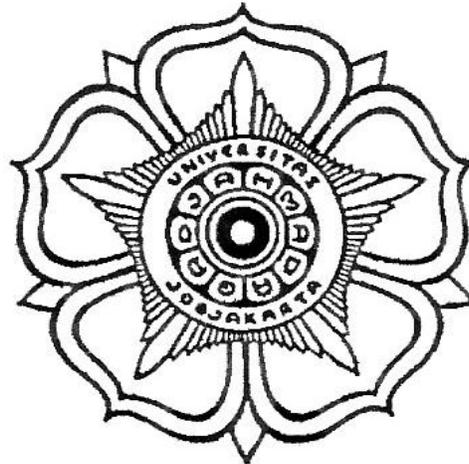


**KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN PASCA  
BENCANA GEMPA DI PUSKESMAS PIYUNGAN  
KABUPATEN BANTUL**

**Tesis**

**Untuk Memenuhi sebagai Persyaratan  
Mencapai Derajat Sarjana Strata 2**

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



**Diajukan oleh:**

**Bella Donna  
NIM: 16490/PS/IKM/05**

**Kepada**

**SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS GADJAH MADA  
YOGYAKARTA  
2007**

# Tesis

KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN PASCA BENCANA GEMPA  
DI PUSKESMAS PIYUNGAN KABUPATEN BANTUL

dipersiapkan dan disusun oleh

Bella Donna

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 15 Juni 2007

## Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama



Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, PhD

Pembimbing Pendamping I



dr. Muhsyir Hasanbasri, MA

Pembimbing Pendamping II

.....

Anggota Dewan Penguji Lain



Dr. dr. Radiman



dr. Sulanto Saleh Danu, Sp.FK



dr. Siti Noor Zaenab, M.Kes

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

Tanggal

27 JUN 2007



Prof. dr. Hari Kusnanto J, DrPH

Pengelola Program Studi : IKM

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
PERNYATAAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
INTISARI .....	x
ABSTRACT .....	xi
BAB I           PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Permasalahan Penelitian .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
E. Keaslian Penelitian .....	5
BAB II           TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pusat Kesehatan Masyarakat.....	7
B. Bencana Alam .....	9
C. Birokrasi .....	13
D. Koordinasi .....	17
E. Kepemimpinan .....	19
F. Pengorganisasian .....	21
G. Landasan Teori .....	23
H. Kerangka Konsep .....	24
I. Pertanyaan Penelitian .....	25
BAB III           METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	26
B. Lokasi, Subyek dan Sampel Penelitian .....	26
C. Cara Pengumpulan Data .....	28
D. Analisis Data .....	28
E. Instrumen Penelitian .....	29
F. Definisi Operasional Variabel.....	29
G. Jalannya Penelitian .....	30
H. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian .....	30
1. Kesulitan Penelitian .....	30
2. Kelemahan Penelitian .....	31

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian .....	32
	1. Masa Emergency .....	32
	2. Masa Recovery .....	44
	B. Pembahasan .....	50
	1. Koordinasi .....	50
	a. Masa Emergency .....	50
	b. Masa Recovery .....	52
	2. Kepemimpinan .....	53
	a. Masa Emergency .....	54
	b. Masa Recovery .....	57
	3. Pengorganisasian .....	57
	a. Masa Emergency .....	57
	b. Masa Recovery .....	60
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan .....	62
	B. Saran .....	63
	DAFTAR PUSTAKA .....	64
	LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel	1 Pengaruh Jangka Pendek Bencana Besar .....	10
Tabel	2 Profil Informan .....	27
Tabel	3 Data Relawan Yang Melaporkan Diri ke Puskesmas Piyungan .....	38
Tabel	4 Masa bakti tim Relawan yang Melaporkan Diri ke Puskesmas Piyungan .....	39
Tabel	5 Kegiatan Pelayanan Kesehatan Pasca Gempa Puskesmas Piyungan.....	47
Tabel	6 Kegiatan Puskesmas pada Masa Recovery .....	47
Tabel	7 Wujud Kepemimpinan saat bencana di Institusi Puskesmas Piyungan .....	56

## DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar	1	Bagan Penanggulangan Masalah Kesehatan 11
Gambar	2	Representasi Skematis Fungsi-fungsi dari Lima Elemenn Organisasi ..... 14
Gambar	3	Kerangka Konsep Penelitian ..... 25
Gambar	4	Alur Pelayanan Yang diberikan Oleh Relawan ..... 40
Gambar	5	Struktur Organisasi Kepemimpinan Puskesmas Piyungan Pada Masa Normal .. 53
Gambar	6	Struktur Organisasi Kepemimpinan Puskesmas Piyungan Pada Masa emergency ..... 55
Gambar	7	Pengorganisasian Pada Masa Emergency ... 59
Gambar	8	Pengorganisasian Pada Masa Normal ..... 61

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis dan menjadi acuan dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Juni 2007



Bella Donna, dr

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan YME, atar rahmat dan karuniaNYA sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini, yang diajukan sebagai salah satu sayarat dalam menyelesaikan studi pada Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, jurusan Ilmu-ilmu Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Dalam menyelesaikan tesis ini penulis banyak mendapatkan bantuan, dukungan, dan bimbingan serta dorongan moril dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang tulus kepada Bpk Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD dan dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA selaku pembimbing yang telah banyak mengorbankan waktu dan tenaga, memberikan sumbangan dan dorongan kepada penulis.

Pada kesempatan ini tak lupa penulis sampaikan secara tulus ucapan terimakasih dan penghargaan kepada :

1. Prof. Dr. Hari Kusnanto J, MS, DrPH selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada beserta jajarannya.
2. Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD selaku Ketua Minat Utama Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan beserta seluruh dosen dan staf yang banyak membantu memfasilitasi serta memberikan bimbingan dan saran selama penulis menempuh pendidikan,
3. dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA selaku Pengelola Akademik Minat Utama Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan beserta jajarannya yang dengan sabar memberikan masukan dan bimbingan selama penulis dalam pendidikan,
4. dr. Hj. Siti Zainab, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan segenap jajarannya,

5. drg. Diyak, selaku Kepala Puskesmas Piyungan dan seluruh staf terutama yang berkesempatan menjadi responden dan informan untuk penggalan data penulisan tesis ini,
6. Ayah dan ibundaku, saudara-saudaraku, suami, dan anak-anakku tersayang, yang senantiasa sabar penuh pengertian memberikan pengorbanan dan memberikan semangat selama penulis menempuh pendidikan.
7. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dorongan kepada penulis sehingga pendidikan dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan.

Penulis berdoa agar Tuhan YME melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua. Akhir kata, sebagai manusia biasa penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan dan penulis dengan terbuka menerima kritik dan saran yang membangun. Penulis berharap semoga tesis ini memberikan manfaat.

Yogyakarta, Mei 2007

Penulis,

## INTISARI

**Latar Belakang:** Bencana alam gempa bumi yang terjadi di Propinsi DIY dan Jawa Tengah pada 27 Mei 2006 menimbulkan korban jiwa, menyebabkan banyak bangunan roboh dan rusak termasuk bangunan pelayanan kesehatan. Puskesmas Piyungan merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Bantul yang tidak dapat berfungsi, sehingga tidak dapat difungsikan pada hari pertama.

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk. untuk mengetahui pelaksanaan koordinasi Puskesmas Piyungan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa.

**Metode penelitian:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif sedangkan jenis penelitiannya eksploratif . Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam yang dibantu dengan alat pedoman wawancara dan FGD.

**Hasil** Koordinasi pelayanan kesehatan bagi korban gempa ini di wilayah kerja Puskesmas Piyungan telah dilaksanakan pada masa emergency dengan melakukan konsolidasi petugas, melakukan pendataan dan pendistribusian relawan, serta konsolidasi dengan lintas sektoral maupun Dinas Kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat korban gempa. Koordinasi setelah masa emergency yaitu dengan melakukan briefing pagi, melibatkan kader dalam program imunisasi, melaksanakan program di luar gedung dan mencari donatur untuk pembangunan kembali sarana Puskesmas. Kepemimpinan Puskesmas Piyungan bersifat administratif pada awalnya, yang berorientasi untuk menciptakan organisasi yang efektif, tetapi dalam keadaan bencana telah terjadi adaptasi agar tetap efektif untuk memberikan pelayanan. Pengorganisasian pada masa emergency bersifat adhokrasi dan kembali ke birokrasi yang kaku, setelah selesai masa emergency. Faktor penghambat pelayanan kesehatan paska gempa adalah keterbatasan sumber daya manusia, sarana, dan stakeholder yang arogan yang tidak mau beradaptasi seperti relawan sebagian besar tidak melapor sehingga terjadi kesulitan pihak puskesmas untuk melakukan koordinasi apalagi sebagian mempunyai konsep pelayanan yang berbeda beda.

**Kesimpulan :** Koordinasi pelayanan kesehatan masa pasca bencana gempa berjalan karena bantuan-bantuan yang luas dari pihak-pihak yang ingin membantu bencana dan layanan ini berhasil karena keterbukaan puskesmas dan saling isi dalam pemanfaatan sumber-sumber secara fleksibel.

## ABSTRACT

**Background:** The earthquake striking the provinces of Yogyakarta Special Territory and Central Java on May 27, 2006 caused lots of casualties and damages of infrastructure, including health service facilities. Piyungan health center as one of health centers in Bantul District was seriously damaged so that it could not operate the first day post earthquake.

**Objective:** The study was meant to identify the implementation of Piyungan health center coordination in the provision of health services for the community post earthquake.

**Method:** This was a qualitative study with explorative approach. Primary data were obtained from indepth interview supported with interview guide and focus group discussion.

**Result:** Coordination of health services for earthquake casualties at the working area of Piyungan health center had been carried out during emergency period through consolidation of staff, volunteer documentation and distribution and across sectoral consolidation with the Health Office. Coordination post emergency period was carried out through morning briefing involving cadres of immunization program, external program and seeking for donors for rebuilding health center facilities. Leadership of Piyungan health center used to be administrative and focused on the running of effective organization; however, after the calamity the center adapted to effective provision of services. The organization during emergency period was flexible but turned to become rigid as before when the emergency was over. Factors which inhibited health services post earthquake were limited human resources and facilities and arrogant stakeholders who were unwilling to adapt to the situation as well as some volunteers who did not report to the center so that coordination was hard to do. The coordination was difficult to do because some volunteers had different concept of service.

**Conclusion:** Coordination of health services post earthquake could run well due to external supports provided for Piyungan health center. The service was well-functioning because of openness of the center and flexible use of resources available.

# **BABI**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Musibah bencana alam gempa bumi di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Jawa Tengah tanggal 27 Mei 2006 telah menimbulkan banyak korban luka-luka dan jiwa. Korban meninggal mencapai 6.736 orang (Depkes, 2006). Bencana alam gempa bumi ini telah ditetapkan sebagai bencana nasional. Selain menimbulkan korban jiwa, juga menyebabkan banyak bangunan roboh dan rusak termasuk bangunan pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas, puskesmas pembantu (Pustu), polindes serta posyandu. Hasil survey cepat yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) Depkes tanggal 15 Juni 2006 menyimpulkan kategori kerusakan yang terjadi terhadap fasilitas kesehatan yang mengalami kerusakan, yaitu kerusakan ringan, sedang maupun berat.

Dari 26 puskesmas di Kabupaten Bantul terdapat 15 bangunan puskesmas induk yang tidak dapat berfungsi karena rusak berat. Rusaknya bangunan pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat mengakibatkan pelayanan kesehatan tidak dapat difungsikan secara optimal bahkan tidak dapat berfungsi sama sekali pada hari pertama kejadian bencana gempa. Korban-korban akibat bencana gempa yang sangat membutuhkan penanganan kesehatan segera tidak dapat dilayani oleh unit-unit pelayanan kesehatan dasar tersebut.

Unit pelayanan kesehatan dasar menjadi lumpuh juga diakibatkan karena sebagian besar petugas atau tenaga kesehatan juga ikut menjadi korban. Survey cepat (Depkes, 2006) menemukan tenaga kesehatan Kabupaten Bantul yang menjadi korban yaitu 3 orang meninggal dunia, 2 orang keluarga petugas kesehatan meninggal dunia, 11 orang petugas kesehatan yang mengalami luka berat serta 8 orang keluarga petugas

kesehatan menjadi korban luka berat. Kerugian material yang dialami oleh tenaga kesehatan Kabupaten Bantul juga cukup besar, yaitu 126 rumah tinggal tenaga kesehatan yang hancur dan 286 rumah tinggal tenaga kesehatan yang rusak berat.

Akibat lumpuhnya pelayanan kesehatan dasar dan banyaknya korban yang harus dirujuk menyebabkan korban terpaksa dirujuk ke pelayanan kesehatan daerah lain yang tidak rusak, termasuk melibatkan pelayanan kesehatan swasta bahkan ke luar daerah. Jumlah korban yang terlalu banyak serta minimnya tenaga kesehatan pada hari-hari awal pasca bencana, menyebabkan pelayanan kesehatan yang diberikan hanya bersifat pertolongan pertama. Pemberi pelayanan kesehatan menjadi panik dan masih mengutamakan urusan keselamatan diri serta keluarganya masing-masing. Keterbatasan tenaga kesehatan yang ada saat bencana gempa terjadi merupakan hal yang cukup ironis karena sebelumnya telah cukup lama mempersiapkan diri untuk penanggulangan bencana akibat letusan Gunung Merapi dengan program yang disebut Tim Siaga Merapi. Namun apa yang dipersiapkan untuk antisipasi penanggulangan bencana letusan Gunung Merapi ternyata didahului terjadinya bencana gempa yang tidak sedikit menimbulkan korban jiwa.

Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul termasuk salah satu yang mengalami kerusakan berat. Puskesmas induk sebelumnya memiliki bangunan fisik untuk pelayanan kesehatan seperti gedung rawat jalan, gedung rawat inap, laboratorium, ruang rontgen, gedung administrasi, pelayanan kebidanan dan apotik. Puskesmas yang berada di pinggir jalan Yogyakarta-Wonosari km 12 ini memiliki luas wilayah 33,54 km<sup>2</sup>, membawahi 3 puskesmas pembantu (Pustu) di 3 desa, yaitu Pustu Sitimulyo, Pustu Srimartani dan Pustu Srimulyo. Fasilitas pelayanan tidak dapat difungsikan secara optimal untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Dalam segala keterbatasan sarana dan prasarana, Puskesmas tetap dibutuhkan masyarakat dalam kondisi darurat pasca gempa.

Hal tersebut dikarenakan Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat. Untuk menjalankan fungsinya, Puskesmas dituntut melakukan koordinasi baik secara internal maupun eksternal, sehingga masyarakat korban gempa dapat terlayani. Hal tersebut dikarenakan dalam bencana petugas Puskesmas juga menjadi korban dan di sisi lain bantuan yang datang cukup banyak, terlebih bencana yang menelan banyak korban.

Koordinasi merupakan salah satu fungsi manajemen untuk melakukan berbagai kegiatan melalui cara menyelaraskan pekerjaan dari beberapa bagian sehingga dapat terjalin kerjasama yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi. Koordinasi yang baik akan menghasilkan keselarasan dan kerjasama yang efektif dari organisasi-organisasi yang terlibat penanggulangan bencana di lapangan (Depkes, 2002a). Di daerah rawan kedaruratan dan bencana sangat diperlukan upaya kegiatan koordinasi dan kualitas kepemimpinan untuk penanggulangan masalah kesehatan terutama pada tahap tanggap darurat, dimana kelangkaan sumber daya sering menjadi faktor penghambat, penyulit dan kendala koordinasi. Penempatan struktur organisasi yang tepat sesuai dengan tingkat penanggulangan bencana yang berbeda, serta adanya kejelasan tugas, tanggung jawab dan otoritas dari masing-masing komponen/organisasi yang terus menerus dilakukan secara lintas program dan lintas sektor mulai saat persiapan, saat terjadinya bencana dan pasca bencana.

Pembagian peran yang jelas memerlukan dukungan kepemimpinan yang baik dengan komunikasi yang jelas serta adanya kerjasama yang baik antar sektor membantu tercapainya koordinasi yang baik. Oleh karena itu, peran pimpinan sangat diperlukan dalam mengkomunikasikan berbagai macam hal kepada pihak di dalam maupun di luar sistem kelembagaan, sehingga tercipta pengorganisasian yang tepat dalam pelayanan kesehatan bencana. Menurut Robbins (1990), bahwa sebuah organisasi merupakan sistem kerjasama dan mengusulkan agar peran

utama pimpinan adalah memperlancar komunikasi dan mendorong bawahan untuk berusaha lebih keras.

## **B. Permasalahan Penelitian**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut di atas maka formulasi permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimanakah koordinasi yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan koordinasi Puskesmas Piyungan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa

### **2. Tujuan Khusus**

Secara lebih rinci penelitian ini bertujuan untuk :

Mendeskripsikan koordinasi yang dilaksanakan oleh Puskesmas Piyungan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa.

Mengetahui kepemimpinan di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa.

