkan masyarakat yang masih hidup, mampu bertahan dan segera terpenuhinya kebutuhan dasar yang paling minimal sedangkan pada fase rehabilitatif bantuan yang diberikan bersifat pemulihan jangka panjang. Proses penyaluran bantuan fase tanggap darurat bantuan langsung kepada sasaran yaitu unit-unit pelayanan yang masih berfungsi dan masyarakat, sedangkan fase rehabilitasi sudah diberikan melalui Dinas Kesehatan. Peran yang dilakukan pemerintah pada fase tanggap darurat tidak terlihat karena pemerintah daerah yang lumpuh pada saat itu, sedangkan pada fase rehabilitasi pendonor yang memberikan bantuan sudah melibatkan Dinas kesehatan Kota Banda Aceh. Pemerintah pusat juga sudah membentuk Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi (BRR) yang mengkoordinir bantuan yang diberikan.

**Kesimpulan.** Donasi pada fase tanggap darurat bersifat kuratif dan darurat dan disalurkan langsung ke sarana pelayanan kesehatan. Fase rehabilitatif bersifat jangka panjang dan sudah melibatkan Dinas Kesehatan

**Kata kunci :** donasi, manajemen bencana, peran pemerintah

## ABSTRACT

**Background:** Tsunami calamity that violently attacked Province of Nanggroe Aceh Darussalam, including Banda Aceh Municipality brought about increasing needs of health service. There are problems of aid delivery such as lack of coordination in handling donation and incoming volunteers; expired, damaged and unclearly labelled medicines; limited number of health posts; sporadic, and inappropriate aid distribution. The problem of disaster prevention is a matter of preparedness, which can only be done through disaster management, i.e. good disaster management system. Allocation of national as well as regional revenue and expenditure budgets which has not changed significantly may bring impact to limited fund rehabilitation and development reconstruction program of Nanggroe Aceh Darussalam. Therefore optimizing foreign donation should be given serious attention.

**Objective:** The objective of the study was to identify donation profile, distribution process, and role of central and local government in the distribution of health donation at Banda Aceh Municipality during emergency and rehabilitative phases.

**Method:** The study was explorative descriptive with a case study approach. It described contemporary (current) phenomena in the context of real life by interpreting phenomena that happened using interview, observation, and documentation methods.

**Result:** Types of donation given during emergency phase were curative and consisted of medicines and medical services to save communities who were still alive, able to survive and fulfilment of least minimum basic necessities, whereas during rehabilitative phase the donation given was for long term recovery purposes. In terms of distribution process during emergency responsive phase the donation was distributed directly to the target, i.e. service units and the community, whereas during rehabilitative phase the donation was given through the Health Office. During emergency phase the local government did not take much role due to total destruction occurred whereas during rehabilitative phase the donor involved the Health Office of Banda Aceh. Central government had also established Rehabilitation and Reconstruction Council which coordinated the donation.

**Conclusion:** The donation given during emergency phase was curative and distributed directly to health service units. During rehabilitative phase the donation was for long-term recovery and had involved the Health Office.

**Keywords:** donation, disaster management, role of government

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**  
**A.Latar Belakang**

Indonesia saat ini berada dalam situasi desentralisasi kesehatan dimulai sejak tahun 2001 yang diatur dalam UU no 22 tahun 1999 yang mengalami perubahan menjadi UU No. 32 tahun 2004. Periode tahun 2001 hingga 2003 merupakan fase awal diterapkan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Pada fase ini masih banyak ketidakjelasan dan ketidaksiapan pembagian wewenang di fungsi regulasi, pembiayaan dan pelaksanaan efektifitas pembangunan kesehatan.

Desentralisasi kesehatan secara prinsip menyerahkan urusan kesehatan kepada pemerintahan daerah. Di dalam PP No 8 Tahun 2003 disebutkan bahwa Dinas merupakan lembaga pemerintah yang utama yang mengatur aspek tehnik di wilayah kerjanya. Di sektor kesehatan Dinas Kesehatan semakin didorong menjadi lembaga yang berfungsi sebagai penyusun kebijakan dan regulator.

Laporan Pembangunan Bank Dunia memaparkan tentang peranan negara sebagai pemberi pembiayaan dan pemberi pelayanan yang terdiri dari tiga tingkat peranan yaitu peran minimal, peran menengah dan peran sebagai pelaku kegiatan. Peran minimal, pemerintah bertugas untuk menyediakan pelayanan publik murni, misalnya pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro dan kesehatan masyarakat. Di samping itu pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi orang miskin dan mengatasi bencana (Trisnantoro, 2005).

Bencana gempa bumi yang berkekuatan 8,9 Skala Richter dan tsunami yang melanda Indonesia tanggal 26 Desember 2004 telah memporak-porandakan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD ) dan

kepulauan Nias. NAD merupakan yang terparah mendapat bencana tersebut karena hampir sebagian besar wilayahnya terkena bencana diantaranya yaitu Kota Banda Aceh, Kabupaten Aceh Besar, Aceh Barat, Nagan Raya, sebagian Aceh Utara, Aceh Pidie, Lhokseumawe dan Bireun (tabel 1).

Tabel 1 Luas Wilayah di NAD Sebelum dan Sesudah Bencana

No.	Kab/Kota	Luas(Ha)	Daerah terkena bencana(Ha)	Daerah tidak terkena bencana (Ha)
1	Kota Banda Aceh	6.136	4.130	2.000
2.	Kota Sabang	11.872	50	11.822
3.	Kab. Aceh Besar	268.612	695	267.917
4.	Kab. Pidie	416.055	480	415.575
5.	Kab. Aceh Barat daya, Kab Nagan Raya, Kab. Aceh Barat. Kab. Aceh Jaya, Kab. Simeulu	1.404.708	8.000	1.396.708
6.	Kab. Aceh Selatan dan Kab. Aceh Singkil	694.515	0	694.515
7.	Kab. Aceh Tengah dan Kab. Bener Meriah	577.248	0	577.248
8.	Kab. Aceh Utara, Kab. Bireun dan Kota Lhokseumawe	534.042	255	537.787
9.	Kab. Aceh Timur, Kota Langsa dan kab. Aceh Tamiang	824.273	0	824.273
10.	Kab. Aceh Tenggara, Kab gayo Lues	995.096	0	995.096
	Jumlah	5.736.557	13.610	5.722.947

Sumber : BPN Februari 2005 (Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Buku V Rencana Bidang Kelembagaan Daerah)

Dari tabel 1 terlihat bahwa luas wilayah di NAD sebelum dan sesudah bencana, salah satu wilayah yang terparah terkena bencana adalah Kota Banda Aceh yaitu sebesar 67,31 % wilayahnya terkena bencana (Rencana

Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi, 2005b). Jumlah korban meninggal mencapai 41.295 jiwa penduduk meninggal dunia, hilang 22.973 jiwa, dan jumlah pengungsi 83.542 jiwa. Dari 9 kecamatan di wilayah Kota Banda Aceh, 3 diantaranya hancur, yaitu Kecamatan Meuraxa, Kecamatan Jaya Baru dan Kecamatan Kuta Raja ((Bappeda BA, Juni 2005).

Masalah kesehatan yang timbul setelah terjadi bencana tsunami antara lain : (a) jumlah korban yang sangat banyak, baik yang meninggal, yang mengalami luka-luka dan yang mengalami depresi memerlukan pertolongan kesehatan dengan segera; (b) Sistem kesehatan lumpuh disebabkan rusaknya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan serta banyaknya tenaga kesehatan yang hilang , meninggal dan mengalami depresi. Sarana pelayanan kesehatan yang mengalami kerusakan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini :

Tabel 2. Sarana Pelayanan Kesehatan Yang Rusak Akibat Bencana Tsunami di Kota Banda Aceh

No.	Jenis Sarana	Jumlah yang ada	Jumlah yang rusak		
			Rusak Total	Rusak Berat	Rusak Ringan
1.	Rumah Sakit	7	2	2	0
2.	Puskesmas	6	1	1	1
3.	Pustu	21	12	0	3

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh,2005.

(c) Penanganan korban bencana tidak optimal. Banyak anggota masyarakat termasuk pengungsi yang tinggal di lokasi pengungsian sulit memperoleh pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.(d) Terbatasnya air bersih dan buruknya sanitasi lingkungan. Tempat-tempat pengungsian tidak memenuhi syarat kesehatan, misalnya kekurangan air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana mandi, cuci dan kakus. (e) Ketahanan pangan dan gizi menurun. Sebagai akibat ketersediaan dan distribusi bahan makanan yang kurang merata dan banyaknya titik pengungsi menyebabkan meningkatnya

resiko kekurangan gizi, sakit dan kematian terutama pada kelompok rentan yaitu bayi, balita, ibu hamil dan usia lanjut. (f) Kemungkinan timbulnya penyakit menular. Kondisi lingkungan yang buruk diikuti dengan kekurangan gizi dapat menyebabkan berjangkitnya berbagai penyakit menular, misalnya campak, diare, malaria dan infeksi pernafasan akut (Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi, 2005c).

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang meningkat pada pasca bencana, dimulai dengan berdatangnya bantuan medis dari dalam dan luar negeri berupa uang, sandang, pangan, obat-obatan dan tenaga. Tenaga medis luar negeri yang datang umumnya adalah tenaga meliter dengan peralatan lengkap dengan bantuan, sedangkan dari negeri sendiri berasal dari meliter, rumah sakit, Universitas dan LSM.

Pelaksanaan bantuan kemanusiaan ditemukan beberapa masalah antara lain: (a) kurangnya koordinasi untuk menangani bantuan dan relawan yang berdatangan karena pemerintahan daerah waktu kejadian tidak berfungsi (Ariyani (2005) (b) bantuan obat-obatan yang kadaluarsa, rusak dan labelnya tidak jelas (Depkes Musnahkan Bantuan Asing, 2005), Posko kesehatan hanya dapat diadakan pada tempat pengungsian dengan 2.000 pengungsi (c) bantuan hanya beberapa titik pengungsian saja sehingga ada beberapa tempat pengungsian tidak mendapat bantuan (Nur Hidayat, 2005), (d) bantuan tidak tepat sasaran dan banyak bantuan yang diberikan pada oknum tertentu dan dijual di pasar (Republika, 21 Maret 2005).

Masalah dalam penanggulangan bencana adalah masalah kesiapan yang hanya dapat diatasi dengan adanya suatu manajemen bencana yaitu sistem penanganan bencana yang baik di tingkat lokal, wilayah ataupun nasional (Sujudi, 2005). Pemerintah telah membuat kebijakan di dalam proses penanganan bencana untuk memulihkan keadaan di NAD yang termasuk dalam bidang kesehatan dibagi atas 3 fase yaitu : 1) fase tanggap darurat/ *emergency* dimulai 26 Desember 2004 sampai dengan 26 Maret 2005 yang

bertujuan penyelamatan jiwa. 2) fase rehabilitasi dimulai dari 27 Maret 2005 sampai dengan Desember 2005 yang bertujuan pemulihan standar pelayanan minimum. 3) fase rekontruksi dimulai Januari 2006 sampai dengan Desember 2009 yang bertujuan pembangunan kembali seluruh sistem( Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias, 2005c).

