



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KOORDINASI BIDANG KESEHATAN
PADA PENANGANAN TANGGAP DARURAT
ERUPSI GUNUNG MERAPI TAHUN 2010
DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

TESIS

MOHAMMAD IMRAN

0906592451

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
HUKUM DAN KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**

UNIVERSITAS INDONESIA



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KOORDINASI BIDANG KESEHATAN
PADA PENANGANAN TANGGAP DARURAT
ERUPSI GUNUNG MERAPI TAHUN 2010
DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

MOHAMMAD IMRAN

0906592451

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
HUKUM DAN KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mohammad Imran
NPM : 0906592451
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

“Analisis Koordinasi Bidang Kesehatan Pada Penanganan Tanggap Darurat Erupsi Gunung Merapi Tahun 2010 Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Depok, Januari 2012



(Mohammad Imran)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

NAMA : MOHAMMAD IMRAN
NPM : 0906592451
TANDATANGAN : 
TANGGAL : 11 Mei 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Mohammad Imran

NPM : 0906592451

Program studi : Hukum dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Analisis Koordinasi Bidang Kesehatan Pada Penanganan
Tanggap Darurat Erupsi Gunung Merapi Tahun 2010 di
Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Hukum dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

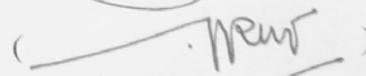
Pembimbing : Prof. drh. Wiku Bakti B.A., MSc, PhD

()

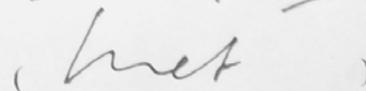
Pembimbing : Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

()

Penguji : Drs M. Nasrun Harun, MAP

()

Penguji : dr. Lucky Tjahjono, MKes

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Mei 2012

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT saya panjatkan atas kemurahan dan kasih sayang-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam menyelesaikan tesis ini, saya mendapat bimbingan dan bantuan serta dukungan moril dari keluarga. Melalui halaman ini saya ingin mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada:

- 1) Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito, MSc, PhD yang telah membimbing dan membuka alur berpikir saya sehingga tesis ini dapat selesai;
- 2) Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM yang turut membimbing dan menjadi penguji;
- 3) Drs. M. Nasrun Harun, MAP yang selalu mendukung dan telah bersedia meluangkan waktu untuk menjadi penguji luar;
- 4) dr. Lucky Tjahjono, MKes yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menjadi penguji luar;
- 5) dr. Krishnajaya, MKes yang telah bersedia menjadi narasumber dan membuka wawasan saya saat wawancara;
- 6) Mudjiharto, SKM, MM yang telah bersedia menjadi narasumber;
- 7) dr. Bondan Agus Suryanto, SE, MA yang telah bersedia menjadi narasumber;
- 8) drh. Berty Murtiningsih, MKes yang telah bersedia menjadi narasumber;
- 9) Yuniati, SSos, Msi yang telah bersedia menjadi narasumber;
- 10) Teman-teman kuliah dan rekan-rekan kerja khususnya sahabat saya yang telah banyak membantu;
- 11) Yang tercinta orangtua, istri, Mardiyannah dan anak-anak saya, M. Fattan Ulil Abshar dan Aqila Raisa Zahrani, yang selalu menjadi sumber inspirasi dan memberikan semangat serta doa dalam menjalani kehidupan saya.

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mohammad Imran
N.P.M. : 0906592451
Program Studi : Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :
"Analisis Koordinasi Bidang Kesehatan Pada Penanganan Tanggap Darurat Erupsi Gunung Merapi Tahun 2010 Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta"
berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 11 Mei 2012
Yang Menyatakan



(Mohammad Imran)

ABSTRAK

Nama : Mohammad Imran

Program studi: Hukum dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Analisis Koordinasi Bidang Kesehatan Pada Penanganan Tanggap Darurat Erupsi Gunung Merapi Tahun 2010 Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Erupsi Gunung Merapi pada tahun 2010 telah mengakibatkan jatuhnya korban jiwa baik meninggal, luka-luka maupun pengungsi serta kerusakan infrastruktur di wilayah Provinsi DI Yogyakarta dan Jawa Tengah. Penanganan pada masa tanggap darurat bidang kesehatan melibatkan berbagai pihak dari tingkat pusat dan daerah. Tesis ini membahas mengenai koordinasi pada bidang kesehatan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DIY pada masa tanggap darurat. Desain studi menggunakan metode kualitatif eksploratif dengan melakukan telaah dokumen dan wawancara mendalam kepada pihak yang terlibat langsung dalam peristiwa tersebut. Hasil yang diperoleh menjadi bahan evaluasi bagi pemerintah, khususnya di bidang kesehatan dalam melakukan koordinasi pada masa tanggap darurat akibat bencana dengan memperjelas alur tugas, pendelegasian wewenang, alur informasi yang penting dalam pengambilan sebuah keputusan yang cepat dan tepat sesuai kebutuhan terhadap penanganan permasalahan akibat bencana.

Kata kunci:

Koordinasi, tanggap darurat, alur tugas, alur informasi, pengambilan keputusan.

ABSTRAC

Name : Mohammad Imran

Study Program: Hukum dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Thesis Title : *Analysis of Coordination in Health Sector on Respons of Mount Merapi Eruption 2010 in Daerah Istimewa Yogyakarta Province.*

Eruption in 2010 has resulted in loos of life like dead, injured and displaced person as well as damaged to infrastructure in both DI Yogyakarta and Jawa Tengah Provinces. Respons in health sector has involved multi parties from central and local levels. This thesis described the coordination of the sector conducted by Ministry of Health and Provincial Health Office DI Yogyakarta on emergency respons due to Mount Merapi Eruption 2010. Study design using qualitative methods with document review and in-depth interviews to official person who directly involved in disaster mentioned. The results obtained to evaluate government action, particularly in the area of health in coordinating emergency respons during disaster, to clarify the task flow, delegation of authority and the flow of information are important in making a rapid dan appropriate decision as needed for handling the health problems caused by disaster.

Keywords:

Coordination, emergency respons, task flow, information flow, decision making.

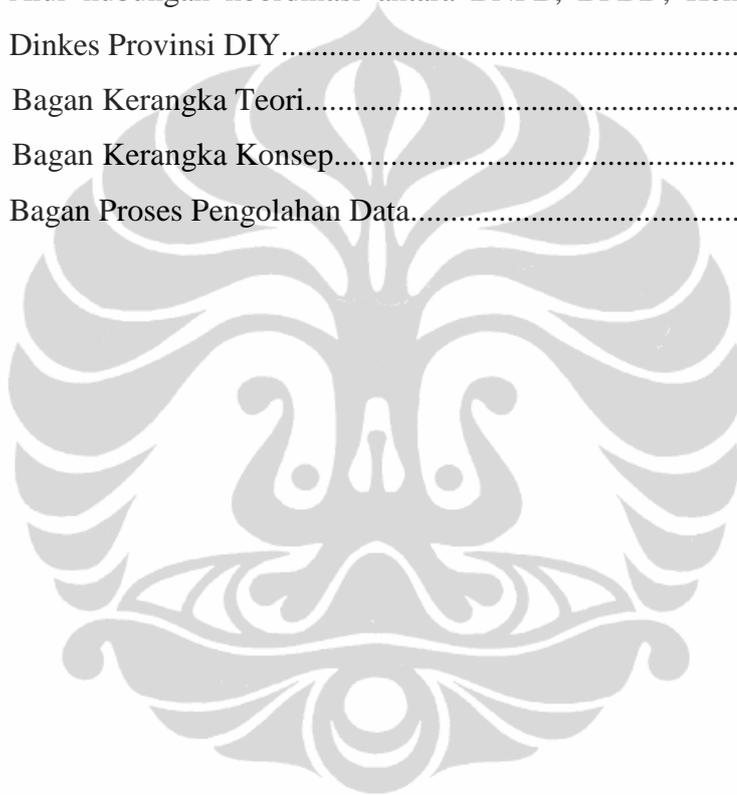
DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRAC</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.6 Keaslian Penelitian	8
1.7 Ruang Lingkup	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Koordinasi	10
2.2 Peran Pemerintah dan Pemerintah Daerah	16
2.3 Permasalahan Kesehatan Akibat Erupsi Gunung Api.....	18
2.4 Tanggap Darurat Bencana	23
BAB III KERANGKA TEORI DAN KERANGKA PIKIR.....	30
3.1 Kerangka Teori.....	30
3.2 Kerangka Pikir.....	32
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	35
4.1 Desain Penelitian.....	35
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	35
4.3 Narasumber	35

4.5 Teknik Pengumpulan Data	37
4.6 Pengolahan Data.....	38
BAB V HASIL PENELITIAN	40
5.1 Alur Tugas.....	40
5.1.1 Keterlibatan Kementerian Kesehatan.....	40
5.1.2 Kemampuan dinas kesehatan provinsi	41
5.1.3 Alur dan pemilahan tugas.....	42
5.2 Alur Informasi	47
5.2.1 Rapat koordinasi.....	48
5.2.2 Alur penyampaian informasi.....	49
5.2.3 Kendala dalam sistem informasi	51
5.3 Pengambilan Keputusan	52
BAB VI PEMBAHASAN.....	54
6.1 Hambatan Dalam Penelitian.....	54
6.2 Dasar Hukum Peran Kementerian Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana.....	54
6.3 Tugas dan Wewenang Kementerian Kesehatan dalam Penanganan Bencana.....	57
6.4 Jenis Koordinasi.....	59
6.5 Sistem Informasi dalam Penanggulangan Bencana.....	60
6.6 Pendelegasian Wewenang.....	63
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	65
7.1 Kesimpulan.....	65
7.2 Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN PEDOMAN WAWANCARA.....	71
LAMPIRAN MATRIKS WAWANCARA.....	74
LAMPIRAN MATRIKS TELAAH DOKUMEN	78

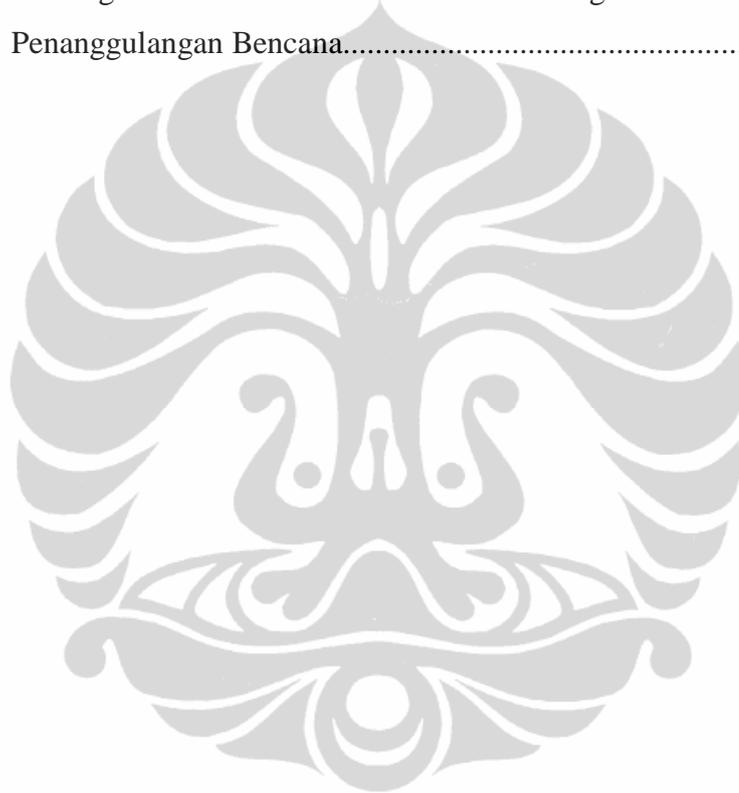
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Peta zonasi ancaman bahaya Merapi	3
Gambar 2.1	Lima Unsur Yang Mempengaruhi Kordinasi Tanggap Darurat.....	12
Gambar 2.2	Konsep Mini Dan Many-Second Coordination Dari Lewandowski.....	13
Gambar 3.1	Alur hubungan koordinasi antara BNPB, BPBD, Kemenkes dan Dinkes Provinsi DIY.....	31
Gambar 3.2	Bagan Kerangka Teori.....	32
Gambar 3.3	Bagan Kerangka Konsep.....	33
Gambar 4.1	Bagan Proses Pengolahan Data.....	39



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Gambaran Koordinasi Selama Masa Tanggap Darurat.....	14
Tabel 2.2	Beberapa Erupsi Gunung Api Di Indonesia.....	18
Tabel 3.1	Definisi Operasional Dan Cara Ukur.....	33
Tabel 4.1	Data Informan Penelitian.....	36
Tabel 5.1	Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana.....	46



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dibalik keanekaragaman sumber daya dan keindahan alam Indonesia, wilayah negara kita juga rawan terhadap bencana, baik bencana alam, bencana non-alam, maupun bencana sosial. Faktor geografis, geologis, hidrologis, dan demografis Indonesia menjadi faktor penentu yang menempatkan wilayah Indonesia pada situasi tersebut. Indonesia memiliki tingkat kerawanan yang tinggi terhadap bencana alam diantaranya banjir, tanah longsor, gempa bumi, tsunami dan erupsi gunung api.

Berdasarkan data Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, dalam kurun waktu 4 tahun (2006 – 2009) tercatat 1074 kejadian bencana yang mengakibatkan permasalahan kesehatan di Indonesia. Kejadian tersebut menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan yaitu korban meninggal dunia sebanyak 10.106 orang, korban luka-luka/dirawat sebanyak 775.993 orang. Selain itu juga terdapat pengungsi sebanyak 4.101.610 orang serta ratusan sarana pelayanan kesehatan yang mengalami kerusakan. Hal ini merupakan masalah yang cukup serius, apalagi mengingat negara kita merupakan negara yang masih berkembang dan pembangunan menjadi terhambat akibat tingginya permasalahan yang ditimbulkan akibat bencana termasuk masalah kesehatan.

Salah satu jenis bencana yang memiliki dampak luas dan dapat mengakibatkan korban serta kerugian materil dalam jumlah besar adalah erupsi atau erupsi gunung api.

Ada sepuluh gunung api di dunia erupsinya terekam dalam sejarah dan mengakibatkan jatuhnya ribuan korban jiwa, dua diantaranya terjadi di Indonesia. Diantaranya adalah Gunung St. Helens di Amerika pada tahun 1984 meletus dengan kekuatan yang setara dengan 1000 kali bom atom Hiroshima. Pada tahun 1991 Gunung Pinatubo di Luzon Filipina meletus dan mengakibatkan 657 orang meninggal, 184 luka berat dan 23 orang dinyatakan hilang. Erupsi gunung api

yang paling besar dampaknya di Indonesia adalah Gunung Tambora di Pulau Sumbawa yang erupsinya setara 171.428 kali bom atom dan Gunung Krakatau tahun 1883 yang setara dengan 21.574 kali ledakan bom atom di Hiroshima (Sutawidjaja, 2006).

Indonesia memiliki 129 gunung api aktif (sekitar 10% dari jumlah gunung api diseluruh dunia) yang berderet sepanjang 7000 km mulai dari ujung Utara Sumatera, Jawa, Nusa Tenggara, Maluku sampai ke Sulawesi Utara. Rangkaian ini merupakan bagian dari rangkaian gunung api dunia yang dikenal sebagai “ring of fire”. Gunung api aktif di Indonesia terbagi dalam tiga kategori, yaitu (Pratomo, 2006; Sutawidjaja, 2006):

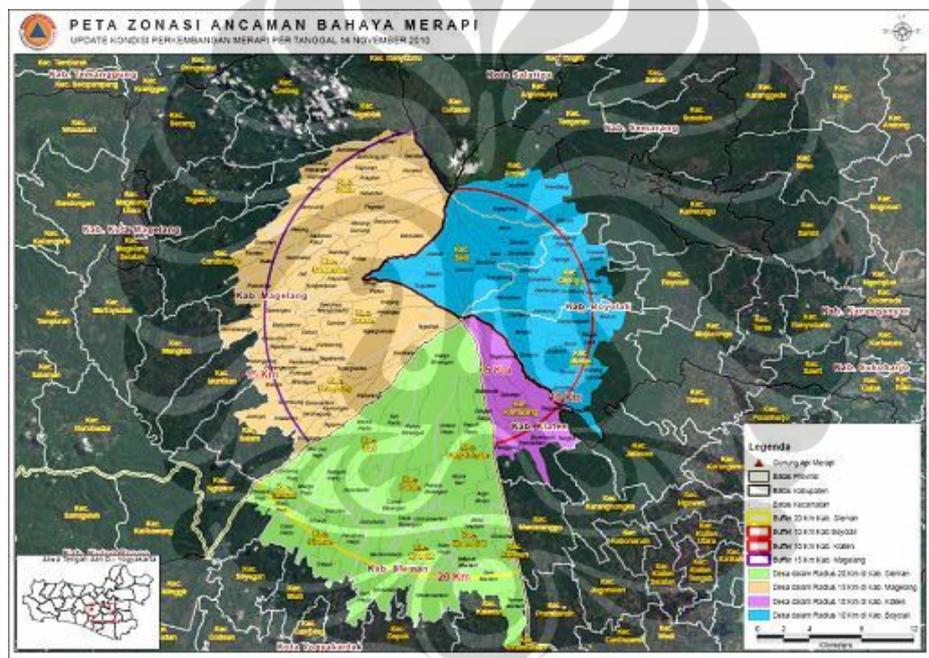
- a. Tipe A, adalah gunung api yang pernah meletus sejak tahun 1600, jumlahnya sebanyak 79 gunung;
- b. Tipe B, adalah gunung api yang diketahui pernah meletus sebelum tahun 1600 dan belum pernah meletus lagi setelah tahun 1600, jumlahnya sebanyak 29 buah; dan
- c. Tipe C, adalah gunung api yang merupakan lapangan solfatara dan fumarola yang tidak pernah meletus. Solfatara adalah hembusan gas belerang yang berasal dari magma atau yang terdapat dalam sedimen. Fumarola adalah hembusan gas dan uap air, uap air umumnya mengandung HCl, CO, HF, asam borak, H_3PO_3 , NH_3 , hidrogen bebas, dan sejumlah kecil gas-gas tak reaktif (Nugraha, Udi Harmoko, dan Rina, 2008).

Salah satu gunung api yang dikenal dengan dengan tingkat aktifitasnya yang tinggi adalah Gunung Merapi yang berada dalam dua wilayah provinsi, yaitu DI Yogyakarta dan Jawa Tengah. Aktifitasnya yang tidak pernah berhenti ditandai dengan keluarnya kepulan asap secara terus menerus. (Pratomo, 2006).

Pada Oktober dan November 2010, Gunung Merapi kembali meletus serta mengakibatkan jatuhnya korban jiwa dan kerugian materi. Erupsi dengan erupsi yang cukup besar terjadi dua kali, yaitu tanggal 26 Oktober 2010 dan erupsi kedua dengan erupsi yang lebih besar pada tanggal 5 November 2010. Erupsi Gunung Merapi mengeluarkan debu dan awan panas serta lontaran material vulkanik ke udara. Abu vulkanik dirasakan bahkan sampai ke wilayah Kabupaten Ciawi

Provinsi Jawa Barat dan akhirnya memaksa Pemerintah Daerah DI Yogyakarta menutup Bandara Internasional Adi Sutjipto selama satu bulan (PVMBG, 2010).

Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi ESDM sebagai lembaga yang bertanggungjawab dalam memantau perkembangan erupsi gunung api di Indonesia menetapkan radius aman sejauh 20 km untuk Kabupaten Sleman, Kabupaten Magelang 15 km, Kabupaten Klaten 10 km dan Kabupaten Boyolali 15 km. Radius aman ini jauh dibandingkan dengan erupsi pada tahun 2006 yang hanya mencapai radius 8 km di Kabupaten Sleman (PVMBG, 2010).



Gambar 1.1 Peta zonasi ancaman bahaya Merapi (BNPB, 2010)

Sesuai dengan data Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan sampai tanggal 9 Desember 2010, erupsi Gunung Merapi tahun 2010 telah mengakibatkan jatuhnya 386 jiwa meninggal dunia (198 orang karena luka bakar dan 188 orang non luka bakar). Korban yang menjalani rawat inap di fasilitas-fasilitas kesehatan sebanyak 2.782 pasien (76 luka bakar dan 2706 non luka bakar) dan dirawat jalan sebanyak 62.879 pasien. Sedangkan pengungsi tertinggi terjadi pada tanggal 14 November 2010 yaitu mencapai 399.403 jiwa (Kementerian Kesehatan, 2010).