Mengetahui pengorganisasian Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan masyarakat masa pasca bencana gempa

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat praktis**

Puskemas Piyungan Kabupaten Bantul, sebagai bahan masukan dan informasi dalam meningkatkan koordinasi berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan-kegiatan memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa pasca terjadi bencana.

## 2. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi atau masukan bagi peneliti selanjutnya yang akan melaksanakan penelitian serupa.

## 3. Manfaat bagi peneliti

Dapat memberikan pengalaman dan pengetahuan serta wawasan penelitian ilmiah.

### **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian mengenai pelaksanaan koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat masa pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul, menurut sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan . Namun demikian, terdapat beberapa penelitian serupa dengan penelitian ini yang berkaitan dengan koordinasi, yakni :

#### 1. Suharto (2006)

Suharto (2006) meneliti mengenai koordinasi lintas sektoral pada tim sistem kewaspadaan pangan dan gizi di Kabupaten Sleman dengan pendekatan metode kualitatif. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tim Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) belum melaksanakan mekanisme organisasi dengan baik karena adanya ego sektor. Mekanisme pengawasan langsung tidak pernah dilakukan pimpinan karena ketidakjelasan *leading sector*.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel penelitian dan lokasi penelitian yang berbeda. Penelitian ini menggunakan variabel independen yaitu : kepemimpinan, pengorganisasian dan komunikasi dalam melaksanakan koordinasi pelayanan kesehatan masa bencana gempa.

#### 2. Suwita (2006)

Suwita (2006) melakukan penelitian mengenai koordinasi Puskesmas pembantu dan lembaga-lembaga yang ada di wilayah kerja Puskesmas Patamuan Kabupaten Padang Pariaman dengan rancangan

studi kasus. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan Puskesmas pembantu rendah karena koordinasi interorganisasi tidak berjalan sebagaimana mestinya. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah penggunaan variabel dan obyek penelitian yang berbeda, Suwita (2006) melihat koordinasi intraorganisasi dan koordinasi interorganisasi dalam pemanfaatan Puskesmas pembantu.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel penelitian dan lokasi penelitian yang berbeda. Penelitian ini menggunakan variabel independen tidak terfokus pada pengorganisasian dalam melaksanakan koordinasi, tetapi juga melihat kepemimpinan dan komunikasi dalam melaksanakan koordinasi pada pasca saat terjadi bencana gempa.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

Puskesmas adalah satu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, yang membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Depkes RI, 2001). Tujuan penyelenggaraan puskesmas di era desentralisasi adalah untuk mewujudkan puskesmas yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, merata, terjangkau dan memenuhi kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya (Trihono, 2005).

Wilayah kerja adalah batasan wilayah kerja puskesmas dalam melaksanakan tugas dan fungsi pembangunan kesehatan, yang ditetapkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota berdasarkan geografi, demografi, sarana transportasi, masalah kesehatan setempat, keadaan sumber daya, beban kerja puskesmas, juga harus memperhatikan dalam upaya untuk meningkatkan koordinasi, memperjelas tanggung jawab pembangunan dalam wilayah kecamatan, meningkatkan sinergisme kegiatan dan meningkatkan kinerja. Apabila dalam satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menunjuk salah satu puskesmas menjadi koordinator pembangunan kesehatan di kecamatan.

Untuk memperluas jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan puskesmas ditunjang oleh unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana dalam bentuk: Puskesmas pembantu (Pustu), Puskesmas keliling (Pusling), dan Bidan desa.

Upaya meningkatkan penampilan, mutu, kinerja, profesionalisme petugas puskesmas, serta kemitraan dengan pihak instansi terkait, swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), maka puskesmas diberikan kepercayaan atas kemampuannya. Pemahaman kemandirian puskesmas bukan berarti terlepas dari kebijaksanaan desentralisasi dan tanggung jawab dari pemerintah daerah kabupaten/kota. Batasan kemandirian puskesmas dikaitkan dengan kewenangan dalam : (a). penyelenggaraan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan sesuai dengan kondisi, kultural budaya dan potensi setempat; (b). mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, yang kemudian dipertanggungjawabkan untuk pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya; (c) mengangkat tenaga institusi atau honorer, pemindahan tenaga dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; (d) melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan.

Batasan kewenangan puskesmas diberikan pertimbangan ketersediaan sumber daya, khususnya kemampuan tenaga kesehatan, keterlibatan administrasi dan pencatatan serta tuntutan masyarakat. Kewenangan puskesmas ditetapkan berdasarkan surat keputusan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Azas manajemen penyelenggaraan puskesmas di era desentralisasi, sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia. Pengelolaan program kerja di puskesmas berpedoman pada 4 azas yaitu : Azas pertanggung jawaban wilayah, Azas peran serta masyarakat, Azas Keterpaduan, dan Azas Rujukan.

Program puskesmas merupakan wujud dari pelaksanaan fungsi puskesmas dapat dikelompokkan dalam : (a) Program kesehatan dasar berdasarkan kebutuhan sebagian besar masyarakat Indonesia serta mempunyai daya ungkit tinggi dalam mengatasi permasalahan kesehatan nasional dan internasional yang berkaitan dengan kesakitan, kecacatan dan kematian; (b). Program kesehatan pengembangan merupakan program yang sesuai permasalahan kesehatan masyarakat setempat dan atau sesuai tuntutan masyarakat sebagai program inovatif dengan mempertimbangkan ketersediaan dan kemampuan sumber daya yang tersedia serta dukungan dari masyarakat. (Depkes RI, 2001).

## **B. Bencana Alam**

Istilah “bencana” biasanya mengacu pada kejadian alami, misalnya angin ribut atau gempa bumi. Bahaya bencana alam menimbulkan kerentanan yang terjadi pada kelemahan suatu populasi atau sistem, misalnya rumah sakit, sistem penyediaan air atau aspek infrastruktur. Probabilitas terpengaruhinya suatu sistem atau populasi tertentu oleh suatu bahaya disebut sebagai resiko. Dengan demikian resiko merupakan gabungan antara kerentanan dan bahaya.

Setiap bencana memiliki ciri khas masing-masing. Bencana juga memberikan pengaruh dalam tingkat kerentanan yang berbeda pada daerah dengan kondisi sosial, kesehatan dan ekonomi tertentu ternyata masih ada kesamaan diantara bencana-bencana tersebut. Jika diperhatikan dengan seksama, faktor-faktor umum itu dapat digunakan untuk menjadikan pengelolaan bantuan kemanusiaan bidang kesehatan dan sumber daya yang optimal. Pengaruh jangka pendek bencana besar dapat dilihat secara umum pada tabel 1, dibawah ini.

**Tabel 1. Pengaruh Jangka Pendek Bencana Besar**

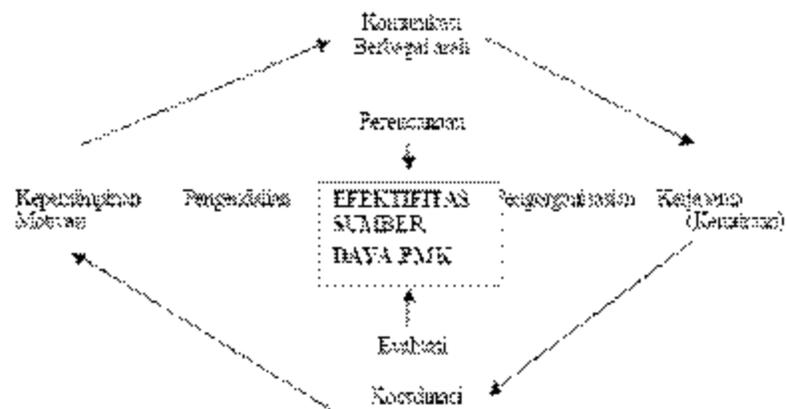
Pengaruh	Gempa bumi	Angin Ribut (tanpa banjir)	Gelombang Pasang/ Banjir Bandang	Banjir perlahan	Tanah longsor	Gunung meletus/ lahar
Kematian	Banyak	Sedikit	Banyak	Sedikit	Banyak	Banyak
Cedera berat memerlukan perawatan	Banyak	Sedang	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit
Peningkatan resiko penyakit menular	<b>Resiko Potensial yang muncul pasca semua bencana besar (Probabilitas meningkat seiring bertambahnya kepadatan penduduk dan memburuknya sanitasi)</b>					
Kerusakan fasilitas kesehatan	Parah (struktur dan perlengkapan)	Parah	Parah, terlokalisasi	Parah, hanya perlengkapan	Parah, terlokalisasi	Parah (struktur dan perlengkapan)
Kerusakan sistem penyediaan air	Parah	Ringan	Parah	Ringan	Parah, terlokalisasi	Parah
Kelangkaan bahan pangan	Jarang	Jarang	Biasa	Biasa	Jarang	Jarang
Perpindahan besar penduduk	Jarang	Jarang	Jarang	Biasa	Biasa	Biasa

Sumber : PAHO, 2006

Menurut Pan American Health Organization (PAHO, 2006), penetapan satu titik fokus untuk mengkoordinasikan upaya kesehatan terkait bencana akan memastikan pemanfaatan optimal sumber daya kesehatan yang tersedia. Koordinator bencana kesehatan bertanggung jawab atas pembentukan program-program kesiapsiagaan, mitigasi dan pencegahan bencana dalam sektor kesehatan. Koordinasi semua komponen, baik umum maupun swasta mewajibkan dibentuknya suatu dewan penasehat mandiri. Dewan ini beranggotakan ahli-ahli sektor kesehatan (epidemiologi, kesehatan lingkungan, administrasi rumah sakit) dan perwakilan dari badan pemerintah yang menyediakan layanan kesehatan, Palang Merah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), juga perwakilan dari komunitas internasional yang terlibat dalam kegiatan kesehatan.

Masalah kesehatan yang timbul akibat kedaruratan dan bencana di Indonesia pada masa lalu belum optimal terutama respons kecepatan

dan ketetapan intervensi untuk mengurangi penderitaan korban yang berkepanjangan walaupun ada dukungan dari Satuan Koordinator Pelaksana (satkorlak) Penanggulangan Bencana (PB) di Propinsi, Satuan Pelaksana (satlak) PB di Kabupaten/Kota. Berbagai masalah kesehatan akibat kedaruratan dan bencana tersebut belum ditanggulangi secara berkoordinasi dengan melibatkan berbagai sektor yang terkait secara terpadu (Depkes, 2002a). Penanggulangan masalah kesehatan di lapangan yaitu penanggulangan di lokasi mulai dari tingkat kecamatan sampai pada tingkat kabupaten/kota dengan memperhatikan aspek koordinasi dan kepemimpinan yang didukung oleh sumberdaya internal dan bantuan dari luar. Kerangka konsep penanggulangan masalah kesehatan pada masa bencana tergambar dalam bagan sebagai berikut.



**Gambar 1. Bagan Penanggulangan Masalah Kesehatan**

Dari bagan diatas dijelaskan bahwa koordinasi penanggulangan masalah kesehatan memerlukan :

1. Manajemen penanggulangan masalah kesehatan yang baik.
2. Adanya tujuan, peran dan tanggung jawab yang jelas dari organisasi.
3. Sumber daya dan waktu yang akan membuat koordinasi berjalan.

4. Jalannya koordinasi berdasarkan adanya informasi dari berbagai tingkatan sumber informasi yang berbeda.

Untuk memperoleh efektifitas dan optimalisasi sumber daya Penanggulangan Masalah Kesehatan diperlukan persyaratan tertentu antara lain:

1. Komunikasi berbagai arah dari berbagai pihak yang dikoordinasikan.
2. Kepemimpinan dan motivasi yang kuat disaat krisis.
3. Kerjasama dan kemitraaan antara berbagai pihak.
4. Koordinasi yang harmonis.

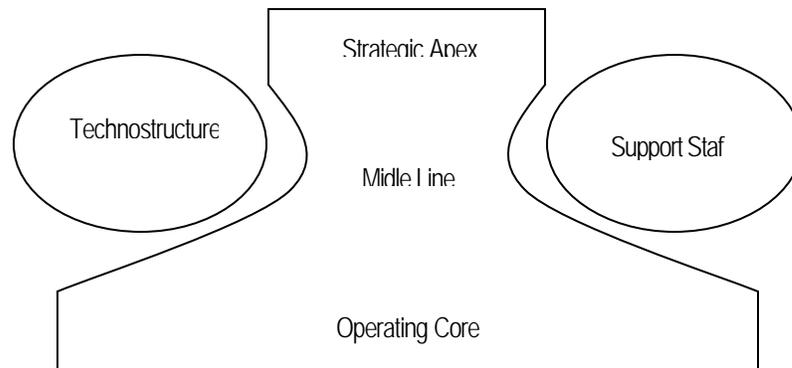
Keempat syarat tersebut dipadukan untuk menyusun perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan evaluasi penanggulangan masalah kesehatan.

Berdasarkan tahap penanggulangan bencana dapat dibagi atas 3 (tiga) tahap, yaitu: (Depkes, 2002b) Tahap Pertama adalah Tanggap Darurat, yang membahas masalah kesehatan akibat kedaruratan dan bencana serta dipengaruhi oleh informasi awal adanya kedaruratan bencana dan kegiatan penyelamatan (*rescue*), triase, penanggulangan gawat darurat (*life saving*), evakuasi dan rujukan korban ke sarana yang memadai. Kegiatan ini dilanjutkan dengan upaya mencegah timbulnya wabah penyakit menular melalui kegiatan penyediaan air bersih, sanitasi darurat, imunisasi campak di lokasi pengungsian, penyediaan makanan yang memadai, pengendalian vektor dan upaya kesehatan reproduksi. Pada kejadian kedaruratan kompleks dan gangguan kamtibmas telah dilaksanakan kerjasama dengan pihak kesehatan Polri dan TNI berupa Tim Kesehatan Gabungan untuk menanggulangi masalah kesehatan dengan dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan organisasi non pemerintah yang lain bersama mitra internasional (WHO, UNICEF, UN-OCHA dan lain-lain). Tahap kedua adalah Pencegahan, Mitigasi dan Kesiapsiagaan, pada tahap ini masih belum ditangani secara optimal akibat minimnya acuan dan pedoman untuk mendukung kegiatan dan

belum adanya komitmen prioritas untuk mendukung upaya mengurangi dampak kedaruratan dan bencana secara terpadu. Dan yang terakhir Tahap ketiga adalah Tahap Rehabilitasi dan Rekonstruksi, yang dilaksanakan oleh departemen, instansi, lembaga yang terkait serta didukung oleh masyarakat dan mitra Internasional . Rehabilitasi sektor kesehatan meliputi upaya perbaikan gizi masyarakat, sanitasi dan kesehatan lingkungan serta pemulihan aspek psikososial, stress post trauma dengan bantuan berbagai pihak. Rekonstruksi fisik, rekonsiliasi dan resolusi konflik serta pemberdayaan masyarakat korban bencana dan pengungsi ditangani secara lintas program dan lintas departemen serta mendapat dukungan mitra Internasional.

### **C. Birokrasi**

Birokrasi adalah sistem administrasi yang bertujuan untuk melayani kepentingan publik, agar pelayanan yang diberikan efektif dan efisien (Robbins, 1990). Bentuk atau model organisasi modern pada dasarnya memiliki elemen-elemen dasar. Mintzberg (1979) menyebutkan lima macam elemen dasar dalam setiap organisasi, yaitu 1) *the strategic apex* (pucuk pimpinan) yang bertanggung jawab penuh terhadap jalannya organisasi, 2) *the middle line* (pimpinan pelaksana) yang bertugas menjembatani pucuk pimpinan dan dengan bawahan/pelaksana, 3) *The operating core* (bawahan/pelaksana) adalah para pekerja atau pegawai yang melaksanakan pekerjaan pokok yang berkaitan dengan pelayanan dan produk organisasi, 4) *the technostucture* (kelompok ahli) adalah sekelompok pegawai yang bertanggung jawab terhadap efektifnya bentuk standarisasi tertentu dalam organisasi, 5) *The support staff* yaitu sejumlah tenaga dalam unit staf yang membantu menyediakan layanan tidak langsung bagi organisasinya. Elemen-elemen tersebut dibuat suatu desain pengorganisasian seperti yang tergambar dalam model menurut Mintzberg (1979), sebagai berikut.



**Gambar 2. Representasi Skematis Fungsi-fungsi dari Lima Elemen Organisasi**

Mintzberg (1979) menyatakan terdapat lima buah desain konfigurasi tertentu, dan masing-masing dihubungkan dengan dominasi oleh salah satu dari kelima elemen dasar tersebut. Dalam setiap desain, salah satu elemen mendominasi sebuah organisasi. Dominasi suatu elemen bergantung pada kontrol serta konfigurasi tertentu yang digunakan. Jika kontrol berada di *operating core*, maka keputusan akan desentralisasi. Hal ini menciptakan birokrasi profesional. Jika *strategic apex* yang dominan, maka kontrol desentralisasi dan organisasi tersebut merupakan struktur yang sederhana. Jika *middle line* yang mengontrol, maka akan menemukan kelompok dari unit otonomi yang bekerja dalam sebuah struktur divisional. Jika para analis dalam *technostructure* yang dominan, kontrol akan dilakukan melalui standarisasi dan struktur yang dihasilkan adalah sebuah birokrasi mesin. Jika staf pendukung yang mengatur, maka kontrol akan dilakukan melalui penyesuaian bersama (*mutual adjustment*) atau disebut *adhocracy*.