Menurut laporan Menko Kesra, total nilai bantuan kemanusiaan yang terkumpul hingga 25 Februari 2005, dari dalam negeri mencapai 432,927 milyar. Bantuan ini berasal dari perusahaan swasta , BUMN, lembaga pemerintahan departemen dan departemen pemerintahan-pemerintahan daerah. Sementara bantuan asing yang terkumpul dalam bentuk uang berjumlah 1,94 trilyun dan bentuk barang berjumlah 2,245 trilyun (tabel 3)

Tabel 3 Bantuan Kemanusiaan dari Dalam dan Luar Negeri Pasca Tsunami s/d 25 Februari 2004 (dalam jutaan )

No	Bantuan	Jumlah Bantuan x 1.000.000 (Rp )
1.	Dalam Negeri	432.927
2.	Luar Negeri	4.185.000
	Jumlah	4.617.927

Sumber : Kompas, 11/03/05

Alokasi APBN dan APBD yang tidak banyak berubah akan berdampak minimnya dana untuk program rehabilitasi dan rekontruksi pembangunan NAD. Sumber terbesar APBD berasal dari transfer Pemerintah Pusat berupa dana migas dan DAK, juga tidak mampu mengatasi kebutuhan . Oleh sebab itu pengoptimalan bantuan asing (*foreign finance*) perlu mendapat perhatian serius, karena tingginya komitmen yang diberikan oleh negara asing melalui forum CGI untuk membantu NAD(Aceh Recovery Forum, 2005).

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang penelitian, maka perumusan masalah penelitian ini adalah "bagaimana profil dan proses penyaluran donasi serta peran pemerintah pusat dan daerah dalam penyaluran donasi kesehatan pada fase tanggap darurat dan fase rehabilitasi di Kota Banda Aceh pasca bencana tsunami ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Mengetahui profil donasi kesehatan di Kota Banda Aceh pasca tsunami fase tanggap darurat dan fase rehabilitasi
2. Mengetahui proses penyaluran donasi pada fase tanggap darurat dan rehabilitasi.
3. Mengetahui peran pemerintah pusat dan daerah dalam donasi manajemen pasca bencana.

### **D. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang evaluasi proses donasi kesehatan di Kota Banda Aceh pasca tsunami, berdasarkan referensi yang ada belum pernah dilakukan. Sepengetahuan penulis penelitian yang ada dan pernah dilakukan pada penelitian Maryetty (2004), Pratek Donasi Obat Pasca Tragedi Bom Bali 12 Oktober 2002 dan Dampaknya Terhadap Pengelolaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Perbedaannya, penelitian Maryetty memfokuskan pada evaluasi donasi obat dan dampak yang ditimbulkan terhadap pengelolaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan yang mendapat donasi. Sedangkan pada penelitian ini memfokuskan pada evaluasi penyaluran donasi pasca bencana tsunami dan peran pemerintah pusat dan daerah dalam penyaluran donasi.

### **E. Manfaat Penelitian**

Dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan kepada :

1. Pemerintah Daerah dapat memberikan informasi tentang profil donasi, penyaluran donasi , peranan pemerintah dan hambatan proses donasi sehingga dapat melakukan antisipasi dan perbaikan kebijakan-kebijakan dan untuk Pemerintah Pusat dapat melakukan perencanaan dan perbaikan kebijakan-kebijakan di masa datang pada daerah bencana.
2. Peneliti, menambah khasanah dan memperluas ilmu pengetahuan bagi peneliti untuk pengembangan ilmu khususnya tentang pembiayaan kesehatan yang berasal dari luar negeri dan memberikan pengalaman, pengetahuan dan ketrampilan pada peneliti serta menerapkannya di tempat kerja.

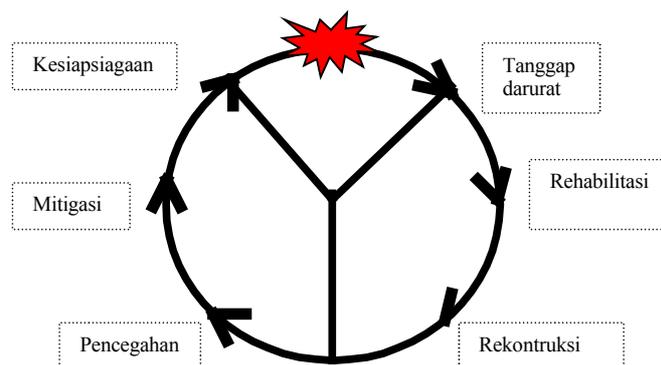
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Manajemen Bencana

Bencana adalah suatu keadaan gangguan berfungsinya satu masyarakat yang menyebabkan kerugian-kerugian yang besar terhadap lingkungan material dan manusia, yang melebihi kemampuan masyarakat yang tertimpa bencana untuk menanggulangi dengan hanya menggunakan sumber-sumber daya masyarakat itu sendiri ( UNDP, 1992 dan Sujudi, 2005). Bencana dapat dipandang sebagai serangkaian fase-fase sekontinum waktu. Mengidentifikasi dan memahami fase-fase ini untuk membantu menggambarkan kebutuhan-kebutuhan yang terkait dengan bencana dan memberi konsep tentang aktivitas-aktivitas manajemen bencana yang memadai (UNDP, 1992).

Manajemen bencana adalah sekumpulan kebijakan, keputusan administratif dan aktivitas operasional yang berhubungan dengan berbagai tahapan dari semua tingkatan bencana yang efektif untuk memonitor dan mengarahkan semua aspek dari suatu bencana. Manajemen bencana dapat dilihat pada gambar 1 dibawah ini (UNDP, 1992) :



Gambar 1. Siklus Manajemen Bencana

### 1). Fase Sebelum Bencana

#### a. Pencegahan (*preventive*)

Tindakan yang dirancang untuk menghalangi/merintangikan kejadian suatu peristiwa bencana atau mencegah kejadian, misal dengan pembangunan dam, mencegah terjadinya kebakaran dengan cara memindahkan barang-barang yang mudah terbakar ke tempat yang lebih aman (Carter, 1992).

#### b. Penjinakan (*mitigasi*)

Tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengurangi penderitaan manusia dan kerugian apabila terjadi bencana. Mitigasi ini berupa kegiatan-kegiatan perlindungan seperti membangun bangunan-bangunan yang tahan gempa pada daerah rawan gempa (Carter, 1992).

#### c. Kesiapsiagaan (*preparedness*)

Kepedulian dari tindakan pemerintah, organisasi-organisasi, masyarakat dan individual untuk merespon secara efektif dan cepat pada situasi bencana. Contoh dari tindakan *preparedness* adalah perbekalan untuk kegiatan *emergency* seperti evakuasi penduduk ke tempat yang aman, komunikasi darurat, program pelatihan dan lain-lain (Carter, 1992).

### 2). Saat bencana

*Disaster Impact* adalah proses pengkajian dampak dari suatu bencana pada suatu masyarakat, yaitu baik berupa korban manusia, harta dan fasilitas lainnya (UNDP, 1992).

### 3). Setelah bencana

- #### a. Tanggap Darurat/*Emergency*, tindakan-tindakan luar biasa yang harus diambil, untuk mendukung kebutuhan-kebutuhan manusia, mempertahankan kehidupan, dan fase ini berjangka waktu pendek. Tindakan ini berupa penyelamatan jiwa, evakuasi, penampungan sementara, pemberian obat-obatan, penguburan korban meninggal, penyediaan dapur umum dan sebagainya (Daulay, 2005).

- b. Rehabilitasi, tindakan-tindakan atau keputusan-keputusan yang diambil setelah terjadi satu bencana yang bertujuan memulihkan kondisi-kondisi kehidupan sebelumnya dari satu masyarakat yang terkena bencana, dengan mendorong dan memfasilitasi perubahan-perubahan yang disebabkan oleh bencana (UNDP,1992).Tindakan rehabilitasi berupa pemulihan standar pelayanan minimum pada pelayanan publik, fasilitas ekonomi, lembaga perbankan, rehabilitasi mental, hak atas tanah, hukum dan ketertiban umum dan pemukiman sementara (Daulay, 2005).
- c. Rekontruksi, tindakan berupa kegiatan pembangunan kembali seluruh sistem dengan kontruksi permanen atau pergantian kembali secara total dari semua pelayanan-pelayanan dan infrastruktur lokal dan penguatan ekonomi. Rekontruksi harus secara penuh dipadukan ke dalam rencana pembangunan jangka panjang yang berkelanjutan, dengan memperhatikan resiko-resiko bencana di masa mendatang. Rekontruksi harus juga mempertimbangkan kemungkinan-kemungkinan untuk mengurangi resiko-resiko tersebut lewat penggabungan tindakan-tindakan mitigasi yang memadai. Bangunan yang rusak dan pelayanan-pelayanan tidak harus dibangun kembali seperti bentuk sebelumnya atau lokasi sebelumnya (UNDP, 1992 dan Daulay,2005).

### **B Donatur kemanusiaan**

Bantuan Hibah (*Grant Aid*) atau yang sering disebut donasi merupakan suatu bantuan penuh dari negara donor kepada negara penerima dan tidak dibebankan pembayaran kembali baik dalam bentuk uang, barang atau jasa ([www.depdiknas.go.id/serba-serbi/kln/pinjaman](http://www.depdiknas.go.id/serba-serbi/kln/pinjaman), 2005).

Menurut Djamin (1995), bantuan luar negeri harus dimanfaatkan sesuai dengan arah dan kepentingan pembangunan nasional, dalam arti pembangunan ini ditujukan untuk menunjang kegiatan yang berfungsi mempercepat dan memperlancar pelaksanaan pembangunan. Selain itu

bantuan luar negeri harus diintegrasikan sesuai dengan arah, kebijakan dan perencanaan pembangunan nasional dengan mempertimbangkan prioritas pembangunan.

Djamin (1995) menyatakan bahwa untuk kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan suatu kegiatan yang sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan, perlu diadakan penilaian terhadap setiap jenis bantuan luar negeri antara lain :

- 1) Kebijakan tentang bantuan proyek dengan mempertimbangkan (a) bantuan yang diberikan bentuk fisik harus sesuai dengan arah, prioritas dan sasaran pembangunan nasional (b) mempertimbangkan segi-segi sosial ekonomis, teknis dan kemampuan untuk melaksanakannya (c) persiapan pelaksanaan proyek harus disesuaikan dengan arah, prioritas dan sasaran pembangunan yang tercakup dalam rencana kerja.
2. Kebijakan tentang tenaga ahli dengan mempertimbangkan (a) memiliki pengalaman dan pengetahuan yang luas serta berkemampuan untuk memindahkan pengetahuan kepada tenaga ahli Indonesia (b) memiliki keahlian yang tidak dimiliki atau masih sedikit jumlahnya di Indonesia (c) segala biaya ditanggung sendiri oleh sponsornya (d) kedatangan tenaga ahli tidak boleh dikaitkan dengan perjanjian politik apapun (e) harus atas sepengetahuan dan persetujuan pemerintah Indonesia.

Menurut Kotler dan Andreasen (1995) pembagian donatur terdiri dari empat kriteria yaitu :perseorangan, yayasan, perusahaan dan pemerintah.