Sementara itu penyakit yang paling banyak ditemukan di lokasi-lokasi pengungsian yang tersebar di Provinsi DI Yogyakarta sampai pada tanggal 2 Desember 2010 adalah gangguan saluran pernapasan (ISPA, common cold, faringitis akut dan batuk) yaitu sebanyak 31.164 pasien (Kementerian Kesehatan, 2010).

Untuk menekan dan mencegah jatuhnya korban pasca erupsi, perlu dilakukan berbagai upaya semua sektor termasuk sektor kesehatan. Upaya-upaya kesehatan dilaksanakan baik oleh pemerintah maupun non pemerintah. Namun demikian, upaya yang bertujuan memberikan pelayanan bagi masyarakat korban bencana dapat terhambat bila berjalan sendiri dan tidak ada hubungan saling keterkaitan.

Oleh karena itu semua upaya yang dilakukan harus dikoordinasikan agar berjalan sinergi dan memberi dampak yang lebih maksimal bagi korban bencana. Bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 telah mengakibatkan jatuhnya korban jiwa dan pengungsi serta kerusakan fasilitas umum. Dampak tersebut membutuhkan upaya yang terkoordinasi dari semua sektor, termasuk koordinasi di lingkup sektor kesehatan.

Sektor kesehatan merupakan subsistem yang berada dalam sistem penanggulangan bencana secara keseluruhan. Upaya dalam bidang kesehatan pun membutuhkan koordinasi para pelaku kesehatan baik dari unsur pemerintah maupun non pemerintah. Salah satu contoh kegiatan koordinasi yang dilakukan adalah rapat koordinasi di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta untuk membahas permasalahan kesehatan dan dihadiri oleh unsur pemerintah dan non pemerintah.

Koordinasi yang baik akan memberi dampak maksimalnya hasil upaya kesehatan yang dilakukan saat bencana. Bila mencermati laporan harian PPKK Kementerian Kesehatan tentang perkembangan permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi tahun 2010, terlihat bahwa adanya peningkatan jumlah korban yang meninggal termasuk akibat non luka bakar, begitu pula dengan jumlah pasien yang dirawat inap.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, rasio dokter spesialis dan dokter umum di Provinsi DI Yogyakarta

telah melampaui angka nasional (6,4/100000 penduduk). Begitu pun akses penduduk terhadap sarana kesehatan disebutkan bahwa 80% penduduk berada dalam jarak 1 – 5 Km dari puskesmas dan 70% penduduk berada dalam jarak 1 – 5 Km dari rumah sakit (Dinkes DIY, 2010).

Permasalahannya kemudian adalah bagaimana rapat-rapat koordinasi yang dilakukan secara rutin dapat mengelola sumber daya baik milik daerah maupun pusat dan mampu menjawab permasalahan yang ada saat itu. Koordinasi yang tidak berjalan dengan baik akan mengakibatkan adanya kesenjangan dalam pelayanan publik, duplikasi upaya, distribusi bantuan yang tidak tepat, penggunaan sumber daya yang tidak efisien sehingga memberi dampak respon tanggap darurat yang tidak efektif.

Oleh karena itu perlu dilakukan suatu penelitian untuk menganalisis dan mengevaluasi koordinasi penanganan tanggap darurat dibidang kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi. Penelitian ini difokuskan pada koordinasi kesehatan penanganan tanggap darurat bidang kesehatan setelah erupsi Gunung Merapi pada tahun 2010 di Provinsi DI Yogyakarta, dengan pertimbangan:

- a. Kementerian Kesehatan membuka pos komando utama di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta; dan
- b. hubungan yang lebih intens antara pejabat Kementerian Kesehatan dengan pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.

1.2 Perumusan Masalah

Situasi pada masa tanggap darurat memiliki beberapa keunikan, seperti ketidakpastian, kejadian yang tidak diinginkan dan terjadi tiba-tiba, risiko jatuhnya korban massal, *time pressure* yang tinggi, kurangnya sumber daya, serta kerusakan sarana dan prasarana. Semua faktor tersebut menuntut koordinasi yang melibatkan organisasi tersendiri, multisektoral, dan mobilisasi sumber daya yang besar dan arus informasi yang terus menerus.

Prinsip yang berlaku pada masa tanggap darurat adalah *time is live saving*. Untuk itu diperlukan upaya penanganan masalah-masalah kesehatan pada masa tanggap darurat bencana yang cepat dan tepat bagi korban maupun penduduk rentan dalam menghadapi kondisi ekstrim akibat peningkatan aktivitas Gunung Merapi. Respon yang cepat dan tepat tersebut diperoleh dari suatu perencanaan

yang dinamis berdasarkan informasi kejadian bencana yang terus menerus berkembang.

Peran sektor kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang baik bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif terhadap para korban termasuk pengungsi diharapkan mampu meningkatkan daya tahan atau mempertahankan status kesehatan individu saat terpapar kondisi yang ekstrim.

Semua upaya dalam penanganan tanggap darurat harus terkoordinasi dengan baik dan merupakan cermin pada besarnya masalah yang dihadapi. Tidak selesainya suatu permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 mungkin bukan karena ketidaksiapan dari petugas kesehatan tapi dapat pula merupakan kurang baiknya koordinasi kesehatan saat itu. Koordinasi yang berjalan setiap harinya terlihat seperti tidak mampu menjawab masalah yang diungkap dalam pertemuan koordinasi.

Jumlah korban baik meninggal maupun luka, yang semakin hari semakin bertambah ditambah dengan keunikan situasi saat bencana membutuhkan penanganan yang terkoordinir dengan baik. Koordinasi yang baik memberikan kontribusi yang besar tercapainya tujuan sesuai kebutuhan di lokasi bencana dan menghindari kesimpangsiuran upaya dan berujung pada tidak efektifnya upaya yang dilakukan.

Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengevaluasi upaya koordinasi kesehatan yang pernah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan pada saat erupsi Gunung Merapi tahun 2010. Penelitian seperti ini belum pernah dilakukan sebelumnya dan diharapkan mampu menjadikan masukan bagi Kementerian Kesehatan dan Pemerintah umumnya sebagai bahan evaluasi dalam melakukan koordinasi pada saat terjadi bencana.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Beberapa masalah yang dirumuskan pada penelitian ini adalah:

- a. bagaimana Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi kesehatan dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010?; dan
- b. bagaimanakah koordinasi kesehatan dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dilaksanakan?

1.4 Tujuan Penelitian

a. Tujuan umum

Untuk mengevaluasi koordinasi kesehatan oleh Kementerian Kesehatan pada penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 di Provinsi DI Yogyakarta.

b. Tujuan khusus

- 1) untuk mengevaluasi peran Kementerian Kesehatan dalam koordinasi tanggap darurat dalam penanganan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010;
- 2) untuk mengevaluasi mengenai mekanisme koordinasi kesehatan antara Kementerian Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta pada masa tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010;
- 3) untuk mengevaluasi pengaruh peran Kementerian Kesehatan dalam koordinasi bidang kesehatan terhadap penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

1.5 Manfaat Penelitian

a. Bagi ilmu pengetahuan

Penelitian ini bermanfaat untuk pengembangan kebijakan terkait koordinasi dengan metodologi penelitian kualitatif dan bersifat retrospektif dan bermanfaat bagi pengembangan pengetahuan dan wawasan yang terkait dengan koordinasi kesehatan akibat bencana secara umum di Indonesia.

b. Bagi Pemerintah

- 1) Penelitian ini bermanfaat sebagai bahan evaluasi koordinasi penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi 2010 sebagai dasar untuk perbaikan upaya menghadapi bencana yang sama maupun bencana lain;
- 2) Penelitian ini bermanfaat sebagai perumusan kebijakan kesehatan sesuai dengan permasalahan yang spesifik dalam penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi baik ditingkat Pusat maupun di tingkat Daerah;

3) Penelitian ini bermanfaat untuk penyusunan standar, kriteria dan prosedur penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi maupun bencana lainnya.

c. Bagi peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan tentang koordinasi kesehatan pada penanganan bencana erupsi gunung api terutama Gunung Merapi dan bencana lain pada umumnya.

1.6 Keaslian Penelitian

Isi penelitian merupakan analisis koordinasi Kementerian Kesehatan terhadap kejadian bencana erupsi Gunung Merapi di Provinsi DI Yogyakarta yang terjadi pada bulan Oktober dan November tahun 2010. Berdasarkan penelusuran di perpustakaan, belum ada penelitian yang sama dan pernah dilakukan sebelumnya.

1.7 Ruang Lingkup

a. Lingkup masalah

Masalah yang diteliti adalah koordinasi kesehatan oleh Kementerian Kesehatan dalam penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

b. Lingkup keilmuan

Masalah yang diteliti adalah cakupan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang meliputi pelaksanaan koordinasi kesehatan dalam penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi 2010.

c. Lingkup lokasi

Lokasi penelitian di Gedung Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.

d. Lingkup sasaran

Sasaran penelitian adalah pejabat Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta yang terlibat dalam koordinasi untuk penanganan bencana erupsi Gunung Merapi 2010.

e. Lingkup waktu

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2011 sampai Januari 2012.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Koordinasi

Situasi pada masa tanggap darurat memiliki beberapa keunikan, seperti ketidakpastian, kejadian yang tidak diinginkan dan terjadi tiba-tiba, risiko jatuhnya korban massal, *time pressure* yang tinggi, kurangnya sumber daya, serta kerusakan sarana dan prasarana. Semua faktor tersebut menuntut koordinasi yang melibatkan organisasi tersendiri, multisektoral, dan mobilisasi sumber daya yang besar dan arus informasi yang terus menerus (UNOCHA, 2006).

Koordinasi secara etimologis adalah perihal mengatur suatu organisasi atau kegiatan sehingga peraturan dan tindakan yang akan dilaksanakan tidak saling bertentangan atau simpang siur. Sedangkan menurut istilah manajemen, koordinasi adalah kegiatan memadukan fungsi-fungsi dan sumber daya yang ada dalam sistem atau organisasi, sehingga dapat dicapai hasil yang optimal dalam upaya pencapaian sasaran dan tujuan organisasi (Ramli, 2008).

Kedua definisi tersebut diatas menggambarkan bahwa koordinasi memiliki tujuan untuk mencapai hasil yang maksimal dan menghindari kesimpangsiuran antar upaya melalui pengaturan organisasi serta memadukan fungsi dan sumber daya yang dimiliki. Pada saat bencana dengan situasi yang serba tidak pasti dan tingginya tekanan yang dialami oleh tenaga kesehatan akan memperberat permasalahan yang ada. Tekanan tersebut dapat berasal dari besarnya permasalahan yang harus ditangani segera dan kebutuhan yang harus segera dipenuhi. Salah satu tekanan juga dapat berupa tingginya permintaan informasi terkini mengenai perkembangan penanganan di lokasi kejadian baik dari instansi pemerintah maupun swasta termasuk media dalam dan luar negeri.

Kemampuan organisasi pemerintahan yang memiliki wewenang dan tugas untuk mengatasi masalah pada saat bencana akan mengalami ujian yang sangat berat. Hal ini disebabkan oleh karena sebuah organisasi pemerintahan harus mengelola sumber daya yang dimilikinya untuk mengatasi permasalahan, selain

itu juga harus mengelola serta mengkoordinir bantuan baik tenaga maupun logistik yang datang dari luar.

Koordinasi saat bencana dapat didefinisikan sebagai kegiatan intensif untuk menyelaraskan upaya-upaya individual untuk memaksimalkan dan mencapai sinergi. Tidak adanya koordinasi ditandai dengan kesenjangan dalam pelayanan publik, duplikasi upaya, distribusi bantuan yang tidak tepat, penggunaan sumber daya yang tidak efisien, adanya hambatan untuk mengubah situasi, dan secara umum memberikan dampak respon tanggap darurat yang tidak efektif (UNOCHA, 2006).

Upaya tanggap darurat yang dilakukan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan bagi korban bila dilakukan secara individu akan memberikan hasil yang tidak optimal dibandingkan bila dilakukan secara bersama-sama. Namun demikian, kegiatan yang dilakukan secara bersama-sama tidaklah cukup bila tidak dilakukan secara terpadu dan sinergi. Adanya pembagian tugas, sharing informasi, dan pembagian sumber daya antar pelaku kegiatan bidang kesehatan akan memaksimalkan hasil yang dicapai.

Ada beberapa unsur inti dalam koordinasi pada masa tanggap darurat yang mungkin berbeda antara satu wilayah tergantung pada budaya, politik, kebijakan dan infrastruktur. Akan tetapi ada lima hal dasar yang menjadi mempengaruhi koordinasi dalam penanggulangan bencana, yaitu (Chen, et.al, 2008):

- 1) alur tugas; tugas dan hubungan saling ketergantungan
- 2) sumber daya; pengelolaan penggunaan sumber daya
- 3) alur informasi; pengumpulan informasi, analisis dan distribusinya
- 4) pengambilan keputusan; pengambil keputusan dan strukturnya
- 5) pelaksana; hubungan antar tim dan dinamika organisasi.

Alur tugas menggambarkan adanya hubungan tugas antara satu organisasi dengan organisasi lain, baik secara vertikal maupun horisontal. Vertikal antar organisasi yang berbeda tingkatan administrasi dan horisontal antar organisasi yang setingkat. Hubungan tersebut memiliki sifat memberi manfaat, saling membutuhkan serta saling menghormati tugas dan fungsinya masing-masing untuk mencapai satu tujuan. Alur tugas yang berjalan baik bila organisasi dapat mengelola sumber daya yang dimiliki.

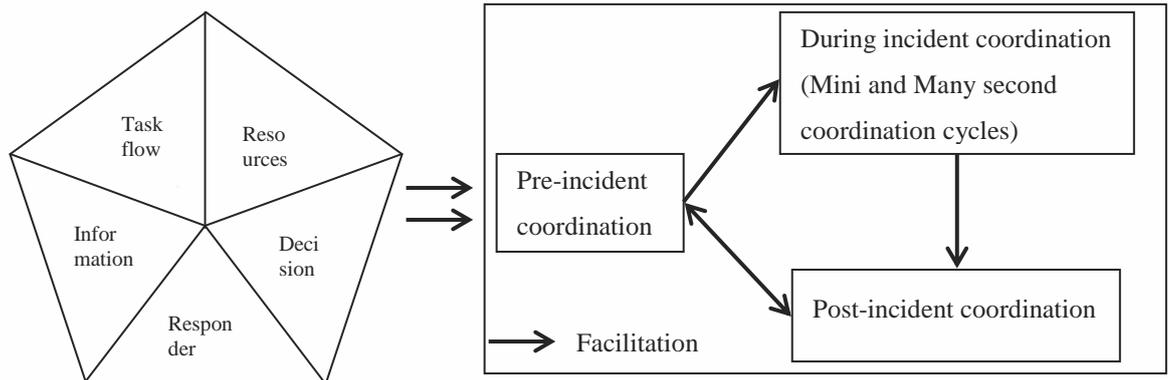
Sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi pengelolaannya didasarkan pada manfaat sebesar-besarnya yang ingin diperoleh. Distribusi sumber daya dilakukan dengan melihat kebutuhan dilokasi bencana sesuai besarnya masalah.

Agar alokasi sumber daya tidak tumpang tindih dan tidak terjadi duplikasi dalam pendistribusiannya, dibutuhkan arus informasi yang cepat dari lokasi kejadian kepada pemegang otoritas dalam penanganan bencana. Situasi saat bencana yang cepat berubah harus ditanggapi dengan penanganan yang tepat melalui pembagian tugas yang jelas dan alokasi sumber daya yang tepat berdasarkan informasi terhadap perkembangan permasalahan di lokasi kejadian. Arus ini mesti didukung oleh sarana dan prasarana yang memungkinkan informasi dapat diterima dan disampaikan kepada pemegang kepentingan.

Informasi perkembangan permasalahan yang diterima dari lokasi kejadian membutuhkan tanggapan terhadap penanganan yang cepat dan tepat. Pemegang kepentingan setelah menerima informasi tersebut dituntut harus dapat mengambil keputusan yang cepat dan tepat. Keragu-raguan dalam pengambilan keputusan akan berisiko pada penanganan korban yang terlambat dan dapat mengakibatkan timbulnya gejolak sosial.

Keputusan yang sudah dikeluarkan dilaksanakan oleh tim yang memiliki kompetensi yang sesuai dibidangnya. Misalnya dalam penanganan korban luka bakar akibat erupsi gunung api di rumah sakit, dilakukan oleh tim ahli bedah. Bila di rumah sakit tersebut dokter bedah kurang mencukupi maka perlu pengerahan ahli bedah dari luar lokasi bencana.

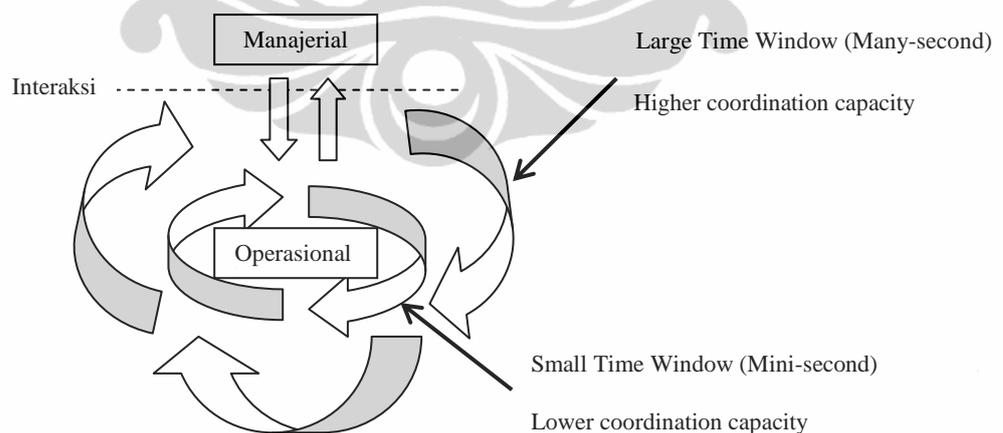
Kelima unsur diatas membentuk konsep koordinasi selama masa tanggap darurat ke dalam dua bentuk koordinasi yang berbeda, yaitu koordinasi tanggap darurat di lokasi (on-site response coordination) atau disebut juga dengan Mini-second coordination dan koordinasi tanggap darurat jauh (remote response coordination) atau disebut juga Many-second coordination. (Chen, et.al, 2008).



Gambar 2.1

Lima unsur yang mempengaruhi koordinasi tanggap darurat
(Chen et.al, 2008)

Konsep mini-second dan many-second coordination berkaitan dengan tugas koordinasi yang berbeda, yaitu tingkat operasional dan manajerial; cakupan atau lingkup, yaitu cakupan dari waktu, informasi dan kapabilitas yang tersedia; dan kualitas outcome. Mini-second coordination ditujukan pada kebutuhan pada koordinasi yang segera harus dilakukan sedangkan many-second coordination berkaitan dengan pengawasan dan pemberian dukungan dengan sumber daya dan informasi yang lebih baik. Konsep mini dan many-second coordination diadaptasi dari kerangka yang dibuat oleh Lewandowski dkk seperti pada gambar 2 berikut.



Gambar 2.2

Konsep mini dan many-second coordination dari Lewandowski dkk
(Chen, Rui et.al, 2008)

Sedangkan menurut UNOCHA, terdapat dua tingkat koordinasi, yaitu koordinasi tingkat strategi dan koordinasi tingkat operasional. Kedua tingkatan tersebut saling berhubungan. Tingkat strategi berfokus pada upaya penanggulangan secara keseluruhan, sedangkan tingkat operasional berfokus pada kebutuhan dan pelayanan yang dibutuhkan saat itu.

Untuk mendukung respon yang cepat selama masa tanggap darurat, keputusan harus dibuat sesegera mungkin yang dapat terkendala oleh kemampuan seseorang dalam menganalisis permasalahan koordinasi dan menemukan jalan keluar yang tepat. Respon pada bencana dapat dilihat sebagai kesatuan dari koordinasi di lokasi dan koordinasi diluar lokasi. Koordinasi di lokasi biasanya bersifat reaktif dan berlangsung dalam periode yang lebih singkat. Hal ini dikenal sebagai mini-second coordination cycle dengan karakteristik tipikal yaitu bekerjasama dengan kapasitas lokal (Chen, 2008).