Dalam penentuan penggunaan desain organisasi, pertimbangan yang diberikan antara lain :

- a. Kompleksitas mempertimbangkan tingkat diferensiasi yang ada dalam organisasi, termasuk didalamnya tingkat spesialisasi atau tingkat

- pembagian kerja, jumlah tingkatan didalam hirarki organisasi, serta tingkat sejauh mana unit-unit oraganisasi tersebar secara geografis.
- b. Tingkat sejauhmana sebuah organisasi menyandarkan dirinya kepada peraturan, prosedur dan pedoman yang telah distandarkan secara minimum, untuk mengatur perilaku dari pegawainya disebut formalisasi. Pedoman yang telah distandarkan secara minimum,
  - c. Sentralisasi mempertimbangkan dimana letak dari pusat pengambilan keputusan. Masalah-masalah dialirkan ke atas, kekuasaan disebar ke bawah di dalam hirarki.

Menurut Winardi (2003), ada beberapa kekuatan dan kelemahan setiap desain organisasi berdasarkan teori Mintzberg. Struktur Sederhana mempunyai kekuatan yaitu, memiliki kompleksitas rendah dan unsur formalisasi tak seberapa; otoritas desentralisasi pada orang tertentu; memiliki kesederhanaan, fleksibel; tidak banyak biaya diperlukan untuk mempertahankannya, tidak terdapat adanya lapisan-lapisan struktur yang kompleks dan mudah terlihat bagaimana kegiatan-kegiatan seseorang memberikan sumbangan kepada tujuan organisasi. Kelemahan birokrasi dengan desain struktur sederhana yaitu memusatkan kekuasaan pada tangan satu orang; aplikabilitasnya terbatas (apabila dikonfrontasi dengan luas organisasi yang meningkat, struktur ini pada umumnya tidak dapat mengakomodasinya; sangat jarang terlihat adanya kekuatan-kekuatan kontra yang dapat mengimbangi kekuatan pimpinan puncak, menyebabkan timbulnya penyalahgunaan kekuasaan oleh orang yang sedang berkuasa, sehingga dapat menghalangi atau menghambat efektivitas dan ketahanan organisasi yang bersangkutan.

Kelebihan birokrasi mesin antara lain kemampuan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang distandarisasi dengan cara yang sangat efisien; dapat melaksanakan tugas-tugas dengan manajer tingkat menengah dan tingkat bawah yang kurang begitu berbakat, dengan demikian biaya dapat ditekan; menyatukan spesialisitas-spesialitas menyebabkan timbulnya penghematan karena skala besar meminimalisasi

duplikasi personil dan peralatan; peraturan-peraturan dan pedoman-pedoman kerja merupakan substitusi bagi diskresi manajemen; perasi-operasi yang distandarisasi, yang dikaitkan dengan formalisasi tinggi, memungkinkan pengambilan keputusan disentralisasi. Kelemahan birokrasi mesin ini antara lain spesialisasi menyebabkan timbulnya konflik-konflik antar subunit; tujuan-tujuan unit fungsional dapat mengalahkan tujuan menyeluruh dari organisasi yang ada; semangat yang berlebihan untuk mengikuti dan melaksanakan peraturan-peraturan; Andaikata muncul kasus-kasus yang tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku, tidak ada peluang untuk melaksanakan modifikasi; hanya efisien selama para karyawan menghadapi problem-problem yang sebelumnya pernah dialami mereka, karena telah tersedia pada peraturan-peraturan dan ketentuan-ketentuan pemecahan yang telah diprogram sebelumnya.

Kekuatan birokrasi profesional antara lain terletak pada fakta bahwa ia dapat melaksanakan tugas-tugas terspesialisasi, yakni tugas-tugas yang memerlukan ketrampilan-ketrampilan para profesional yang terlatih dengan baik dan dengan efisien yang sama; para profesional tersebut memiliki otonomi yang diberikan oleh desentralisasi, untuk menerapkan kepakaran mereka. Kelemahan birokrasi profesional antara lain terdapat adanya tendensi berkembangnya konflik antar subunit; fungsi-fungsi profesional yang ada berupaya untuk mencapai sasaran-sasaran pribadi yang sempit, sehingga merugikan kepentingan-kepentingan fungsi-fungsi lain dan organisasi yang bersangkutan secara keseluruhan; peraturan-peraturan merupakan hasil ciptaan para profesional itu sendiri, standar-standar tentang perilaku profesional dan kode-kode etik bekerja telah disosialisasi pada para karyawan sewaktu mereka melaksanakan dan mengalami pelatihan. Hal tersebut mungkin menjadi kendala bagi efektivitas organisasi dimana mereka berada.

Kekuatan struktur divisional antara lain disain organisasi telah diupayakan mengatasi problem yang dikemukakan, hal ini dilakukan dengan jalan memberikan tanggung jawab penuh untuk mengelola

sebuah produk atau servis kepada manajer divisional; membebaskan staf kantor pusat untuk terlampaui memperhatikan detail-detail operasi hari ke hari, dengan demikian mereka dapat lebih memusatkan perhatian pada masalah-masalah jangka panjang; pedoman garis besar, keputusan-keputusan strategis, dilaksanakan pada kantor pusat; Memberikan kepada para manajer suatu rentang luas pengalaman, dengan unit-unit otonom yang ada. Kelemahan struktur divisional antara lain duplikasi kegiatan-kegiatan dan sumber-sumber daya, sehingga menyebabkan meningkatnya biaya-biaya bagi organisasi yang ada; adanya kecenderungan distimulasinya konflik-konflik, sedikit sekali perangsang untuk merangsang kerjasama antara divisi-divisi yang ada; menciptakan problem-problem koordinasi, sehingga menyebabkan berkurangnya fleksibilitas para esekutif pada kantor pusat untuk mengalokasi dan mengkoordinasi personal pada divisi-divisi yang ada.

Disain birokrasi adhokrasi mempunyai kekuatan antara lain terdapat diferensiasi horizontal yang besar karena adhokrasi sangat banyak memiliki profesional-profesional, dengan tingkat ekspertis tinggi; tidak banyak peraturan-peraturan dan ketentuan-ketentuan; Peraturan dan ketentuan yang ada cenderung bersifat lepas dan tidak tertulis; pengambilan keputusan di desentralisasi. Hal ini diperlukan untuk kecepatan dan fleksibilitas. Desain ini juga mempunyai kelemahan yaitu konflik merupakan bagian yang inharen pada adhokrasi; tidak terdapat adanya hubungan-hubungan yang jelas antara pemimpin dan bawahan; terdapat ambiguitas tentang otoritas dan tanggung jawab; aktivitas-aktivitas tidak dapat di kompartementasi; tidak memiliki keuntungan dari pekerjaan yang distandarisasi.

#### **D. Koordinasi**

Koordinasi merupakan proses menghubungkan atau mengintegrasikan bagian-bagian dalam organisasi agar tujuan organisasi dapat dicapai dengan lebih efektif. Tingkat ketergantungan antar bagian

dan kebutuhan komunikasi dalam melaksanakan pekerjaan tertentu akan menentukan sejauh mana koordinasi diperlukan. Sebagai contoh pekerjaan non-rutin membutuhkan komunikasi yang cukup intensif, karena itu kebutuhan koordinasi semakin tinggi. Apabila suatu pekerjaan tergantung pada pekerjaan lain, kebutuhan akan koordinasi akan semakin tinggi. Dalam kaitannya dengan pembangunan koordinasi perlu diterapkan mulai dari antar bagian proyek-proyek, sektor, sub sektor sampai antar bidang. Lebih lanjut dijelaskan untuk memantapkan koordinasi pada kegiatan yang dilakukan bersifat kompleks, multi sektor, multi fungsi maka koordinasi dapat berupa tim, panitia kelompok, hasil rapat koordinasi (Hanafi, 2003).

Menurut Wijono (1997), dalam menjalankan tugas dan fungsinya pemimpin satuan organisasi memerlukan koordinasi pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya. Kesamaan pengertian masing-masing anggota dalam organisasi yang harmonis diantara satuan-satuan organisasi dalam usaha bersama mencapai tujuan organisasi. Koordinasi adalah langkah-langkah yang dilakukan oleh kasubdin dan kabag tata usaha dalam upaya mensinkronkan usulan yang dibuat agar menghasilkan satu dokumen perencanaan yang sesuai dengan kebutuhan program kesehatan. Koordinasi dikatakan baik apabila dalam penyusunan perencanaan seluruh kasubdin dan kabag tata usaha melakukan langkah-langkah koordinasi guna mensinkronkan usulan yang dibuat.

Dalam organisasi yang besar sangat dibutuhkan koordinasi dengan bermacam fungsi dan kegiatan yang dilaksanakan secara terpadu dan simultan. Handyaningrat (1982) menyatakan bahwa dalam usaha kelompok secara teratur dan kesatuan tindakan untuk dapat mencapai tujuan bersama dibutuhkan koordinasi. Dasar dari organisasi dalam melakukan koordinasi kerja antara lain: kesepakatan bersama, standarisasi, supervisi langsung, hasil kerja dan keterampilan. Strauss (2002) menyatakan bahwa koordinasi merupakan fungsi administrasi yang

mengikat seluruh perangkat secara bersama dan bergerak sebagai suatu sistem. Sistem merupakan tatanan dari bagian-bagian atau sub sistem, saling berhubungan dan saling ketergantungan dan membentuk satu kesatuan yang kuat untuk mencapai tujuan tertentu.

Proses dalam menyatukan berbagai aktifitas atau kegiatan pada sebuah organisasi atau departemen yang terpisah untuk mencapai tujuan diperlukan koordinasi, agar individu, organisasi maupun departemen tidak kehilangan pegangan terhadap peranannya di dalam organisasi sehingga tidak mengejar kepentingan diri sendiri dengan jalan mengorbankan tujuan organisasi secara keseluruhan (Stoner, *et al.*1996)

Menurut Azwar (1996), koordinasi memberikan manfaat : 1) mencegah adanya rasa kesendirian; 2) menghindari sikap bahwa pekerjaan paling penting; 3) menghindari kekosongan pekerjaan; 4) menimbulkan kesadaran berkomunikasi; 5) terjadinya rasa saling bantu; 6) menjamin keharmonisan langkah. Keberhasilan melakukan koordinasi dalam suatu organisasi dipandang apabila organisasi dapat melaksanakan dengan baik kegiatan dan fungsinya sesuai dengan apa yang telah ditentukan sebagai wujud sistem pelayanan yang sehat. Selanjutnya, Agranoff (1996) mengemukakan, koordinasi antar organisasi pada manajemen pemerintahan dalam pembuatan integrasi kebijakan ditekankan pada hubungan horizontal meliputi hubungan dalam organisasi itu sendiri ataupun hubungan antar organisasi yang setara.

### **E. Kepemimpinan**

Setiap organisasi apapun jenis dan tingkatannya sangat membutuhkan seorang pemimpin untuk menjalankan kegiatan kepemimpinan dan manajemen bagi keseluruhan organisasi sebagai satu kesatuan (Kartono, 2005). Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang-orang agar mereka suka berusaha mencapai tujuan-tujuan kelompok. Kepemimpinan yang efektif diperlukan untuk menjalankan dan mengendalikan organisasi sehingga organisasi tersebut

tetap berada pada rel yang benar, seperti peranan pimpinan sebagai koordinator.

Kepemimpinan itu sifatnya spesifik, khas, diperlukan bagi satu situasi khusus karena dalam satu kelompok yang melakukan suatu aktivitas tertentu dan punya tujuan serta peralatan yang khusus, maka pemimpin kelompok dengan ciri karakteristiknya merupakan fungsi dari situasi khusus tersebut. Jelasnya, sifat-sifat utama dari pemimpin dan kepemimpinannya harus sesuai dan bisa diterima oleh kelompoknya serta cocok dengan situasi dan zamannya.

Pada umumnya pemimpin itu memiliki beberapa sifat *superior*, melebihi para pengikutnya. Paling sedikit memiliki superioritas dalam satu atau dua kemampuan/keahlian sehingga kepemimpinannya berwibawa.

Peranan seorang pemimpin tidak terbatas hanya pada koordinasi. Salah satu peranan kepemimpinan yang penting dalam proses pengelolaan suatu organisasi adalah mengintegrasikan berbagai kegiatan yang diselenggarakan oleh berbagai satuan kerja dalam organisasi demi terjaminnya kesatuan gerak. Integrasi hanya dapat dicapai jika pimpinan dalam organisasi mampu menjalankan komunikasi yang efektif. Kegiatan pemantauan juga sangat penting dalam menyelenggarakan fungsi pengawasan sebagai salah satu fungsi manajerial. Pemantauan yang baik akan dapat mengetahui tingkat efisiensi, efektivitas dan produktivitas yang diinginkan dan ditetapkan sekaligus menemukan cara-cara mengatasi berbagai permasalahan, penyimpangan bahkan penyelewengan yang mungkin timbul.

Kartono (2005) menyebutkan bahwa ada beberapa jenis tipe kepemimpinan, yaitu : Tipe Karismatis, tipe ini memiliki kekuatan energi, daya tarik, dan perbawa yang luarbiasa untuk mempengaruhi orang lain, sehingga ia mempunyai pengikut yang sangat besar jumlahnya dan pengawal yang bisa dipercaya. Tipe paternalistis, kepemimpinan yang kebabakan, dengan sifat menganggap bawahan belum dewasa, *over protective*, tidak memberikan kesempatan bawahan untuk berinisiatif,

kreatifitas, atau mengambil keputusan dan bersifat maha benar dan maha tahu. Tipe militerists, mencontoh militer tapi lebih ke arah otoriter. Lebih banyak menggunakan perintah dan menghendaki kepatuhan mutlak bawahan, tidak menghendaki saran atau usul, menuntut disiplin yang keras dari bawahan. Tipe otokratis, mendasarkan diri pada kekuasaan dan paksaan yang mutlak harus dipatuhi, berperan tunggal atau *one man show*. Tipe populistis, membangun solidaritas rakyat, menekankan masalah kesatuan nasional, nasionalisme, dan sikap yang berhati-hati terhadap kolonialisme dan penindasan. Tipe administratif atau eksekutif, mampu menyelenggarakan tugas-tugas administrasi secara efektif, mampu menggerakkan dinamika modernisasi dan pembangunan. Tipe *Laissez Faire*, tidak memimpin, membiarkan bawahan dan organisasi berjalan sendiri, hanya simbolik, tidak mempunyai kemampuan teknis. Tipe Demokrasi, berorientasi pada manusia, dan memberikan bimbingan yang efisien kepada pengikutnya. Kekuatan kepemimpinan ini bukan terletak pada individu pemimpin akan tetapi justru terletak pada partisipasi aktif dari setiap warga kelompok.

Siagian (2003) berpendapat bahwa kenyataan dan pengalaman banyak orang menunjukkan bahwa suatu organisasi dibentuk karena tujuan yang ingin dicapai tidak mungkin tercapai apabila orang-orang yang bekerja dalam organisasi bertindak dan bekerja sendirian. Struktur organisasi diciptakan, dirumuskannya berbagai peraturan, kebijaksanaan, uraian tugas, jenjang kewenangan dan jenjang kepangkatan merupakan contoh-contoh dari berbagai instrumen untuk mempermudah koordinasi dalam organisasi.

## **F. Pengorganisasian**

Menurut Azwar (1996), pengorganisasian adalah pengkoordinasian secara rasional berbagai kegiatan dari sejumlah orang tertentu untuk mencapai tujuan bersama, melalui pengaturan pembagian kerja dan fungsi menurut penjenjangannya secara bertanggungjawab.

Selanjutnya, Handoko (2003) menyatakan bahwa ada dua aspek utama dalam pengorganisasian yaitu departementalisasi dan pembagian kerja. Departementalisasi merupakan pengelompokan kegiatan-kegiatan kerja suatu organisasi agar kegiatan-kegiatan sejenis dan saling berhubungan dapat dikerjakan bersama. Pembagian kerja adalah perincian tugas pekerjaan agar setiap individu dalam organisasi bertanggung jawab untuk melaksanakan sekumpulan kegiatan yang terbatas. Kedua aspek ini merupakan dasar untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif.

Sebenarnya hal-hal yang perlu diorganisasikan dari suatu rencana banyak macamnya. Disesuaikan dengan pengertian pengorganisasian sebagaimana dikemukakan diatas yang terpenting diantaranya hanya dua macam saja yakni : (1) kegiatan; pengorganisasian kegiatan yang dimaksudkan disini ialah pengaturan berbagai kegiatan yang ada dalam rencana sedemikian rupa sehingga terbentuk satu kesatuan yang terpadu, secara keseluruhan diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan; (2) tenaga pelaksana; pengorganisasian tenaga pelaksana yang dimaksud disini mencakup pengaturan struktur organisasi, susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana, sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggung jawabnya (Handoko,2003).