#### 1) Donatur perseorangan (individu)

Ada 9 motif yang memungkinkan mendasari perilaku memberikan sumbangan para donatur perorangan, antara lain kebutuhan harga diri, untuk dikenang dan memperoleh pengakuan orang lain, ketakutan akan kejangkitan penyakit, kebiasaan menyumbang, kecenderungan menyumbang untuk dapat segera terhindar dari gangguan para penagih sumbangan, tekanan dari atasan tempat bekerja, kecenderungan turut

bersedih atas penderitaan seseorang sehingga dengan tulus mereka menyumbang, rasa kesetiakawanan sosial, pemerhati masalah kemanusiaan. Kecendrungan menyumbang karena keyakinan agama mereka sehingga mereka memiliki kewajiban moral untuk membantu orang lain yang menderita.

## 2) Yayasan

Yayasan yang membantu dana kemanusiaan dibagi 4 kriteria yaitu (a) yayasan keluarga, umumnya membantu kegiatan yang menjadi perhatian atau minat pribadi (b) yayasan umum, biasanya membantu berbagai kegiatan (c) yayasan milik perusahaan, biasanya didirikan untuk mengelola 5% pendapatan kotor perusahaan bagi kegiatan sosial (d) perserikatan masyarakat, biasanya menghimpun dana dari yayasan-yayasan kecil untuk memperoleh hasil yang lebih besar.

- 3) Perusahaan, perusahaan biasanya menyisihkan anggaran 5% dari pendapatan untuk keperluan sumbangan kemanusiaan.
- 4) Pemerintah, lembaga-lembaga pemerintahan di tingkat pusat dan lokal dapat memberikan bantuan permasalahan yang relevan termasuk pada negara yang sedang dilanda bencana.

Menurut Kotler dan Andreasen (1995) ada cara penggalangan dana berlangsung secara *evolitif* mulai dari meminta-minta seperti pengemis, pengumpulan secara teratur lewat kelompok-kelompok pendukung, kampanye secara sistematis, pengembangan dengan membagi kelas-kelas dari penyumbang setia yang memberi dan memperoleh manfaat dari sumbangan yang mereka berikan. Selanjutnya menurut Constance Clark (dalam Connor, 1993) untuk mengembangkan dan memperluas donatur melalui sistem keanggotaan dapat ditempuh dengan berbagai cara antara lain :

- 1) Langsung melalui pos (*direct mail*). Cara ini terbukti sangat efektif bagi segmen donatur perseorangan, agar keinginan tercapai perlu

dipertimbangkan teori AIDA. *Attention*, paket langsung melalui pos harus mampu membangkitkan perhatian konsumen. *Interest*, setelah memperoleh perhatian paket tersebut harus mampu menampilkan sesuatu yang menarik calon donatur, sesuatu yang mampu menyentuh idealisme dan perasaan calon donatur. *Desire*, setelah memperoleh perhatian dan membangkitkan ketertarikan calon donatur maka tersebut juga harus mampu meningkatkan hasrat menyumbang terhadap program yang ditawarkan. *Action*, paket tersebut harus mampu mendorong calon donatur untuk mengambil keputusan memberikan sumbangan.

- 2) Mengedarkan brosur bagi masyarakat luas tentang jenis pelayanan tertentu yang memerlukan bantuan.
- 3) *Public relations*, penjelasan dan publikasi mengenai keseluruhan misi rumah sakit yang membutuhkan bantuan.
- 4) *Telemarketing*, memakai jasa relawan yang peduli terhadap program-program kemanusiaan.
- 5) *Annual compaigns*, melalui kegiatan yang terorganisir secara terus menerus untuk memperoleh sejumlah uang dalam periode waktu tertentu guna memenuhi kebutuhan dana jangka pendek.
- 6) *Capital compaigns*, dengan melalui investasi misalnya pengadaan peralatan medis atau perluasan ruangan.
- 7) *Special event* dengan melalui acara-acara khusus yang dapat seperti malam dana dengan pentas seni dan sebagainya.

### **C. Bencana Tsunami di NAD dan Program Penanganannya**

Tsunami adalah gelombang gravitasi yang terbentuk akibat air laut mengalami gangguan dalam skala dan jangka waktu yang relatif singkat. Ketika gaya gravitasi berperan dalam proses air laut mencapai kembali kondisi equilibrium, suatu seri gerakan *osilasi* tubuh air laut terjadi baik pada permukaan air laut maupun dibawahnya dan tsunami terbentuk dengan arah

rambat keluar dari sumber gangguan (<http://www.geocities.com/klipingmedia,30/12/04>)

Dampak yang dirasakan dari bencana Tsunami tanggal 26 Desember 2004 sangat besar antara lain :

- 1) Korban manusia / harta benda yang cukup besar, berdasarkan data Bakornas tanggal 16 Maret 2005, korban dari akibat gempa bumi dan bencana tsunami di NAD , yang meninggal sebanyak 126.390 jiwa, hilang sebanyak 93.757 jiwa dan jumlah pengungsi sebanyak 400.062 jiwa.
- 2) Lumpuhnya pelayanan dasar, diantaranya pelayanan kesehatan , penyediaan air bersih dan listrik tidak berfungsi,
- 3) Infrastruktur dasar rusak berat seperti jalan yang menghubungkan antar satu daerah tidak dapat dilalui karena jembatan yang rusak/putus atau jalan yang telah menyatu dengan lautan sehingga menyulitkan sukarelawan menembus jalan untuk menolong korban yang selamat dan mengevakuasi mayat ataupun mengirimkan bantuan di suatu wilayah tertentu, sistem komunikasi yang tidak berfungsi sehingga menyulitkan untuk mengetahui keadaan daerah NAD dan kendala mengirimkan informasi yang diperlukan serta.
- 4) Hancurnya sistem sosial dan ekonomi diantaranya, beban psikologi masyarakat karena telah kehilangan keluarganya, fasilitas pendidikan banyak yang hancur dan rusak, guru, dosen, murid dan mahasiswa banyak yang menjadi korban, banyak masyarakat yang kehilangan tempat tinggal dan mata pencaharian, banyak masyarakat yang menjadi miskin karena kehilangan harta bendanya. Di dalam Buku IV Rencana Bidang Ekonomi dan Ketenakerjaan disebutkan bahwa sebanyak 220.907 orang diperkirakan kehilangan pekerjaan akibat dari bencana ini.
- 5) Kurang berfungsinya pemerintahan, kantor-kantor pemerintah dan fasilitas-fasilitas umum banyak yang rusak dan hancur, serta banyak pimpinan dan pegawai yang menjadi korban dalam bencana ini atau kehilangan

keluarganya yang memungkinkan mereka tidak masuk kantor untuk bekerja (Thabrani, ,2005).

Bencana dalam keadaan singkat terjadi pelonjakan kebutuhan pelayanan kesehatan di satu sisi dan di sisi lain terjadi kesulitan dalam memenuhi kebutuhan yang besar dan mendadak tersebut, baik karena sarana penunjang yang rusak ataupun sarana pelayanan kesehatan sendiri yang ikut rusak. Terjadinya suatu kesenjangan yang cukup besar antara kebutuhan, kecepatan pelayanan dengan tersedianya fasilitas (baik tenaga maupun sarana). Kesenjangan ini harus diatasi dengan mendatangkan bantuan sesuai dengan yang diperlukan dalam waktu cepat sehingga tidak bertambah korban lebih banyak lagi (Sujudi,2005).

Terkait dengan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi, pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1357/Menkes/SK/XII/2001 telah mengeluarkan Standar Minimum Bencana dan Penanganan Pengungsi yang merupakan acuan bagi setiap kegiatan dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi baik yang dilakukan oleh pemerintah, maupun oleh LSM serta swasta lainnya. Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan dan Penanganan Pengungsi untuk menstandarisasi pelayanan kesehatan yang meliputi : (1)pelayanan kesehatan yang terdiri dari pelayanan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi dan kesehatan jiwa (2) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular terdiri dari kegiatan vaksinasi campak untuk anak umur 6 bulan – 15 tahun dan vitamin A dosis tinggi gizi (3) gizi dan pangan (4) lingkungan (5) hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan dasar ( Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi, 2001).

#### **D. Peran Pemerintah dalam Manajemen Bencana**

Pengertian *governance* dapat diartikan sebagai cara mengelola urusan-urusan publik. World Bank mendefinisikan *good governance* sebagai suatu penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab yang sejalan dengan prinsip demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah alokasi dana investasi dan pencegahan korupsi baik secara politik maupun administratif, menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan *legal and political framework* bagi tumbuhnya aktivitas usaha (Mardiasmo, 2002).

UNDP memberikan beberapa hal yang penting pelaksanaan good governance antara lain :1) *Participation*, keterlibatan masyarakat dalam pembuatan keputusan baik langsung maupun tidak langsung melalui lembaga perwakilan yang dapat menyalurkan aspirasinya 2) *Rule of law*, kerangka hukum yang adil dan dilaksanakan tanpa pandang bulu 3) *Transparency*, transparansi dibangun atas dasar kebebasan memperoleh informasi 4) *Responsiveness*, lembaga-lembaga publik harus cepat dan tanggap dalam melayani masyarakat 5) *Consensus orientatation*, berorientasi pada kepentingan masyarakat 6) *Equity*, setiap masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk memperoleh kesejahteraan dan keadilan 7) *Efficiency dan Effectiveness*, pengelolaan sumber daya publik dilakukan secara berdaya guna dan berhasil guna 8) *Accountability*, pertanggungjawaban kepada publik atas setiap aktivitas yang dilakukan 9) *Strategic vision*, penyelenggara pemerintah dan masyarakat memiliki visi jauh ke depan (Mardiasmo, 2002).

Dalam konteks *good governance* perlu dicermati Laporan Pembangunan Bank Dunia, yang menekankan peranan negara dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan yaitu ada 3 tingkat (1) peran minimal; (2) peran menengah; (3) peran sebagai pelaku kegiatan. Pada peran minimal, pemerintah bertugas untuk menyediakan pelayanan publik murni, misalnya

pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro dan kesehatan masyarakat. Di samping itu pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi orang miskin dan menghadapi bencana. Pada peran menengah kegiatan mengatasi kegagalan pasar, pemerintah harus melakukan berbagai hal misalnya menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangnya informasi hingga jaminan sosial. Pada tingkat sebagai pelaku kegiatan yaitu seperti mengkoordinir swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar dan melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi (Trisnantoro, 2005).

Tanggungjawab utama untuk semua aspek manajemen terletak pada pemerintah dari negara yang tertimpa bencana. Hal ini termasuk perencanaan dan pelaksanaan tindakan-tindakan kesiapan dan pengurangan resiko jangka panjang, permohonan dan pengaturan operasi-operasi rehabilitasi dan bantuan bencana, permohonan bantuan-bantuan internasional dan pengkoordinasian semua program bantuan yang terkait dengan bencana baik yang didanai secara nasional maupun internasional (UNDP, 1992).

Kebanyakan negara-negara yang cenderung terkena bencana sudah mempunyai tim manajemen bencana baik yang resmi maupun yang tidak resmi. Tim ini secara khusus dipimpin oleh badan inti bencana nasional. Badan ini berfungsi menjembatani dengan Kantor Presiden, organisasi - organisasi pertahanan sipil, menteri-menteri pemerintah, Palang Merah, LSM dan lembaga-lembaga donor yang besar (UNDP, 1992).