Tanpa pemahaman mengenai gambaran secara global terhadap permasalahan maka upaya dilakukan sebagai reaksi terhadap kejadian di lokasi. Koordinasi yang baik adalah dilakukan berdasarkan pemahaman dan dilakukan dengan menyusun operasional global yang menggambarkan maksud dan tujuan koordinasi. Komunikasi yang efisien adalah sangat esensi untuk mengembangkan pemahaman terhadap permasalahan secara global. Diperlukan struktur pengawas yang bekerja dengan isu-isu strategis dan mampu melihat permasalahan secara global serta melibatkan sumber daya eksternal untuk membantu kapasitas lokal.

Tim aju atau tim yang berada di garis depan adalah orang-orang yang memiliki kemampuan dan pengalaman dalam melakukan koordinasi yang lebih spesifik. Sedangkan pada tataran manjerial berfokus pada isu besar seperti koordinasi lintas sektor, mobilisasi logistik dan penyusunan kebijakan teknis.

Tabel 2.1. Gambaran koordinasi selama masa tanggap darurat (Chen, 2008)

Koordinasi selama masa tanggap darurat		Isu Koordinasi	Tujuan Koordinasi	Mekanisme Koordinasi
Mini Second Coordination (Bersifat reaktif)	Alur tugas	Detail tugas, schedule dll	Kesesuaian antara tugas dan keahlian personil, tidak ada tumpang	Berkala, terjadwal, tersinkronisasi,dll

Koordinasi selama masa tanggap darurat		Isu Koordinasi	Tujuan Koordinasi	Mekanisme Koordinasi
			tindih atau duplikasi upaya, dll	
	Sumber daya	Penggunaan sumber daya, realokasi, taktis pemakaian, dll	sharing sumber daya yang efisien, penempatan dan penggunaan yang efisien, dll	Berdasarkan prioritas (berdasarkan kebutuhan)
	Alur informasi	Pertukaran informasi secara langsung antara pelaksana dan pos komando	Komunikasi yang baik antar pelaksana, alur informasi berkala	Komunikasi face to face, dll
	Keputusan	Kecepatan pengambilan keputusan untuk intervensi segera	Penyusunan keputusan yang cepat dan tepat, dll	Pendelegasian keputusan, mendukung untuk keputusan yang terdesentralisasi, dll
	Pelaksana	Hubungan antar tim, dll	Kepercayaan dan semangat, dll	komunikasi interpersonal, dll
Many Second Coordination (Bersifat proaktif dan lebih reflektif)	Alur tugas	Desain dan manajemen upaya, alur tugas secara makro, dll	Pencapaian tujuan dengan respon menyeluruh, integrasi kapasitas lokal dan eksternal, dll	Seleksi tujuan, pembagian tugas, dll
	Sumber daya	Penggunaan sumber daya lokal dan eksternal, dll	Pemakaian sumber daya eksternal secara efisien dan optimalisasi alokasi	Menyusun rencana bantuan, pendampingan donor, prioritas, dll

Koordinasi selama masa tanggap darurat		Isu Koordinasi	Tujuan Koordinasi	Mekanisme Koordinasi
	Alur informasi	Penggunaan informasi secara global	Integrasi informasi, gambaran global operasional, dll	Informasi multi source, pemfokusan analisis informasi, distribusi informasi dengan sosial networking, dll
	Keputusan	Kualitas pembuatan keputusan	Keputusan dibuat berdasarkan gambaran menyeluruh dan kebutuhan strategis, dll	Sharing pengetahuan, non birokrasi, dll
	Pelaksana	Konflik multi agensi, isu politik, dll	Penyusunan tujuan, kebijakan yang berbeda dari biasanya	Rapat tim, risk sharing, saling menyesuaikan, dll

Di dalam wilayah kerja masing-masing sektor termasuk kesehatan, juga memiliki sistem koordinasi tersendiri. Koordinasi dalam ruang yang lebih kecil ini untuk memecahkan masalah yang dihadapi secara sektoral. Sebagai contoh, organisasi di rumah sakit dalam penanganan korban bencana juga membutuhkan koordinasi.

2.2 Peran Pemerintah dan Pemerintah Daerah

Koordinasi tanggap darurat di beberapa negara terutama dengan pemerintahan sipil dikoordinasikan dari tingkat bawah atau kabupaten selanjutnya ke tingkat provinsi dan terus sampai kepada pemerintah pusat, dengan tingkat aktivitas yang bergantung pada skala bencana (Douglas, 1998). Pada negara-negara yang sedang berkembang dengan sumber daya yang terbatas dan

keterlibatan militer dalam pemerintahan, biasanya memiliki ketergantungan yang kuat pada intervensi militer saat bencana (King, 2007).

Meskipun peraturan perundangan di beberapa negara menempatkan tanggung jawab kesiapsiagaan pada pemerintah lokal atau kabupaten, kemampuan pemerintah lokal atau kabupaten pada tingkat tersebut dalam merespon bencana sangat terbatas (King, 2007).

Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap upaya penanggulangan bencana termasuk pada saat tanggap darurat. Berdasarkan Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Pemerintah membentuk Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD). Pada saat tanggap darurat bencana, BNPB atau BPBD bertugas mengendalikan seluruh upaya penanganan masalah yang timbul akibat bencana.

Sektor kesehatan adalah salah satu subsistem dalam kegiatan penanganan masalah akibat bencana untuk bidang kesehatan. Sektor kesehatan dalam hal ini dinas kesehatan di tingkat daerah maupun Kementerian Kesehatan di tingkat Pusat bertanggungjawab terhadap penanganan masalah-masalah kesehatan yang diakibatkan oleh bencana.

Keterpaduan antara BNPB atau BPBD dengan Kementerian Kesehatan atau dinas kesehatan dalam penyelenggaraan upaya penanganan tanggap darurat saat bencana harus berjalan secara harmonis dengan berlandaskan pada otonomi dan kapasitas daerah yang terkena dampak bencana.

Menurut Howlett dan Ramesh, terdapat dua hal dalam sistem pemerintahan yang memiliki dampak besar pada kemampuan suatu negara untuk merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan, yaitu otonomi dan kapasitas. Otonomi dalam hal ini diartikan sebagai kemampuan institusi pemerintah untuk menolak kelompok-kelompok yang berkepentingan dan kemampuan pemerintah bertindak secara wajar sebagai penguasa jika terjadi perbedaan kepentingan. Pemerintahan tidak dapat netral dalam soal-soal politik tetapi politik harus dijalankan dengan tujuan memperbaiki kesejahteraan rakyat, tidak untuk merespon dan melindungi

kelompok tertentu yang memiliki kepentingan terselubung. Sedangkan kapasitas merujuk pada kemampuan sistem pemerintahan untuk merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan. Hal ini terlihat dari keahlian, sumber daya dan kesatuan dari alat-alat pemerintahan (Buse, 2005).

Kebijakan yang dihasilkan oleh pusat sudah seharusnya melihat otonomi suatu daerah sehingga kebijakan tersebut dapat diadopsi oleh pemerintah daerah dalam penyelenggaraan penanggulangan permasalahan kesehatan akibat bencana. Otonomi daerah memberikan keleluasaan bagi pemerintah daerah dalam melaksanakan wewenang yang dilimpahkan pemerintah pusat untuk mengatur urusan pemerintahan atau lebih dikenal dengan desentralisasi. Terdapat berbagai argumentasi terkait desentralisasi dan pengambilan kebijakan, yaitu (Green, 2007):

- a. Desentralisasi mengantar kebijakan lebih dekat kepada masyarakat yang dilayani sehingga akan melibatkan partisipasi masyarakat.
- b. Desentralisasi mengantar kebijakan publik lebih dekat pada *service provider* di lapangan
- c. Desentralisasi membawa potensi yang lebih besar untuk kolaborasi multisektor dan multiagensi pada tingkat pemberi layanan yang lebih rendah daripada melalui kontrol pusat
- d. Desentralisasi dapat meningkatkan kemampuan daerah dalam mengatur keuangan (pembiayaan)
- e. Desentralisasi dapat menciptakan efisiensi dalam menyelenggarakan pelayanan.

2.3 Permasalahan Kesehatan Akibat Erupsi Gunung Api

Pengkategorian gunung api di Indonesia berdasarkan pada catatan tahun erupsi, yaitu tahun 1600, bukan berdasarkan kehebatan erupsi dan dampak yang ditimbulkan. Pada tabel 2.2 dapat dilihat beberapa erupsi gunung api di Indonesia sejak 1500 dan dampaknya.

Tabel 2.2 Beberapa erupsi gunung api di Indonesia
(Davidson dan Da Silva, 2000; Pratomo dan Abdurrachman, 2004)

No	Gunung Api	Tahun	Erupsi Eksplorisif (Korban Jiwa)	Lahar (Korban Jiwa)	Tsunami (Korban Jiwa)	Kelaparan (Korban Jiwa)
1.	Kelud	1586		10.000		
2.	Tambora	1815	12.000			80.000
3.	Galunggung	1822	1.500	4.000		
4.	Awu	1826		3.000		
5.	Krakatau	1836			36.417	
6.	Awu	1892		1.532		
7.	Kelud	1919		5.110		
8.	Merapi	1930	1.300			
9.	Agung	1963	900	165		

Gunung Merapi dengan ketinggian kurang lebih 2911 m dari permukaan laut dan terletak di $7^{\circ} 32,5'$ LS dan $110^{\circ} 26,5'$ BT, dalam dua wilayah provinsi, yaitu DI Yogyakarta dan Jawa Tengah. Aktivitas Gunung Merapi terekam dengan baik sejak tahun 1768 atau dikaitka dengan sejarah Borobudur pada tahun 1006 (Pratomo, 2006).

Sedikitnya enam erupsi besar pernah terjadi dalam sejarah Gunung Merapi, diantaranya pada tahun 1587, 1672, 1768, 1822, 1849, dan 1872. Erupsi pada tahun 1822 menghasilkan endapan jatuhnya piroklastik yang cukup tebal di bagian Barat Laut dan Timur Laut gunung. Secara umum erupsi gunung api ini lebih bersifat eksplosif dan merusak pada abad VII hingga abad XIX, setelah itu menjadi cenderung menurun menjadi efusif yang ditandai dengan pertumbuhan kubah lava (Pratomo, 2006).

Gunung Merapi dikenal sebagai salah satu gunung api teraktif di dunia dengan karakteristik erupsinya bersifat aktif permanen, yaitu guguran kubah lava, atau lava pijar membentuk aliran piroklastik (awan panas) atau nueue ardentess yang dalam bahasa setempat disebut wedhus gembel. Kejadian ini dapat terjadi setiap saat, baik dipicu oleh tekanan dalam pipa kepundannya, ataupun akibat gaya

gravitasi yang bekerja pada kubah lava yang berada dalam posisi yang tidak stabil (Pratomo, 2006).

Erupsi Gunung Merapi pada tahun 1930 tercatat sebagai erupsi yang cukup luar biasa, ditandai oleh guguran kubah lava dan erupsi yang sangat eksplosif, membentuk aliran awan panas hingga mencapai 13,5 km dari pusat erupsi. Erupsi ini menimbulkan jatuhnya korban sebanyak 1.369 orang meninggal dunia (Pratomo, 2006).

Pada umumnya kegiatan Gunung Merapi sangat khas yaitu guguran kubah lava, disertai atau tanpa erupsi eksplosif membentuk aliran awan panas hingga 8 km dari pusat erupsi. Erupsi yang relatif besar umumnya terjadi sekali dalam seratus tahun (Pratomo, 2006).

Setiap jenis bencana memiliki karakteristik masing-masing yang spesifik baik onset maupun dampaknya. Erupsi gunung api memiliki karakteristik antara lain adanya tanda-tanda peringatan berupa peningkatan aktivitas dan dapat diprediksi kemungkinan terjadinya, dapat merusak struktur bangunan, aliran lava dapat mengakibatkan kebakaran, sebaran debu vulkanik dapat menjangkau areal yang sangat luas, banjir lava dapat terjadi jika disertai hujan, debu vulkanik menyebabkan masalah pernapasan dan dapat mencemari sumber air, menyebabkan luka bakar, adanya sikap apatis masyarakat yang menganggap erupsi kecil sebagai hal yang biasa terjadi, kejadiannya dapat berlangsung lama (Carter, 1991).

Erupsi gunung api tidak hanya merusak bangunan dan mengakibatkan jatuhnya korban jiwa, akan tetapi juga mencemari lingkungan berupa polusi udara, pencemaran air dan tanaman pangan. Pencemaran tersebut berupa bahan kimia seperti logam (As, Hg, Cd dan Fe), flourid, silica, asbestos dan garam alkali (Cook, 2005). Abu gunungapi terdiri dari partikel halus batuan gunungapi yang terfragmentasi (kurang dari 2 mm diameter). Abu gunungapi terbentuk selama ledakan gunung berapi, dari longsoran batu panas yang mengalir di sisi gunung berapi, atau dari semprotan lava pijar. Bentuk dan sifat abu gunungapi berbeda-beda tergantung pada jenis dan bentuk erupsi gunung berapi. Warna abu gunungapi dari abu-abu terang hingga hitam, sedangkan untuk ukuran juga bervariasi mulai dari yang seperti grit hingga sehalus bedak. Abu gunungapi dapat

menghalangi sinar matahari, mengurangi jarak pandang dan terkadang menyebabkan gelap gulita pada siang hari (Horwell, 2005).

Salah satu bentuk paparan yang paling berbahaya adalah abu gunung api yang masuk melalui sistem pernapasan. Morfologi debu vulkanik dengan ukuran < 15 milimikron dapat mengakibatkan infeksi laring dan faring, ukuran < 10 milimikron dapat menginduksi infeksi trakhea dan bronchitis, sedangkan ukuran < 4 milimikron mengakibatkan sakit paru kronis seperti silicosis (Horwell, 2005).

Setelah seseorang menghirup abu gunung api dalam jumlah yang signifikan maka dampak yang akan timbul adalah reaksi akut maupun kronis. Dampak akut yaitu asma yang dipicu oleh silika, terutama pada anak yang sebelumnya sudah memiliki riwayat asma. Reaksi kronis timbul sebagai akibat paparan dalam jangka waktu yang lama dan berisiko menimbulkan Chronic Obstruction Pulmonary Disease (COPD) dan kanker paru yang dikaitkan dengan kandungan kristal silika dalam abu (Horwell, 2005; Forbes, 2008).

Pada beberapa erupsi gunungapi, partikel abu sangat halus sehingga dapat masuk ke paru-paru ketika kita bernapas. Apabila paparan terhadap abu cukup tinggi, maka orang yang sehatpun akan mengalami kesulitan bernapas disertai batuk dan iritasi. Beberapa tanda-tanda penyakit pernapasan akut (jangka waktu pendek) akibat abu gunungapi (Cook, 2005; Horwell, 2005):

- 1) iritasi hidung dan pilek
- 2) iritasi dan sakit tenggorokan, kadang disertai dengan batuk kering
- 3) untuk penderita penyakit pernapasan, abu gunungapi dapat menyebabkan penyakit menjadi serius seperti tanda-tanda bronkitis akut selama beberapa hari (seperti: batuk kering, produksi dahak berlebih, mengi dan sesak napas)
- 4) iritasi saluran pernapasan bagi penderita asma atau bronkitis; keluhan umum dari penderita asma antara lain sesak nafas, mengi dan batuk
- 5) ketidaknyamanan saat bernapas

Dalam beberapa kasus, paparan jangka panjang terhadap abu gunungapi halus dapat menyebabkan penyakit paru-paru serius. Dalam hal ini, abu gunungapi harus berukuran sangat halus serta mengandung silika kristal (untuk penyakit silikosis) dan orang-orang tersebut terkena abu dalam konsentrasi tinggi selama bertahun-tahun. Paparan terhadap silika kristal dalam abu gunungapi

biasanya dalam jangka waktu yang pendek (beberapa hari hingga minggu). Studi juga menunjukkan bahwa batas paparan yang direkomendasikan (sama di beberapa negara) dapat terlampaui untuk jangka waktu yang singkat bagi penduduk secara umum (Hincks, 2006).

Para penderita asma atau masalah paru-paru lainnya seperti bronkitis dan emfisema, dan gangguan jantung parah adalah mereka yang paling berisiko. Partikel abu yang sangat halus dapat mengiritasi saluran pernapasan dan menyebabkan kontraksi sehingga mempersulit pernapasan, khususnya bagi mereka yang sudah memiliki permasalahan paru-paru. Abu halus juga menyebabkan lapisan saluran pernapasan menghasilkan lebih banyak sekresi yang dapat membuat orang batuk dan bernapas lebih berat. Penderita asma, khususnya anak-anak, dapat menderita serangan batuk, sesak dada dan mengi. Beberapa orang yang tidak pernah menderita asma dapat mengalami gejala seperti asma setelah hujan abu, khususnya jika mereka yang terlalu lama melakukan kegiatan di luar ruangan (Cook, 2005; Horwell, 2005).

Iritasi mata merupakan dampak kesehatan umum yang sering dijumpai. Hal ini terjadi karena butiran-butiran abu yang tajam dapat merusak kornea mata dan membuat mata menjadi merah. Pengguna lensa kontak diharapkan menyadari hal ini dan melepas lensa kontak mereka untuk mencegah terjadinya abrasi kornea. Tanda-tanda umum antara lain (Cook, 2005; Horwell, 2005):

- 1) merasakan seolah-olah ada partikel yang masuk ke mata
- 2) mata menjadi sakit, perih, gatal atau kemerahan
- 3) mengeluarkan air mata dan lengket
- 4) kornea lecet atau tergores
- 5) mata merah akut atau pembengkakan kantong mata sekitar bola mata karena adanya abu, yang mengarah pada memerahnya mata, mata terbakar dan menjadi sangat sensitif terhadap cahaya.

Meskipun jarang ditemukan, abu gunungapi dapat menyebabkan iritasi kulit untuk sebagian orang, terutama ketika abu gunungapi tersebut bersifat asam. Tanda-tandanya antara lain iritasi dan memerahnya kulit serta infeksi sekunder akibat garukan.

Permasalahan-permasalahan kesehatan akibat erupsi gunung api tersebut diatas secara singkat dapat dibagi dalam dua kategori yaitu permasalahan kesehatan individu dan permasalahan kesehatan masyarakat. Jumlah kasus yang tinggi seperti ISPA dalam satu kelompok masyarakat yang terancam oleh bahaya gunung api dapat menjadi suatu kejadian luar biasa bila tidak ditangani segera. Perlu dilakukan berbagai upaya untuk menangani dan mencegah timbulnya permasalahan kesehatan yang berpotensi menjadi masalah serius ditengah masyarakat yang terancam. Setiap upaya yang dilakukan harus difokuskan pada permasalahan kesehatan yang timbul dan berpotensi menjadi permasalahan secara terarah dan terpadu dengan melibatkan seluruh jajaran kesehatan dengan dukungan sektor terkait.

2.4 Tanggap Darurat Bencana

Tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana.

Dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana Pasal 48 tentang penyelenggaraan penanggulangan bencana pada saat tanggap darurat antara lain meliputi:

- a. pengkajian secara cepat dan tepat terhadap lokasi, kerusakan, dan sumber daya;
- b. penentuan status keadaan darurat bencana;
- c. penyelamatan dan evakuasi masyarakat terkena bencana;
- d. pemenuhan kebutuhan dasar;
- e. perlindungan terhadap kelompok rentan; dan
- f. pemulihan dengan segera prasarana dan sarana vital.

Kesehatan merupakan subsistem dalam penanganan tanggap darurat dan pemulihan akibat bencana. Dalam Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 82 ayat 2 disebutkan Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan kesehatan pada tanggap darurat dan

pascabencana. Sedangkan ayat 3 berbunyi Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mencakup pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.

Undang-Undang 24 tahun 2007 menjelaskan bahwa upaya penanganan bencana pada masa tanggap darurat mencakup pengkajian cepat, penentuan status darurat, penyelamatan dan evakuasi, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan kelompok rentan dan pemulihan segera sarana dan prasarana. Salah satu bentuk pemenuhan kebutuhan dasar adalah pelayanan kesehatan.

Sedangkan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa bentuk penanganan bidang kesehatan pada masa tanggap darurat adalah pelayanan kegawatdaruratan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Satu-satunya hubungan kedua UU tersebut adalah bahwa pada saat tanggap darurat, bidang kesehatan memberikan pelayanan kegawatdaruratan untuk menyelamatkan nyawa pasien.