Proses pengorganisasian ialah langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan dan tenaga pelaksana dapat berjalan sebaik-baiknya. Hasil pengorganisasian, ialah terbentuknya wadah atau sering disebut “struktur organisasi” yang merupakan perpaduan antara kegiatan dan tenaga pelaksana. Menurut Handoko (2003), bahwa proses pengorganisasian yang dimaksud disini adalah yang menyangkut pelaksanaan langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan, mendapat pengaturan yang sebaik-baiknya, serta setiap kegiatan yang akan

dilaksanakan tersebut memiliki penanggungjawab pelaksanaannya. Gibson. *et al* (1996), menyatakan bahwa konsep struktur menunjukkan suatu konfigurasi aktivitas yang umumnya bertahan dan mantap serta pola yang reguler sebagai suatu ciri yang dominan, bahkan dalam suatu organisasi aktivitas tertentu dapat dihitung berdasarkan rutinitas yang terjadi secara berulang. Berbagai fungsi yang melekat pada struktur organisasi yaitu: wewenang, kekuasaan, tanggung jawab, komunikasi dalam organisasi, hubungan lini dan staf, rentang kendali, struktur datar dan tinggi, sentralisasi dan desentralisasi, rantai wewenang dan kesatuan perintah.

Menurut Muninjaya (2004), dengan mengembangkan fungsi pengorganisasian maka dapat diketahui manfaat pengorganisasian, antara lain : (1). Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok, (2). Hubungan organisatoris antar manusia yang menjadi anggota atau staf sebuah organisasi, hubungan ini akan terlihat pada struktur organisasi; (3). Pendelegasian wewenang, manajer atau pimpinan organisasi akan melimpahkan wewenang kepada staf sesuai dengan tugas-tugas pokok yang diberikan kepada mereka; (4). Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi, tugas staf dan pemanfaatan fasilitas fisik harus diatur dan diarahkan semaksimal mungkin untuk membantu staf, baik secara individu maupun kelompok mencapai tujuan organisasi.

### **G. Landasan teori**

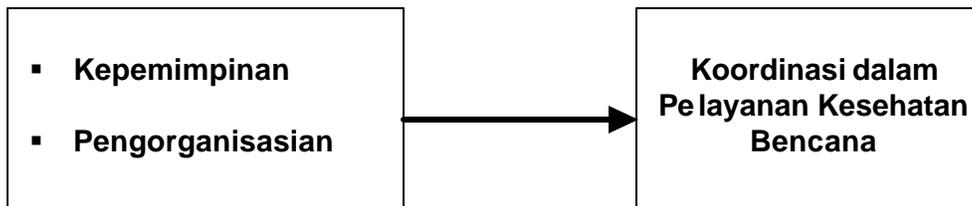
Bencana juga memberikan pengaruh dalam tingkat kerentanan yang berbeda pada daerah dengan kondisi sosial, kesehatan dan ekonomi tertentu ternyata masih ada kesamaan diantara bencana-bencana tersebut. Jika diperhatikan dengan seksama, faktor-faktor umum itu dapat digunakan untuk menjadikan pengelolaan bantuan kemanusiaan bidang kesehatan dan sumber daya yang optimal. Menurut Pan American Health Organization (PAHO, 2006), penetapan satu titik fokus untuk mengkoordinasikan upaya kesehatan terkait bencana akan memastikan

pemanfaatan optimal sumber daya kesehatan yang tersedia. Koordinator bencana kesehatan bertanggung jawab atas pembentukan program-program kesiapsiagaan, mitigasi dan pencegahan bencana dalam sektor kesehatan.

Pemimpin satuan organisasi memerlukan koordinasi pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya. Kesamaan pengertian masing-masing anggota dalam organisasi yang harmonis diantara satuan-satuan organisasi dalam usaha bersama mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan menurut Kartono (2005) merupakan kegiatan mempengaruhi orang-orang agar mereka suka berusaha mencapai tujuan-tujuan kelompok. Kepemimpinan yang efektif diperlukan untuk menjalankan dan mengendalikan organisasi sehingga organisasi tersebut tetap berada pada rel yang benar, seperti peranan pimpinan sebagai koordinator. Koordinasi merupakan fungsi administrasi yang mengikat seluruh perangkat secara bersama dan bergerak sebagai suatu sistem (Strauss, 2002). Pengorganisasian adalah pengkoordinasian secara rasional berbagai kegiatan dari sejumlah orang tertentu untuk mencapai tujuan bersama, melalui pengaturan pembagian kerja dan fungsi menurut penjenjangannya secara bertanggungjawab (Azwar, 1996).

## **H. Kerangka Konsep**

Berdasarkan latar belakang, tinjauan pustaka dan landasan teori maka dapat disusun sebuah kerangka konsep penelitian, selengkapnya pada Gambar berikut ini:



**Gambar 3. Kerangka konsep penelitian**

#### **H. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan landasan teori dan kerangka konsep penelitian, maka pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah bentuk kegiatan koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa pasca gempa?
2. Bagaimanakah kepemimpinan di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?
3. Bagaimana pengorganisasian di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?
4. Masalah-masalah apa yang dihadapi petugas di lapangan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Piyungan pada masa bencana gempa?

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

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

Penelitian ini termasuk penelitian kualitatif eksploratif. Rancangan ini dipilih agar dapat menggali secara mendalam (*eksplorasi*) tentang koordinasi pelayanan kesehatan saat terjadi bencana gempa, oleh pihak-pihak yang berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul serta untuk mengungkapkan fenomena atau hal-hal penting yang perlu diperhatikan.

#### **B. Lokasi, Subjek dan Sampel Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul, dengan pertimbangan sebagai berikut:

1. Puskesmas Piyungan merupakan salah satu puskesmas yang mengalami kerusakan terparah akibat bencana gempa.
2. Peneliti ikut bertugas sebagai relawan Kesehatan di Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul

Subjek penelitian adalah: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, Kepala Puskesmas Piyungan, Kepala Pustu Sitimulyo, Kepala Pustu Srimartani, Kepala Pustu Srimulyo, Pengelola program Yankes, Pengelola program Promkes, Kepala Program P2M, Bidan Desa dan kader Posyandu. Profil Informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini.

**Tabel 2. Profil Informan**

<b>Informan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Pendidikan</b>
<b>Puskesmas Piyungan</b>	10	1. Kepala Puskesmas Piyungan 2. Koordinator Pustu Sitimulyo 3. Koordinator Pustu Srimartani 4. Koordinator Pustu Srimulyo 5. Pengelola program Yankes 6. Pengelola program Promkes 7. Pengelola Program P2M 8. Bidan Desa Sitimulyo 9. Bidan Desa Srimartani 10. Bidan Desa Srimulyo	Dokter gigi Bidan Bidan Bidan Dokter umum Sanitasi –D3 Dokter umum Bidan Bidan Bidan
<b>Kader</b>	3	11. Kader Posyandu Sitimulyo 12. Kader Posyandu Srimartani 13. Kader Posyandu Srimulyo	SLTP SLTP SLTP
<b>Dinas Kesehatan Bantul</b>	1	14. Kepala Dinas Kesehatan	Dr. Umum, S2

Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*, dengan pertimbangan subjek adalah sekelompok orang yang memiliki informasi yang dibutuhkan juga sekelompok orang yang paling tahu tentang apa yang diinginkan peneliti dan akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek/situasi yang diteliti (Sugiono, 2005).

### **C. Cara Pengumpulan Data**

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan mengumpulkan data koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat saat terjadi bencana gempa, yang diperoleh melalui penyaduran dokumen/laporan Puskesmas Piyungan, Kabupaten Bantul. Pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan metode FGD dan wawancara mendalam. Adapun teknik wawancara yang digunakan berbentuk wawancara terbuka (*open interview*) dengan maksud agar informan dapat menjelaskan pesan dari pertanyaan yang disampaikan, dan oleh sebab itu alat instrumen yang dipergunakan adalah pedoman wawancara (*interview guide*) dan panduan FGD.

### **D. Analisis Data**

Setelah semua data terkumpul, pertama kali akan dilakukan editing untuk melihat kelengkapan data yang terkumpul, setelah itu dilakukan tabulasi, interpretasi dan penyajian data baik dalam bentuk tabel, maupun naratif.

Untuk menjamin validitas data dalam penelitian ini, dilakukan teknik triangulasi yang meliputi.

1. Triangulasi Sumber yaitu *cross check* data dengan fakta-fakta dari sumber lain.
2. Triangulasi Metode yaitu menggunakan berbagai *cross check* metode pengumpulan data baik metode wawancara mendalam maupun dengan FGD.
3. Triangulasi Data yaitu dengan meminta pendapat para ahli/pembimbing interpretasi dan analisa data yang dilakukan untuk mendapat masukan, koreksi atas kesalahan serta menghindari subjektivitas peneliti dalam analisis data.

### **E. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam dan panduan FGD . Dalam hal ini, peneliti tidak menggunakan kuisioner terstruktur karena dalam penelitian kualitatif, peneliti sendiri adalah alat (Moleong, 2004). Panduan wawancara mendalam dan FGD terarah berisikan pertanyaan-pertanyaan terbuka yang berhubungan dengan informasi yang dibutuhkan berdasarkan pertanyaan penelitian.

### **F. Definisi Operasional Variabel**

Untuk menyamakan persepsi dalam variabel penelitian, maka di berikan batasan-batasan yang jelas dan operasional dari masing-masing variabel sebagai berikut :

1. Koordinasi : proses menghubungkan atau mengintegrasikan pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya dalam organisasi agar tujuan organisasi dapat dicapai dengan lebih efektif.
2. Kepemimpinan : kegiatan mempengaruhi orang-orang agar mereka suka berusaha mencapai tujuan-tujuan kelompok dimana kepemimpinan yang efektif diperlukan untuk menjalankan dan mengendalikan organisasi.
3. Pengorganisasian : pengkoordinasian berbagai kegiatan dari sejumlah orang tertentu untuk mencapai tujuan bersama, dengan pengaturan pembagian kerja dan fungsi menurut penjenjangannya secara jelas dan bertanggungjawab.
4. Masa Emergency adalah hari pertama sampai dengan hari ketujuh. Masa Recovery mulai hari kedelapan sampai dengan dua bulan berikutnya.

## **G. Jalannya Penelitian**

Penelitian yang akan dilaksanakan meliputi beberapa langkah yaitu :

### **1. Persiapan penelitian**

- a. Mengurus izin yang berkaitan dengan penelitian.
- b. Persiapan pengumpulan data
- c. Pemilihan subyek penelitian sesuai dengan kriteria representatif.

### **2. Pelaksanaan penelitian**

Pelaksanaan dimulai dengan melakukan wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas Piyungan, Koordinator Pustu Sitimulyo, Koordinator Pustu Srimartani, Koordinator Pustu Srimulyo, Pengelola program Yankes, Pengelola program Promkes, Pengelola Program P2M, bidan desa Sitimulyo, bidan desa Srimartani, bidan desa Srimulyo, kader posyandu Sitimulyo, kader posyandu Srimartani, kader posyandu Srimulyo dan pelaksanaan FGD.

### **3. Penyelesaian penelitian**

Melakukan penyusunan laporan penelitian, pengolahan data dan penyajian hasil melalui seminar hasil.

## **H. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian**

### **1. Kesulitan Penelitian**

- a. Kesibukan responden membuat peneliti membutuhkan waktu yang lama untuk mempertemukan responden dalam FGD.
- b. Jarak yang cukup jauh untuk menemui responden sehingga membutuhkan waktu untuk melakukan wawancara mendalam.
- c. Dalam proses pelaksanaan wawancara mendalam terkesan beberapa informan, agak sungkan menjawab pertanyaan-pertanyaan seputar kepemimpinan di Puskesmas Piyungan.

## **2. Kelemahan Penelitian**

Penelitian ini hanya melihat dan mengeksplorasi kegiatan pelayanan kesehatan dikaitkan dengan koordinasinya di Puskesmas Piyungan, subyek penelitian hanya petugas yang ada di Puskesmas, sehingga belum bisa menggambarkan secara keseluruhan koordinasi dan kegiatan yang terjadi melingkupi puskesmas dan pihak lain di luar puskesmas yang mendukungnya.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

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

##### **1. Masa Emergency**

###### **a. Hari Pertama**

Pada tanggal 27 Mei, saat terjadi bencana alam gempa bumi, di Puskesmas Piyungan terdapat 3 petugas yang dinas malam dan 1 orang pasien persalinan. Pasien tersebut kemudian minta pulang. Petugas jaga tetap berjaga di Puskesmas. Beberapa waktu kemudian beberapa korban bencana berdatangan minta pertolongan. Ketiga petugas melayani para korban, dibantu dengan petugas ambulan yang datang. Petugas ambulan siap memberikan pelayanan mengantar korban yang harus dirujuk ke rumah sakit. Bangunan Puskesmas Piyungan rusak berat, tidak dapat digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan, sehingga pelayanan dilakukan di halaman Puskesmas. Sarana yang digunakan sarana yang mudah dicapai dan dibawa keluar yaitu sarana di ruang UGD karena petugas tidak berani mengambil peralatan yang ada di dalam.

Selain Puskesmas, masyarakat mendatangi petugas Puskesmas yang berada didekat rumah mereka untuk mencari pertolongan kesehatan. Petugas tersebut memberikan pelayanan di rumah. Mereka memberdayakan keluarganya untuk memberi bantuan pada masyarakat yang menjadi korban, termasuk mengantar korban ke rumah sakit.

ada orang-orang pada datang itu kan perlu dibawa ke RS itu terus motor di keluarin terus anak saya tak suruh ngantar ke RS. Ada isu tsunami, tapi saya sama suami saya tetap membantu tetangga kok..... terus sampai siang, begitu udah reda terus ke puskesmas induk karena pasien sini sudah bisa ditangani... (informan 4)

Pada hari pertama, petugas tidak ada yang masuk kerja karena hari libur dan mereka cenderung lebih fokus pada keluarganya, yang juga menjadi korban bencana. Petugas yang berada di rumah membuka

pelayanan kesehatan bagi korban bencana di lingkungannya atas inisiatif sendiri.

Ini inisiatif saya dan suami saya pakai obat sendiri nggak apa-apa karena puskesmas ini kuncinya nggak ada terus induk juga nggak ada to... (informan 9)

Sekitar pukul 9.00 muncul isu tsunami. Pelayanan di puskesmas mengalami kekacauan. Korban diambil keluarganya untuk menyelamatkan diri. Karena hampir semua korban meninggalkan Puskesmas dan khawatir dengan keluarganya, salah seorang petugas jaga meninggalkan Puskesmas. Puskesmas tetap dijaga oleh satu petugas dinas malam dan petugas ambulan dan 1 orang petugas magang studi.

Setelah isu Tsunami reda, 2 orang petugas puskesmas dan petugas ambulan tetap menunggu. Pada pukul 14.00, dr. Er mengunjungi Puskesmas dan memutuskan untuk memindahkan pelayanan korban bencana ke rumah dinas. Petugas jaga malam diijinkan pulang oleh dr. Er. Di Puskesmas diberi pengumuman dengan memakai kardus bekas yang menyatakan tentang pengalihan sementara pelayanan Puskesmas ke rumah dinas dr. Er. Pelayanan Puskesmas yang dipindahkan tersebut diselenggarakan 24 jam. Dr. Er. hanya bertugas sendiri di rumahnya, tanpa ada bantuan dari petugas yang lain pada hari pertama pasca gempa tersebut.

Beberapa petugas Puskesmas yang lain mengungsi keluarga ke daerah yang dianggap aman dan sebagian lainnya menjadi korban sehingga harus mendapatkan perawatan. Petugas yang mengungsi dan menjadi korban tidak dapat melakukan kegiatan pelayanan pada masyarakat. Akibat dari beberapa tenaga kesehatan yang mengungsi, terutama bidan, menyebabkan pelayanan persalinan terabaikan.

Pimpinan Puskesmas Piyungan yang bertempat tinggal di kota Yogyakarta kira-kira 12 km dari Puskesmas Piyungan, telah melakukan koordinasi antar petugas walaupun sangat terbatas karena terputusnya

media komunikasi dan keadaan bencana gempa yang juga dialami oleh Kepala Puskesmas sendiri.

Pada hari pertama bantuan pelayanan kesehatan yang telah datang ke wilayah kerja Puskesmas Piyungan adalah tim Relawan dari Kopassus. Mereka datang dan segera membangun pos pelayanan kesehatan darurat. Tim relawan Kopassus tersebut melapor terlebih dahulu kepada Puskesmas untuk membangun pos pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas tepatnya di desa Srimulyo. Akibatnya beban pelayanan kepada masyarakat dapat terdistribusi pada pos pelayanan kesehatan di rumah dr. Er dan petugas Puskesmas yang lain serta pos Pelayanan yang didirikan oleh Kopasus.