Di Indonesia penanggulangan bencana secara nasional dikoordinasikan oleh suatu badan yaitu Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Pengungsi (BAKORNAS PBP) yang dipimpin oleh wakil presiden. Badan ini hanya badan koordinasi yang mengkoordinasikan semua

departemen yang terkait di tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota. Di tingkat Propinsi koordinatonya dipimpin oleh Gubernur yaitu Satuan Koordinasi Pelaksanaan (Satskorlak PBP). Untuk tingkat kabupaten/kota ada suatu badan pelaksanaan yang dipimpin oleh Bupati/Walikota yang langsung melaksanakan berbagai upaya penanggulangan bencana tersebut, bukan lagi sebagai koordinator tetapi sebagai suatu Satuan Pelaksana ( Satlak PBP) .Khusus untuk bidang kesehatan, koordinasi teknis langsung dilakukan oleh Departemen Kesehatan melalui Satskorlak dan Satlak ( Sujudi, 2005).

Dalam pembangunan kembali NAD pasca tsunami pemerintah telah membentuk Bapel (Badan Pelaksana) yang merupakan suatu lembaga yang menkoordinir semua elemen yang terlibat baik dengan Pemerintah Pusat, Pemerintah daerah maupun pihak swasta yang ingin terlibat dalam membangun NAD. Pihak swasta yang mempunyai inisiatif membangun sesuatu di NAD harus melihat dan mencocokkan dengan master plan yang ada di Bapel. Hal ini dilakukan guna menghindari tumpang tindih bentuk dan lokasi kegiatannya dengan kegiatan yang dilaksanakan oleh pihak-pihak lain serta ketidakmanfaatan bantuan akibat tidak adanya rencana yang baik dan matang ( Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekonstruksi Wilayah Aceh dan Nias, 2005d ).

Pujiono (2005) menyatakan bahwa bencana alam yang sering terjadi di Indonesia harus makin menyadarkan bangsa Indonesia mengenai perlunya Undang-undang Manajemen Bencana. Undang-undang Manajemen Bencana paling tidak harus memberikan dasar formal untuk tindakan penanganan bencana, penata kelembagaan dan tindakan kesiapan maupun tindakan darurat lainnya. Dari berbagai bencana terlihat tidak ada koordinasi dalam penanganan bencana. Seiring dengan perubahan sistem pemerintahan, yaitu kebijakan desentralisasi dan makin terlibatnya organisasi non pemerintah, timbul perubahan mendasar dalam penanganan bencana. Pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat sering tidak diiringi dengan

pengalihan fungsi tanggung jawab pelayanan dan perlindungan kepada masyarakat.

### **E. Evaluasi**

Menurut WHO (1993) definisi dari evaluasi adalah cara yang sistematis untuk belajar dari pengalaman dan menggunakan pengalaman yang diperoleh untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang dilaksanakan dan untuk meningkatkan perencanaan yang baik. Supriyanto, 1988 menyatakan bahwa evaluasi merupakan alat untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan yang akan, yang hasil akhirnya akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dan pelaksanaan program.

Konsep kerja dari evaluasi pelayanan kesehatan terdiri dari (1) *Input* , yaitu komponen atau unsur-unsur program yang diperlukan, termasuk perlengkapan, peralatan, bahan, keuangan dan sumber daya manusia yang dipergunakan. (2) *Proses* , evaluasi berbagai kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan. (3) *output* , merupakan hasil dari suatu kegiatan atau program yang dijalankan (Donabedian, 1988).

Menurut Wijono (1999) evaluasi dapat dilakukan pada waktu (1) *Formative evaluation*, evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan dengan tujuan untuk dapat memberikan umpan balik kepada manajer program tentang hasil yang dicapai serta hambatan–hambatan yang dihadapi. (2) *Summative evaluation*, evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program, untuk dapat melihat keadaan keseluruhan hasil pelaksanaan program secara keseluruhan ,hambatan yang ada, peluang dan potensi yang ada.

Menurut Kasley dan Kumar (dalam Wibawa *et al*, 1994) sejalan dengan itu persoalan yang harus dijawab oleh suatu kegiatan evaluasi (1) siapa yang memperoleh akses terhadap input dan output proyek (2) bagaimana mereka

bereaksi terhadap proyek tersebut (3) bagaimana proyek tersebut mempengaruhi perilaku tersebut. Dari berbagai persoalan tersebut evaluasi kebijakan bertujuan untuk mengetahui empat aspek yaitu : (1) proses pembuatan kebijaksanaan (2) proses implementasi (3) konsekuensi kebijakan dan (4) efektifitas dampak untuk dapat mengevaluasi isi kebijakan terutama kelogisannya dalam mencapai tujuan, maupun konteks kebijakan – kondisi lingkungan yang mempengaruhi seluruh proses kebijakan (Wibawa *et al*, 1994)

Evaluasi kebijakan mempunyai empat fungsi yaitu 1) *Ekspansi*; dapat dilihat bagaimana realitas pelaksanaan program dan dapat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamatinya 2) kepatuhan; dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lain sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan kebijakan 3) *Auditing* ; untuk mengetahui *output* benar-benar sampai ke kelompok tujuannya 4) *Akunting*; dapat diketahui apa akibat sosial-ekonomi dari kebijakan tersebut (Wibawa *et al*, 1994).

### **F. Landasan Teori**

Bencana dapat dipandang sebagai serangkaian fase-fase se kontinum waktu. Tujuan dari memahami fase-fase ini untuk membantu menggambarkan kebutuhan-kebutuhan yang terkait dengan bencana dan memberi konsep tentang aktivitas-aktivitas manajemen bencana yang memadai.

Tanggung jawab utama untuk semua aspek manajemen terletak pada pemerintah dari negara yang tertimpa bencana. Hal ini termasuk perencanaan dan pelaksanaan tindakan-tindakan kesiapan dan pengurangan resiko jangka panjang: permohonan dan pengaturan operasi-operasi rehabilitasi dan bantuan bencana, permohonan bantuan bantuan

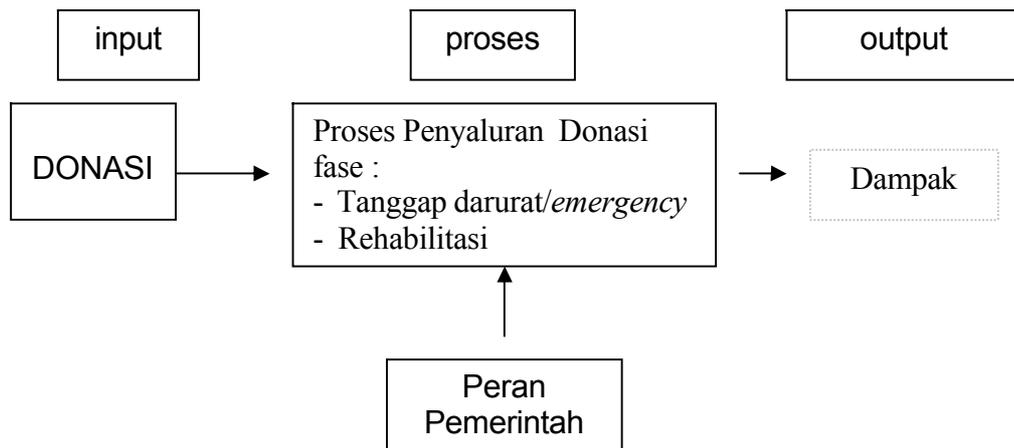
internasional dan pengkoordinasian semua program termasuk penyaluran donasi yang diberikan negara luar (UNDP, 1992).

Donasi Bantuan Hibah (*Grant Aid*) merupakan suatu bantuan penuh dari negara donor kepada negara penerima dan tidak dibebankan pembayaran kembali baik dalam bentuk uang, barang atau jasa ([www.depdiknas.go.id/serba-serbi/kln/pinjaman](http://www.depdiknas.go.id/serba-serbi/kln/pinjaman), 2005).

Pujiono (2005) menyatakan bahwa bencana alam yang sering terjadi di Indonesia harus makin menyadarkan bangsa Indonesia mengenai perlunya Undang-undang Manajemen Bencana. Undang-undang Manajemen Bencana paling tidak harus memberikan dasar formal untuk tindakan penanganan bencana, penata kelembagaan dan tindakan kesiapan maupun tindakan darurat lainnya. Dari berbagai bencana terlihat tidak ada koordinasi dalam penanganan bencana. Seiring dengan perubahan sistem pemerintahan, yaitu kebijakan desentralisasi dan makin terlibatnya organisasi non pemerintah, timbul perubahan mendasar dalam penanganan bencana. Pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat sering kali tidak diiringi dengan pengalihan fungsi tanggung jawab pelayanan dan perlindungan kepada masyarakat.

Evaluasi merupakan alat untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan yang akan datang, yang hasil akhirnya akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dan pelaksanaan program (Supriyanto, 1988). Konsep kerja dari evaluasi pelayanan kesehatan meliputi (1) *Input* , yaitu komponen atau unsur-unsur program yang diperlukan, termasuk perlengkapan, peralatan, bahan, keuangan dan sumber daya manusia yang dipergunakan (2) proses , evaluasi berbagai kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan (3) *out put* , berkaitan dengan hasil akhir dari pelayanan kesehatan yang diberikan, yaitu berupa tingkat kesembuhan/pengembalian fungsi.(Donabedian, 1988)

### **G. Kerangka Konsep Penelitian**



### **H. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana profil donasi kesehatan di Kota Banda Aceh pasca tsunami fase tanggap darurat dan fase rehabilitasi?
2. Bagaimana proses penyaluran donasi yang diberikan dalam fase tanggap darurat dan fase rehabilitasi?
3. Bagaimana peran pemerintah pusat dan daerah dalam penyaluran donasi kesehatan di Kota Banda Aceh?

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif eksploratif, dengan menggali segala kegiatan yang berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam penelitian ini. Pendekatan studi kasus ini digunakan untuk menjelaskan fenomena kontemporer (masa kini) dalam konteks kehidupan nyata (Yin, 2002)

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dengan menggunakan berbagai metode. Metode yang biasa digunakan adalah wawancara, pengamatan dan pemanfaatan dokumen (Moleong, 2004)

#### **B. Subjek Penelitian**

Penelitian dilakukan Puskesmas dan Puskemas Pembantu (Pustu) di Kota Banda Aceh dengan subjek penelitian adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Kepala Sub Dinas Program, Kepala Sub Din Kesehatan Keluarga dan Kepala Puskesmas dan Pustu sasaran penelitian.

#### **C. Variabel Penelitian**

Variabel-variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel pada *input*/masukan : donasi kesehatan
2. Variabel pada proses : proses penyaluran donasi dan peran pemerintah

#### **D. Definisi Operasional**

1. Donasi adalah bantuan penuh dari negara donor dan LSM kepada negara penerima dan tidak dibebankan pembayaran kembali baik dalam bentuk uang, barang atau jasa. Dalam penelitian ini alat ukur yang dipakai adalah cek list dan observasi.