- 1) Kegiatan-kegiatan pada masa tanggap darurat
 - a. Pengkajian cepat

Pengkajian cepat dilakukan untuk menilai dampak di lokasi kejadian, sumber daya lokal yang masih dapat di mobilisasi dan kebutuhan yang segera diperlukan. Saat tsunami menghantam Banda Aceh dan berdampak hingga ke Thailand pada 26 Desember 2004, pemerintah Thailand melakukan *Rapid Health and Need Assessment* (Pengkajian Cepat Masalah dan Kebutuhan Kesehatan) ke wilayah yang terkena dampak. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan format penilaian WHO; pengumpulan data khusus rumah sakit; penilaian kerusakan gedung, sistem komunikasi, listrik serta air bersih; kondisi tenaga kesehatan dan suplai logistik; dan mengantisipasi kebutuhan kesehatan. Kondisi sanitasi pasca bencana dan pengkajian cepat masalah penyakit yang berpotensi wabah dilakukan sebagai langkah antisipatif (A Pawar, 2005).

Pengkajian tersebut dilakukan untuk menilai besarnya dampak dan menilai kebutuhan lokal yang diperlukan. Penilaian tidak hanya untuk penanganan yang bersifat jangka pendek dan menengah, akan tetapi dapat menjadi dasar dalam pemulihan jangka panjang bagi daerah yang terkena dampak bencana (Fernando, 2006).

Pengkajian cepat juga mengindikasikan bagaimana kemampuan, fungsi dan akses pelayanan kesehatan suatu wilayah dalam mengelola sumber daya dengan efektif saat menghadapi kedaruratan (Fernando, 2006).

b. Evakuasi

Terdapat empat bentuk evakuasi korban bencana terkait dengan pemilihan waktu dan lamanya evakuasi, yaitu (Holt, 2007):

- 1) evakuasi yang protektif, merupakan evakuasi yang dilakukan jauh tidak dalam kondisi terjadi kedaruratan;
- 2) evakuasi yang preventif, merupakan evakuasi yang dilakukan setelah ada peringatan akan terjadi bencana dalam waktu dekat;
- 3) evakuasi penyelamatan, merupakan evakuasi yang dilakukan sesaat setelah terjadi bencana;
- 4) evakuasi rekonstruktif, merupakan evakuasi yang dimulai saat upaya pemulihan mulai dilakukan.

Evakuasi bidang kesehatan lebih sering dilakukan pada saat bencana adalah evakuasi penyelamatan dan rekonstruksi.

Semua bentuk evakuasi tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu, sistem, lingkungan dimana korban berada dan kondisi individu. Ketiga faktor tersebut sangat mempengaruhi tindakan evakuasi yang dilakukan, seperti kondisi individu dengan cacat mungkin memiliki pengalaman dengan kondisi kedaruratan yang mempengaruhi emosi sehingga turut mempengaruhi kondisi kesembuhannya (Fernando, 2006).

Evakuasi dalam waktu yang singkat dan dilakukan dengan cara yang tepat dapat menolong korban lebih banyak sebelum mereka mendapat perawatan lebih lanjut di rumah sakit (Avitzour, 2004). Dalam penelitian lain disebutkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam angka kematian pada pasien yang diprioritaskan untuk dievakuasi dengan yang ditunda dengan tambahan catatan bahwa stabilisasi ditempat terus dilakukan (Schmidt, 2006).

Selain itu perlu pula dipertimbangkan sarana transportasi saat evakuasi. Dengan mempertimbangkan waktu yang tepat dan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke tempat tujuan, korban yang memerlukan terapi

definif sesegera mungkin dapat dievakuasi melalui udara. Pilihan evakuasi udara adalah yang terbaik apabila ditemui hambatan dan jarak yang jauh bila ditempuh melalui darat. Dalam 328 kasus yang diteliti, 88% diantaranya dievakuasi dengan evakuasi udara atas permintaan dokter, selebihnya atas permintaan polisi, pemadam kebakaran, dan petugas ambulan darat (Hotvedt, 1996). Hal ini mencerminkan bahwa petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan memerlukan sarana pendukung lainnya untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan.

c. Pemenuhan Kebutuhan Dasar (Pelayanan Kesehatan)

Pemenuhan kebutuhan dasar bagi sektor kesehatan ditujukan pada pemenuhan pelayanan kesehatan bagi yang memerlukan. Pemenuhan pelayanan kesehatan pada saat tanggap darurat bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Untuk mencapai tujuan tersebut pemberian pelayanan bagi korban mulai diberikan pada sebelum rumah sakit sampai rumah sakit rujukan. Semakin cepat korban memperoleh pelayanan kesehatan semakin besar kemungkinan akan selamat (Schultz, 1996).

Manajemen penanganan korban massal baik pra-rumah sakit maupun rumah sakit mencakup operasi penyelamatan, pengerahan tim gawat darurat ke lokasi, evakuasi korban, pengerahan staf medis di rumah sakit, pelayanan kegawatdaruratan, prosedur pemeriksaan penunjang, rawat inap, rujukan sekunder serta rujukan antar rumah sakit (Avitzour, 2004).

d. Pelayanan kesehatan pra-rumah sakit

Saat terjadi peristiwa yang mengakibatkan jatuhnya korban dalam jumlah besar, beberapa ambulans yang berada disuatu wilayah dapat dikerahkan ke lokasi dan diharapkan dapat mencapai tujuan dalam waktu sesingkat mungkin. Ambulan-ambulan tersebut diantaranya harus memiliki kelengkapan sebagai intensive care mobile dan tenaga-tenaga yang mampu memberikan bantuan hidup dasar. Salah satu personel senior dan terlatih ditunjuk dan bertugas memberikan komando kepada semua personel medis. Personel tersebut mengatur jalannya triase, resusitasi dan evakuasi. Distribusi korban ke beberapa rumah sakit diatur

oleh seorang petugas lainnya yang ditunjuk. Semua kegiatan pra-rumah sakit harus terintegrasi dengan seluruh rumah sakit dan *Incident Command Post* (Avitzour, 2004; Broz, 2009; Joshipura, 2008).

Sistem informasi medis harus diaktifkan saat terjadi kegawatdaruratan untuk menghubungkan antara staf medis yang ada di lokasi dengan rumah sakit rujukan. Perlu pula dibuat suatu format pelaporan yang seragam untuk memberikan informasi yang jelas dan sama baik antar staf di lokasi dengan rumah sakit maupun antar rumah sakit. Tidak berjalannya sistem informasi akan mengakibatkan penanganan kegawatdaruratan menjadi tidak efektif (Broz, 2009).

Salah satu tindakan medis yang dilakukan pra-rumah sakit adalah triase yaitu memilah dan memilih korban berdasarkan keparahan luka yang mengancam nyawa dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi korban luka sebanyak mungkin dalam waktu yang singkat. Korban dipilah berdasarkan tingkat keseriusan luka dan masih memiliki kemungkinan hidup. Triase tidak hanya dilakukan di lokasi kejadian, triase terus dilakukan secara berjenjang dari lokasi sampai ke ruang operasi. Tanpa kegiatan triase di lokasi kejadian, setiap tingkat pelayanan kesehatan akan gagal memberikan pelayanan yang optimal (Avitzour, 2004; Llewellyn, 1992). Terlihat bahwa triase merupakan tindakan medis yang dilakukan baik pra-rumah sakit maupun di rumah sakit. Tanpa adanya pemilahan dan seleksi korban di lokasi kejadian, fasilitas kesehatan akan kebanjiran pasien yang tidak perlu mendapat perawatan di rumah sakit. Selain itu, korban dengan kondisi luka yang mengancam nyawa akan mendapat prioritas dan tindakan medis yang optimal.

e. Pelayanan kesehatan rumah sakit

Pada kejadian bencana, rumah sakit dihadapkan pada beban yang tidak ringan yaitu memberikan pelayanan selama masa tanggap darurat bahkan hingga masa pemulihan. Fasilitas kesehatan biasanya kurang atau tidak memiliki prosedur tetap untuk menerima dan menampung pasien dalam jumlah besar dalam waktu yang bersamaan (Lindsey, 2009).

Rumah sakit seharusnya memiliki *Incident Command* sendiri untuk mengendalikan semua kegiatan pelayanan kegawatdaruratan dengan jumlah

korban besar. Incident Command ini diaktifkan saat rumah sakit menerima korban massal (Lindsey, 2009).

Di India saat terjadi bencana, semua rumah sakit baik milik pemerintah, swasta, klinik-klinik pribadi dapat menjadi tempat rujukan. Namun demikian, perlu ada standar yang dibuat untuk membangun sistem rujukan trauma (Joshipura, 2008).

Sistem informasi medis di rumah sakit diperlukan untuk menginformasikan kondisi pasien yang akan tiba di rumah sakit terutama bila terjadi korban massal. Jajaran kesehatan seharusnya memiliki saluran radio tersendiri yang dapat dipakai untuk kegiatan medis tanpa harus terganggu oleh pengguna radio lain diluar kesehatan (Joshipura, 2008; Munk, 2009). Triase di rumah sakit sangat penting karena dapat mencegah pengerahan sumber daya yang tidak perlu sehingga menekan biaya yang berlebihan dan pasien memperoleh tindakan medis yang tepat (Sturms, 2006).

f. Perlindungan Kelompok Rentan

Kelompok rentan adalah kelompok yang menderita akibat kerusakan yang ditimbulkan oleh bencana. Pengertian lain adalah suatu kondisi yang dipengaruhi oleh fisik, sosial, ekonomi maupun proses lingkungan yang meningkatkan kemungkinan suatu masyarakat terkena dampak dari suatu ancaman (Adams, 2008). Oleh karena itu, kelompok ini sangat rentan terhadap penyakit sehingga perlu pendekatan yang komprehensif dengan tujuan menurunkan risiko dan kerentanannya dan meningkatkan ketahanannya.

Pendekatan kesehatan untuk kelompok rentan yang biasanya pengungsi adalah tidak mudah karena pengaruh dari faktor-faktor budaya, sosial dan agama (Adams, 2006; Cannon, 2008). Kemampuan adaptasi terhadap perubahan lingkungan juga mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan. Petugas kesehatan yang bergerak dibidang kesehatan masyarakat seharusnya mampu memberikan informasi dan edukasi kepada kelompok rentan yang hidup dipengungsian tentang risiko penyakit dilokasi pengungsian dan bagaimana cara menghadapinya. Hal ini merupakan salah satu langkah meningkatkan kemampuan adaptasi masyarakat terhadap perubahan lingkungan (Ebi, 2006; Cannon, 2008).

Meningkatkan kemampuan adaptasi pengungsi terutama kelompok rentan agar mampu melakukan fungsi sosialnya setelah mengalami kejadian yang mengganggu kehidupannya. Hal ini disebut dengan resiliensi masyarakat. Peningkatan resiliensi (ketahanan) masyarakat harus melibatkan masyarakat itu sendiri. Individu yang mampu beradaptasi adalah individu yang sehat jasmani dan rohani, berperilaku sehat dan mampu meningkatkan kualitas hidupnya meskipun berada di pengungsian (Norris, 2008; Surjan, 2009).



BAB III KERANGKA TEORI DAN KERANGKA PIKIR

3.1 Kerangka Teori

Koordinasi secara etimologis adalah perihal mengatur suatu organisasi atau kegiatan sehingga peraturan dan tindakan yang akan dilaksanakan tidak saling bertentangan atau simpang siur. Sedangkan menurut istilah manajemen, koordinasi adalah kegiatan memadukan fungsi-fungsi dan sumber daya yang ada dalam sistem atau organisasi, sehingga dapat dicapai hasil yang optimal dalam upaya pencapaian sasaran dan tujuan organisasi.

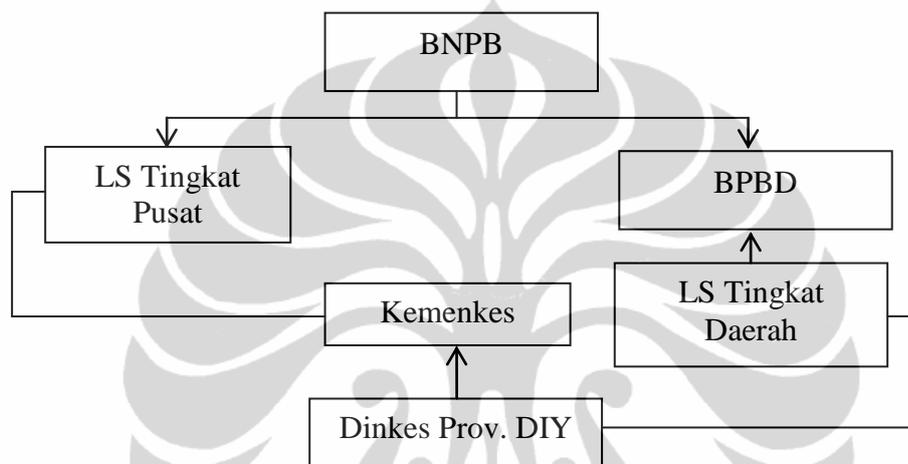
Penanganan tanggap darurat bidang kesehatan pada bencana erupsi Gunung Merapi dilakukan koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan dinas kesehatan. Koordinasi tersebut terlihat dari laporan harian Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta kepada Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan selama masa tanggap darurat erupsi Gunung Merapi pada tahun 2010.

Laporan harian tersebut berisi tentang informasi perkembangan aktivitas Gunung Merapi, permasalahan kesehatan, upaya penanganan, bantuan yang dibutuhkan dan rencana tindak lanjut. Permasalahan kesehatan yang dilaporkan mencakup masalah-masalah kesehatan di lokasi bencana, rumah sakit, lokasi pengungsian dan dinas kesehatan. Upaya penanganan yang dilaporkan mencakup upaya-upaya yang dilakukan oleh dinas kesehatan, rumah sakit, dan Kementerian Kesehatan. Sedangkan bantuan yang dilaporkan adalah bantuan kesehatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit dan dinas kesehatan. Rencana tindak lanjut memuat tentang upaya yang akan dilakukan terkait penanganan masalah kesehatan akibat bencana.

Berdasarkan laporan harian dan catatan rapat koordinasi, terdapat beberapa hal yang dikoordinasikan yaitu tentang perkembangan permasalahan kesehatan, upaya penanganan yang telah dilakukan dan bantuan yang dibutuhkan.

Kementerian Kesehatan dalam pertemuan koordinasi menerima informasi dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan LSM kesehatan berupa data dampak kesehatan yang ditemui oleh pelaku kesehatan di lapangan. Upaya kesehatan dan ketersediaan sumber daya juga disampaikan oleh masing-masing instansi pada rapat koordinasi.

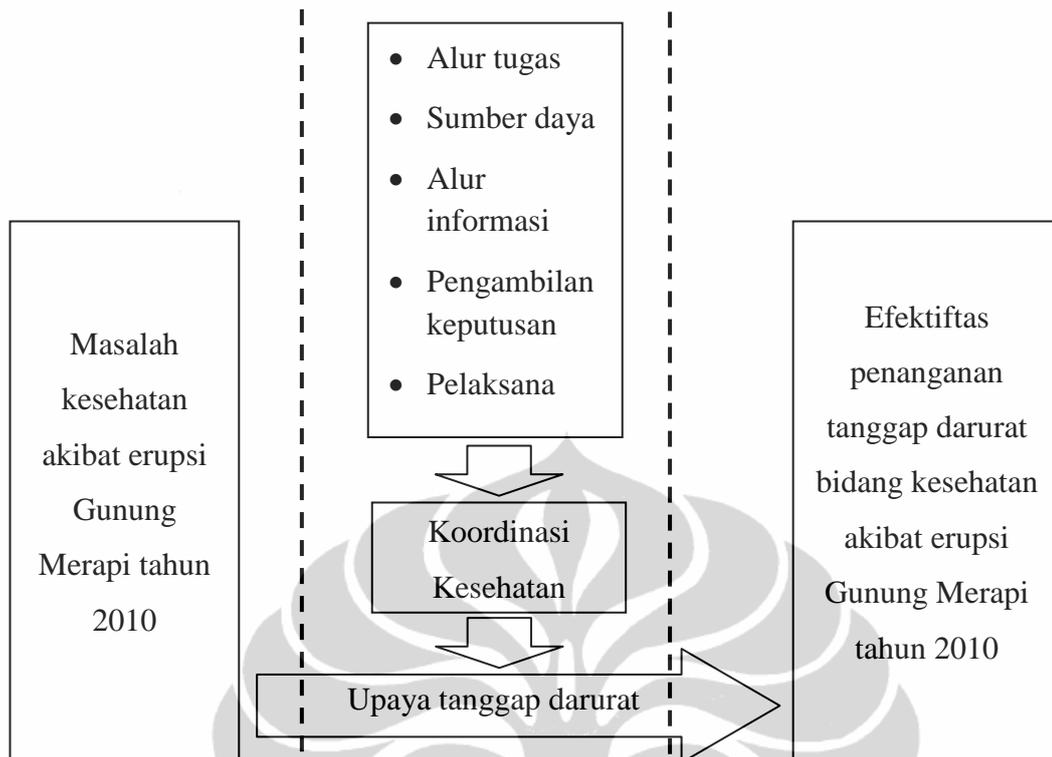
Alur hubungan koordinasi antara BNPB, BPBD, Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta pada saat terjadi erupsi Gunung Merapi tahun 2010 terlihat pada gambar 3.1 dibawah.



Gambar 3.1 Alur hubungan koordinasi antara BNPB, BPBD, Kemenkes dan Dinkes Provinsi DIY

BNPB bertindak sebagai pimpinan koordinasi harian dalam penanganan bencana secara keseluruhan. BNPB mengkoordinir BPBD Provinsi Jateng dan DIY serta lintas sektor terkait termasuk Kementerian Kesehatan. Sedangkan di sektor kesehatan, Kemenkes adalah pimpinan koordinasi dalam penanganan bencana bidang kesehatan yang mengkoordinir dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota termasuk lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan.

Sebagaimana yang dibahas dalam tinjauan pustaka, koordinasi dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain alur tugas, sumber daya, alur informasi, pengambilan keputusan dan kerjasama pelaksana.

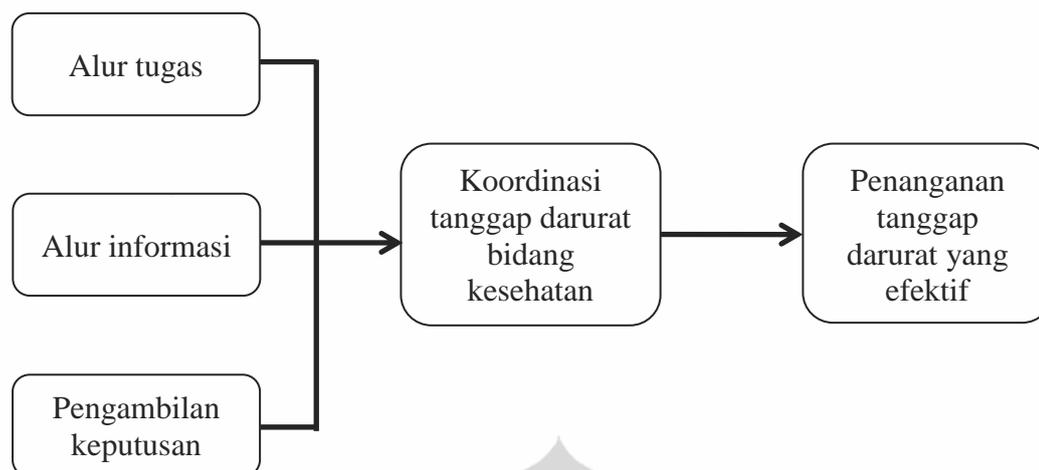


Gambar 3.2 Bagan kerangka teori

3.2 Kerangka Pikir

Hubungan antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DIY dalam penanganan tanggap darurat menarik untuk di evaluasi dilihat dari kewenangan dan kemandirian dari kedua instansi pemerintah tersebut. Berdasarkan kerangka teori diatas terdapat beberapa variabel terkait dengan pelaksanaan koordinasi, yaitu alur tugas, sumber daya, alur informasi, pengambilan keputusan dan pelaksana dilapangan. Peneliti hanya akan berfokus pada tiga hal yaitu alur tugas, alur informasi dan pengambilan keputusan.