#### **b. Hari Kedua**

Pada hari kedua, beberapa petugas juga belum masuk kerja karena hari minggu. Petugas Puskesmas yang datang masih dalam kepanikan dan memikirkan keselamatan keluarganya yang berada di tempat lain, sehingga petugas yang telah datang ke Puskesmas kemudian meninggalkan Puskesmas untuk mencari kabar tentang keluarganya.

beberapa orang ya di sana (Puskesmas Induk), katanya suruh nunggu pak Diyak e.. mau ada bantuan tenda mau pasang tenda di depannya terus nanti mau posko, saya tunggu-tunggu sampai siang kok ndak datang, terus saya pulang lagi. Terus datang lagi sudah ada tenda (informan 3)

Pimpinan Puskesmas mengunjungi Puskesmas untuk melihat keadaan Puskesmas pada minggu pagi sekitar pukul 08.00. Dia memutuskan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan sementara pada masyarakat tetap di rumah dinas dokter Puskesmas, karena bangunan Puskesmas Piyungan rusak dan membahayakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pada hari itu, pimpinan dan dr. Er berusaha menghubungi petugas lain melalui handphone dan hanya berhasil mendatangkan 6 orang petugas. Petugas tersebut diperbantukan untuk memberikan pelayanan di rumah dinas dr. Er.

Pada hari itu juga Pimpinan Puskesmas mengupayakan untuk mencari bantuan tenda dari pihak swasta. Tenda yang dibutuhkan datang pada hari minggu siang dan segera didirikan tepat di halaman puskesmas dan mulai didirikan. Bantuan tenaga dari FKG UGM yang datang pada hari kedua dimanfaatkan untuk memindah peralatan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan di tenda.

### **c. Hari Ketiga**

Pada hari senin (H+3), pelayanan kesehatan untuk masyarakat telah dilakukan di tenda darurat yang dibangun di depan Puskesmas. Sebagian petugas puskesmas mulai berdatangan, namun hanya sekitar 30 persen dari seluruh petugas Puskesmas. Sebagian lainnya belum aktif bekerja membantu pelayanan di Puskesmas maupun di Pustu karena masih terfokus pada penyelamatan barang-barang pribadi di rumah.

Seninnya balik lagi ke sini kebetulan udah datang apa petugas dari luar negeri. Terus kata suami saya udah kamu pulang aja ke rumah beres-beres, apa yang bisa diselamatkan selamatkan. Jadi hari ketiga itu sudah nggak itu lagi. ( **informan 9** )

Pimpinan Puskesmas menunjuk Kepala rawat inap untuk mengelola pelayanan kesehatan. Kegiatan petugas puskesmas pada hari ketiga masih terfokus pada pelayanan kepada korban gempa yang diselenggarakan di tenda. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat saat itu masih pelayanan kesehatan dalam kedaruratan, belum memperhatikan mutu. Pelayanan yang diberikan juga masih memprioritaskan korban yang terparah.

Petugas puskesmas sebagian melakukan penyelamatan aset puskesmas dan sebagian lainnya membantu mengelola bantuan bersama drg. E dan dr. Er . Hal tersebut dikarenakan bantuan yang datang semakin banyak. Pengelolaan bantuan dilakukan dengan menerima relawan yang memberikan bantuan serta mengarahkan penugasannya, menerima dan mendata bantuan obat, mendata dan sebagainya. Relawan petugas

kesehatan yang datang dan mendistribusikan pada pos-pos pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan belum memiliki aturan operasional untuk koordinasi, aturan dan prosedur kerja untuk keterlibatan masing-masing petugas kesehatan.

“Ya... karena kebiasaan sehari-harinya kan sudah e... apa-apa itu bu Erni..., jadi nggak usah di kasih surat nggak apa. Kalau secara koordinasi pak Diyak sama bu Erni mungkin sudah..., tapi itu mungkin itu sudah kontak sama bu Eni dan bu Erni..., tapi kalau pakai surat itu saya sendiri nggak tahu. Tapi kalau koordinasi secara lisan itu sudah dilakukan...”  
(Informan 3)

Koordinasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Piyungan lebih sering dilakukan oleh dr. E sebagai kepala pelayanan rawat inap dan pengelola P2M dan drg. En sebagai wakil Kepala Puskesmas sekaligus kepala bagian rawat jalan. Permasalahan yang ada di Pustu sering dilaporkan kepada keduanya dibandingkan ke kepala Puskesmas, karena menurut mereka Kepala Puskesmas dinilai kurang tanggap terhadap permasalahan yang ada. Dan juga tempat tinggal dr.Er di lingkungan wilayah piyungan sehingga para petugas dengan mudah dapat segera berkonsultasi kapan saja.

Itu ada koordinasi, kalau di pustu itu kalau ada apa-apa ya.. bu erni sama bu eni.. tapi kalau pak D itu orangnya itu nggak tanggap dengan masalah.  
(informan 3)

Kepala Puskesmas tidak melakukan koordinasi terlalu jauh dengan petugas di lapangan sehingga petugas menangkap kesan kepala puskesmas tidak peduli terhadap anak buahnya.

Kayaknya kita itu jalan sendiri-sendiri... terus kemarin temen-temen gini... laaa tanpa pimpinan aja kita jalan... Ya... memang kalau keadaan biasa kaya gitu tapi kalau pada keadaan gempa ini diperlukan leader, atau pemimpin, nah pemimpin ini bukan hanya sebagai sebagai protokol atau struktur....” (Informan 6)

Pada hari ke tiga, Puskesmas telah aktif dan jumlah tim relawan semakin banyak. Tim Relawan yang datang ke wilayah kerja Puskesmas Piyungan pada hari ketiga diantaranya tim UGM, tim Kesehatan dari Kabupaten Bojonegoro dan IDI Yogyakarta. Tim Kesehatan dari Kabupaten Bojonegoro membawa bantuan berupa tenaga medis, mobil dan obat, sedangkan tim Kesehatan dari IDI Yogyakarta hanya membawa bantuan tenaga medis. Tim ini membantu di tenda bersama-sama dengan petugas puskesmas.

Tim UGM yang datang memberikan bantuan terdiri dari tim tenaga Medis dan Manajemen. Tim Medis UGM terdiri dari tim medis Calon Spesialis dan tim dari KMPK-IKM. Tim Medis UGM segera memberikan pertolongan pada masyarakat korban gempa sedangkan tim KMPK membantu pelayanan kesehatan di tenda dan juga membantu mengatur manajemen relawan yang datang. Relawan lain yang datang di hari ketiga telah diarahkan ke titik-titik yang dianggap membutuhkan pelayanan kesehatan. Pendistribusian relawan dilakukan petugas jaga dengan melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan dr. Er. Beberapa kasus ditemukan relawan memberikan pelayanan kesehatan tanpa melakukan koordinasi dengan Puskesmas.

Ada yang enggak tuh... Pas kita jaga keliling itu ternyata sudah pelayanan sama kesehatan itu sudah kemarin, Cuman sekali itu kita bulan apa ya sekitar juli itu... semuanya itu sudah kita laporkan. Tapi sini juga katanya nggak tahu. (Informan 9)

Hasil penelitian ini tidak mampu menginventarisir data tim relawan yang telah melapor dan memberikan bantuan. Hal tersebut dikarenakan catatan-catatan tim relawan yang terdaftar tidak ditemukan dikarenakan perpindahan lokasi pelayanan yang berulang-ulang. Secara sekelumit kegiatan relawan yang melaporkan diri ke Puskesmas Piyungan pasca gempa dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 3. Data Relawan yang Melaporkan Diri ke Puskesmas Piyungan**

No.	Relawan	Asal	Jenis Bantuan
1	UGM - Tim FKG - KMPK UGM - Tim Calon Spesialis	Lokal	Tenaga Medis dan Manajemen
2	TNI-Kopassus	DN	Tenaga dan Tenda
3	Tim Kes Bojonegoro	DN	Tenaga, mobil, obat
4	Tim Dokter Bedah Prov Jambi	DN	Tenaga dan obat
5	Tim Kes Medis Pemda Pemasang	DN	Tenaga, obat, RS Lap.
6	IDI Yogyakarta	Lokal	Tenaga
7	PPNI Yogyakarta	Lokal	Tenaga
8	SAI Global	LN	Alat dan Obat
9	Malteser	LN	RS Lap dan tenaga, obat, dana
10	PT Inko – Unhas	Konsorsium	Obat, tenaga dan dana rekonstruksi
11	Bapelkes Gombang	DN	Tenaga dan sarana

Masa bakti para relawan-relawan tersebut bervariasi. Kebanyakan masa bakti mereka berkisar dari 7-14 hari dan mereka umumnya menjalankan tugas mulai hari ke 2 – 4. Masa bakti yang terbatas tersebut menyebabkan koordinasi antar relawan sangat dibutuhkan agar masyarakat korban gempa dapat terlayani dengan baik. Berikut dipaparkan masa bakti tim relawan di Puskesmas Piyungan.

**Tabel 4. Masa Bakti Tim Relawan yang Melaporkan Diri ke Puskesmas Piyungan**

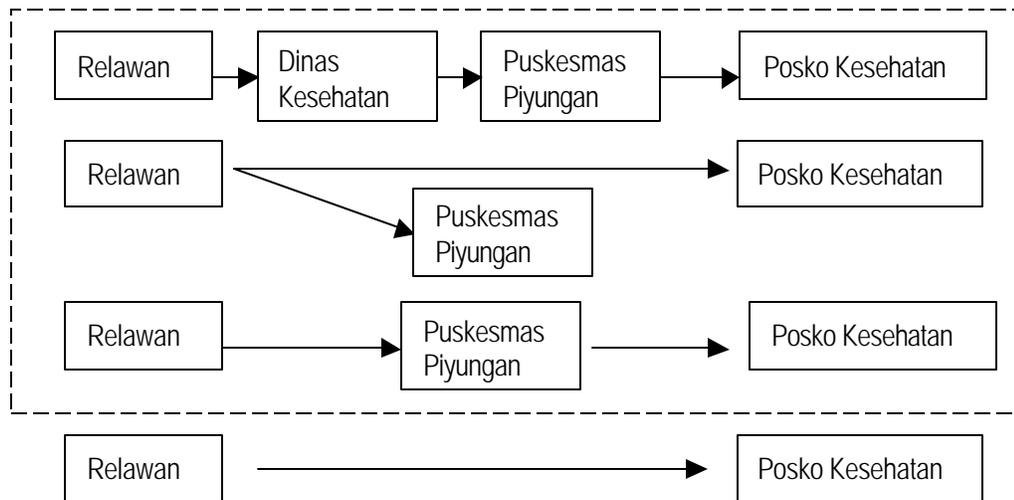
No.	Relawan	Hari ke														2 bln	3 bln	Skrng	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				30
1.	UGM																		
2.	TNI-Kopassus																		
3.	Tim Kes Bojonegoro																		
4.	Bapelkes Gombong																		
5.	Tim Dokter Bedah Prov Jambi																		
6.	Tim Kes Medis Pemda Pemasang																		
7.	IDI Yogyakarta																		
8.	PPNI Yogyakarta																		
9.	SAI Global																		
10.	PT Inko – Unhas																		
11.	Malteser																		

Relawan yang datang ke Puskesmas Piyungan, sebagian telah melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Bantul. Kemudian dinas mendistribusikan tim relawan tersebut untuk membantu pelayanan kesehatan di Puskesmas Piyungan. Hasil observasi terhadap dokumentasi tim relawan yang didistribusikan oleh Dinas Kesehatan Bantul hingga tanggal 8 Juni 2006 yaitu Mer C, PAPDI Semarang, RS. Pemasang (Brotoseno), Puskesmas Amdul II Kebumen, German Maltense Internatie, Dinas Kesehatan Kab. Malang, PKES, ADRA Indonesia, Dinkes Bojonegoro, Dinkes Wonosobo, FKU/RS Dr. Sardjito.

Upaya untuk melakukan koordinasi dengan relawan juga telah dilakukan oleh Puskesmas dengan menugaskan petugas untuk memantau kegiatan para relawan. Dalam kegiatan pemantauan ditemukan relawan yang belum terdaftar. Relawan yang tidak melapor sulit dikoordinasikan. Pengkoordinasian relawan bertujuan untuk pendistribusian relawan agar lebih merata. Relawan yang mau mendaftarkan diri dan berkenan didistribusikan pada daerah-daerah yang membutuhkan sangat membantu

Puskesmas Piyungan dalam pemberian pelayanan kesehatan pada masa bencana.

Adapun gambaran alur relawan yang datang ke wilayah kerja Puskesmas Piyungan dan memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat korban gempa digambarkan dalam model sebagai berikut.



**Gambar 4. Alur Pelayanan yang diberikan oleh Relawan**

Kedatangan relawan ini menyebabkan korban gempa semakin banyak yang dapat dilayani di Puskesmas. Puskesmas dapat menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, persalinan dan pemeriksaan kehamilan. Untuk mempermudah masyarakat mengakses pelayanan kesehatan tersebut, Puskesmas telah ditentukan 3 pos kesehatan yang didirikan oleh PT. Krakatau Stell, Kostrad dan Kopassus. Pendirian beberapa posko kesehatan ini dimaksudkan untuk memperluas akses pelayanan kesehatan bagi para korban gempa yang belum bisa *dicoveraged* oleh Puskesmas Piyungan.

Untuk mendistribusikan relawan tersebut, Puskesmas mengambil inisiatif melakukan pendataan relawan, namun hanya sebatas bagi relawan yang melapor ke Puskesmas. Relawan yang datang membantu pada saat masa darurat belum dapat diawasi dengan baik, selain banyak

yang tidak melapor juga kesibukan dan keterbatasan pihak puskesmas pada saat itu. Sehingga pengawasan tentang mutu pelayanan yang diberikan relawan juga tidak bisa dilakukan. Pihak puskesmas menganggap bahwa standar pelayanan yang diberikan para relawan yang datang ke Piyungan sudah standar dan lebih siap.

Itu dibawah kendali saya. Pada waktu emergency saya tidak bisa tapi sifatnya hanya mendata saja kami positif thinking pada mereka. Untuk standar pelayanannya saya kira mereka lebih siap ya.. saya hanya ingin tahu pendataannya. (informan 5)

Selain pengawasan mutu pelayanan yang belum dijalankan juga koordinasi para relawan dalam memberikan pelayanan. Perbedaan tentang konsep pelayanan antar relawan menyebabkan koordinasi pelayanan tidak berjalan optimal. Kasus tersebut terjadi dalam penataan obat. Relawan tidak mematuhi penataan obat menyebabkan relawan lain kebingungan mencari obat.

ada petugas relawan itu sok-sok lho ini seharusnya kan jadi satu, nah paginya udah bingung lagi yang lain mencari obat. (Informan 7)

Banyaknya relawan, baik dari dalam dan luar negeri yang datang membantu ke wilayah kerja Puskesmas Piyungan dan tidak melaporkan diri serta melakukan koordinasi menjadikan pelayanan kesehatan yang diberikan pada korban gempa menjadi tidak tepat sasaran dan berkesan tumpang tindih.

“kami dikatakan ngawur menurut mereka ya.. itu nggak apa-apa. Waktu ketahuan mereka sudah TT berkali-kali itu.., kan masih banyak kan yang masuk ke sana itu kita nggak bisa merintah sama sekali wong dia datang terus pergi...”  
(Informan 10)

Akibat gempa ini menyebabkan beberapa pustu di wilayah Puskesmas Piyungan tidak dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan. Sehingga ada Pustu Sitimulyo tidak dioperasikan karena untuk melayani masyarakat telah tertangani dengan 3 posko kesehatan tersebut. Ibu Y sebagai kordinator pustu menganggap bahwa selama posko-posko tersebut masih ada, mendirikan tenda untuk memberikan pelayanan pada

saat itu tidak akan efisien. Tiga posko tersebut memiliki tenaga-tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas.

Pustu Sitimulyo ditutup sementara atas instruksi kepala Puskesmas. Tenaga yang ada di Pustu tersebut ditarik ke Puskesmas Induk dan sebagian lainnya diperbantukan di posko-posko kesehatan. Penutupan sementara Pustu Sitimulyo dikarenakan kepala Puskesmas telah melakukan koordinasi dengan lembaga swadaya masyarakat dari Jerman (Malteser) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan pasca posko-posko kesehatan tersebut menyelesaikan masa tugasnya.

soalnya kepala puskesmas sudah koordinasi dengan malteser jadi terus karena sudah ada posko di situ terus itu nggak dibuka memang nggak di buka. (informan 2)

#### **d. Hari Keempat sampai Hari Keenam**

Jumlah tim relawan yang datang pada hari keempat bertambah dari Tim Dokter Bedah Provinsi Jambi, Tim Medis Pemda Pematang, PPNI Yogyakarta. Tim Dokter Bedah Provinsi Jambimembawa bantuan berupa Tenaga dan obat, Tim kesehatan Kabupaten Pematang membawa bantuan berupa Tenaga, obat, RS Lap, sedangkan PPNI Yogyakarta hanya membawa tenaga.