2. Proses penyaluran donasi fase tanggap darurat/*emergency* adalah kegiatan proses pemberian donasi kesehatan pasca bencana dalam kurun waktu 0 – 3 bulan pada tahap jangka pendek secara cepat dan efektif. Dalam penelitian ini alat ukur yang dipakai adalah cek list.
3. Proses penyaluran donasi fase rehabilitasi adalah kegiatan proses pemberian donasi kesehatan pasca bencana dalam kurun waktu 27 Maret 2005 sampai dengan Desember 2006. Dalam penelitian ini alat ukur yang dipakai adalah cek list.
4. Peran Pemerintah adalah keterlibatan pemerintah pusat dan daerah dalam manajemen pasca bencana untuk menyalurkan donasi. Dalam penelitian ini alat ukur yang dipakai adalah panduan wawancara.

#### **E. Alat dan Bahan Penelitian**

Dalam penelitian ini, proses pengumpulan data dilaksanakan dengan menggunakan alat pengumpul data berupa form pengumpul data. Sedangkan alat yang akan digunakan untuk melakukan *indepintreview* pada informan adalah panduan wawancara.

#### **F. Cara Pengumpulan Data**

##### 1) Data Primer

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi langsung bagaimana proses bantuan diberikan.

##### 2). Data sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui telaah dokumen, laporan keuangan dan data lainnya yang meliputi : inventaris barang, perencanaan dan laporan hasil kegiatan.

### **G. Keterbatasan Penelitian**

1. Tidak tersedianya dokumen-dokumen data bantuan di Puskesmas dan Pustu sehingga upaya yang dilakukan adalah dengan melacak kembali bantuan yang telah diberikan.
2. Ketertutupan NGO untuk memberikan data tentang bantuan yang telah diberikan.

### **H. Jalannya Penelitian**

Sebagai pedoman pelaksanaan dan untuk menjaga kelancaran jalannya penelitian, maka perlu disusun prosedur dan tahap-tahap pelaksanaan kegiatan :

#### a. Tahap persiapan

1. Administrasi dan perijinan penelitian dari institusi pendidikan
2. Menyampaikan pengantar izin penelitian dan memberikan penjelasan tentang penelitian kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.
3. Menetapkan 1 orang pendamping peneliti dan memberikan pengarahan tentang penelitian yang akan dilaksanakan
4. Mempersiapkan bahan dan alat yang akan digunakan untuk penelitian

#### b. Tahap pengumpulan data

1. Pengumpulan data dilaksanakan selama 2 bulan berdasarkan pedoman wawancara dan observasi dokumen dengan menggunakan lembar *checklist* pengumpul data
2. Menyepakati jadwal wawancara mendalam dengan subjek penelitian yang telah ditentukan. Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri yang dibantu oleh seorang pembantu peneliti yang telah diberikan pengarahan sebelumnya. Jalannya wawancara direkam dengan menggunakan *tape recorder* yang telah disiapkan.

3. Melakukan observasi langsung terhadap dokumen berupa hasil pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan lembar *checklist* dan dilakukan oleh peneliti sendiri.

### **I. Pengolahan dan Analisa Data**

Data yang dikumpulkan dari wawancara mendalam, observasi langsung dan penelusuran dokumen, dilakukan analisis dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Hasil wawancara mendalam yang terekam dalam *tape recorder* dibuatkan transkripnya masing-masing.
2. Reduksi data dengan rangkuman, disusun dalam satuan kategori
3. Data yang telah diperoleh dianalisis secara kualitatif deskriptif dengan membuat pengelompokan berdasarkan topik pembahasan.
4. Data di- *cross check* dengan menggabungkan antara wawancara mendalam dan hasil pengamatan dokumen. Data kemudian diintegrasikan dan dilakukan perbandingan dengan kepustakaan yang sesuai berupa komparasi kualitatif secara formatif antara temuan di lapangan dengan standar baku.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

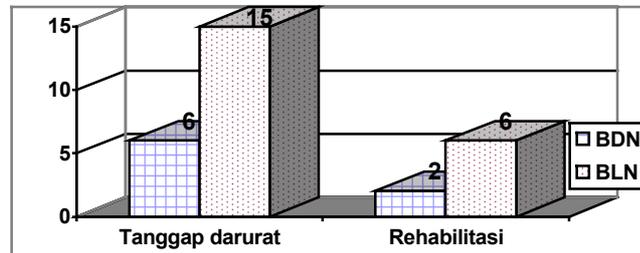
Sesuai tujuan penelitian, pada bab ini disajikan hasil penelitian dan pembahasan yang menggambarkan proses donasi kesehatan di Kota Banda Aceh pasca tsunami. Penelitian ini dilakukan di RS Meuraxa, Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Puskesmas Ulee Kareng, Puskesmas Kopelma Darussalam, Puskesmas Mibo, Puskesmas Pembantu Lambhuk, Puskesmas Pembantu Ateuk Pahlawan, Puskesmas, dilakukan dengan penelusuran dokumen dan observasi jenis bantuan yang diberikan, sumber bantuan, waktu pemberian dan pelaksanaan bantuan serta melakukan wawancara peran yang dilakukan pemerintah pusat dan daerah.

#### **A. Hasil Penelitian**

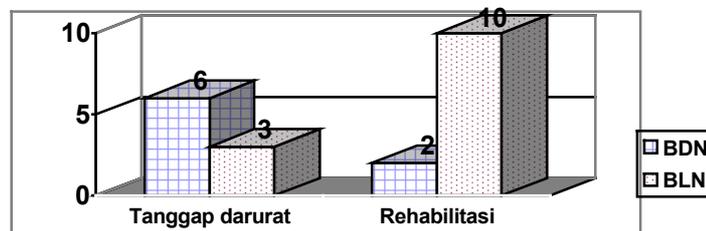
##### **1. Donasi Kesehatan**

###### **a. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Puskesmas dan Pustu**

Bencana yang terjadi di NAD mengundang donatur untuk menyumbang membantu keadaan di NAD baik yang berasal dari dalam negeri dan luar negeri, individu maupun kelompok. Gambar (2) dan (3) menunjukkan sumber bantuan yang berasal dari dalam negeri (BDN) dan luar negeri (BLN) yang diberikan untuk Puskesmas dan Pustu (gambar 2) dan Dinas Kesehatan (gambar 3)

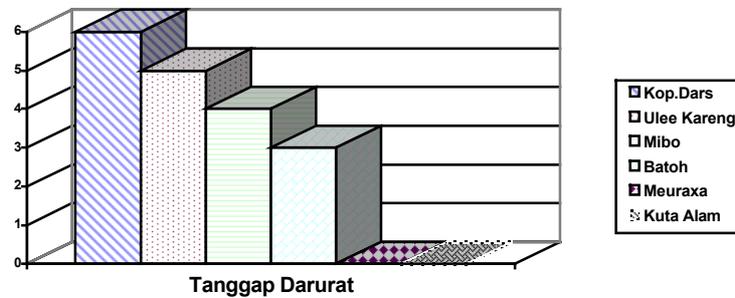


Gambar 2. Sumber Bantuan di Puskesmas dan Pustu

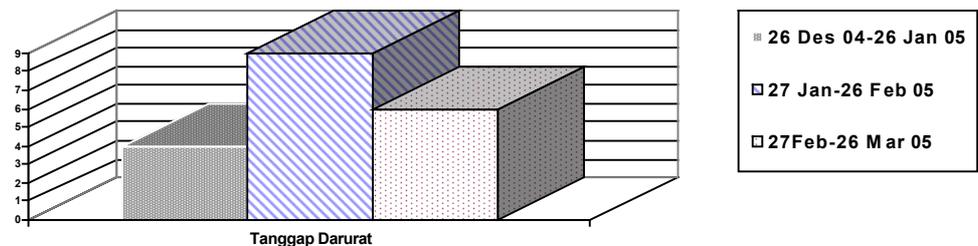


Gambar 3. Sumber Bantuan di Dinas Kesehatan

Gambar 2 menunjukkan pada fase tanggap darurat BLN untuk puskesmas menempati urutan terbesar dibandingkan dengan BDN tetapi pada fase rehabilitasi bantuan untuk puskesmas cenderung mengalami penurunan meskipun BLN masih menempati urutan teratas. Di Dinas Kesehatan (gambar 3), bantuan pada fase tanggap darurat tidak sebanyak bantuan yang diberikan ke puskesmas. Pada fase ini BDN menempati urutan teratas berbeda dengan fase rehabilitasi BDN mengalami penurunan. Puskesmas Kopelma Darussalam adalah puskesmas yang mendapatkan bantuan terbanyak dari bantuan asing (gambar 4) dan bulan kedua merupakan waktu yang terbanyak pemberian donasi fase tanggap darurat (gambar 5).