Adapun kerangka pikir penelitian sebagai berikut:



Gambar 3.3 Bagan kerangka pikir

Definisi operasional dan alat ukur dari variabel-variabel dalam kerangka pikir tersebut adalah seperti pada tabel 3.1. berikut.

Tabel 3.1. Definisi operasional dan cara ukur

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur
1.	Alur tugas	Pemilahan tugas yang jelas antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dalam penanganan tanggap darurat bidang kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi 2010	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen berupa keputusan Menteri Kesehatan atau kebijakan, dan laporan harian
2.	Alur informasi	Pengumpulan dan alur diseminasi informasi perkembangan permasalahan kesehatan akibat kejadian erupsi Gunung Merapi 2010	a. Wawancara mendalam b. Telaah data laporan harian dan catatan rapat koordinasi di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta
3.	Pengambilan keputusan	Pengambilan keputusan yang cepat oleh seorang yang mampu membuat keputusan baik langsung maupun melalui	a. Wawancara mendalam b. Telaah data, keputusan

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur
		pendelegasian wewenang mengenai penanganan tanggap darurat bidang kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi 2010.	Kementerian Kesehatan, laporan harian dan catatan rapat koordinasi di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.
4.	Koordinasi tanggap darurat bidang kesehatan	Kegiatan untuk mengatur suatu organisasi sehingga peraturan dan tindakan yang akan dilaksanakan tidak saling bertentangan atau simpang siur dengan memadukan fungsi-fungsi dan sumber daya yang ada dalam sistem atau organisasi, sehingga dapat dicapai hasil yang optimal dalam upaya penanganan tanggap darurat bidang kesehatan.	a. Wawancara mendalam b. Telaah data, keputusan Kementerian Kesehatan, laporan harian dan catatan rapat koordinasi di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.
5.	Penanganan tanggap darurat yang efektif	Penanganan tanggap darurat bidang kesehatan yang cepat, tepat dan terarah melalui koordinasi.	

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif eksploratif. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam terhadap informan yang telah ditentukan secara proporsional dengan metode bola salju dan disajikan secara deskriptif eksploratif. Selain itu, juga dilakukan telaah dokumen baik berupa laporan harian peningkatan status Gunung Merapi, laporan harian mengenai dampak erupsi maupun produk peraturan atau kebijakan. Semua data yang telah dikumpulkan selanjutnya dilakukan pengolahan dan dianalisis. Dengan gabungan kedua jenis data tersebut akan didapatkan hasil yang obyektif dan saling mendukung.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Lama waktu penelitian diperkirakan berjalan selama satu setengah bulan, Desember 2011 sampai Januari 2012. Selama satu bulan pertama akan digunakan untuk mengumpulkan data. Waktu dua minggu berikutnya dipergunakan untuk mengolah dan menganalisis data yang sudah diperoleh terhadap semua upaya penanganan masalah kesehatan selama erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

Penelitian dilakukan di dua lokasi, yaitu di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Kementerian Kesehatan dengan alamat di Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta Selatan, sedangkan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta beralamat di Jalan Tompeyan R III Nomor 2 Yogyakarta.

4.3 Narasumber

Pemilihan narasumber dan informan didasarkan pada pengetahuan dan keterlibatan narasumber dalam kegiatan koordinasi pada masa tanggap darurat dalam penanganan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010. Narasumber tersebut dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Data Informan Penelitian

Kode Informan	Jabatan Sekarang	Jabatan Saat Terjadi Erupsi Gunung Merapi 2010	Latar Belakang Pendidikan
Informan 1	Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan	Kepala Pusat Penanggulangan Krisis, Kementerian Kesehatan	S2 Manajemen
Informan 2	Staf Ahli Menteri Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan, Kementerian Kesehatan	Staf Ahli Menteri Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan, Kementerian Kesehatan selaku Ketua Tim Penanggulangan Bencana Erupsi Gunung Merapi Kementerian Kesehatan	S2 Kesehatan
Informan 3	Pensiunan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta 2006 – 2010	Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta	S2 Kesehatan
Informan 4	Kepala Sub Bidang Pemantauan Pusat Penanggulangan Krisis, Kesehatan Kementerian Kesehatan	Kepala Sub Bidang Informasi Pusat Penanggulangan Krisis, Kementerian Kesehatan	S2 Sosial
Informan 5	Kepala Seksi Pelayanan dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta	Kepala Seksi Pelayanan dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta	S2 Kesehatan

Latar belakang pendidikan semua narasumber adalah S2 berjumlah 5 orang (100%) dan memegang jabatan serta terlibat langsung pada saat terjadi erupsi Gunung Merapi berjumlah 5 orang (100%). Hal ini mempengaruhi kualitas informasi dari para narasumber dimana daya ingat dan kemampuan dalam

menceritakan kembali dengan baik semua yang pernah dialami dan keputusan-keputusan yang pernah diambil.

4.4 Dokumen Sekunder

Dokumen yang ditelaah pada penelitian ini terkait dengan peraturan perundang-undangan, keputusan dan laporan harian Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Dokumen-dokumen tersebut adalah:

- a. Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana;
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
- c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 145/Menkes/SK/I/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan;
- d. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/Menkes/SK/X/2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
- e. Laporan harian perkembangan krisis kesehatan Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan;
- f. Hasil rapat koordinasi Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.

4.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang mencakup wawancara mendalam pada narasumber yang telah ditetapkan. Jumlah narasumber dapat bertambah sesuai dengan pengembangan hasil wawancara yang diperoleh. Pertanyaan penelitian akan menjadi panduan saat melakukan wawancara. Keterbukaan dalam wawancara diharapkan memberi ruang yang seluas-luasnya bagi narasumber untuk memberikan informasi sehingga memberikan keleluasaan pula bagi peneliti untuk menganalisis informasi tersebut. Selain itu dilakukan pula telaah dokumen terkait upaya penanggulangan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 sebagai data sekunder.

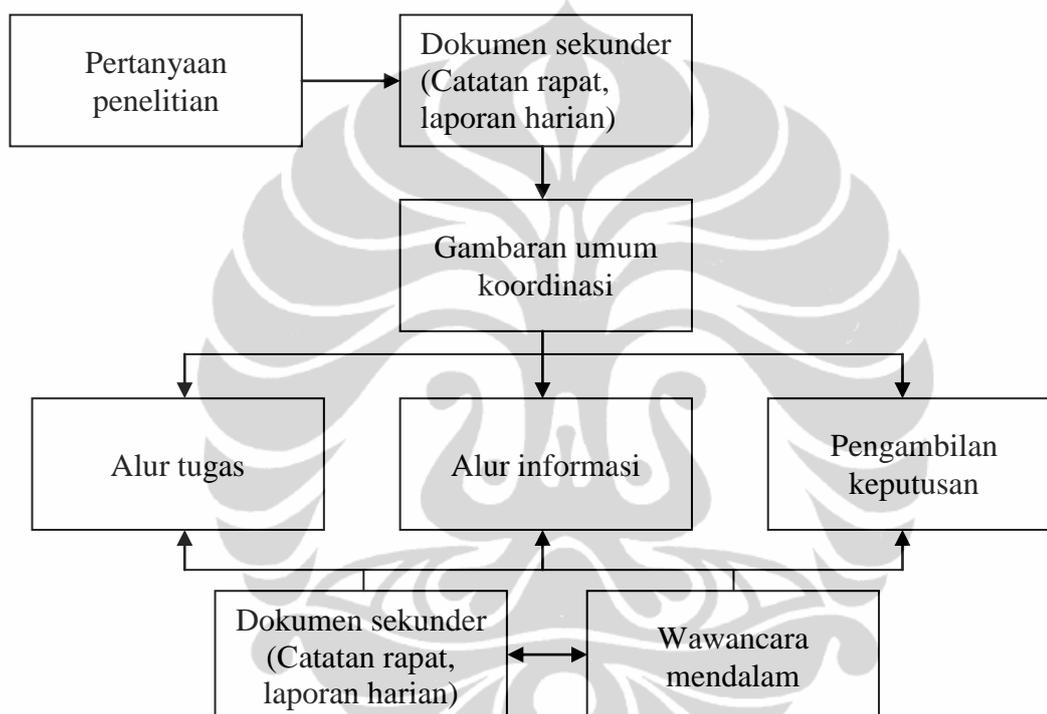
Guna meningkatkan validitas, dilakukan triangulasi sumber dan triangulasi teknik atau metode:

- 1) Triangulasi sumber, validasi data dilakukan untuk menggali kebenaran suatu data atau informasi tertentu yang diperoleh dari beberapa sumber yang memiliki status dan posisi yang berbeda. Wawancara mendalam terhadap suatu data atau informasi yang akan dicek kebenarannya dilakukan pada beberapa narasumber baik ditingkat pemegang kebijakan maupun ditingkat pelaksana lapangan. Berbagai perspektif atau sudut pandang tersebut akan memberikan keleluasaan pengetahuan bagi peneliti untuk memperoleh kebenaran (Sugiyono, 2010; Rahardjo, 2010). Pada penelitian ini triangulasi sumber dilakukan dengan melakukan wawancara pejabat di lingkungan Kementerian Kesehatan terhadap jabatan yang berbeda, yaitu Eselon 1 dan Eselon 2 yang terlibat dalam penanganan Gunung Merapi tahun 2010 dengan pejabat di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Begitupula pada jajaran pejabat eselon 4 di Kementerian Kesehatan dengan pejabat eselon 4 di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta;
- 2) Triangulasi teknik atau metode, validasi data dilakukan dengan membandingkan informasi atau data menggunakan metode yang berbeda seperti wawancara dan telaah dokumentasi. Dokumen berupa laporan harian, laporan perkembangan aktivitas Gunung Merapi dan data korban yang dirawat di rumah sakit akan ditelaah oleh peneliti. Data tersebut akan dicek kebenarannya dengan hasil wawancara dari beberapa narasumber terkait sehingga diperoleh hasil yang mendekati kebenaran (Sugiyono, 2010; Rahardjo, 2010). Pada penelitian ini, hasil wawancara mendalam dibandingkan dengan dokumen baik peraturan maupun laporan harian dan notulensi rapat saat erupsi Gunung Merapi tahun 2010. Begitu juga sebaliknya, hal-hal yang ditemui pada dokumen-dokumen tersebut diklarifikasi langsung kepada informan pada saat wawancara.

4.6 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dianalisis dan dikompilasi serta disajikan secara deskriptif eksploratif serta menganalisis hubungan antar unsur-unsur dalam kerangka pikir penelitian.

Data yang diperoleh dari dokumentasi penanganan tanggap darurat bidang kesehatan pada erupsi Gunung Merapi 2010 ditelaah untuk memperoleh gambaran secara umum tentang koordinasi untuk menjawab pertanyaan penelitian. Selanjutnya peneliti melakukan kategorisasi terhadap unsur-unsur sesuai kerangka pikir penelitian yang diperoleh baik dari telaah dokumen maupun wawancara mendalam. Unsur-unsur dalam kerangka pikir dipilah untuk dilakukan kategorisasi yang relevan dengan pertanyaan penelitian.



Gambar 4.1. Bagan proses pengolahan data

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Alur Tugas

Dalam melakukan suatu koordinasi, alur tugas merupakan pokok penting untuk menegaskan siapa yang melakukan apa agar tidak terjadi tumpang tindih dalam pelaksanaan tugas. Alur tugas akan memberikan gambaran siapa yang memegang komando atau memiliki andil paling besar sementara yang lainnya merupakan pendukung atau memiliki kedudukan yang setara dan saling memperkuat. Kementerian Kesehatan pada saat terjadi erupsi Gunung Merapi, turun langsung dan bekerja di lapangan sampai masa tanggap darurat selesai dengan membuka pos di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta.

5.1.1 Keterlibatan Kementerian Kesehatan

Keterlibatan langsung Kementerian Kesehatan dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi 2010 menurut informan sudah sesuai dengan aturan yang ada dalam penanggulangan bencana, seperti yang dikutip sebagai berikut:

“Sebenarnya karena kejadiannya meliputi beberapa kabupaten kota jadi ini memang sesuai dengan aturan kalo meliputi beberapa wilayah itu nanti di cover oleh atas. Di Jogja waktu itu ada beberapa kabupaten kota ya... waktu itu ya, ada Sleman dan Kota Jogja dikoordinasikan oleh Provinsi. Nah, karena waktu itu Provinsinya ada dua, Jogja sama Jawa Tengah, di take over Pusat”. (Informan 1)

“...Kementerian Kesehatan itu sudah punya, Undang Undang 32 turunannya PP 38, kita punya juknis. ... Menteri kesehatan sudah membuat juknis, itu tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan 922 tahun 2008, ... kalo kita tidak menguasai seluruhnya, kita bingung kok menteri ujug-ujug, kita gak ujug-ujug Pak, semua sudah diatur...” (Informan 2)

“Nah, karena sudah dicanangkan oleh Pusat bahwa ini adalah diambil alih oleh Pusat, sehingga Kementerian Kesehatan pun kemudian mempunyai policy ini bahwa dibawah koordinasi dari Kementerian Kesehatan”. (Informan 3)

“Kemudian kami melakukan rapat dengan pak Krisna, staf ahli menteri yang ditugaskan oleh Kementrian Kesehatan selama satu bulan di Jogja...” (Informan 4)

“Kan ada Pusat. Karena kemarin itu lintas provinsi maka peran Pusat sangat penting...” (Informan 5)

Dari kelima sumber diatas, diketahui bahwa Kementerian Kesehatan terlibat langsung dalam hal teknis dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi 2010. Keterlibatan itu sesuai dengan peraturan yang sudah ditetapkan sebelumnya dan adanya penancangan dari Pemerintah Pusat.

5.1.2 Kemampuan dinas kesehatan provinsi

Meskipun Kementerian Kesehatan terlibat langsung dalam penanganan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010, tidak berarti bahwa Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta tidak memiliki kemampuan untuk menangani permasalahan di wilayahnya. Hal ini terungkap dalam kutipan wawancara berikut:

“Keliatan lapangan yang membutuhkan, kita lihat situasi Kadinkes waktu itu.. Permasalahan yang sebegitu besar, Kadinkes padahal itu sudah pengalaman sebenarnya. Kita membantu dia dan kepentingan Kementerian Kesehatan itu sendiri, karena kita terkait Pusat kan selalu koordinasi dengan BNPB waktu itu.” (Informan 1)

“Jelas kita melihat kemampuan mereka, jadi... cuman, kemampuan itu kan tidak hanya uang, resources kan, tapi kalo sudah terjadi bencana Pak, gotong royong yang paling penting, iya kan Pak, gak bisa masing-masing lagi kan, semua pasti repot dan memang kalo saya, kalo bencana itu Pusat mesti turun.” (Informan 2)

“...sebetulnya dengan bencana yang kemarin ini, sebetulnya kami pun merasa, sebetulnya ya, sebetulnya masih mampu mengatasi itu karena lebih kecil, dan tidak dalam lingkup yang luas, korbannya pun dibanding yang dulu jauh lebih kecil, namun karena itu keputusan Pemerintah Pusat, ya kita taat pada komando, gitu, kita berusaha untuk sebanyak mungkin mengambil manfaat dari koordinasi yang waktu itu secara formalnya, atau resminya, dibawah Pemerintah Pusat dalam hal ini dinas kesehatan ya... Kementerian Kesehatan.” (Informan 3)

Informan 3 diatas membandingkan bencana gempa yang pernah terjadi di Provinsi DIY pada tahun 2006 dengan erupsi Gunung Merapi tahun 2010. Menurutnya, dampak yang diakibatkan oleh erupsi Gunung Merapi tahun 2010 lebih kecil dan tidak seluas yang pernah diakibatkan oleh gempa tahun 2006. Dengan dampak di bidang kesehatan yang lebih ringan daripada bencana gempa

tahun 2006 di DIY, Dinas Kesehatan Provinsi DIY masih mampu menangani masalah kesehatan korban erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

Ketiga informan mengakui bahwa sebenarnya kapasitas lokal dalam hal ini Dinas Kesehatan Provinsi DIY, masih memiliki kemampuan untuk menangani masalah kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 di wilayahnya.

Mengenai dasar perlunya keterlibatan langsung Pemerintah termasuk Kementerian Kesehatan dalam penanganan ditingkat provinsi, telaah dokumen dengan melihat ke dalam peraturan perundangan yang ada, yaitu:

- a. Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana;
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
- c. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 145/SK/Menkes/I/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan;
- d. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/SK/Menkes/X/2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;

diperoleh bahwa semua peraturan diatas belum menjelaskan standar, prosedur dan kriteria yang mengindikasikan tingkatan suatu kejadian bencana sehingga dapat dikategorikan sebagai bencana yang berskala nasional dan perlu diambil alih oleh Pemerintah termasuk Kementerian Kesehatan dalam penanganannya.

5.1.3 Alur dan pemilahan tugas

Terjun langsungnya Kementerian Kesehatan tentu akan berdampak pada pembagian tugas antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta waktu itu. Alur dan pemilahan tugas tersebut semestinya tertulis jelas dalam suatu keputusan yang disepakati bersama.

Tugas Kementerian Kesehatan menurut informan 1 adalah membantu Dinas Kesehatan Provinsi untuk mengkoordinasikan pelaku kesehatan yang terlibat dalam penanganan masalah kesehatan, seperti terlihat pada kutipan wawancara berikut:

“Pada dasarnya, membantu mengkoordinasikan para pelaku kesehatan untuk membantu kadinkes setempat, membantu kadinkes setempat untuk

mengkoordinasikan pelaku kesehatan. ... Memang tugas pusat adalah backup. ... Ikut. Kita ikut. Pada umumnya kita menjadi semacam apa ya, berperan sebagai observer disitu. Karena kita supaya tidak terlalu ikut campur urusan internal dia tapi kita prinsipnya backup aja”. (Informan 1)

Sedikit berbeda dengan yang diutarakan oleh informan 1, informan 2 mengatakan bahwa Kementerian Kesehatan memiliki posisi yang sama dan saling mengisi dengan Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini terlihat pada kutipan wawancara berikut:

“Tidak. Bukan saling backup membackup, kita punya peran masing-masing. Saling mendukung. Sasarannya kan satu nih masyarakat. Pusat sisi mananya, Provinsi sisi mananya, Kabupaten sisi... itu kita bagi bareng. Kan gitu, jadi bukan apa ya.. memang kita punya tugas, punya kewenangan yang sama. Kan itu pembagian urusan, urusan adalah kewenangan, iya toh... jadi untuk bencana Merapi kita bagi, supaya bebannya ringan. ...Justru itu karena kita saling mengisi, kita masing-masing punya peran APBN. Kami punya APBN yang bisa share langsung tugas bantuan, saya bisa juga lakukan dekonsentrasi dengan dana dekonsentrasi diserahkan provinsi. Tapi provinsi juga punya APBD untuk itu, kabupaten kota juga punya APBD, nah sekarang tinggal kita, ayo dari sisi mana anda mengisi. Iya kan, Ini bencana nih.. Pusat APBNnya mau bantu yang mana. Jadi supaya tidak ada tumpang tindih, kita koordinasikan”. (Informan 2)

Berbeda dengan informan 1 dan 2, informan 3 menyatakan bahwa Kementerian Kesehatan mengambil alih tugas komando tanggap darurat bidang kesehatan yang sebelumnya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini dapat ditemukan pada kutipan wawancara berikut:

“...itu dimulainya pada waktu itu pencaangan bahwa bencana ini, itu berskala nasional diambil alih oleh Pusat sehingga dengan seperti itu maka yang memimpin waktu ya... dari Pusat. ...Sebelumnya itu, kamilah, kadang-kadang sayalah yang mengkoordinasikan”. (Informan 3)

Berdasarkan penelusuran dokumen, tugas Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi dalam penanggulangan bencana terurai secara jelas dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 145/SK/Menkes/I/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana. Dalam SK tersebut, tugas Kementerian Kesehatan pada saat bencana adalah sebagai berikut:

- 1) Sekretaris Jenderal sebagai penanggungjawab penanggulangan bencana, disamping itu bertanggungjawab dalam merencanakan, mobilisasi sumber daya, dan penyediaan informasi.