Pada hari keempat, Dinas Kesehatan Bantul mengundang semua kepala puskesmas untuk melakukan koordinasi. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul sendiri telah memberikan himbauan untuk memberikan pelayanan seperti sediakala setelah dapat dilewati masa tanggap bencana, yakni seminggu setelah bencana (H+7), mengingat hambatan keterbatasan sarana dan prasarana yang rusak akibat gempa.

“..... Memang dinas menyadari setelah terjadi gempa itu banyak keterbatasan pelayanan kesehatan kemudian H+7 setelah keluar dari masa *emergency* kemudian masuk ke masa *recovery* dinas menghimbau untuk memberikan pelayanan yang seperti sedia kala. Itu H+8....” (Informan 1)

Selain melakukan konsolidasi dengan pihak Puskesmas, Dinas Kesehatan juga menganjurkan untuk melakukan koordinasi dengan relawan, agar pelayanan yang diberikan tidak tumpang tindih.

#### **e. Hari Ketujuh**

Hari ketujuh adalah merupakan masa-masa perpindahan dari masa emergensi ke masa recovery. Puskesmas mulai berbenah. Kebetulan pada saat itu telah terjadi kesepakatan antara PT INKO-UNHAS dengan Pemerintah Kabupaten Bantul untuk melakukan rekontruksi Puskesmas Piyungan. Kesepakatan tersebut segera ditindak lanjuti dengan prosesi peletakan batu pertama yang dilakukan pada hari ke tujuh. Untuk memperlancar proses pembangunan kembali Puskesmas Piyungan tersebut, pelayanan kemudian dipindahkan ke Balai Desa.

Pemindahan pelayanan dari tenda ke balai desa merupakan hasil koordinasi kepala puskesmas dengan lintas sektoral. Pertemuan lintas sektoral yang membahas rekontruksi Puskesmas Piyungan dilakukan di Kantor Camat. Pertemuan lintas sektoral tersebut memutuskan pelayanan kesehatan dipindah dari tenda ke Balai Desa Srimulyo. Pelayanan kepada masyarakat tetap dijalankan selama 24 jam. Petugas yang melayani pasien merupakan petugas puskesmas yang telah terjadwal dan juga para relawan.

"Pelayanan yang mungkin bisa dilaksanakan.. laksanakanlah.. kemudian setelah keluar dari masa emergency..., kita masuk ke *recovery* seperti yang dibicarakan rekan tadi itu.., dari awal juga saya sebutkan juga. Ada hal yang mutlak harus kita selamatkan. ....Sama seperti yang di sampaikan oleh rekan tadi kita membenahi satu-satu. Namun untuk optimal lagi itu harus maksimal sesuai dengan kemampuan yang ada, sarana prasarana. Tapi kami berusaha menggunakan prosedur yang standar lah... selain itu kami memberikan semangat, nah sebetulnya kami pengen memberikan sesuatu yang lebih itu lho... tapi ya.. kemampuannya hanya memberikan semangat aja.. Siapapun boleh datang ke puskesmas. Nah dia merasa dapat dukungan moral, semangat ya... e.. finansial lah.. jadi, gedung boleh runtuh tapi staf nggak boleh runtuh..."

(Informan 1)

Bantuan pendanaan dan peralatan dari donor luar yang juga menjadikan beberapa kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan pasca gempa mulai dapat diatasi dengan baik. Adanya lembaga swadaya masyarakat, seperti Malteser yang berasal dari Jerman ternyata sangat membantu sekali dalam mendukung berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas Piyungan bagi para korban akibat bencana gempa. Mereka memberikan bantuan berupa RS Lap, tenaga, obat dan dana.

"Untuk anggaran logistik kami sangat memerlukan karena yang jelas e.. menyelamatkan alat-alat yang masih bisa dilaksanakan, kemudian mulai pembiayaan juga kami perlukan...., dinas belum ada seperti itu sehingga kami mengoptimalkan anggaran yang ada. Karena gambaran anggaran yang kami kelola itu adalah seperti e....., untuk gakin ya.. berfungsi untuk gakin,... nggak mungkin untuk yang lain. Sehingga ada yang tidak bisa berjalan. Lalu pelayanan di puskesmas itu kan gratis sehingga pelayanan menjadi minimal. Nah,... akhirnya dengan adanya bantuan..., salah satu NGO dari Jerman ya.. menurut dia membantu secara *financial*...."

(Informan 1)

Bentuk bantuan dan dukungan yang diberikan Malteser dalam upaya pelayanan kesehatan bagi korban gempa selain bantuan kerjasama pelayanan medis dan membuat rumah sakit lapangan, tetapi mereka juga memberikan bantuan *financial* setiap bulannya ke puskesmas. Bantuan dana tersebut dikelola oleh bendahara puskesmas dan digunakan untuk konsumsi petugas jaga serta uang transport petugas ke lapangan. Bantuan dana diberikan selama 3 bulan, dari bulan Juli – September.

## **2. Masa Recovery**

### **a. Hari Kedelapan dan Hari Kesembilan**

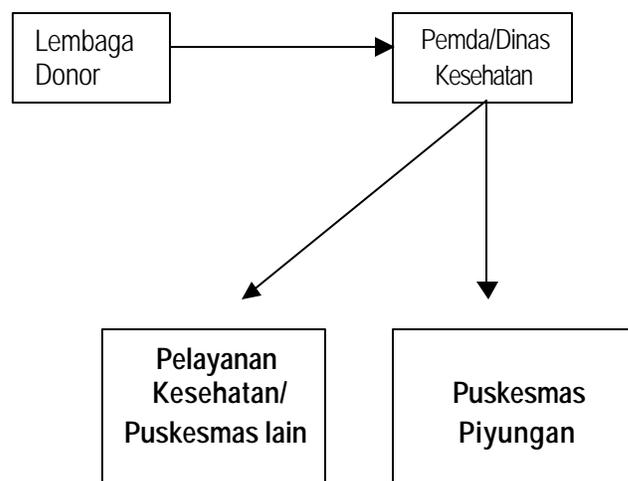
Setelah dipindahkan ke Balai Desa, Puskesmas Piyungan telah berupaya kembali bangkit dari segala kekalutan sesuai dengan himbauan dari Dinas Kesehatan Bantul. Upaya untuk bangkit kembali dilakukan dengan melakukan konsolidasi dengan melakukan *briefing* setiap pagi untuk menata ulang kegiatan Puskesmas. Kegiatan *briefing* yang dipimpin

oleh kepala puskesmas atau dr. Er. Sebelum gempa, kegiatan *briefing* merupakan kegiatan rutin setiap pagi, namun setelah gempa, itu belum dapat dilakukan secara rutin

e... kemarin ada pas awal-awal gempa itu ada brifing sebentar, tapi setelah itu jarang sekali. Jadi brifingnya itu kalau pas ada pengumuman penting, kalau enggak ya enggak. (informan 9)

Salah satu program yang dijalankan setelah hari ke tujuh adalah memberikan imunisasi TT pada semua masyarakat. Program imunisasi TT merupakan program yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan. Imunisasi TT tahap I ditargetkan dapat diselesaikan selama 2 minggu. Dalam menjalankan program Imunisasi tahap I, petugas puskesmas dibantu oleh kader dan relawan.

Pada awal masa recovery, Pemda Bantul melalui Dinas Kesehatan telah mengupayakan untuk melakukan registrasi lembaga donor yang mau membantu rekonstruksi pelayanan kesehatan. Registrasi lembaga donor tersebut dimaksudkan untuk mendistribusikan bantuan agar lebih merata.



**Gambar 5. Alur Pendistribusian Bantuan pada Masa Emergency**

Untuk menjalankan pendistribusian bantuan tersebut, Dinas Kesehatan yang berfungsi sebagai wakil dari Pemkab Bantul membuat peraturan mekanisme pemberian bantuan pembangunan Puskesmas/Pustu/rumah dinas dan lain-lain. Mekanismenya adalah Calon Donatur/ Lembaga Donor melihat informasi di bagian Perencanaan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, kemudian mereka melakukan assesment di lapangan (lokasi Puskesmas /Pustu/ Rumah Dinas Medis,Paramedis) dan Hasil assesment dibahas dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.

Bagi calon Donatur/Lembaga Donor yang bersedia membantu maka harus membuat Surat Pernyataan kesanggupan yang memuat minimal antara lain:: Jenis bantuan yang diberikan, rencana mulai kegiatan/pemberian bantuan, besar nilai bantuan dan lain-lain yang dianggap perlu.Semua itu harus ditulis secara jelas dan ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dengan tembusan: Bupati Bantul, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DIY dan Menteri Kesehatan RI.

#### **b. Hari Kesepuluh sampai dengan Hari Ketigabelas**

Sebagian besar tim relawan mulai meninggalkan Piyungan. Relawan yang masih tetap membantu menyelenggarakan pelayanan kesehatan umumnya relawan yang membawa bantuan rumah sakit lapangan. Kegiatan puskesmas tetap melanjutkan pelayanan dalam gedung selama 24 jam. Petugas Puskesmas dibagi 3 *shift* dan petugas yang melakukan kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan terhadap pasien korban gempa yang tidak bisa datang ke puskesmas. Hal tersebut dilakukan karena sejak pindah ke balai desa, Puskesmas tidak menyelenggarakan pelayanan kesehatan rawat inap dan pertolongan persalinan, seperti pada waktu di tenda. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan tempat yang tersedia. Dalam tabel berikut dijelaskan perbedaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di tenda dengan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di balai desa.

**Tabel 5. Kegiatan Pelayanan Kesehatan Pasca Gempa  
Puskesmas Piyungan**

1-14 hari	Tenda	Balai Desa
Pengobatan rawat jalan korban gempa	Dilaksanakan	Dilaksanakan
Pengobatan rawat inap korban gempa	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
Rujukan korban ke Rumah Sakit	Dilaksanakan	Dilaksanakan
Pertolongan persalinan	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
Pemeriksaan kehamilan	Dilaksanakan	Dilaksanakan

Sumber : Puskesmas Piyungan, 2006

**c. Hari Ke 14 sampai dengan Hari Ke 29**

Masuk masa recovery puskesmas sudah semakin berbenah dan sistem organisasi Dinas Kesehatan Bantul juga semakin membaik. Kegiatan pelayanan kesehatan semakin berkembang untuk luar gedung. Salah satu kegiatan luar gedung yang dilakukan adalah imunisasi TT yang diselenggarakan di Posyandu. Dinas Kesehatan telah menginstruksikan ke puskesmas untuk melakukan immunisasi TT terhadap seluruh masyarakat agar terhindar dari penyakit tetanus. Dalam menjalankan program ini, puskesmas juga melibatkan kader karena jumlah relawan yang membantu petugas kesehatan telah jauh berkurang.

Tapi untuk yang TT ulangan itu masuknya ke posyandu kalau duluan banyak relawan jadi kita masuk ke posyandu kita sekalian masuk TT yang booster ya.. (informan 9)

**Tabel 6, kegiatan puskesmas paska gempa pada masa  
Recovery**

> 14 hari	Inisiator
Pemberian Imunisasi	Dinas Kesehatan Bantul
Pengaktifan kembali Posyandu	Puskesmas Piyungan dan Kader
Kunjungan rumah	Puskesmas Piyungan
Pengaktifan kembali Pustu	Puskesmas Piyungan
Penatalaksanaan trauma pasca gempa	Puskesmas Piyungan dan Bagian Psikologi RS dr.Sarjito

#### **d. Hari ke 30 sampai dengan Hari Ke 59**

Karena Balai desa Srimulyo dianggap kurang layak untuk melakukan pelayanan kesehatan di ruang publik, serta keluhan para petugas yang merasa kedinginan jika dinas malam karena pelayanan dilakukan di teras balai desa. Walaupun ada aula tetapi karena sedikit rusak mereka tidak berani menggunakannya. Maka kepala puskesmas dan para pegawai bersama-sama mencari rumah kontrakan yang lebih layak dan sedikit luas. Akhirnya puskesmas kembali berpindah tempat di rumah kontrakan. Setelah pelayanan dipindahkan di rumah kontrakan, pelayanan Puskesmas hanya sampai jam 8 malam dan tidak melayani rawat inap karena pemilik rumah tidak mengizinkan untuk pelayanan rawat inap.

Setelah gempa ini kan rusak ini cuman ngontrak yang punya rumah juga nggak boleh kalau untuk rawat inap itu cuman sampai jam 8 malam cuman lebaran ini ada surat untuk 24 jam, jadi harus nambahi yang jadwal malam. (informan 4)

Lokasi pelayanan Puskesmas yang berpindah-pindah 3 kali dalam satu bulan menyebabkan sistem administrasi terganggu. Beberapa dokumen tercecer. Salah satu dokumen yang tercecer dan tidak ditemukan adalah dokumen rekapitulasi tim relawan yang telah membantu. Setelah pelayanan kesehatan dipindahkan ke rumah kontrakan, penataan administrasi pelayanan mulai dikelola kembali dari nol. Pengelolaan administrasi dilakukan atas inisiatif dr. A sebagai penanggungjawab program ISO.

Tim relawan yang membantu pelayanan kesehatan hanya tinggal tim PPNI Yogyakarta, SAI Global dan Tim Malteser, namun pada hari ke 30 PT Inko – Unhas datang. Kedatangan pada hari ke 30 telah direncanakan sebelumnya hasil kesepakatan antara kepala Puskesmas dengan PT Inko – Unhas. Hasil kesepakatan berisikan bahwa PT Inko

akan membantu pembangunan Puskesmas setelah tim kesehatan ditarik oleh masing-masing induknya.

Pada bulan Juli, Pustu Sitimulyo mulai dibuka kembali. Pelayanan Kesehatan diselenggarakan di tenda untuk sementara waktu, sambil menunggu proses pembangunan Pustu selesai. Pembangunan Pustu Sitimulyo dibantu oleh Melteser.

### **Hari ke 60**

Kader tidak dapat menjalankan kegiatan posyandu pada saat gempa terjadi. Kegiatan posyandu terhenti beberapa saat, sekitar 2 bulan setelah terjadi gempa. Kegiatan Posyandu mulai dijalankan pada bulan Agustus bersamaan dengan kegiatan pembagian vitamin A pada bulan Agustus.

Ya.... Cuma dua bulan kok liburanya. Disamping itu puskesmas juga ngasih vit. A kok itu

Kader dikoordinir oleh petugas puskesmas untuk mengajak masyarakat untuk mendapatkan imunisasi tetanus. Dan telah diselenggarakan oleh Puskesmas sebanyak 2 kali.

Setelah paska gempa itu sudah diadakan TT dua kali, makanya puskesmas itu awal-awal gempa itu sudah mengadakan TT itu terus untuk yang ke dua itu juga. (informan 12)

Pada awal kegiatan posyandu, Petugas Kesehatan Puskesmas telah melakukan kunjungan ke posyandu, walaupun kunjungan yang dilakukan hanya untuk mengambil laporan kegiatan posyandu. Kader posyandu memaklumi kegiatan puskesmas sangat banyak pada saat paska gempa, sehingga petugas tidak mengikuti kegiatan posyandu seperti sebelumnya.

Pernah itu tapi mungkin karena kesibukan ya.. selesai penimbangan baru datang, saya juga memaklumi puskesmas itu tenaga kan kurang, tugasnya banyak. Jadi cuman ngambil laporan aja. (informan 13)

## **B. Pembahasan**

### **1. Koordinasi**

#### **a. Masa Emergency**

Dalam keadaan emergensi, masyarakat membutuhkan pelayanan yang cepat dan jumlah masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan tersebut sangat banyak. Pada hari pertama petugas langsung bekerja memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang tinggal di sekelilingnya. Koordinasi pada hari pertama telah diupayakan oleh jajaran manajemen puskesmas namun terhambat oleh kondisi sarana komunikasi yang sangat terbatas. Hambatan lain adalah petugas puskesmas menjadi korban serta petugas disibukkan untuk menolong korban yang datang ke rumahnya dan memikirkan keluarganya yang tinggal di tempat lain.

Koordinasi adalah adanya tata kerja dan prosedur kerja penting artinya sebagai suatu pola kerja yang merupakan penjabaran tujuan, sasaran program kerja, fungsi-fungsi dan kebijaksanaan ke dalam kegiatan-kegiatan pelaksanaan yang nyata (Wijono, 1997). Puskesmas Piyungan telah melakukan koordinasi internal dan eksternal dalam upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi para korban gempa. Koordinasi internal dilakukan oleh pihak manajemen dengan para staf sejak hari pertama dengan melakukan pengkoordinasian pemindahan pelayanan kepada korban ke rumah dinas dokter. Koordinasi kegiatan tersebut dilakukan oleh dr. Er yang menempati rumah dinas tersebut.