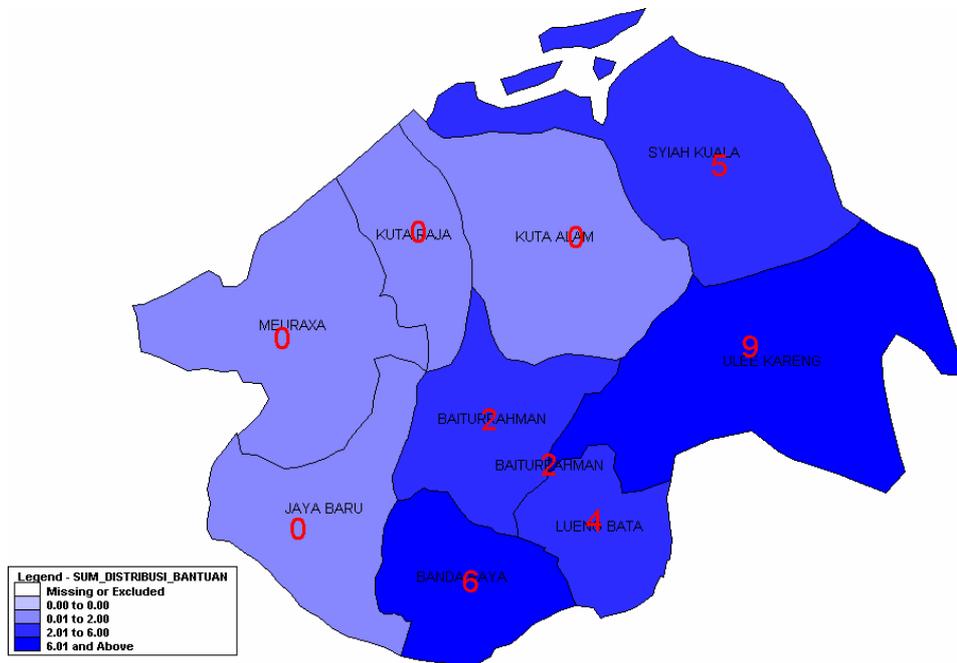


Gambar 4 : Donasi Puskesmas Fase Tanggap Puskesmas

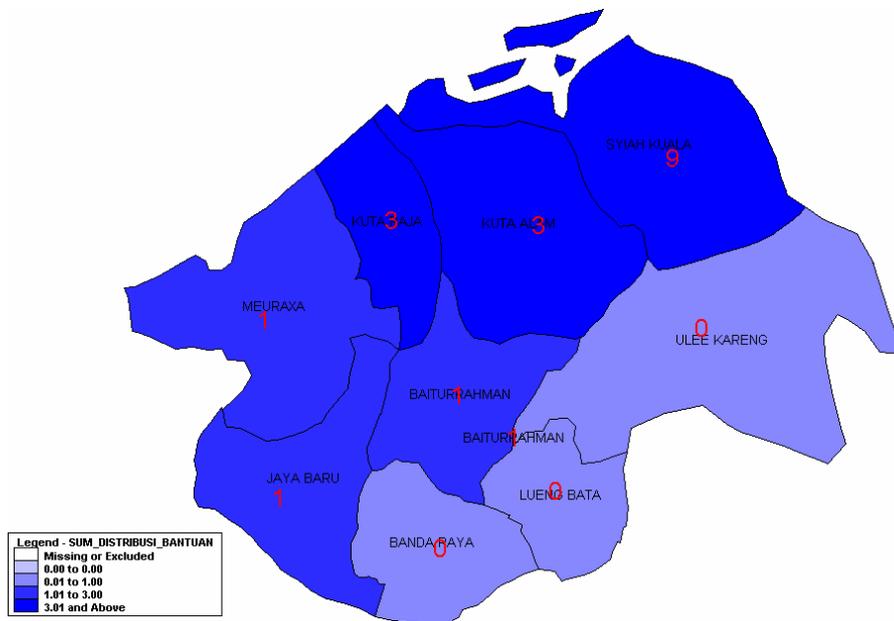


Gambar 5 : Bantuan Fase Tanggap Darurat

Distribusi donasi pada fase tanggap darurat banyak ditujukan pada wilayah yang tidak terkena bencana seperti pada puskesmas dan Pustu di Kecamatan Ulee Kareng, Banda Raya, Lueng Bata dan Baiturrahman. Pustu (gambar 6). Hal ini berbeda pada fase rehabilitasi donasi yang mulai disalurkan pada sarana kesehatan di wilayah-wilayah yang terkena bencana (gambar 7)

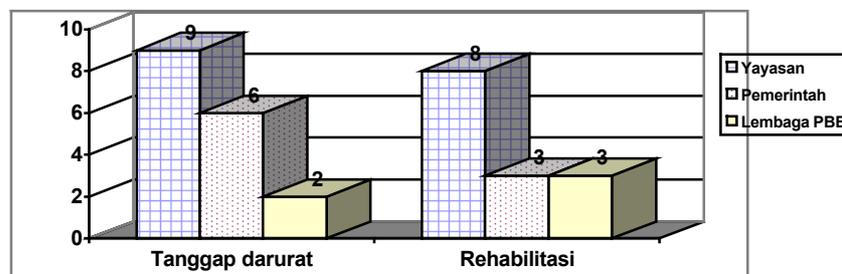


Gambar 6 : Distribusi Bantuan Kesehatan Fase Tanggap Darurat



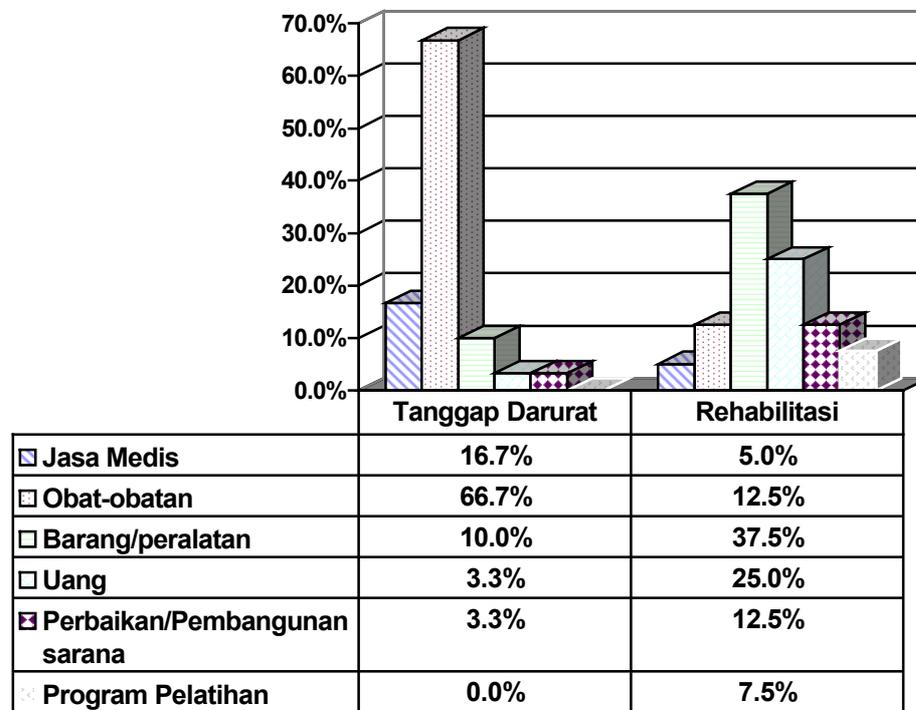
Gambar 7 : Distribusi Bantuan Kesehatan Fase Rehabilitasi

Berbagai lembaga kemanusiaan internasional mulai dari badan-badan PBB (WHO, UNOCHA, UNFPA, WFP), NGO-NGO internasional, nasional dan lokal serta lembaga-lembaga kemanusiaan non provit lainnya yang sangat banyak jumlahnya dan sekarang beroperasi di Aceh. Gambar 8 menunjukkan kriteria donatur yang berbentuk yayasan menempati urutan terbanyak membantu Kota Banda Aceh.



Gambar 8. Kriteria Donatur

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang meningkat pada pasca bencana, dimulai dengan berdatangnya bantuan medis dari dalam dan luar negeri berupa uang, sandang, pangan, obat-obatan dan tenaga. Adapun jenis bantuan yang diberikan donatur asing ke Dinas kesehatan, Puskesmas dan Pustu dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 9. Jenis Bantuan fase tanggap Darurat dan Rehabilitasi

Grafik 9 menunjukkan, fase tanggap darurat bantuan obat-obatan menempati urutan terbesar, tetapi fase rehabilitasi terlihat bahwa bantuan obat-obatan menjadi menurun yaitu sebesar 12,5%. Untuk barang /peralatan pada fase tanggap darurat sebesar 10% tetapi pada fase rehabilitasi terjadi kecenderungan peningkatan sebesar 37,5%. Fase awal bencana banyak NGO dan LSM yang mengadakan pengobatan di Puskesmas, tetapi banyak juga yang mendirikan posko-posko kesehatan baik di tenda-tenda pengungsi maupun di lapangan terbuka. Mereka membawa obat-obatan dan peralatan medis sendiri.

Pada saat itu tidak ada ada koordinasi dari dari pemerintah, para relawan yang datang baik itu dari dari dalam dan luar negeri masing-masing membuka posko bantuan kesehatan sendiri. Sehingga tidak tercatat berapa

jumlah posko dan sumber asal bantuan kesehatan tersebut. Bantuan-bantuan yang diberikan langsung ke tempat yang membutuhkan berdampak adanya overlap bantuan, seperti pada puskesmas Ulee Kareng dengan bantuan obat yang banyak, adanya unit pelayanan yang tidak terkena bencana tapi tidak tersentuh bantuan yaitu pada puskesmas Ateuk Jawo dan adanya bantuan yang tidak dibutuhkan seperti bantuan mesin cuci untuk Puskesmas Mibo yang berasal dari bantuan Jepang.

Bantuan untuk puskesmas Meuraxa diberikan pada fase rehabilitasi karena puskesmas Meuraxa yang menjalani operasionalnya dari awal kembali karena seluruh bangunan dan alat-alat hancur total, serta kehilangan SDM yang sangat besar karena hampir sebagian besar pegawainya tinggal di kawasan Meuraxa yang merupakan salah satu daerah terparah terkena bencana tsunami. Untuk sementara saat ini Puskesmas Meuraxa tempat pelayanannya berada di sebuah toko kawasan Punge Jurong yang disewakan oleh Yayasan Inovasi Pemerintah Daerah yang merupakan LSM dari Indonesia.

#### **b. RS Meuraxa**

RS Meuraxa yang mengalami kehancuran total, pelayanannya kembali dijalankan tanggal 10 maret 2005 dengan menumpang gedung di samping Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Yayasan Mitra Peduli merupakan LSM dari Jakarta yang membantu menjalankan kembali RS Meuraxa. Yayasan ini terdiri dari gabungan tiga yayasan yaitu (1) World Care, yayasan ini membantu mencarikan bantuan-bantuan untuk RS Meuraxa dalam bidang obat-obatan dan alat. (2) Pelmas GBI, yayasan ini membantu dalam mencari bantuan dari SDM atau tenaga (3) Berkat Indonesia, yayasan ini membantu dalam segi operasional RS Meuraxa

Yayasan Mitra Peduli ini disamping mencarikan donasi dalam dan luar negeri juga yang berasal dari donatur individu, yayasan dan negara-negara

lainnya. Selain melalui yayasan Mitra Peduli, RS Meuraxa juga mendapat bantuan langsung seperti untuk peralatan kantor, obat-obatan, ambulans dan lain-lain. Bantuan yang diberikan berasal dari LSM dan NGO berupa investasi dan operasional. Bantuan yang diberikan dalam bentuk tenaga yaitu dokter dan perawat dari Northwest yang memberikan pelayanan kepada pasien di RS Meuraxa setiap hari.

## **2. Proses Penyaluran Donasi**

Proses pemberian bantuan untuk puskesmas melalui dua jalur yaitu diberikan langsung ke puskesmas dan melalui Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Pada fase tanggap darurat bantuan diberikan donatur langsung diberikan ke pelayanan kesehatan sedangkan pada fase rehabilitasi bantuan diberikan langsung ke puskesmas/pustu dan melalui dinas Kesehatan.

Bantuan untuk puskesmas yang dikoordinir oleh Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh adalah bantuan yang berupa investasi untuk pembangunan fisik dan bantuan yang bersifat program seperti program kesehatan ibu dan anak dan gizi sedangkan bantuan yang bersifat operasional dan pengadaan barang langsung disalurkan ke puskesmas. Untuk bantuan yang diberikan ke Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh melalui Sub dinas dan ada yang melalui Kepala Dinas Kesehatan.

Jalur distribusi donasi di RS Meuraxa terdiri dari 3 jalur yaitu langsung melalui RS Meuraxa, melalui Yayasan Mitra Peduli dan melalui dinas kesehatan Kota Banda Aceh. Jalur yang diberikan langsung ke RS Meuraxa adalah berupa obat-obatan, mobiler dan ambulans. Sedangkan yang melalui Dinas Kesehatan adalah bantuan investasi yaitu pembangunan kembali RS Meuraxa di daerah Loong Raya kecamatan Banda Raya dengan bantuan dari negara Hongaria. Dinas Kesehatan yang telah mengadakan MOU dengan pihak pemberi bantuan.

Banyak bantuan di puskesmas, pustu dan RS Meuraxa tidak dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.