- 2) Dirjen Bina Pelayanan Medik (sekarang bernama Dirjen Bina Upaya Kesehatan) membantu/mendukung pelaksanaan pelayanan darurat medik di lapangan dan pelayanan medik rujukan di rumah sakit
- 3) Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP-PL) membantu/mendukung dalam pelaksanaan surveilans epidemiologi kesehatan lingkungan dan pemberantas penyakit, logistik dan peralatan kesehatan lapangan dalam rangka pencegahan KLB penyakit menular di tempat penampungan pengungsi dan lokasi sekitarnya.
- 4) Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan membantu/mendukung pelaksanaan bantuan obat, bahan habis pakai, dan perbekalan kesehatan yang diperlukan
- 5) Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat membantu/mendukung pelayanan kesehatan dasar dan gizi
- 6) Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (PPSDM) membantu dalam perencanaan dan pengembangan tenaga kesehatan
- 7) Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) membantu unit utama terkait dalam penanggulangan bencana agar lebih efektif dan efisien
- 8) Inspektur Jenderal melakukan pengawasan pelaksanaan kegiatan yang terkait dalam penanggulangan bencana.
- 9) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Depkes sebagai pelaksana koordinasi mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a) Mengaktifkan Pusdalops penanggulangan bencana
 - b) Mengadakan koordinasi lintas sektor untuk angkutan personil, peralatan, bahan bantuan dan lain-lain
 - c) Mengkoordinasikan bantuan swasta dan sektor lain
 - d) Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk mempersiapkan bantuan bila diperlukan
 - e) Berkoordinasi dengan Tim Identifikasi Nasional untuk identifikasi korban meninggal massal

10) Departemen Kesehatan dapat memanfaatkan potensi dan fasilitas kesehatan yang berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (misalnya Pertamina, PTP, BUMN, Swasta, dll).

Sedangkan tugas Dinas Kesehatan Provinsi sesuai SK Menkes Nomor 145 tahun 2007 adalah:

- 1) Melapor kepada Gubernur dan menginformasikan kepada PPK Depkes tentang terjadinya bencana atau adanya pengungsi
- 2) Mengaktifkan pusdalops
- 3) Berkoordinasi dengan Depkes dalam hal ini PPK, bila ada kebutuhan bantuan obat dan perbekalan kesehatan. Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan menggunakan buku pedoman pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan
- 4) Berkoordinasi dengan rumah sakit Provinsi untuk mempersiapkan menerima rujukan dari lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi. Bila diperlukan, menugaskan rumah sakit provinsi untuk mengirimkan tenaga ahli ke lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi
- 5) Berkoordinasi dengan rumah sakit rujukan (rumah sakit pendidikan) diluar provinsi untuk meminta bantuan dan menerima rujukan pasien
- 6) Berkoordinasi dengan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk melakukan *Rapid Health Assessment* atau evaluasi pelaksanaan upaya kesehatan
- 7) Memobilisasi tenaga kesehatan untuk tugas perbantuan ke daerah bencana
- 8) Berkoordinasi dengan sektor terkait untuk penanggulangan bencana
- 9) Menuju lokasi terjadinya bencana atau tempat penampungan pengungsi

Begitu juga dengan SK Menteri Kesehatan Nomor 922/SK/Menkes/X/2008, disebutkan dengan jelas peran Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam penanggulangan wabah dan bencana. Uraian tugas tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana

Pemerintah Pusat	Pemda Provinsi	Pemda Kab/Kota
<p>Penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala nasional:</p> <p>1) Penyusunan dan penetapan kebijakan dalam bentuk NSPK</p>	<p>Pengendalian operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala provinsi:</p> <p>1) Penyusunan dan penetapan kebijakan untuk penyusunan rencana kerja operasional program kesehatan tingkat provinsi</p>	<p>Penyelenggaraan operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala kabupaten/kota:</p> <p>1) Penyusunan dan penetapan kebijakan untuk penyusunan rencana kerja operasional program kesehatan tingkat kabupaten/kota</p>
2) Penyelidikan KLB lintas provinsi	2) Penyelidikan KLB lintas Kabupaten/Kota	2) Penyelidikan KLB skala kabupaten/kota
3) Pengembangan sumber daya manusia pengelola	3) Pelatihan teknis pengelola	3) Pelatihan teknis pengelola
4) Kajian SE	4) Kajian SE	4) Kajian SE
5) Tatalaksana kasus yang memerlukan teknologi dan sumber daya yang belum mampu diselenggarakan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota	5) Tatalaksana kasus yang memerlukan teknologi dan sumber daya yang belum mampu diselenggarakan pada tingkat kabupaten/kota	5) Tatalaksanaan kasus
6) Bimbingan teknis, monitoring dan	6) Bimbingan teknis, monitoring dan	6) Bimbingan teknis, monitoring dan

Pemerintah Pusat	Pemda Provinsi	Pemda Kab/Kota
evaluasi	evaluasi	evaluasi terhadap unit pelaksana teknis dan penyelenggaraan oleh masyarakat

Sesuai hasil wawancara dan dokumen diatas, terdapat perbedaan antara keterangan informan 1, informan 2 dan informan 3. Begitu pula dua keputusan Menteri Kesehatan diatas, terdapat kekurangsesuaian.

Informan 1 mengatakan bahwa Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya dilapangan memiliki fungsi membantu (membbackup) Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Hal ini sesuai dengan isi klausul dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 145 tahun 2007 yang menguraikan bahwa pada dasarnya tugas unit terkait dalam penanganan saat bencana adalah membantu Dinas Kesehatan Provinsi.

Sedangkan Informan 2 mengatakan bahwa Kementerian Kesehatan melaksanakan tugasnya di Provinsi DIY sebagai wujud pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah. Hal ini sesuai dengan SK Menteri Kesehatan Nomor 922 tahun 2008 yang menguraikan pembagian kewenangan tersebut.

Berbeda dari kedua informan, Informan 3 mengatakan bahwa Kementerian Kesehatan mengambil alih tongkat komando yang sebelumnya dipegang oleh dinas kesehatan povinsi karena adanya penetapan Pemerintah mengenai status bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 yang berskala nasional.

5.2 Alur Informasi

Koordinasi membutuhkan alur informasi yang jelas apalagi saat bencana dimana terjadi perubahan arus informasi yang sangat cepat. Perubahan informasi tersebut harus terakomodir dalam pertemuan-pertemuan koordinasi agar diperoleh informasi yang cepat dan tepat.

5.2.1 Rapat koordinasi

Rapat koordinasi untuk membahas perkembangan permasalahan kesehatan berlangsung secara rutin di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Selain itu rapat koordinasi juga berlangsung di pos Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) di Yogyakarta. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara sebagai berikut:

“Waktu itu tim aju yang setiap harinya kumpul siang waktu itu ya... jam 1.. jam 2. Kemudian diteruskan kita membantu kadinkes untuk ikut dalam rapat koordinasi yang dikoordinasikan oleh BNPB waktu itu. Pusat waktu itu bisa bertindak satu untuk membantu pak Bondan, kadinkes dan selaku orang Pusat dengan BNPB koordinasinya.. jadi dua fungsi kita jalankan sekaligus waktu itu. ...ada. Ada mereka. ...ikut. Kita ikut.” (Informan 1)

“Ya kita dari tim kesehatan sendiri ada koordinasi rutin, pertemuan rutin. Dan kita... semua unsur dari unit utama turun ada disana terwakili. Di BNPB sendiri tiap hari kita pertemuan di BNPB, semua wakil kementerian hadir disitu, tiap sore, rutin tiap sore, tapi ada hal-hal tertentu pagi juga... itu rutin sampe tanggap darurat selesai”. (Informan 2)

“Kami rapat tiap hari, tiap jam.. eh... sore... tiap sore... disitu hadir dari Kemenkes waktu itu dari dinas-dinas kabupaten yang terkait dan juga LSM-LSM. Disitu, koordinasi ya menyatu disitu antara LSM dengan pihak-pihak swasta maupun pemerintah disitu untuk memberikan laporan dan membuat kebijakan penanggulangan tiap harinya. Jadi bentuk koordinasinya begitu”. (Informan 3)

Rapat koordinasi yang berlangsung di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta lebih sering dipimpin dari Kementerian Kesehatan dan kadang pula oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara berikut:

“Kalo disektor kesehatan, sektor kesehatan, saya. Soal melibatkan lintas sektor itu urusan eee... kewenangan saya. Termasuk perguruan tinggi, Gajah Mada ikut...” (Informan 2)

“Sebelumnya itu, kamilah, kadang-kadang sayalah yang mengkoordinasikan. Kalo ada pejabat dari pusat yang datang kita persilahkan untuk memimpin, kalo di serahkan kepada kami, kami yang memimpin”. (Informan 3)

Penelusuran dokumen berupa laporan harian dan beberapa notulensi rapat di Dinas Kesehatan Provinsi DIY bahwa rapat koordinasi dimulai sekitar pukul 14.00 WIB setiap hari yang melibatkan wakil dari Kementerian Kesehatan, Dinas

Kesehatan Provinsi DIY, dinas kesehatan kabupaten/kota di Provinsi DIY, WHO, UGM, UNICEF, Mercy, Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten dan Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali.

Berdasarkan hasil wawancara dan penelaahan dokumen berupa laporan harian dan notulensi rapat diketahui bahwa pertemuan koordinasi pada masa tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 berlangsung setiap hari di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Rapat dipimpin oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan, meskipun kadang-kadang dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY waktu itu. Rapat tersebut dihadiri oleh pihak terkait dibidang kesehatan baik dari pemerintah maupun non pemerintah.

Rapat koordinasi penanganan tanggap darurat akibat erupsi Gunung Merapi juga berlangsung di Kementerian Kesehatan di Jakarta, seperti pada kutipan wawancara berikut:

“Koordinasi di Pusat disini,... di Pusat sendiri setiap hari waktu itu ada yang dipimpin Bu Sekjen. Ada tiap hari atau seminggu sekali waktu itu ya.. saya lupa waktu itu yaa.. dipimpin Bu Sekjen. ... Biasanya unit-unit kerja yang terkait, BUK pasti karena dia yang menangani masalah rumah sakit, masalah kondisi kemasayarakatan itu PPPL, supporting dari gizi, di KIA dan juga di obat, apa namanya Direktorat Obat Publik di Binfar.” (Informan 1)

Penelusuran laporan harian Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tanggal 9 November 2010, salah satu yang dilaporkan adalah adanya rapat koordinasi lintas program setiap dua hari sekali yang dipimpin oleh Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan di gedung Kementerian Kesehatan.

Sesuai wawancara dan laporan harian tersebut diketahui bahwa di tingkat Kementerian Kesehatan di Jakarta, juga telah dilaksanakan rapat koordinasi untuk membahas perkembangan permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

5.2.2 Alur penyampaian informasi

Arus informasi yang masuk dan keluar dari pertemuan koordinasi berasal dari berbagai pihak terkait. Rapat koordinasi kesehatan yang dipusatkan di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, juga diikuti oleh wakil dari Dinas Kesehatan Jawa Tengah. Seperti yang terdapat dalam kutipan wawancara berikut:

“Jadi supaya tidak ada tumpang tindih, kita koordinasikan maknanya setiap hari kita rapat koordinasi, lokasinya di Dinas Kesehatan Provinsi Jogjakarta, Jawa Tengah pun hadir disitu. Karena ya, kemarin dengan dukungan Gajah Mada, UGM, kita dapat dukungan, kita bisa rapat jarak jauh, telekonferens, tapi itu tiap hari kita lakukan. Supaya kita update terus permasalahannya”. (Informan 2)

“...di dalam rapat-rapat itu karena rapat yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi waktu itu mengundang dari luar DIY juga, walaupun mereka tidak datang kami memake sistem skype dan kita bisa calling untuk menanyakan informasi-informasi yang ada diluar DIY juga”. (Informan 3)

Wawancara dua informan diatas menggambarkan bahwa dalam penyelenggaraan rapat koordinasi yang dihadiri oleh beberapa pihak seperti yang sebutkan diatas menggunakan teknologi internet dan telekonferens melalui saluran telepon yang memungkinkan siklus arus informasi mengalir cepat dan dapat segera diterima serta dibahas secara bersama.

Penyampaian data dan informasi mengenai masalah beserta upaya penanganannya di bidang kesehatan dilakukan dari dinas kesehatan provinsi kepada Kementerian Kesehatan dan selanjutnya oleh Kementerian Kesehatan diteruskan ke BNPB. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara berikut:

“...bencana kurang dari 24 jam itu provinsi harus melapor ke pusat, kabupaten harus melapor ke provinsi...” (Informan 2)

“Jadi... apa ya... laporan Kementerian Kesehatan dibuat oleh tim pusat yang ada di Jogja berdasarkan laporan dinas kesehatan provinsi dan kemudian kita teruskan ke BNPB.” (Informan 4)

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 064 tahun 2007 tentang Pedoman Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana disebutkan bahwa alur penyampaian laporan perkembangan permasalahan kesehatan dilakukan secara berjenjang, yaitu laporan dari dinas kesehatan kabupaten kepada dinas kesehatan provinsi, kemudian dinas kesehatan provinsi membuat laporan kepada Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan wawancara dan SK Menteri Kesehatan tersebut diketahui bahwa alur penyampaian informasi perkembangan permasalahan kesehatan pada masa tanggap darurat akibat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 berjalan sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan.

5.2.3 Kendala dalam sistem informasi

Dalam pengumpulan dan penyebarluasan informasi kesehatan ditemui kendala terutama pada masa awal penanganan pada masa tanggap darurat ketika Kementerian Kesehatan terlibat langsung secara teknis, dilakukan beberapa penyesuaian sehingga sempat terjadi kesimpangsiuran data. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara berikut:

“Termasuk informasi, waktu awal, semua membuat sendiri, harus ada keputusan dan itu memang pengalaman lapangan yang membuat semuanya bisa jalan, kalo enggak pada waktu terjadi bencana, semua punya ide dan semua merasa idenya benar. Ya, itu biasanya pasti terjadi, kaget, tapi sebetulnya itu kan sesuatu yang biasa saja, kita kembalikan, rujuk...” (Informan 2)

“Sebetulnya kalo di Jogja kan mekanisme koordinasi sudah terbentuk, jadi melalui pusbankes dengan jaringan komunikasi sudah terbentuk. Jadi sebetulnya dari sisi itu tidak ada kendala. Hanya saja di dalam koordinasi ini mungkin antara provinsi, kabupaten dan pusat ada hal yang waktu itu terjadi semacam penyerasian karena sebetulnya lingkupnya Sleman, pada waktu sebelum meletus leadnya adalah kabupaten. Tapi kemudian cukup meluas, Provinsi lebih mengedepan tapi karena dampaknya itu sampai Klaten dan Magelang dan Boyolali akhirnya Pemerintah Pusat menurunkan BNPB kan... BNPB. BNPB ini langsung mengadakan... memegang komando disitu terjadi sedikit miss. Jadi kita harus berkoordinasi tertib dengan BNPB, rapatnya juga disatu tempat namanya Pajiro, lalu... Nah, itu harus ada keserasian-keserasian gitu dalam hal laporan...” (Informan 3)

“Iya, waktu di Jogja, BNPB membuka pos aju dan seharusnya Kementerian Kesehatan yang memberikan data atau laporan ke BNPB. Pada saat itu laporan kesehatan dibuat oleh satu orang yang ditunjuk... sehingga ada duplikasi laporan. Laporan dari orang tersebut dan laporan yang dibuat oleh Pusat. ...Kemudian kami melakukan rapat dengan Pak Krisna, staf ahli menteri yang ditugaskan oleh Kementrian Kesehatan selama satu bulan di Jogja. Nah, dari rapat tersebut kemudian disepakati untuk dikembalikan pada sistem sesuai pedoman di Kementerian Kesehatan.” (Informan 4)

“Kalo sistem informasi yang dibikin oleh Pusat, itu disini belum berjalan dengan baik karena, siapa pake form B1, kita merasa itu terlalu kaku, sementara bukan itu yang dibutuhkan sebenarnya, yang dibutuhkan sebetulnya justru informal tanpa birokrasi karena dibutuhkan segera”. (Informan 5)

Berdasarkan penelusuran notulen rapat pada tanggal 9 November 2010, ditunjuk salah seorang yang saat itu bertugas di RSUP dr. Sardjito untuk mengumpulkan data dan menyusun laporan kesehatan untuk kemudian diserahkan

kepada BNPB dengan tembusan laporan kepada Tim Penanggulangan Bencana Merapi Kemenkes dan Dinkes Provinsi DIY.

Kemudian pada tanggal 15 November 2010, sesuai hasil rapat koordinasi, disepakati untuk mengubah alur pengumpulan data dan laporan kesehatan, yaitu data dikumpulkan oleh orang yang telah ditunjuk sebelumnya dan diolah oleh Pusat Penanggulangan Krisis Kemenkes untuk kemudian selanjutnya diserahkan kepada Tim Penanggulangan Bencana Merapi Kemenkes. Tim Kemenkes selanjutnya akan memberikan laporan kepada BNPB.

Berdasarkan wawancara dan telaah dokumen berupa notulensi rapat di Dinas Kesehatan Provinsi DIY, diketahui bahwa pada awal Kementerian Kesehatan terlibat secara langsung di lapangan terjadi penyesuaian sistem informasi yang sebelumnya sudah terbentuk. Penyesuaian dan penyelarasan tersebut mengakibatkan terjadinya tumpang tindih serta kesimpangsiuran data dan informasi. Namun demikian, hal tersebut dapat segera diatasi sehingga tidak menimbulkan kebingungan informasi.

5.3 Pengambilan Keputusan

Dalam suatu kegiatan koordinasi saat bencana diperlukan pengambilan keputusan yang cepat oleh seorang yang mampu membuat keputusan baik langsung maupun melalui pendelegasian wewenang. Saat terjadi erupsi Gunung Merapi, penunjukan atau pendelegasian wewenang untuk pengambilan keputusan saat koordinasi terlihat dari kutipan wawancara sebagai berikut:

“Kita yang pada dasarnya... sampai pada Kementerian Kesehatan pun kita membuat tim aju, seolah-olah, yang di pimpin oleh Pak Krisna, Staf Ahli Menteri, membackup untuk mengakselerasikan kegiatan-kegiatan kesehatan untuk para korban Merapi, baik korban luka maupun korban yang harus mengungsi.” (Informan 1)

“Peran Provinsi eh... Pusat turun karena memang dua provinsi. Dan kita kenapa eselon satu yang dikirim kesana karena kita harus bisa mengambil keputusan. Jadi sebagai wakil Kementerian Kesehatan di lapangan harus bisa mengambil keputusan. Kalo saya gak bisa ambil keputusan kan padahal dibutuhkan kecepatan jadi bisa repot. ...Jadi wakil menteri kesehatan untuk penanggulangan bencana Merapi. Apapun termasuk koordinasi lintas sektor, itu tanggungjawab saya. ...karena leadingnya BNPB, bencana kan BNPB leadnya. Tapi dari sektor kesehatan, saya yang

membuat keputusan tapi tidak keluar dari jalur yang ditetapkan BNPB.”
(Informan 2)

“...meskipun di dalam operasionalnya lebih banyak waktu itu saya yang disertai Kementerian Kesehatan untuk mengkoordinasikan Klaten, Boyolali, Magelang dan sebagainya didalam rapat-rapat itu. Karena rapat yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi waktu itu mengundang dari diluar DIY juga, walaupun mereka tidak datang kami memake sistem skype dan kita bisa calling untuk menanyakan informasi-informasi yang ada diluar DIY juga. ...meskipun pada waktu ada pejabat dari Kementerian Kesehatan kita persilakan untuk memimpin rapat. Tapi kadang-kadang ada para pejabat itu, ya udah Anda aja. Ya sudah, saya.” (Informan 3)

Penelusuran dokumen laporan harian Kemenkes dan rangkuman laporan upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi ditemukan bahwa Kemenkes membentuk Tim Penanggulangan Bencana Erupsi Gunung Merapi dan menunjuk Staf Ahli Menteri Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan sebagai Ketua Tim berdasarkan surat Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01./IX/SK/1514/2010.

Dalam catatan notulensi rapat di Dinas Kesehatan Provinsi DIY tanggal 15 November 2011 diketahui bahwa rapat pada waktu itu dipimpin dan dikoordinasikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY pada waktu itu. Selain itu, catatan notulensi yang ada dipimpin oleh Ketua Tim Kemenkes.

Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen berupa laporan harian dan notulensi rapat diketahui bahwa Kemenkes membentuk tim penanggulangan bencana erupsi Gunung Merapi yang dipimpin oleh eselon satu sebagai wakil Kementerian Kesehatan di lapangan dalam pengambilan keputusan terkait penanganan masalah kesehatan. Rapat koordinasi juga pernah dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta yang diberikan tanggungjawab untuk mengkoordinir penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Hambatan Dalam Penelitian

Dalam melakukan wawancara dengan para narasumber, tidak ada kendala berarti yang ditemui. Birokrasi pengurusan izin dalam melakukan penelitian memang dirasakan sangat berbelit-belit, namun setelah izin tersebut keluar, proses pengumpulan data maupun wawancara dengan narasumber berjalan dengan lancar. Beberapa narasumber belum memberikan konfirmasi kesediaan wawancara.

Kendala yang ditemui adalah pada saat akan menganalisis hasil rapat koordinasi harian di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta karena catatan tersebut berupa laporan perkembangan dampak permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi. Dalam catatan tersebut tidak tercantum siapa yang memimpin rapat, siapa saja yang hadir beserta detail percakapan dalam rapat koordinasi. Sedangkan catatan rapat koordinasi yang diperoleh dari sumber yang berbeda, tidak terekam secara rutin setiap hari.

6.2 Dasar Hukum Peran Kementerian Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana

Kementerian Kesehatan terlibat langsung dalam penanganan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 dengan membuka Pos Komando Kesehatan yang berkantor di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Ada dua alasan mengapa Kementerian Kesehatan terjun langsung berdasarkan wawancara diatas, yaitu sesuai dengan peraturan yang berlaku dan merupakan kebijakan Pemerintah Pusat.

Berdasarkan penelusuran dokumen berupa peraturan perundangan, yaitu Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dan Peraturan Pemerintah Nomor 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana tidak ada satu pasal pun yang secara eksplisit memberikan standar dan kriteria penetapan skala bencana yang perlu penanganan langsung dari Pemerintah Pusat.

Demikian pula dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Surat Keputusan Menteri Nomor 922 tahun 2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota serta Surat Keputusan Menteri Nomor 145 tahun 2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan, tidak satu pun klausul tentang kriteria dan standar penetapan skala bencana yang memerlukan keterlibatan Pemerintah Pusat termasuk Kementerian Kesehatan.

Setelah dilakukan penelusuran lebih jauh di internet, ditemukan informasi dalam website Presiden SBY dengan alamat www.presidensby.info, menyatakan bahwa Presiden SBY pada tanggal 5 November 2010, usai rapat terbatas kabinet, mengeluarkan lima instruksi dan keputusan terkait penanggulangan tanggap darurat pasca erupsi Gunung Merapi di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah. Kelima instruksi tersebut adalah:

- 1) mulai hari ini (5 November 2010) kendali operasi tanggap darurat penanggulangan bencana Gunung Merapi berada di tangan Kepala BNPB, Syamsul Ma'arif;
- 2) menugaskan Menko Kesra Agung Laksono untuk memastikan bahwa bantuan dari Pemerintah Pusat, dalam bentuk apapun, dilaksanakan secara cepat, tepat dan terkoordinasi dengan baik;
- 3) menginstruksikan TNI melakukan persiapan, mengerahkan, dan menugaskan satu brigade plus untuk penanggulangan bencana. TNI juga akan memobilisasi, mengerahkan angkutan atau kendaraan untuk mobilitas pergerakan masyarakat dari satu tempat ke tempat yang lain;
- 4) menginstruksikan Polri untuk mengerahkan dan menugaskan satuan tugas kepolisian untuk penanggulangan bencana, dengan titik berat membantu lalu lintas karena banyak sekali pergerakan manusia, kendaraan, sehingga menimbulkan kekacauan lalulintas dan juga pengamanan kepada masyarakat;
- 5) Pemerintah akan membeli sapi dan ternak-ternak lain milik warga dengan harga yang pantas.

Keluarnya instruksi ini terutama instruksi nomor satu dan nomor dua maka kendali penanganan tanggap darurat bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 diambil alih oleh Pemerintah, termasuk Kementerian Kesehatan untuk sektor kesehatan.

Belum adanya peraturan yang memberikan standar, prosedur atau kriteria dalam penetapan skala bencana akan mempengaruhi kecepatan Pemerintah dalam merespon suatu kejadian bencana. Penetapan skala bencana baik Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi maupun Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota akan melakukan upaya sesuai dengan kewenangannya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat korban bencana erupsi Gunung Merapi dan bencana lain pada umumnya.

Penetapan status dan tingkat bencana akan mempengaruhi implementasi dari Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Surat Keputusan Menteri Nomor 922 tahun 2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota serta Surat Keputusan Menteri Nomor 145 tahun 2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan. Ketiga Peraturan tersebut mengurai secara detail mengenai pemilahan tugas Pemerintah termasuk Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pada saat bencana.

Penetapan status dan tingkat bencana oleh Pemerintah maupun Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota memerlukan indikator yang sudah diamanatkan dalam Undang Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana Pasal 7 ayat 2 yaitu dengan memperhitungkan jumlah korban, kerugian harta benda, kerusakan sarana dan prasarana, cakupan luas wilayah yang terkena bencana, dan dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan. Namun demikian belum ada indikator rinci yang menerangkan secara detail untuk menetapkan apakah suatu bencana berada pada tingkat kabupaten/kota, provinsi atau nasional. Berapa besar jumlah korban dan seberapa luas wilayah yang terkena dampak sehingga suatu kejadian dapat ditetapkan sebagai bencana tingkat kabupaten atau provinsi atau nasional. Indikator rinci tersebut perlu ditetapkan dalam suatu peraturan

pemerintah sehingga dapat mengikat dan diimplementasikan dari tingkat Pusat sampai tingkat Daerah.

Keterlibatan langsung Kementerian Kesehatan dalam penanganan tanggap darurat tidak mengindikasikan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi DIY tidak memiliki kemampuan untuk mengatasi permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi pada tahun 2010 di wilayah kerjanya. Pada dasarnya Kementerian Kesehatan terlibat langsung dalam penanganan bencana erupsi Gunung Merapi tahun 2010 karena:

- 1) adanya penetapan pengambilalihan oleh Pemerintah (diutarakan oleh Mantan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dan sesuai dengan instruksi Presiden tanggal 5 November 2010) dan;
- 2) sesuai peraturan yang ada yaitu Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922 tahun 2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang salah satu klausulnya mengurai secara detail tugas masing-masing level (diutarakan oleh SAM Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Kemenkes dan hasil telaah dokumen);

dan bukan karena ketidakmampuan dari kapasitas lokal yang ada di Provinsi DI Yogyakarta.

6.3 Tugas dan Wewenang Kementerian Kesehatan dalam Penanganan Bencana

Pada hasil wawancara ditemukan adanya perbedaan pandangan mengenai tugas Kementerian Kesehatan pada saat erupsi Gunung Merapi tahun 2010, yaitu tugas membantu atau mendukung dinas kesehatan dalam penanganan bencana sedangkan narasumber lain mengatakan bahwa Kementerian Kesehatan menyelenggarakan tugas pembagian urusan pemerintahan dalam penanganan bencana.

Tugas Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi dalam penanganan tanggap darurat bencana sudah diuraikan secara detail dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 145 tahun 2007 tentang Pedoman Penanggulangan

Bencana Bidang Kesehatan dan SK Menkes 922 tahun 2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Hal ini untuk menghindari terjadinya tumpang tindih dan duplikasi tugas.

Perbedaan antara SK Menkes Nomor 145 tahun 2007 dengan SK Menkes Nomor 922 tahun 2008 terletak pada lingkup tugas Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi. Pada SK Menkes Nomor 145 tahun 2007 tugas Kementerian Kesehatan pada umumnya adalah membantu atau mendukung tugas-tugas dinas kesehatan dalam penanganan tanggap darurat bencana. Sedangkan pada SK Menkes Nomor 922 tahun 2008 masing-masing tingkatan, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi maupun Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota membagi urusan pemerintahan termasuk penyelenggaraan penanggulangan bencana secara bersama. Dengan kata lain, masing-masing tingkatan memiliki porsi sendiri-sendiri dalam menyelenggarakan upaya penanggulangan bencana dan dilaksanakan secara bersama-sama.

Kekurangserasian antara dua keputusan Menteri Kesehatan terletak pada dimana posisi Kementerian Kesehatan dalam penanganan bencana. Surat keputusan nomor 145 tahun 2007 menyebutkan pada umumnya posisi Kementerian Kesehatan adalah membantu dinas kesehatan provinsi. Ini mengisyaratkan bahwa yang menjadi pemegang kendali dalam penanganan bidang kesehatan saat bencana adalah dinas kesehatan provinsi. Sedangkan Surat Keputusan Nomor 922 tahun 2008 mengisyaratkan posisi yang setara antara Kementerian Kesehatan dan dinas kesehatan provinsi yang masing-masing memiliki tugas dan wewenang sendiri dengan tujuan yang sama. Posisi yang setara perlu penegasan bahwa tugas dan wewenang itu tidak berjalan sendiri-sendiri meskipun memiliki tujuan yang sama akan tetapi perlu kepemimpinan yang jelas pula. Keluarnya instruksi Presiden menegaskan bahwa Pemerintah, termasuk di dalamnya Kementerian Kesehatan, mengambil alih penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010.

Masalah kesehatan akibat bencana yang sering timbul adalah korban cedera yang dapat mengakibatkan kematian dan atau kecacatan bila tidak mendapat pertolongan segera. Salah satu indikator penetapan skala bencana dalam Undang

Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana adalah besarnya jumlah korban. Kementerian Kesehatan seharusnya tidak dapat menjadikan indikator besarnya jumlah korban untuk terlibat langsung dalam penanganan bencana. Luas wilayah yang meliputi dua provinsi dan atau kemampuan dinas kesehatan yang tidak dapat memiliki sumber daya yang cukup adalah dua hal yang dapat dijadikan indikator terlibatnya Kementerian Kesehatan secara langsung untuk menangani masalah kesehatan akibat bencana.

6.4 Jenis Koordinasi

Pertemuan koordinasi berlangsung baik di tingkat Kementerian Kesehatan maupun di tingkat Dinas Kesehatan Provinsi untuk membahas perkembangan permasalahan kesehatan di lokasi bencana. Pertemuan koordinasi di gedung Kementerian Kesehatan di Jakarta berjalan secara berkala satu kali setiap minggu sedangkan pertemuan koordinasi di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta berlangsung setiap hari pukul 14.00 WIB.

Selain memimpin koordinasi ditingkat provinsi, Kementerian Kesehatan juga mengadakan pertemuan di gedung Kemenkes di Jakarta yang dipimpin oleh Sekretaris Jenderal dan dihadiri oleh unit-unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk membahas permasalahan kesehatan akibat erupsi Gunung Merapi secara global.

Dalam koordinasi pada masa tanggap darurat bencana, dikenal konsep *mini-second coordination* dan *many-second coordination*. *Mini-second coordination* merupakan koordinasi yang dilaksanakan di lokasi kejadian dan bersifat reaktif untuk membahas permasalahan yang timbul pada saat itu dan karakteristiknya adalah kerja bersama dengan kapasitas setempat. Sedangkan *many-second coordination* adalah koordinasi yang dilakukan dengan melihat permasalahan secara menyeluruh dan biasanya dilakukan diluar lokasi kejadian.

Pada masa tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010, Kementerian Kesehatan melakukan kedua jenis koordinasi diatas dengan membuka pos di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, memimpin rapat koordinasi di tingkat lokal untuk membahas permasalahan yang ada saat itu. Selain itu, Kementerian Kesehatan juga mengadakan rapat koordinasi di Kementerian

Kesehatan di Jakarta untuk melihat permasalahan secara global dengan melibatkan unit-unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Adanya perbedaan tugas dan wewenang dalam setiap jenjang tingkatan di pemerintahan perlu dikoordinasikan untuk menegaskan siapa yang akan melakukan apa sesuai porsi di masing-masing level. Rapat koordinasi secara berkala akan menjawab tantangan ini sehingga tidak terjadi duplikasi atau tumpang tindih dalam penanganan bidang kesehatan suatu kejadian bencana.

Rapat koordinasi selain untuk memperjelas alur tugas, juga untuk mengumpulkan informasi, menyepakati data dan informasi yang akan disampaikan dan alur informasinya.

Rapat koordinasi dilakukan setiap hari baik di sektor kesehatan yang sering dipimpin oleh pejabat dari Kementerian Kesehatan maupun rapat yang dilakukan oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). Rapat harian tersebut membutuhkan arus informasi yang cepat untuk mengetahui perkembangan permasalahan. Hasil rapat harian tersebut kemudian disampaikan dalam pertemuan koordinasi di BNPB yang dilaksanakan setiap hari pula di Kota Yogyakarta.

6.5 Sistem Informasi dalam Penanggulangan Bencana

Pada saat awal Kementerian Kesehatan membuka pos di Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan memimpin penanganan bencana di bidang kesehatan, terjadi kesimpangsiuran data. Hal ini menurut para narasumber adalah hal yang biasa dan lumrah terjadi saat bencana karena adanya penyesuaian dan penyelarasan sistem.

Seperti yang terdapat dalam SK Menkes Nomor 064 tahun 2006 tentang Pedoman Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, bahwa informasi yang berupa laporan bencana mengalir secara berjenjang, informasi berjalan dari dinas kesehatan kabupaten kepada dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan provinsi kepada Kementerian Kesehatan. Narasumber lainnya, yaitu Kepala Seksi Pelayanan dan Informasi Kesehatan Dinkes Provinsi DIY mengatakan bahwa pedoman yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan memang belum berjalan dengan baik di lingkungan Dinas

Kesehatan Provinsi DIY karena format yang ada dalam pedoman tersebut dinilai terlalu kaku.

Dalam SK Menkes Nomor 145 tahun 2007 disebutkan bahwa salah satu tugas Kementerian Kesehatan adalah penyediaan informasi baik kejadian bencana maupun upaya-upaya penanganannya dibidang kesehatan. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki tugas memberikan informasi kepada Kementerian Kesehatan dan Gubernur mengenai kejadian bencana dan upaya-upaya yang dilakukan.

Di era desentralisasi, suatu pedoman yang disusun oleh Pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan tidak dapat dipaksakan penerapannya. Hal ini disebabkan oleh adanya perbedaan budaya, sosial dan politik pada tiap-tiap daerah dengan kekhasannya masing-masing yang mempengaruhi diterima atau tidaknya suatu pedoman yang disusun oleh Kementerian Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007, bahwa salah satu urusan pemerintahan wajib adalah komunikasi dan informatika termasuk penyelenggaraan informasi bencana. Pasal 8 Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 ayat (1) menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan urusan wajib berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah. Namun demikian pada ayat (2) Pasal 8 memberikan ruang bagi setiap daerah untuk menyelenggarakan urusan wajib dengan tidak berpedoman pada standar minimal yang telah ditetapkan Pemerintah dengan syarat menggunakan APBD.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi DIY dapat membuat sistem informasi dengan format dan mekanisme yang dibuat sendiri meskipun tidak berpedoman pada standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dengan menggunakan APBD dalam pelaksanaan dan pengembangannya. Terlibatnya Kementerian Kesehatan langsung dalam teknis operasional termasuk pengelolaan informasi mengakibatkan benturan pada sistem yang sudah berjalan sebelumnya di Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Oleh karena itu, alur informasi ini perlu disepakati bersama agar tidak terjadi kesimpangsiuran atau duplikasi data.

Berdasarkan suatu studi, ada delapan kategori hambatan dalam alur informasi saat bencana, yaitu (Day,et.al, 2009):

- 1) inaksesabilitas, ketidakmampuan untuk memperoleh data dan informasi;
- 2) format data dan informasi yang tidak konsisten, beberapa sumber data dan informasi tidak dapat dibandingkan karena memiliki dimensi dan definisi operasional yang berbeda;
- 3) arus informasi yang tidak adekuat, data dan informasi yang tersedia terlalu sedikit;
- 4) prioritas informasi masih kurang;
- 5) sulitnya mengidentifikasi sumber data;
- 6) media penyimpanan data yang tidak adekuat;
- 7) rendahnya tingkat kepercayaan pada data dan informasi yang tersedia;
- 8) ketidakrelaan berbagi data dan informasi.

Informasi bidang kesehatan dalam masa tanggap darurat dapat berasal dari berbagai sumber. Namun dalam pengelolaan dan penyebarluasannya perlu dikelola oleh satu lembaga sehingga tidak terjadi duplikasi atau kesimpangsiuran informasi. Oleh karena itu, dalam rapat-rapat koordinasi kesehatan perlu dihadirkan semua pihak yang terkait dalam penanganan bidang kesehatan sehingga dapat diperoleh gambaran yang lebih utuh mengenai dampak bencana yang dialami dan ditangani oleh pihak-pihak yang terkait.

Pengumpulan informasi kesehatan dari berbagai sumber dapat dilakukan dengan berbagai cara pula. Penggunaan teknologi informasi yang sangat pesat saat ini dapat dimanfaatkan apalagi informasi yang cepat sangat dibutuhkan. Media yang dapat digunakan antara lain dengan telekonferens, sms gateway, email, dan lain-lain.

Satu hal penting dalam pengumpulan informasi dan penyebarluasannya adalah dengan menggunakan media telekonferens yang difasilitasi oleh Universitas Gajah Mada dalam setiap rapat koordinasi di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Penyebarluasannya pun menggunakan media internet melalui website Dinas Kesehatan Provinsi DIY yang membuka kotak khusus untuk informasi perkembangan bencana pada bidang kesehatan.

6.6 Pendelegasian Wewenang

Situasi pada masa tanggap darurat memiliki beberapa keunikan, seperti ketidakpastian, kejadian yang tidak diinginkan dan terjadi tiba-tiba, risiko jatuhnya korban massal, *time pressure* yang tinggi, kurangnya sumber daya, serta kerusakan sarana dan prasarana. Situasi tersebut selain membutuhkan arus informasi yang cepat juga pengambilan keputusan yang cepat dan tepat pula.

Besarnya permasalahan dan situasi saat bencana yang cepat berubah membutuhkan kepemimpinan yang tegas dan berani dalam mengambil keputusan dengan risiko yang minimal. Keberanian mengambil keputusan dengan memperhitungkan risiko seminimal mungkin dapat diperoleh dari pengalaman dan memerlukan perhitungan yang cermat. Pengambilan keputusan yang cepat dapat dilakukan dengan pendelegasian wewenang kepada seorang yang dianggap mampu baik berdasarkan pengetahuan maupun pengalamannya.

Kementerian Kesehatan membentuk Tim Penanggulangan Bencana Erupsi Gunung Merapi berdasarkan SK Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01./IX/SK/1514/2010 yang diketuai oleh Staf Ahli Menteri Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Kemenkes. Penunjukan eselon satu dari Kemenkes bertujuan agar keputusan-keputusan yang terkait dengan penanganan masalah kesehatan dapat dilakukan dengan cepat. Permasalahan akibat erupsi Gunung Merapi melibatkan dua Provinsi, yaitu DI Yogyakarta dan Jawa Tengah. Kedua wilayah tersebut menghadapi permasalahan kesehatan yang hampir sama. Penggunaan sumber daya yang kurang atau tidak dimiliki oleh kedua provinsi perlu segera dilakukan intervensi oleh Kementerian Kesehatan yang harus diputuskan oleh pejabat yang mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat. Pendelegasian wewenang ini dapat dianggap sebagai upaya mendukung desentralisasi terutama dalam mengawal penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan oleh Kementerian Kesehatan.

Rapat koordinasi di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dipimpin oleh pejabat dari Kementerian Kesehatan yang ditugaskan sebagai wakil Kementerian Kesehatan selama masa tanggap darurat karena dalam rapat tersebut dihadiri oleh pejabat atau wakil dari dua dinas kesehatan provinsi yaitu DI

Yogyakarta dan Jawa Tengah. Namun terkadang, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta waktu itu, diserahi tugas untuk memimpin pertemuan koordinasi tersebut dan mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan kesehatan yang berada diluar wilayah kerjanya seperti Kabupaten Magelang, Klaten dan Boyolali.

Dalam Pasal 13 Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota disebutkan bahwa pelaksanaan urusan pemerintahan yang mengakibatkan dampak lintas daerah dikelola bersama oleh daerah terkait. Pendelegasian wewenang dari Kementerian Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta untuk mengkoordinir upaya kesehatan yang berada diluar wilayah tanggung jawabnya tidak sejalan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007. Meskipun sebuah rapat koordinasi harus ada yang memimpin, akan tetapi kewenangan yang diberikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta yang seharusnya hanya sampai sebatas memfasilitasi pertemuan, adapun pelaksanaan koordinasi diserahkan kepada masing-masing dinas kesehatan provinsi sesuai wilayah tanggung jawabnya.