Koordinasi terjadi karena petugas Puskesmas baik pihak manajemen dan staf mempunyai komitmen yang kuat terhadap tugasnya sebagai tenaga kesehatan. Hal tersebut terbukti staf yang menjadi petugas jaga tetap bertahan di Puskesmas dan tetap memberikan pertolongan kepada korban walaupun muncul isu tsunami. Beberapa staf lain juga mendatangi Puskesmas untuk membantu memberikan pelayanan. Petugas yang lain tidak datang ke puskesmas karena banyak

korban bencana mendatangi rumah mereka untuk minta pertolongan. Koordinasi eksternal dilakukan dengan mencari bantuan tenda dan mempekerjakan relawan dari FKG UGM untuk membangun tenda darurat. Pada hari ketiga dan seterusnya puskesmas telah mencoba untuk berkoordinasi dengan para relawan yang semakin banyak. Pengkoordinasian terhadap relawan guna mendistribusikan pelayanan ke titik-titik yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Koordinasi merupakan kegiatan yang sangat tergantung pada kemauan dan kemampuan pihak-pihak yang berkepentingan untuk menyelesaikan masalah kesehatan pada masa bencana (Depkes, 2002a). Upaya berkoordinasi dengan relawan tidak dapat dilakukan dengan baik karena relawan tidak semuanya mau berkoordinasi dengan puskesmas. Akibatnya terjadi penumpukan relawan di suatu tempat dan tumpang tindih pelayanan. Zoraster (2005) menyebutkan bahwa 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 bantuan.

Koordinasi dengan Dinas baru dilakukan pada hari keempat. Semua kepala puskesmas se Kabupaten Bantul diundang untuk melakukan rapat koordinasi di Dinas Kesehatan Bantul. Hal tersebut menunjukkan bahwa sejak hari pertama hingga hari ketiga koordinasi antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan belum berjalan dengan baik. Padahal kebijakan dari Dinas Kesehatan merupakan pedoman bagi Puskesmas untuk menjalankan program kesehatan di Puskesmas (Mardijanto dan Hasanbasri, 2005).

Koordinasi lintas program antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan tidak berjalan, sehingga memerlukan koordinator lapangan di tingkat Puskesmas yang dapat memobilisasi sumber daya yang ada. Koordinator tersebut harus ada di lapangan dalam kondisi darurat. Oleh karenanya salah satu keuntungan petugas kesehatan tinggal di lokasi

Puskesmas adalah pelayanan kesehatan segera dapat dijalankan atas inisiatif para petugas tersebut. Inisiatif menyelenggarakan pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan yang tinggal di lokasi sangat efektif pada hari pertama, pada saat bantuan dari luar belum datang. PAHO (2006) menyebutkan bahwa fungsi koordinasi dalam kondisi bencana bertujuan untuk memobilisasi sumber daya kesehatan yang memungkinkan untuk menyelamatkan kehidupan dan membatasi kerugian material di sektor kesehatan. Procacci *et al* (2005) mengatakan bahwa kebijakan di lokasi kejadian bencana perlu segera dilakukan agar pelayanan kesehatan lebih cepat diberikan.

#### **b. Masa Recovery**

Setelah masuk masa *recovery*, koordinasi semakin jelas, baik internal maupun eksternal. Koordinasi internal ditandai oleh kegiatan *briefing* pagi telah dijalankan kembali, walaupun belum optimal seperti sebelum terjadi bencana gempa. Briefing dilakukan untuk pendistribusian tugas, sehingga setiap petugas mempunyai beban dan tanggung jawab.

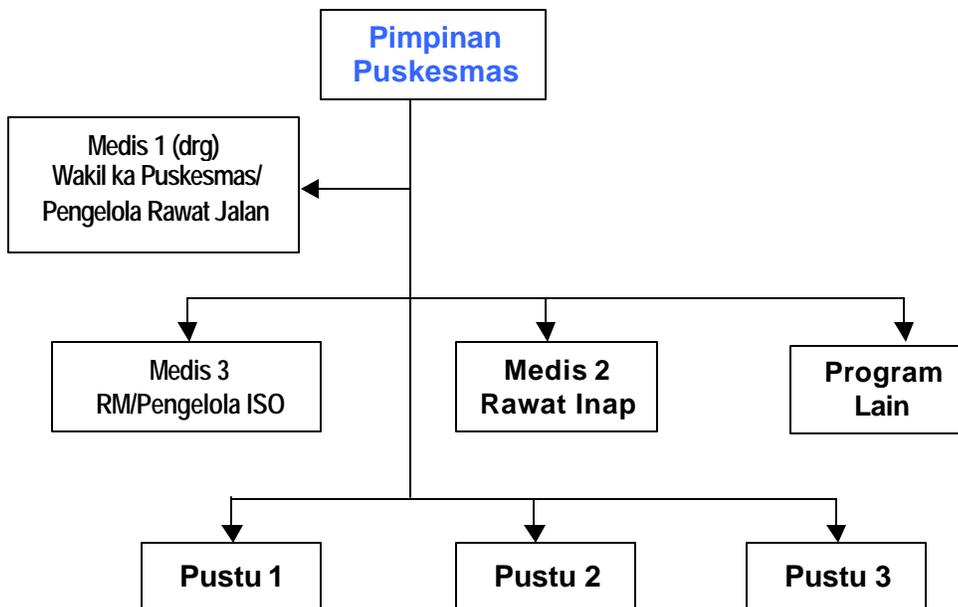
Puskesmas juga telah melakukan pertemuan dengan lintas sektoral. Hal tersebut terbukti adanya pemindahan pelayanan kesehatan dari tenda ke Balai Desa sebagai hasil pertemuan lintas sektoral di Kecamatan Piyungan. Pemindahan pelayanan dari tenda ke Balai desa berkaitan dengan persiapan pembangunan kembali Puskesmas Piyungan oleh PT Inko-Unhas. PT Inko-Unhas menjadi donatur untuk rekonstruksi Puskesmas Piyungan merupakan hasil koordinasi Pemda/Dinas Kesehatan Bantul dalam mendistribusikan lembaga donatur.

Kasus masyarakat yang berulang kali mendapatkan imunisasi TT merupakan dampak pendataan program kesehatan yang lemah pada masa *emergency*. Hal tersebut terjadi karena koordinasi antara Puskesmas dan relawan yang sangat longgar dan belum terkoordinasinya program kesehatan di tingkat Kabupaten dan Puskesmas. Kontrol

terhadap relawan tidak dijalankan karena petugas merasa tidak mempunyai kewenangan untuk menegur para relawan.

## 2. Kepemimpinan

Struktur organisasi puskesmas pada saat normal terdiri dari Kepala Puskesmas yang membawahi kepala-kepala bagian dengan masing-masing tupoksi. Secara garis besar struktur organisasi Puskesmas tergambar sebagai berikut :



**Gambar 5. Struktur Organisasi kepemimpinan Puskesmas Piyungan pada Masa Normal**

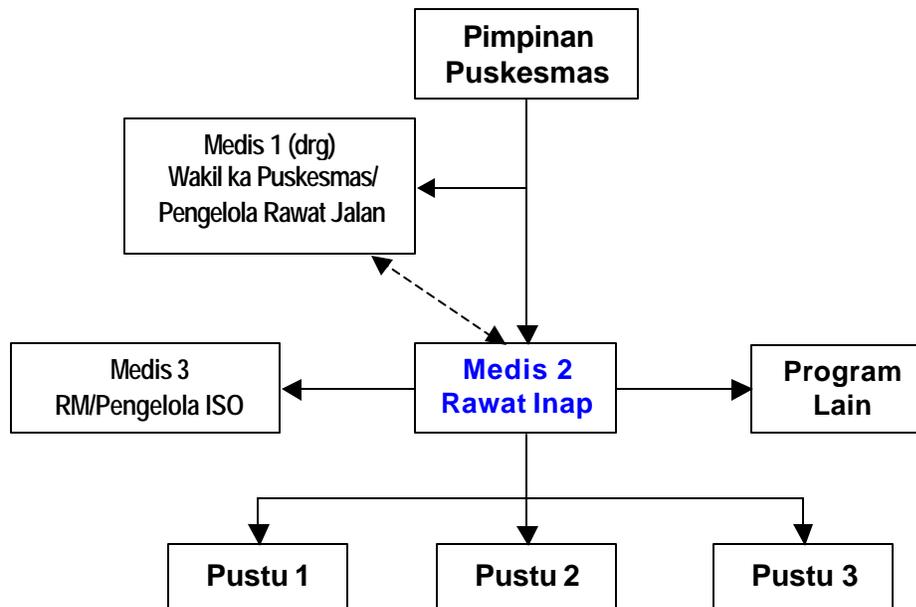
Struktur organisasi ini telah berjalan bertahun-tahun dan terbiasa dengan keadaan demikian sehingga pada waktu terjadi gempa para karyawan merasa bahwa mereka tidak mendapat mandat melalui surat tugas. Mereka merasa bahwa semua tugas harus berada dalam perintah dan perhatian pimpinan.

### **a. Masa Emergency**

Pada emergency muncul pemimpin informal yang mampu mengatasi keadaan pada saat pucuk pimpinan tak ada di tempat. Pengaturan sistem pemberian pelayanan untuk internal puskesmas lebih diperankan oleh *middle line* puskesmas, sedangkan Pimpinan Puskesmas mengambil peran untuk mengakomodir kebutuhan puskesmas dan mencarikan caranya dari luar puskesmas.

Pada masa emergency, kepala puskesmas telah menjalankan tugas kepemimpinannya dengan melakukan konsolidasi dengan petugas pada hari pertama. Kepala puskesmas lebih banyak melakukan koordinasi dengan salah satu kepala bagiannya untuk tetap menjalankan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Keputusan untuk memindah sementara pelayanan di rumah dinas dokter puskesmas dan telah mengupayakan mendirikan tenda untuk pelayanan kesehatan darurat merupakan perwujudan kepemimpinan kepala Puskesmas Piyungan pada masa *emergency*.

Kepala puskesmas memilih untuk melimpahkan kewenangan menjalankan pelayanan kesehatan kepada bawahannya, serta lebih banyak melakukan koordinasi dengan pihak-pihak luar seperti lembaga swadaya masyarakat agar berkenan memberikan bantuan untuk membangun sarana Puskesmas yang telah tak berfungsi. Berdasarkan informasi, beberapa lembaga swadaya masyarakat yang telah ditemui bersedia membantu melakukan rekonstruksi Puskesmas Piyungan. Kepala puskesmas juga dituntut melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan sehingga waktu lebih banyak untuk kegiatan di luar Puskesmas. Pelayanan kesehatan di Puskesmas Piyungan dikendalikan oleh 2 orang manajer yaitu Kepala Bagian Rawat Inap dan Kepala Bagian Rawat Jalan. Keputusan-keputusan yang berkaitan dengan pelayanan dilakukan oleh kedua manajer tersebut sehingga keputusan bersifat desentralistik.



Ket: ←---→ Koordinasi

**Gambar 6. Struktur Organisasi kepemimpinan Puskesmas Piyungan pada Masa Emergency**

Dari pembagian tugas tersebut menunjukkan bahwa pola kepemimpinan kepala Puskesmas Piyungan berupaya untuk menciptakan organisasi yang luwea sehingga pelayanan kesehatan kepada korban bencana lebih efektif. Kartono (2005) menyebutkan bahwa pimpinan yang mampu menyelenggarakan tugas-tugas secara efektif adalah tipe kepemimpinan administratif. Pimpinan puskesmas berupaya mendukung para petugas untuk menjalankan pelayanan kesehatan pada korban bencana, seperti tenda dan peralatan yang lain. Hal tersebut dilakukan karena kondisi fisik puskesmas tidak memungkinkan digunakan untuk memberikan pelayanan. Fungsi pimpinan sebagai suport staf menyebabkan pengorganisasian pelayanan kesehatan di Puskesmas Piyungan berubah dari birokrasi yang kaku ke birokrasi yang lebih fleksibel. Pimpinan puskesmas hanya memberikan kewenangannya

kepada Medis 2 untuk mengelola pelayanan, tidak memberikan petunjuk teknis secara rinci.

Pola kepemimpinan kepala Puskesmas yang diterapkan kurang disukai oleh petugas puskesmas karena petugas membutuhkan figur yang selalu memberikan perintah yang menjadi panduan dalam menjalankan tugas. Hal tersebut dikarenakan petugas Puskesmas Piyungan telah terbiasa dengan sistem birokrasi mesin sehingga selalu membutuhkan perintah agar bisa bergerak. Untuk lebih jelas wujud kepemimpinan saat bencana di Institusi Puskesmas Piyungan dapat dilihat pada tabel 6 berikut ini.

**Tabel 7. Wujud kepemimpinan saat bencana di Institusi Puskesmas Piyungan**

<b>No</b>	<b>Subyek</b>	<b>Wujud kepemimpinan saat bencana</b>
1	Kepala Puskesmas	Melaksanakan Koordinasi internal dan eksternal, konsultasi, monev,
2	Dokter Umum 1 (Medis 1)	Menggerakkan team yang ada, schedulisasi, penanggung jawab teknis
3	Dokter Umum 2 (Medis 2)	Administrator, reporting
4	Dokter Gigi (Medis 3 )	Finansialisasi,
5	Para Kepala Pustu	Penanggungjawab teknis di wilayah kerja di desa
6	Perawat dan petugas lainnya	Menunjang kegiatan teknis utama
7	Relawan di luar sistem puskesmas	Menunjang kegiatan teknis tambahan

## **b. Masa Recovery**

Setelah masa emergency, pola kepemimpinan bergeser kembali ke sentralistik, karena himbauan Dinas Kesehatan untuk segera memulihkan kondisi pelayanan Puskesmas setelah hari ketujuh. Salah satu faktor yang mendukung pola kepemimpinan kembali ke sentralistik adalah kepindahan pelayanan ke Balai Desa. Pulihnya koordinasi Dinas Kesehatan dengan Puskesmas juga berpengaruh terhadap pola kepemimpinan yang sentralistik, karena Dinas Kesehatan mulai membuat program kesehatan seperti imunisasi TT serta rekonstruksi Puskesmas dan Pustu.

Setelah pelayanan dipindahkan ke Balai Desa, Manajemen Puskesmas dapat melakukan *briefing* walaupun belum dapat dilakukan setiap pagi seperti kondisi sebelum gempa. Dampak perubahan tersebut adalah fungsi koordinasi elemen puskesmas berjalan sesuai tupoksi yang telah ditetapkan sebelum bencana.

## **3. Pengorganisasian**

### **a. Masa Emergency**

Pengorganisasian dalam melakukan upaya-upaya memberikan pelayanan kesehatan pada masa bencana gempa di wilayah kerja Puskesmas Piyungan telah dilakukan sejak hari pertama. Pengorganisasian merupakan suatu proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi dan tersedianya sumber daya (tenaga, keuangan, prasarana dan sarana) dalam organisasi. Hasil dari pekerjaan pengorganisasian adalah terbentuknya suatu wadah (*entity*) atau satuan organisasi yang didalamnya ada perangkat organisasi agar tugas-tugas yang dipercayakan kepada pendukung dapat terlaksana (Azwar, 1996).

Sejak terjadi gempa, Puskesmas Piyungan telah berupaya memberikan pelayanan kesehatan kepada korban gempa. Upaya pengorganisasian memberikan pelayanan kesehatan kepada korban gempa semakin jelas setelah hari ke 3. Puskesmas telah berupaya untuk

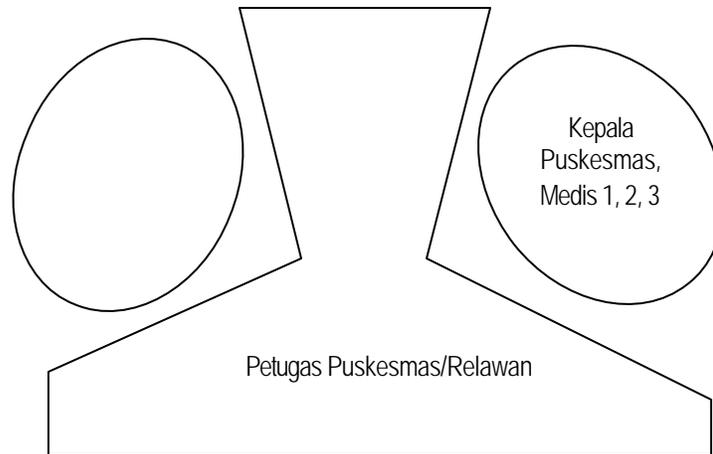
mendistribusikan para relawan ke daerah-daerah yang sulit menjangkau pelayanan kesehatan puskesmas. Dalam pengorganisasian relawan terdapat pengorganisasian sumber daya manusia sekaligus pengorganisasi kegiatan.

Menurut Handoko (2003) pengorganisasian yang terpenting diantaranya hanya dua macam saja yakni : (1) Kegiatan; pengorganisasian kegiatan yang dimaksudkan adalah pengaturan berbagai kegiatan yang ada dalam rencana sehingga terbentuk satu kesatuan yang terpadu, secara keseluruhan diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan; (2) Pengorganisasian Tenaga pelaksananya yaitu mencakup pengaturan struktur organisasi, susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana, sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggung jawabnya.