“...Pihak donatur yang menyumbang ke puskesmas dan pustu biasanya langsung datang sendiri ke tempat itu. Dari Dinas sendiri kadang-kadang tidak mengetahui hal tersebut baik apa yang disumbang dan sumber penyumbangnya”  
(wawancara, Ka sub din program)

## **B. Pembahasan**

### **1. Penanganan donasi**

Pada fase tanggap darurat lebih banyak donatur yang memberikan bantuannya ke puskesmas dibandingkan ke Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Hal ini terjadi karena kantor pemerintahan daerah yang lumpuh termasuk Dinas kesehatan Kota Banda Aceh, membuat para donatur memberikan bantuannya langsung ke pelayanan kesehatan yang berada di wilayah yang tidak terkena bencana tsunami. Puskesmas Kopelma adalah puskesmas yang mendapatkan bantuan terbanyak dari bantuan asing (gambar 4) karena puskesmas ini hanya mengalami kerusakan ringan dan langsung mendapatkan bantuan rehab dari donatur ditambah lagi pada wilayah di puskesmas Kopelma adanya pengungsi yang berada di dekat sarana pelayanan ini. Pada gambar 6 menunjukkan bahwa bantuan – bantuan yang diberikan untuk puskesmas pada fase tanggap darurat ditujukan pada Puskesmas dan Pustu yang wilayahnya tidak terkena bencana tsunami seperti di Kecamatan Ulee Kareng, Kecamatan Lueng Bata, Kecamatan Banda Raya hal ini dikarenakan disamping di wilayah ini pelayanan kesehatan yang masih berfungsi dapat memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat serta banyaknya pengungsi di wilayah tersebut baik itu di tenda-tenda, mesjid, lapangan terbuka maupun di rumah-rumah penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan. Berbeda dengan kondisi tanggap darurat, pada fase rehabilitasi bantuan mulai mengalir ke daerah-

daerah bencana seperti di daerah Meuraxa, Kuta Alam dan Kuta Raja. Hal ini karena sesuai tujuan dari fase rehabilitasi yaitu memperbaiki kerusakan baik berbentuk fisik maupun non fisik yang dilakukan dalam bentuk sementara ataupun permanen. Dan setelah fase rehabilitasi ini berlanjut dengan fase rekontruksi yaitu berupa kegiatan memperbaiki dan membangun kembali dalam rangka pemulihan sarana, prasarana, fasilitas umum/sosial ( Kirmanto, 2002).

Berdasarkan Depkes (2002) penanggulangan masalah kesehatan di lapangan mulai dari tingkat kecamatan maupun Kabupaten/Kota perlu memperhatikan aspek koordinasi dan kepemimpinan yang didukung oleh sumber daya internal dan bantuan dari luar. Di kota Banda Aceh awal bulan pertama sumber daya manusia pada lembaga pemerintahan termasuk Dinas Kesehatan belum menjalankan aktifitasnya, sehingga banyak donatur yang memberikan bantuannya langsung ke masyarakat atau ke sarana kesehatan yang masih berfungsi. Di fase tanggap darurat bulan kedua pasca tsunami donasi yang diberikan cenderung meningkat dibandingkan bulan pertama (gambar 5), hal ini dikarenakan pada bulan kedua kantor pemerintahan baru mulai berfungsi kembali itupun hanya sebagian kecil pegawai yang masuk bekerja kembali sehingga para donatur sudah dapat memberikan bantuannya melalui ke Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Pustu yang ada di wilayah Kota Banda Aceh.

Berbagai lembaga kemanusiaan internasional mulai dari badan-badan PBB (WHO, UNOCHA, UNFPA, WFP), NGO-NGO internasional, nasional dan lokal serta lembaga-lembaga kemanusiaan non provit lainnya yang sangat banyak jumlahnya dan sekarang beroperasi di Kota Banda Aceh, penyumbang yang terbesar berasal dari donatur yang berbentuk yayasan (gambar 8).

Menurut Kotler dan Andreasen (1995), pembagian donatur terdiri dari empat kriteria yaitu :perseorangan, yayasan, perusahaan dan pemerintah. Yayasan dapat dikategorikan sebagai yayasan keluarga, yayasan umum. Yayasan kemanusiaan dan perserikatan komunitas. Organisasi-organisasi nirlaba pencari dana harus bersaing dalam mendapatkan dukungan masyarakat dan pemerintah untuk membiayai program-program mereka di dalam membantu negara yang memerlukan bantuan mereka.

Bantuan yang diberikan fase tanggap darurat masih bersifat kuratif dan darurat, yaitu dengan memberikan bantuan-bantuan berupa obat-obatan dan juga tenaga medis yang bertujuan menyelamatkan masyarakat yang masih hidup, mampu bertahan dan segera terpenuhinya kebutuhan dasar yang paling minimal sedangkan pada fase rehabilitatif bantuan yang diberikan bersifat pemulihan jangka panjang. Hal ini dapat dilihat gambar 9 donasi pada fase tanggap darurat terbesar berupa obat-obatan hal ini memungkinkan karena pada pasca bencana banyak masyarakat yang mengalami luka-luka memerlukan pertolongan obat-obatan dan jasa medis secara cepat sedangkan saat itu hanya beberapa pelayanan kesehatan yang berfungsi dan ketersediaan obat-obatan yang sangat terbatas. Sedangkan pada fase rehabilitasi donasi yang terbesar dalam bentuk peralatan.

Pada level kebijakan, berbagai lembaga kemanusiaan internasional mulai dari badan-badan PBB (WHO, UNOCHA, UNFPA, WFP), NGO-NGO internasional, nasional dan lokal serta lembaga-lembaga kemanusiaan non profit lainnya yang sangat banyak jumlahnya dan sekarang beroperasi di Aceh, pada umumnya memiliki kebijakan program penanganan kesehatan yang tidak sepenuhnya seragam antara satu dengan yang lainnya. Walaupun beberapa di antaranya di antaranya seperti badan-badan PBB sendiri dan NGO-NGO internasional yang memiliki banyak pengalaman dalam hal penanganan korban bencana alam, mengadopsi standar minimum

penanganan korban bencana alam dan pengungsi yang dikeluarkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan, namun pada pelaksanaan di lapangan berjalan sendiri-sendiri dan tentu saja disesuaikan dengan mandat dan inisiatif masing-masing lembaga.

Koordinasi yang masih belum sepenuhnya terbangun antara sesama humanitarian aid agency maupun dengan antara pemerintah mengakibatkan program-program bantuan yang dilaksanakan oleh lembaga-lembaga bantuan kemanusiaan internasional baik oleh badan-badan PBB maupun NGO-NGO internasional, serta NGO-NGO lokal dan nasional, tidak terintegrasi sebagai program kesehatan yang menyeluruh.

Fenomena ini sangat terasa pada masa tanggap darurat dimana koordinasi antara para pihak yang masih sangat sulit terbangun pada saat itu, mengakibatkan banyak dan seringkali program-program bantuan kesehatan yang diberikan hanya berdasar pada arah kebijakan internal dari masing-masing lembaga dengan inisiatif, standar, outcome yang beragam pula. Pada saat tanggap darurat penanganan bencana di Aceh belum tersebar dan terorganisir dengan baik.

Adanya diskoordinasi dan kelemahan manajemen penanggulangan di daerah bencana akibat kedaruratan. Perbaikan koordinasi manajemen penanggulangan di daerah bencana merupakan prioritas upaya kesiapsiagaan. Penanggulangan masalah kesehatan sering diminati oleh LSM, namun sering LSM bekerja pada penanggulangan ini tanpa diketahui oleh Dinas kesehatan setempat (Kabupaten/Kota) hal ini menyebabkan masalah yang harus terselesaikan menjadi terlupakan, dan sering terjadi adanya bantuan yang diterima tidak sesuai dengan kebutuhan secara kuantitas dan jenis yang dikehendaki (Depkes, 2002).

Pihak NGOs selama ini jika ingin memberikan bantuan akan melakukan *assessment* terlebih dahulu. Dalam mengimplementasikan bantuan, pihak NGO juga terkadang tidak mengikutsertakan pemerintah,

sehingga ada bantuan yang overlap dan menumpuk di satu bagian seperti bantuan di Dinas kesehatan Kota Banda Aceh berupa pengadaan komputer, kursi, meja dan alat kantor lainnya.

## **2. Penanganan Proses**

Menurut Amirullah dan Budiyono (2004) manajemen adalah usaha mencapai suatu tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain. Dengan demikian manajer mengadakan koordinasi atas sejumlah aktivitas orang lain yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengendalian.

Ciri khas keadaan bencana dan pengungsian adalah banyaknya organisasi lokal, nasional dan internasional serta organisasi non pemerintah (LSM) yang terlibat dalam penanggulangannya. Koordinasi dan kerjasama, antara berbagai organisasi yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan amat penting untuk menghindarkan kegiatan yang tidak perlu serta pemborosan sumberdaya, dan untuk menjamin bahwa semua organisasi bekerja dengan tujuan yang sama. Koordinasi perlu dilakukan dalam beberapa hal (1) dengan pemerintah negara tuan rumah dan LSM (2) antara berbagai organisasi internasional dan LSM yang memberikan bantuan (3) antara sektor kesehatan dan sektor-sektor lainnya (4) antara pemberi pelayanan dari luar dengan struktur administratif di dalam penduduk pengungsi (Depkes dan WHO, 2003).

Bantuan untuk sektor kesehatan langsung dilakukan ke unit-unit pelayanan-pelayanan yang masih berfungsi. Donatur banyak yang menyumbang langsung ke unit-unit pelayanan tanpa melalui Dinas Kesehatan baik itu berupa tenaga, peralatan medis dan non medis dan obat-obatan. Banyak bantuan pada tanggap darurat yang tidak dilaporkan dan tercatat di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Bantuan yang dominan berasal dari bantuan luar negeri ini langsung disalurkan ke unit-unit yang memerlukan dan masih berfungsi. Bantuan-bantuan yang diberikan

langsung ke unit-unit pelayanan sehingga terjadi overlap bantuan, adanya unit pelayanan yang tidak terkena bencana tapi tidak tersentuh bantuan dan adanya bantuan yang tidak dibutuhkan.

Proses bantuan pada saat fase tanggap darurat terjadi kesemrawutan, relawan-relawan dari dalam dan luar negeri dengan membawa peralatan sendiri dari mulai yang seadanya sampai yang mempunyai peralatan medis yang canggih dan mendirikan pos-pos kesehatan sendiri. Berbeda dengan fase tanggap darurat pada fase rehabilitasi ini, bantuan yang diberikan NGO, lembaga-lembaga PBB dan LSM sudah melalui Dinas Kesehatan Kota sebagai lembaga tertinggi bidang kesehatan di Kota Banda Aceh.

### **3. Peran Pemerintah**

Sistem koordinasi penanggulangan masalah kesehatan terdiri dari enam komponen yaitu : badan atau media untuk berkoordinasi, unit atau pihak yang dikoordinasikan, pertemuan reguler, tugas pokok dan tanggung jawab yang jelas, informasi dan laporan, kerjasama pelayanan dan aturan organisasi yang jelas (Depkes, 2002)

Pada fase tanggap darurat terlebih pada minggu-minggu pertama pasca bencana pemerintahan Kota Banda Aceh mengalami kelumpuhan saat itu disamping itu fasilitas pelayanan tidak berfungsi karena mengalami kerusakan dan tenaga juga banyak yang menjadi korban. Fase ini banyak penyumbang dari individu, yayasan, organisasi dan negara baik dalam dan luar negeri datang memberikan bantuan langsung ke masyarakat.

Hal-hal yang mempengaruhi terwujudnya penanganan bencana agar berjalan baik adalah organisasi dan tata kerja yang jelas, fasilitas yang mendukung, komunikasi dan dokumentasi/data yang tersedia ( Depkes, 2002). Di Kota Banda Aceh pada saat awal bencana keadaan hal tersebut sangat tidak mendukung disebabkan karena (1)Organisasi dan tata kerja tidak jelas karena banyak pejabat dan staf yang menjadi korban(2)Hampir

sebagian besar sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan banyak yang rusak dan hancur(3) tidak ada komunikasi antara donatur dan penerima (4) bantuan tidak tercatat dan tidak adanya informasi yang tersedia.

Memasuki masa bulan kelima setelah Tsunami, pemerintah pusat telah membentuk badan khusus yang menangani permasalahan Aceh untuk melakukan rekontruksi dan rehabilitasi di NAD (Rencana Induk Rehabilitasi dan rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias, 2005d). BRR ini mengkoordinasikan semua elemen yang terlibat baik dengan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan pihak swasta yang terlibat ingin membangun. Pihak swasta yang mempunyai inisiatif membangun sesuatu di Aceh harus melihat dan mencocokkan dengan master plan yang ada di BRR dan juga keinginan masyarakat Aceh, serta masukan dari pemerintah daerah. Hal ini mutlak dilakukan guna menghindari terjadinya tumpang tindih bentuk dan duplikasi kegiatan yang dilaksanakan oleh pihak-pihak lain serta ketidakmanfaatan bantuan akibat tidak adanya rencana yang baik dan matang (Rencana Induk Rehabilitasi dan rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias, 2005a).

Struktur koordinasi yang kuat tetapi akan lemah prakteknya jika badan koordinasi tidak memadai khususnya sumber daya dan tenaga pelaksana. Jika koordinasi tersebut baru terbentuk dan belum berpengalaman serta jika penyebaran informasi tidak lengkap, maka sulit untuk menciptakan suatu lingkungan yang kondusif untuk melaksanakan partisipasi, kolaborasi dan kerjasama (Couldrey dan Morru, 2005). Demikian dengan BRR yang baru dibentuk, keberadaannya belakangan dinilai lamban dalam menjalankan tugasnya terutama dalam hal dalam pembangunan perumahan untuk masyarakat. Untuk bidang kesehatan hal ini tidak bermasalah karena para penyumbang langsung memberikan bantuannya ke sasaran dan setelah itu baru para donator melaporkan bantuan yang telah diberikan ke BRR.

## **BAB V**

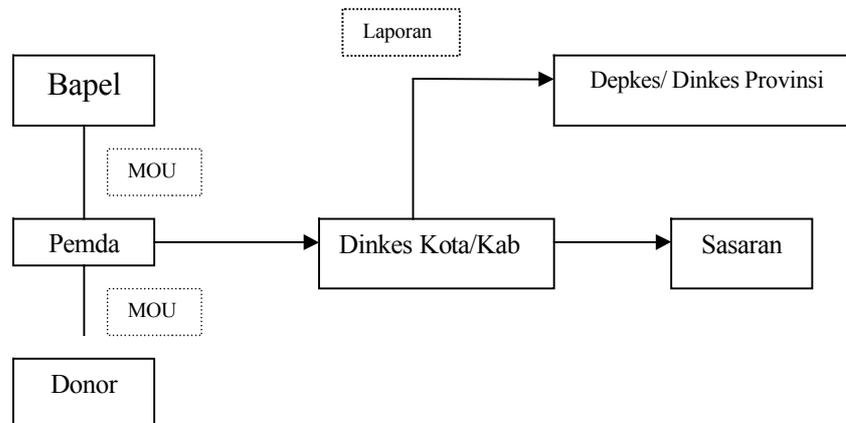
### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Jenis Donasi yang diberikan fase tanggap darurat sebagian besar berupa obat-obatan, sedangkan fase rehabilitatif jenis donasi yang terbanyak barang /peralatan. Penyaluran donasi pada fase tanggap darurat diberikan pada wilayah yang tidak terkena bencana, sedangkan pada fase rehabilitatif mulai difokuskan pada wilayah yang terkena bencana.
2. Proses penyaluran donasi pada fase tanggap darurat langsung ke pelayanan kesehatan sedangkan fase rehabilitasi sudah melibatkan Dinas Kesehatan.
3. Peran pemerintah daerah pada saat awal terjadinya pasca bencana tidak berfungsi. Pemerintah pusat telah membentuk BRR sebagai badan yang mengkoordinir bantuan-bantuan untuk membantu NAD.

#### **B. Saran**

1. Pemerintah pusat  
Indonesia yang merupakan daerah rawan bencana perlu membentuk suatu badan permanen yang mengkoordinir bantuan-bantuan dalam dan luar negeri sehingga bila terjadi suatu bencana Indonesia mempunyai kesiapan di dalam penanganannya. Mekanisme penyalurannya dengan melibatkan peran Pemda, instansi terkait, masyarakat dan akademisi. Bapel, Donor dan Pemda melakukan perjanjian kesepakatan perjanjian, setelah melakukan assesment pada sasaran sesuai dengan kebutuhan dan keadaan daerah setempat. Selanjutnya Dinas Kesehatan sebagai pelaksana kegiatan melaporkan kegiatan yang telah dilakukan ke Depkes dan Dinkes Propinsi.



2. Dinas kesehatan Kota Banda Aceh sebagai lembaga yang menangani kesehatan sebaiknya membenahi sistem informasi dan mengkoordinir bantuan-bantuan yang telah diberikan ke unit-unit pelayanan dan ke masyarakat langsung sehingga tidak terjadi bantuan yang overlap, bantuan yang tidak dibutuhkan dan bantuan yang tidak terjangkau.
3. LSM diharapkan dapat melakukan kerjasama dengan tim kesehatan daerah dalam mengkoordinasikan perencanaan dan mengimplementasikan program kesehatan.
4. Akademisi dapat memberikan masukan kegiatan yang sesuai dengan kemajuan pengetahuan dan teknologi yang diimplementasikan dengan kebutuhan dan keadaan daerah setempat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aceh Recovery Forum. (2005). *Gambaran Umum Pokok-Pokok Rekomendasi Awal untuk Blue print Pembangunan NAD Pasca Tsunami*. Lokakarya Peningkatan Peran Masyarakat dalam Membangun Aceh Pasca Tsunami.
- Amirullah, Budiyo. (2004) *Pengantar Manajemen*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Ariyani(2005). *Kualitas Layanan Kesehatan Masih Jelek*. Available from: < <http://www.Tempointeraktif.com> ( Accessed 20 Mei 2005).
- Carter, W. Nick, (1992). *Disaster Management Handbook*. Asia Development Bank. Manila. Philippines CIP Data
- Connor. D.T. (1993). *The Non Profit Management Handbook : Operating Policies and Procedures*. John Wile & Sons Inc. New York.
- Couldrey, M, Morru, T ( 2005). *Penilaian Respon Tsunami PBB*: available from: < <http://www.unassesstsunamiresponse>{Accessed 12 Januari 2006}
- Daulay, A. (2005). Problem Administrasi dan Distribusi pada Penanggulangan Bencana Alam di Provinsi NAD dan Sumut. *Symposium Disaster Management System Related To Heath and Environment Aspect in Indonesia*. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan (2002). *Pedoman koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan*. Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan dan WHO. (2003). *Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi* . Depkes. Jakarta.
- Depkes *Musbahkan Bantuan Asing* (2005) available from: < <http://www.republika.com> {Accessed 18 Mei 2005}).
- Djamin, Z. (1995). *Sumber Luar Negeri bagi Pembangunan Indonesia sejak IGGI hingga CGI serta permasalahannya*. UI Press. Jakarta.
- Donabedian ,A (1988). *Exploration in Quality Aessment and Monitoring, Health Administration press*, Ann Arbor, Mich.

- Kirmanto. (2002). Kebijakan Penanggulangan Bencana. *Kolokium Litbang Pemukiman*, Bandung
- Kotler P dan Andreasen, AR (1995). *Strategi Pemasaran Untuk Organisasi Nirlaba*, ed 3, Yogyakarta : Penerbit Gadjah Mada University Press.
- Mardiasmo, (2002), *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Yogyakarta : PT. Andi.
- Maryetty IP (2004), *Praktek Donasi Obat Pasca Tragedi Bom Bali 12 Oktober 2002 dan Dampaknya Terhadapnya Pengelolaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aspek*, Tesis Magister Manajemen Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada.
- Moleong, L. J., 2004, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Edisi Revisi, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Muninjaya G (2004). *Manajemen Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Nur Hidayat (2005). *Bantuan Kesehatanpun Bisa Terlantar*. Available from <<http://www.kompas.com> (Accessed 25 Mei 2005).
- Pujiono P. (2005). *Perlunya Undang-Undang Bencana*. Available : [http://www.indosiar.com /u4/kita peduli/news.read.htm](http://www.indosiar.com/u4/kita%20peduli/news.read.htm).
- Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias Sumatera Utara. (2005a) *Buku IV Rencana Bidang Ekonomi dan Ketenagaan*.
- Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias Sumatera Utara. (2005b). *Buku V Rencana Bidang Kelembagaan Daerah*.
- Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias Sumatera Utara. (2005c) *Buku VI Rencana Bidang Pendidikan dan Kesehatan*.
- Rencana Induk Rehabilitasi dan Rekontruksi Wilayah Aceh dan Nias Sumatera Utara (2005d) *Buku XI Pendanaan*.
- Republika, 21 Maret 2005. *Ada Indikasi Bantuan tak Sampai*. Available from <<http://www.republika.com> {Accessed 23 Mei 2005}

- Sujudi, A (2005) , *Sisi Penanggulangan Bencana di Indonesia, Sisi Kesehatan dan Lingkungan*, Symposium Disaster Management System Related To Heath and Environment Aspect in Indonesia. Yogyakarta.
- Supriyanto, S, (1998). *Evaluasi Bidang Kesehatan*. Brata Jaya. Surabaya.
- Thabrani. (2005) *Evaluation of Rehabilitation and Recontruction Program of Post Tsunami Disaster in Aceh and North Sumatra*. Symposium Disaster Management System Related To Heath and Environment Aspect in Indonesia. Yogyakarta.
- Tisnantoro. Ed (2005) *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003 Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Yogyakarta : Penerbit Gadjah Mada University. Yogyakarta
- UNDP (1992) *Tinjauan Umum Manajemen Bencana. Program Pelatihan Manajemen Bencana*. <http://www.undmdp.org/indonesia/overview/tinjauan>.
- Wibawa,S, Purbokusumo Y, Pramusinto, A. (1994). *Evaluasi kebijakan Publik*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Wijono, D (1999) . *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press. Surabaya.
- WHO.(1993) *Evaluasi Perubahan-Perubahan Mutakhir dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. MMR. Yogyakarta
- Yin, K. R., 2002, *Studi Kasus Desain dan Metode*, PT Raya Grafindo Persada, Jakarta.