Manajemen puskesmas telah melakukan pengorganisasian kegiatan dengan mengeluarkan kebijakan untuk memberikan pelayanan di rumah dinas dokter puskesmas dan membangun tenda darurat di depan Puskesmas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada hari berikutnya. Pengorganisasian pelayanan kesehatan dilakukan dengan menyelenggarakan pelayanan selama 24 jam dengan membuat penjadwalan petugas jaga. Kepala Puskesmas juga telah menunjuk stafnya untuk mengorganisasi pelayanan pada masyarakat. Instruksi Kepala Puskesmas tersebut diberikan pada kepala bagian rawat inap beserta kewenangan penuh untuk mengelola pelayanan di Puskesmas.

Instruksi tersebut dijalankan walaupun tanpa pengawasan dari Kepala Puskesmas, karena kepala puskesmas lebih sering melakukan koordinasi dengan pihak luar agar pelayanan kesehatan Puskesmas Piyungan tetap dapat berjalan dengan baik. Pendelegasian tersebut merupakan bentuk pengorganisasian SDM. Kewenangan tersebut tidak dituangkan dalam bentuk tugas tertulis karena kondisi darurat yang tidak memungkinkan untuk melakukan pengorganisasian secara formal. Pengorganisasian petugas dan relawan yang diterapkan di Puskesmas

Piyungan pada masa Emergensi menggunakan pengorganisasian adhokrasi. Pengorganisasian adhokrasi adalah pengorganisasian yang diatur oleh staf pendukung, sehingga kontrol akan dilakukan melalui penyesuaian bersama (*mutual adjustment*) (Robbins, 1990).



**Gambar 7. Pengorganisasian Pada Masa Emergency**

Puskesmas melakukan pengorganisasian pada relawan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Relawan telah mendapat otonomi untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Puskesmas hanya melakukan pendistribusian relawan agar lebih merata. Puskesmas memberikan otonomi kepada relawan untuk memberikan pelayanan kesehatan karena relawan yang terdaftar di Puskesmas adalah relawan tenaga kesehatan yang berkompetensi. Salah satu kekuatan disain birokrasi adhokrasi tidak banyak peraturan dan ketentuan serta cenderung bersifat lepas dan tidak tertulis (Winardi, 2003).

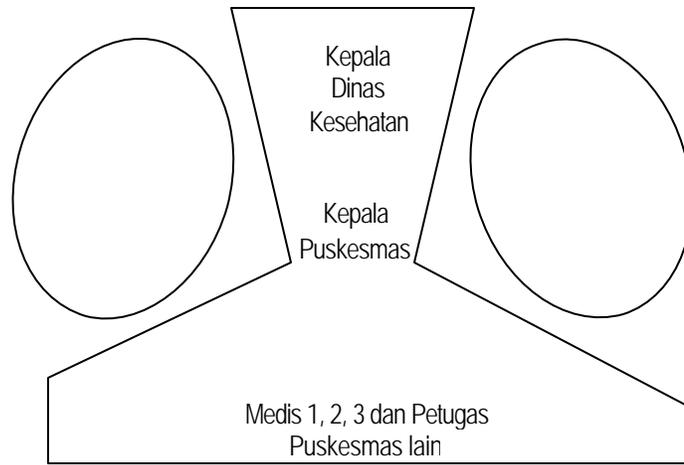
Dalam keadaan emergency, pengorganisasian Puskesmas berubah dari birokrasi mesin menjadi birokrasi adhokrasi. Hal tersebut dikarenakan pada masa emergency menuntut pelayanan yang cepat sehingga mekanis birokrasi mesin tidak mungkin dijalankan. Pimpinan puskesmas cenderung menjadi suport staf bagi petugas pelayanan kesehatan. Pimpinan puskesmas berupaya mencari bantuan untuk

mendukung pelayanan kesehatan emergensi, sehingga pimpinan puskesmas jarang di tempat. Pengelolaan pelayanan kesehatan dikoordinasikan oleh Kepala Bagian Rawat Inap.

#### **b. Masa Recovery**

Disain pengorganisasian kembali pada birokrasi mesin setelah masuk pada masa *recovery*. Kepala puskesmas mulai melakukan *briefing* pagi untuk melakukan pembagian tugas. Hal tersebut juga sejalan dengan sistem organisasi dari dinas kesehatan Bantul semakin membaik. Instruksi dari Dinas Kesehatan Bantul yang harus dijalankan oleh Puskesmas adalah imunisasi TT terhadap seluruh masyarakat agar terhindar dari penyakit tetanus. Dalam menjalankan program imunisasi TT, Puskesmas juga melibatkan kader. Hal tersebut berarti kegiatan pelayanan kesehatan juga berkembang ke pelayanan di luar gedung seperti kegiatan posyandu.

Instruksi dari Dinas menunjukkan bahwa pengorganisasian yang semula bersifat adhokrasi kembali berjalan dengan birokrasi mesin. Birokrasi mesin adalah *technostructure* yang mendominasi pengorganisasian, kontrol yang dilakukan melalui standarisasi dan struktur yang dihasilkan (Robbins, 1994). Departemen Kesehatan yang bertindak sebagai *technostructure* serta Bupati sebagai *apex* kemudian kepala dinas sebagai middle line dan puskesmas sebagai *operating core*, kembali mendominasi pengorganisasian. Birokrasi mesin kembali dijalankan setelah koordinasi vertikal Dinas Kesehatan dengan Puskesmas berjalan normal.



**Gambar 8. Pengorganisasian Pada Masa Normal**

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Koordinasi pelayanan kesehatan bagi korban gempa ini di wilayah kerja Puskesmas Piyungan telah dilaksanakan pada masa emergency dengan melakukan konsolidasi petugas, melakukan pendataan dan pendistribusian relawan, serta konsolidasi dengan lintas sektoral maupun Dinas Kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat korban gempa. Koordinasi setelah masa emergency yaitu dengan melakukan briefing pagi, melibatkan kader dalam program imunisasi, melaksanakan program di luar gedung dan mencari donatur untuk pembangunan kembali sarana Puskesmas. Koordinasi dengan Pemda/Dinas Kesehatan dilakukan berkaitan dengan pendistribusian donatur untuk rekonstruksi Puskesmas Piyungan dan Pustunya.
2. Kepemimpinan Puskesmas Piyungan bersifat administratif pada awalnya, yang berorientasi untuk menciptakan organisasi yang efektif, tetapi dalam keadaan bencana telah terjadi adaptasi agar tetap efektif untuk memberikan pelayanan. Pola kepemimpinan kembali sentralistik setelah masuk masa *recovery*.
3. Pengorganisasian pada masa *emergency* menggunakan birokrasi *adhoc* yang bersifat fleksibel dan kembali ke birokrasi mesin yang kaku, setelah selesai masa emergency.
4. Faktor penghambat pelayanan kesehatan paska gempa adalah keterbatasan sumber daya manusia, sarana, dan stakeholder yang arogan yang tidak mau beradaptasi seperti relawan sebagian besar tidak melapor sehingga terjadi kesulitan pihak puskesmas untuk

melakukan koordinasi apalagi sebagian mempunyai konsep pelayanan yang berbeda beda.

### **B. Saran**

Puskesmas sebaiknya membentuk tim khusus untuk situasi yang berbeda dan harus menjadi suatu bagian dalam pelatihan manajemen puskesmas. Tim khusus ini akan menjadikan puskesmas mempunyai personil yang terlatih sesuai dengan kemampuan dan kompetensinya dalam keadaan darurat. Agar setiap tindakan tim khusus tersebut mempunyai payung hukum yang jelas dan pasti, Puskesmas menerbitkan Surat Keputusan yang mengikat dan terstruktur untuk penanganan bencana serta kewenangannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agranoff, R, 1996, *Intergovernmental management*, State University of New York. Press.
- Azwar, A, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2001, *Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2002a, *Pedoman Koordinasi penanggulangan bencana di lapangan*, <http://www.ppk-depkes.org> diakses pada tanggal 12 Agustus 2006
- Departemen Kesehatan RI, 2002b, *Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan Kedaruratan Dan Bencana*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2006, Hasil Survei Cepat Dampak Kesehatan Pasca Bencana Gempa Bumi di DI. Yogyakarta dan Jawa Tengah. <http://www.litbang.depkes.go.id>. diakses pada tanggal 12 Agustus 2006
- Gazali, A, 2002, Kajian Kesiapan Ketenagaan Dinas Kesehatan Dalam Pembiayaan di Kabupaten Bungo Tahun 2002, *Tesis*, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.
- Gibson, J, L, Ivancevich, J, M, Donnelly, Jr, H, 1996, *Organisasi: Perilaku, Struktur dan Proses*, Jilid I, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Hanafi, M, 2003, *Manajemen*, UPP AMP-YKPN, Yogyakarta.
- Handyaningrat, S, 1982, *Pembangunan dalam Repelita*, Yayasan Karya Dharma IIP, Jakarta.
- Handoko, H, 2003, *Manajemen*. Edisi. 2. Yogyakarta. BPF.
- Kartono K, 2005. *Pemimpin Dan Kepemimpinan*, RajaGrafindo Persada, Jakarta

- Lee, VJ, dan Low, E, 2006, Coordination and resource maximization during disaster relief efforts. *Prehosp Disast Med* 2006;21(1):s8–s12.
- Mardijanto, D, dan Hasanbasri, M, 2005. Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Pekalongan. *JMPK* Vol. 08/01. Hal. 49-54
- Mintzberg, H, 1979, *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs. N.J. 07632
- Moleong, LJ, 2004, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung
- Muninjaya, A, 2004. *Manajemen Kesehatan*, Edisi 2, EGC. Jakarta
- Nawawi, H, 2000, *Manajemen Strategik Organisasi Non-Profit Bidang Pemerintahan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta:
- Pan American Health Organization, 2006. *Bencana Alam Perlindungan Kesehatan Masyarakat*, terjemahan, EGC, Jakarta
- Procacci P, Doran R, Chunkath SR, Garfield R, Briceno S, Fric A, (2005), Health policy and coordination: A critical review of experiences. *Prehosp Disast Med*: 20(6):393–395.
- Puskesmas Piyungan, 2005, *Profil Puskesmas Piyungan 2005*.
- Robbins, SP, 1994, *Teori Organisasi, Struktur, Desain, dan Aplikasi*, Arcan, Jakarta.
- Siagian, SP, 2003, *Teori Dan Praktek Kepemimpinan*, Asdi Mahasatya, Jakarta.
- Stoner, J, A, F, Freeman, E, Daniel, R, 1996, *Management*, jilid 2, Prenhailindo, Jakarta.
- Straus, D, 2002, *How to make colaboration work*. San Fransisco, Berret Kocher Publishers, ISC.
- Sugandha, D, 1988, *Koordinasi Alat Pemersatu Gerak Administrasi*, Intermedia, Jakarta.

- Sugiono, 2005, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Alfabeta, Bandung
- Suharto, T, 2006, Koordinasi Lintas Sektor Pada Sistem Kewaspadaan Pangan Dan Gizi Di Kabupaten Sleman. *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Supardi dan Anwar, S, 2004, *Dasar-Dasar Prilaku Organisasi* Cetakan Kedua, UII Press Jogjakarta
- Suwita, 2006, Koordinasi Puskesmas Pembantu Dan Lembaga-Lembaga yang Ada di Wilayah Kerja Puskesmas Patamuan Kabupaten Padang Pariaman. *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Trihono, 2005, *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat* CV. Sagung Seto, Jakarta.
- Wijono, D,1997, *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: Air Langga University Press.
- Winardi, J. 2003. *Teori Organisasi dan Pengorganisasian*. PT Raja Grafindo Persada Jakarta.
- Zoraster, RM, 2005, Barriers to disaster coordination: Health sector coordination in Banda Aceh following the South Asia Tsunami. *Prehosp Disast Med* 2005; 21 (1) : s13–s18.

# **LAMPIRAN**

## LAMPIRAN 1

### FGD GUIDE PELAYANAN KESEHATAN PASCA BENCANA GEMPA DI PUSKESMAS PIYUNGAN KABUPATEN BANTUL

a. Untuk Fasilitator

FGD diikuti seluruh responden yaitu Kepala Puskesmas Piyungan, Kepala Pustu Sitimulyo, Kepala Pustu Srimartani, Kepala Pustu Srimulyo, Pengelola program Yankes, Pengelola program Promkes, Kepala Program P2M dan Bidan Desa.

FGD ini dipandu oleh fasilitator

b. Tujuan FGD

- a) Menggali informasi tentang pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan
- b) Menggali informasi mengenai bentuk-bentuk kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan
- c) Menggali informasi mengenai kepemimpinan di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?
- d) Menggali informasi mengenai pengorganisasian di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?
- e) Menggali informasi mengenai Masalah-masalah apa yang dihadapi petugas di lapangan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskemas Piyungan pada masa bencana gempa?

### 3. Pelaksanaan FGD

- a. Memperkenalkan nama fasilitator
- b. Fasilitator meminta peserta memperkenalkan diri pada waktu bicara dengan peserta
- c. Menjelaskan latar belakang dan tujuan diselenggarakannya FGD
- d. Menjelaskan bahwa pertemuan tersebut tidak bertujuan untuk memberikan ceramah, namun untuk mengumpulkan pendapat dari peserta tentang pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul, dengan melihat dan mengacu pada dimensi yang ada pada instrumen. Menekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari peserta dan mohon masukan dari mereka.
- e. Menekankan bahwa pendapat dari semua peserta penting sehingga semua peserta bebas untuk mengeluarkan pendapat.
- f. Jawaban yang disampaikan direkam dan seluruh peserta diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapatnya.
- g. Diskusi berlangsung selama 75 menit.

**PEDOMAN PERTANYAAN YANG DIGUNAKAN DALAM FOCUS  
GROUP DISCUSSION (FGD GUIDE)**

No	Pedoman Pertanyaan	Tujuan
1	Bagaimanakah pendapat Anda tentang pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan?	Untuk mengetahui pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa.
2.	Bagaimanakah mengenai bentuk-bentuk kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan?	Untuk mengetahui bentuk-bentuk kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa di Puskesmas Piyungan
3	Menurut pendapat Anda, apakah kepemimpinan di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa	Untuk mengetahui kepemimpinan di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa
4	Bagaimanakah pembagian kerja staf dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?	Mengetahui pembagian kerja staf dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa
5	Menurut Anda, bagaimanakah pengorganisasian di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?	Mengetahui pengorganisasian di Puskesmas Piyungan dalam koordinasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa
6	Hambatan-hambatan apakah yang dihadapi dalam menjalankan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa?	Mengetahui hambatan-hambatan yang dihadapi dalam menjalankan pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada masa bencana gempa

## LAMPIRAN 2

### INTERVIEW GUIDE Kepemimpinan

1. Bagaimanakah gaya kepemimpinan yang diterapkan dalam memberikan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan?
2. Adakah koordinasi yang jelas dari Kepala Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan?
3. Menurut Bapak/ Ibu, bagaimanakah respon Dinas Kesehatan Kabupaten dalam hal koordinasi pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan?
4. Adakah campur tangan atau intervensi Dinas Kesehatan Kabupaten atau Propinsi yang Bapak/ Ibu/ Saudara rasakan selama menjalankan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan? Mohon dijelaskan bentuk campur tangan atau intervensi Dinas Kesehatan Kabupaten atau Propinsi maupun Departemen Kesehatan kepada Puskesmas Piyungan?
5. Bagaimanakah kewenangan dari Kepala Puskesmas dalam penyusunan dan perencanaan anggaran serta kebutuhan logistik di Puskesmas Piyungan untuk pelayanan kesehatan pasca bencana gempa?
6. Hambatan-hambatan apakah yang seringkali dijumpai dalam hal menjalankan koordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan?

## **INTERVIEW GUIDE**

### **Pengorganisasian**

- 1) Bagaimana pengaturan dan pembagian tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan?
- 2) Apakah pembagian tugas dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan sudah dijalankan sesuai dengan fungsinya? Mohon dijelaskan pelaksanaannya dilapangan?
- 3) Apakah ada juklak dan juknis serta peraturan lainnya dalam mendukung pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan? Mohon dijelaskan pelaksanaannya dilapangan!
- 4) Adakah kontrol atau pengawasan pelaksanaan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan? Mohon dijelaskan bagaimanakah pelaksanaannya!
- 5) Bagaimanakah bentuk kontrol/ pengawasan terhadap staf dalam memberikan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan?
- 6) Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan Kabupaten pelaksanaan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan?
- 7) Apakah kewenangan dan tanggungjawab menjalankan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di Puskesmas Piyungan langsung berada pada Kepala Puskesmas Piyungan? Mohon dijelaskan pelaksanaannya secara struktural
- 8) Apakah Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan kontrol langsung terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa yang dilakukan Puskesmas Piyungan?

9) Bagaimana cara Puskesmas Piyungan dalam menanggulangi permasalahan ketidaksesuaian antara rencana dan pelaksanaan pelayanan kesehatan pasca bencana gempa di lapangan karena kondisi yang tidak terprediksi?