Ketika ada pendelegasian, masalah berpotensi timbul dari kenyataan bahwa pelaksanaan wewenang tersebut dikondisikan pada pendapat orang yang memberikan pendelegasian. Ini jelas akan mengalahkan tujuan pendelegasian itu sendiri. Perlu diketahui bahwa pada saat wewenang didelegasikan dan dikondisikan pada suatu pendapat, pendapat yang relevan adalah pendapat orang yang diberikan wewenang. (Douglas, 1998).

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Kementerian Kesehatan telah melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dan Badan Nasional Penanggulangan Bencana dengan membuka pos Kementerian Kesehatan di kantor Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta;
- b. Belum ada peraturan atau kebijakan dalam mengkategorikan tingkat skala bencana yang mengindikasikan perlunya pengambilalihan penanganan langsung oleh Pemerintah Pusat yang dapat memperjelas alur tugas, fungsi dan wewenang pada setiap level pemerintahan dalam penanganan bencana;
- c. Ada kekurangserasian antara dua Surat Keputusan Menteri Kesehatan, yaitu SK Menkes Nomor 145 tahun 2007 yang menyebutkan bahwa tugas Kementerian Kesehatan adalah membantu/mendukung Dinas Kesehatan Provinsi sedangkan SK Menkes Nomor 922 tahun 2008 menyatakan bahwa keterlibatan langsung Kementerian Kesehatan adalah merupakan wujud pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan dalam penanganan bencana;
- d. Pengaruh keterlibatan langsung Kementerian Kesehatan dalam penanganan bencana Gunung Merapi tahun 2010 adalah adanya perubahan komando dari Dinkes Provinsi DIY kepada Kementerian Kesehatan serta adanya perubahan alur informasi yang lebih sesuai dengan Kepmenkes Nomor 64 tahun 2007 tentang Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana;
- e. Pendelegasian wewenang Kementerian Kesehatan dilakukan dengan membentuk tim penanggulangan bencana erupsi Gunung Merapi yang diketuai oleh seorang pejabat setingkat Eselon 1;
- f. Sikap kepemimpinan dalam penanganan bencana pada masa tanggap darurat adalah tegas dalam memberikan perintah serta berani dalam

mengambil risiko untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan dengan memperhatikan ketentuan yang berlaku.

7.2 Saran

- a. Kementerian Kesehatan perlu segera menetapkan peraturan atau kebijakan yang mengindikasikan perlunya pengambilalihan penanganan langsung oleh Pemerintah Pusat yang dapat memperjelas alur tugas, fungsi dan wewenang pada setiap level pemerintahan dalam penanganan bencana;
- b. Penyelenggaraan koordinasi dengan pola koordinasi tingkat pusat dan tingkat daerah oleh Kementerian Kesehatan perlu ditingkatkan dan dikembangkan dengan menyusun kebijakan terkait penyelenggaraan koordinasi saat bencana sehingga menjadi panduan dalam koordinasi saat bencana;
- c. Kementerian Kesehatan perlu meninjau kembali dua Surat Keputusan Menteri Nomor 145 tahun 2007 dan SK Menkes Nomor 922 tahun 2008 dengan melihat pembagian urusan pemerintahan dan kebijakan Pemerintah tentang desentralisasi serta pembagian wewenang yang jelas dan tegas;
- d. Sikap kepemimpinan yang tegas dan berani mengambil risiko dalam koridor sesuai ketentuan yang berlaku untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan saat bencana sesuai yang diamanatkan dalam Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, perlu ditumbuhkembangkan dalam pribadi pegawai Kementerian Kesehatan terutama pada unit yang terkait dengan penanggulangan bencana.

DAFTAR PUSTAKA

- A Pawar, and V Kakrani. *Rapid Assessment Survey of Earthquake Affected Bhuj Block of Kachchh District, Gujarat, India*. 2005.
- Adams, L.M. *Comprehensive Vulnerability Management: The Road to Effective Disaster Planning*. Journal of Theory Construction & Testing, 2008.
- Avitzour;et.al. *A Multicasualty Event: Out-of-hospital and In-hospital Organizational Aspects*. Academic Emergency Medicine, 2004.
- Buse, Kent, Nicolas Mays & Gill Walt. *Making Health Policy-Understanding Public Health*, Open University Press, England, 2005.
- Broz, D., et al. *Lessons Learned From Chicago's Emergency Response to Mass Evacuations Caused by Hurricane Katrina*. American Journal of Public Health, 2009.
- Cannon, T. *Vulnerability, "Innocent" Disasters And The Imperative of Cultural Understanding*. Disaster Prevention and Management, 2008.
- Carter, W. Nick. *Disaster Management. A Disaster Manager's Handbook*. ADB Manila. 1991.
- Chen, Rui, et.al. *Coordination in Emergency Response Management*, Communication of ACM, Vol. 51, 2008.
- Cook, A.G., P. Weinstein dan JA Centeno. *Health Effects of Natural Dust*. Biological Trace Element Research Vol. 103. 2005
- D. Budge, Susan. *Emergency Medical Service System: Modelling Uncertainty in Response Time*, Universitas Alberta, 2004.
- Day, Jamison, Iris Junglas and Leiser Silva. *Information Flow Impediments in Disaster Relief Supply Chains*, Journal of the Association for Information Systems, Vol. 10, 2009.
- Douglas, Roger. *Administrative Law and Response to Emergencies*. Mount Macedon, 1998
- Dower, Ian and Christine Owen. *Emergency Incident Management: An Evolving Incident Control System Framework*, Journal of Pacific RIM Psychology. 2006
- Ebi, K.L. et al. *Some Lessons Learned from Public Health on the Process of Adaptation*. Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change, 2006.
- Fernando, Güereña-Burgueño, et.al. *Rapid Assessment of Health Needs and Medical Response after the Tsunami in Thailand, 2004 - 2005*. Military Medicine, 2006.
- Forbes, L, et.al. *Volcanic Ash and Respiratory Symptoms in Children on the Island of Monserrat, British West Indies*. Occupational and Environmental Medicine, 2006

- Green, Andrew. *An Introduction To Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press, third edition, England, 2007.
- Guzman, E. *Eruption of Mount Pinatubo in the Philippines in June 1991*, Asian Disaster Reduction Center, 1992.
- Hincks, TK, et.al. *Long Term Exposure to Respirable Volcanic Ash on Monserrat: A Time Series Simulation*. Bull Volcanol. 2006.
- Holt, K.M.C.M.E.B.J.M. *The Built Environment, Evacuations, and Individuals With Disabilities*. Journal of Disability Policy Studies, 2007.
- Horwell, Claire. *Bahaya Abu Gunung Api Terhadap Kesehatan*. IVHHN. 2005
- Horwell, Claire and Peter Baxter. *The Respiratory Health Hazard of Volcanic Ash: a review for Volcanic Mitigation*. Bull volcano, Vol 69. 2006.
- Hotvedt, R. et.al. *Which groups of patients benefit from helicopter evacuation?* The Lancet, 1996.
- Indonesia. *Undang Undang Penanggulangan Bencana*, UU No. 24 tahun 2007, LN No. 66 tahun 2007, TLN No. 4723.
- Indonesia. *Undang Undang Kesehatan*, UU No. 36 tahun 2009, LN No. 144 tahun 2009, TLN No. 5063.
- Indonesia. *Undang Undang Pemerintahan Daerah*, UU No. 32 tahun 2004, LN No. 125 tahun 2004, TLN No. 4437.
- Indonesia. *Peraturan Pemerintah tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota*, PP No. 38 tahun 2007, LN No. 82 tahun 2007.
- Joshi, M.K. *Trauma Care in India: Current Scenario*. World Journal of Surgery, 2008, p. 1613-1617.
- Kapucu, Naim. *Collaborative Emergency Management: Better Community Organizing, Better Public Preparedness and Response*, Overseas Development Institute, 2008.
- Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan*, PerMenkes No. 1144 tahun 2010.
- Kementerian Kesehatan. *Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan*, SK Menkes No. 145 tahun 2007.
- Kementerian Kesehatan. *Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana*, SK Menkes No. 064 tahun 2007.
- Kementerian Kesehatan. *Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota*. SK Menkes No. 922 tahun 2008.

- Kementerian Kesehatan. *Laporan Upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana Gunung Merapi 2010*, Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Jakarta, 2010.
- Kementerian Kesehatan. *Tinjauan Laporan Bencana Tahun 2006*, Pusat Penanggulangan Krisis, Jakarta, 2006.
- King, David. *Organisations In Disaster*, Nat. Hazard, Townville, 2007.
- Kumolowati, ETTY. et.al. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta*, Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2011
- Lima Instruksi Presiden untuk Penanganan Krisis Merapi, www.presidensby.info/index.php/fokus/2010/11/05/6087.html., diunduh 15 Januari 2012.
- Lindsey, Daniels, Kamberly Listermann and Kevin Taaffe. *A Requirements Planning DSS for Healthcare Facilities During*, California, 2009.
- Llewellyn, C.H. *Triage: In Austere Environments and Echeloned Medical Systems*. World Journal of Surgery, 1992.
- Manyena, S.B. *Rural local authorities and disaster resilience in Zimbabwe*. Disaster Prevention and Management, 2006.
- Munk;et.al. *Physician Medical Direction and Clinical Performance at an Established Emergency Medical Services System*. Prehospital Emergency Care, 2009.
- Norris, Fran H. et.al. *Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness*, American Journal of Community Psychology, 2008.
- Nugraha, Satria Ivan, Udi Harmoko, Rina Dwi Indriyana. *Penelitian Temperatur Permukaan dan Emisi Gas Karbondioksida (CO₂) Untuk Mengkaji Kebolehhjadian Adanya Panas Bumi Di Sisi Lereng Utara Gunung Merbabu Jawa Tengah*, Fisika Universitas Diponegoro, 2008. Hlm 20
- Nugroho, Riant. *Public Policy*, Elex Media Komputindo, Jakarta, 2009. hlm 385.
- Nyssen, Anne. *Coordination in Hospital: Organized or Emergent Process?* Springer-Verlag London Limited, Vol. 9, 2006.
- Pratomo, Indyo. *Klasifikasi Gunung Api Aktif Indonesia Studi Kasus Dari Beberapa Erupsi Gunung Api Dalam Sejarah*, Jurnal Geologi Indonesia, 2006. Hlm 209-227
- Rahardjo, Mudjia. Analisis Data Penelitian Kualitatif (Sebuah Pengalaman Empirik), <http://www.mudjiahardjo.com/materi-kuliah/221-analisis-data-penelitian-kualitatif-sebuah-pengalaman-empirik.html>, diunduh pada 21 November 2011.
- Ramli, Ahmad M. *Koordinasi dan Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan*, Jakarta, 2008.

- Schmidt, et.al. *Evaluating an Emergency Medical Services-Initiated Nontransport System*. Prehospital Emergency Care, 2006.
- Schultz, CH et.al. *A Medical Disaster Response To Reduce Immediate Mortality After an Eartquake*, New England Journal of Medicine, 1996.
- Sturms, L.M. et al. *Prehospital triage and survival of major trauma patients in a Dutch regional trauma system: relevance of trauma registry*. Langenbeck's Archives of Surgery, 2006.
- Sugiyono, *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Alfabeta, Bandung, 2010
- Supe, Avinash, and Rajeev Satoskar. *Health Services Responses to Disaster in Mumbay: Sharing Experiences*, Indian Medical Journal Science, Vol. 62, 2008.
- Surjan, A. and R. Shaw. *Enhancing disaster resilience through local environment management: Case of Mumbai, India*. Disaster Prevention and Management, 2009.
- Sutawidjaja, S. Igan. *Pertumbuhan Gunung Api Krakatau Setelah Erupsi Katastrofis 1883*, (Jurnal Geologi Indonesia, Vol. 1 No. 3).
- UNOCHA. *UNDAC Handbook*, Geneva, 2006.

LAMPIRAN PEDOMAN WAWANCARA

No.	Tujuan	Narasumber	Daftar pertanyaan
1.	Untuk mengetahui identitas narasumber dan keterlibatan narasumber pada saat erupsi Gunung Merapi tahun 2010	Semua narasumber	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Bapak/Ibu? 2. Jabatan Bapak/Ibu sekarang? 3. Apakah Bapak/Ibu terlibat dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 di Provinsi DIY? 4. Jabatan Bapak/Ibu pada saat itu?
2.	Untuk menjawab pertanyaan penelitian apakah dan bagaimana Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi kesehatan dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010?	Kepala Pusat Penanggulangan Krisis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai unit yang bertanggungjawab dalam penanggulangan bencana, apakah unit Bapak ikut berperan pada saat erupsi Gunung Merapi 2010? 2. Bagaimana peran unit Bapak? 3. Apakah unit yang Bapak pimpin ikut aktif melaksanakan tugas di lokasi kejadian? 4. Bagaimana Kementerian Kesehatan dapat terlibat dalam penanganan langsung di lokasi?
		SAM Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Kemenkes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berdasarkan data yang ada, pada saat erupsi tahun 2010, Bapak ditunjuk sebagai Ketua Tim Penanggulangan Bencana Gunung Merapi, apakah dasar pembentukan tim yang Bapak pimpin?

No.	Tujuan	Narasumber	Daftar pertanyaan
			2. Apakah tugas Bapak sebagai ketua tim? 3. Apakah tugas tim yang Bapak pimpin?
		Mantan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY	Pada saat erupsi Gunung Merapi 2010, apakah ada tim Kementerian Kesehatan yang bekerja di lokasi?
3.	Untuk menjawab pertanyaan penelitian bagaimanakah koordinasi kesehatan dalam penanganan tanggap darurat erupsi Gunung Merapi tahun 2010 antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dilaksanakan?	Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan	1. Apakah unit Bapak menjalin koordinasi dengan dinkes provinsi? 2. Bagaimana koordinasi itu dilakukan? 3. Apakah informasi atau laporan dinas kesehatan berjalan sesuai pedoman Kemenkes?
		SAM Bidang Desentralisasi dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Kemenkes	1. Bagaimana tim yang Bapak pimpin menjalin hubungan kerja dengan dinkes provinsi? 2. Apakah ada pertemuan teratur atau berkala selama tim Bapak bertugas? 3. Apakah ada kendala atau hambatan dalam melakukan koordinasi dengan saat bencana di lokasi kejadian?
		Mantan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY	1. Pada saat erupsi, tim Kemenkes banyak terlibat dengan dinas kesehatan, apakah hubungan kerja

No.	Tujuan	Narasumber	Daftar pertanyaan
			<p>berjalan dengan baik?</p> <p>2. Bagaimana hubungan kerja itu terlaksana?</p> <p>3. Apakah ada kendala atau hambatan dalam melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan?</p>
		Kepala Sub Bidang Pemantauan Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan	<p>1. Pada saat erupsi, apakah ikut terlibat langsung di lokasi?</p> <p>2. Apakah tugas Ibu di lokasi?</p> <p>3. Bagaimana tugas Ibu terlaksana?</p> <p>4. Apakah ada kendala atau hambatan dalam melaksanakan tugas Ibu terkait koordinasi dengan dinas kesehatan provinsi?</p>
		Kepala Seksi Pelayanan dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi DIY	<p>1. Apakah tugas Ibu di dinas kesehatan provinsi?</p> <p>2. Bagaimana tugas Ibu terlaksana?</p> <p>3. Apakah ada kendala atau hambatan dalam melaksanakan tugas Ibu terkait koordinasi dengan dinas kesehatan provinsi?</p>

LAMPIRAN MATRIKS WAWANCARA

Informan	Alur Tugas			Alur Informasi					Pengambilan Keputusan	
	Keterlibatan Kemenkes	Tugas Kemenkes	Kemampuan Dinkes Provinsi DIY	Rapat Koordinasi	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Kendala dalam alur informasi	Pendelegasian wewenang	Pengambilan keputusan
Informan 1	Kemenkes terlibat karena ada dua provinsi yang terkena dampak	Membackup Dinkes Provinsi DIY	Kepala Dinkes Provinsi DIY memiliki pengalaman	Rapat berlangsung tiap hari di Dinkes Provinsi DIY dan diteruskan dengan rapat di BNPB. Selain itu rapat koordinasi juga berlangsung di Jakarta	Rapat di Kementerian Kesehatan di pimpin oleh Sekjen Kemenkes	Rapat di Kemenkes Jakarta dihadiri oleh unit-unit terkait di lingkungan Kemenkes	Hasil rapat di Kemenkes disampaikan pada pertemuan evaluasi yang dilaksanakan pada waktu tertentu		Dibentuk tim aju yang dipimpin oleh pejabat Eselon 1 Kemenkes	

Informan	Alur Tugas			Alur Informasi					Pengambilan Keputusan	
	Keterlibatan Kemenkes	Tugas Kemenkes	Kemampuan Dinkes Provinsi DIY	Rapat Koordinasi	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Kendala dalam alur informasi	Pendelegasian wewenang	Pengambilan keputusan
Informan 2	Kemenkes terlibat sesuai SK Menkes No. 922 tahun 2008 sebagai amanat PP No. 38 tahun 2007	Menyelenggarakan pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan	Dinkes Provinsi DIY punya kemampuan tapi terbatas	Rapat berlangsung tiap hari di Dinkes Provinsi DIY dan diteruskan dengan rapat di BNPB	Rapat di Dinkes Provinsi DIY dipimpin oleh Kemenkes	Rapat dihadiri oleh Dinkes DIY dan Jateng. Rapat mendapat dukungan telekonferens dari UGM	Dinkes kabupaten melapor ke dinkes provinsi dan provinsi melapor ke pemerintah pusat	Pada waktu awal semua membuat laporan		Ditunjuk eselon satu Kemenkes karena kondisi membutuhkan pengambilan keputusan yang cepat
Informan 3	Kemenkes terlibat karena ada penancangan penanganan diambil alih oleh Pemerintah Pusat	Mengambil alih komando tanggap darurat bidang kesehatan yang sebelumnya ditangani	Dinkes Provinsi DIY punya kemampuan berdasarkan pengalaman penanganan bencana gempa tahun 2006	Koordinasi berlangsung di Dinkes Provinsi DIY setiap sore	Rapat di Dinkes Provinsi DIY dipimpin oleh Kemenkes, kadang-kadang oleh Kepala Dinkes	Rapat dihadiri oleh Dinkes DIY dan Jateng. Rapat menggunakan telekonferens		Terjadi penyerasian karena penanganan diambil alih oleh Pusat	Kadinkes kadang-kadang disertai tugas untuk mengkoordinasi kabupaten diluar wilayah tanggungjawabnya	

Informan	Alur Tugas			Alur Informasi					Pengambilan Keputusan	
	Keterlibatan Kemenkes	Tugas Kemenkes	Kemampuan Dinkes Provinsi DIY	Rapat Koordinasi	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Kendala dalam alur informasi	Pendelegasian wewenang	Pengambilan keputusan
		Dinkes Provinsi DIY			Provinsi DIY					
Informan 4	Kemenkes diwakili oleh Stah Ahli Menteri (eselon 1) yang bertugas selama tanggap darurat						Laporan dibuat oleh Tim Kemenkes di lokasi berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi dan diteruskan ke BNPB	Alur informasi tidak sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan oleh Kemenkes		

Informan	Alur Tugas			Alur Informasi					Pengambilan Keputusan	
	Keterlibatan Kemenkes	Tugas Kemenkes	Kemampuan Dinkes Provinsi DIY	Rapat Koordinasi	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Kendala dalam alur informasi	Pendelegasian wewenang	Pengambilan keputusan
Informan 5	Peran Pusat sangat penting karena kejadiannya lintas provinsi						Program terkait belum memberikan laporan ke data center di Dinkes Provinsi DIY sehingga harus dikoordinasikan	Sistem informasi yang di buat oleh Kemenkes tidak berjalan dengan baik di Dinkes Provinsi DIY saat itu		

LAMPIRAN MATRIKS TELAAH DOKUMEN

Dokumen	Alur Tugas		Alur Informasi				Pengambilan Keputusan
	Keterlibatan Pemerintah	Tugas Kementerian Kesehatan	Kegiatan Koordinasi Kesehatan	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Pendelegasian wewenang
UU Nomor 24/2007	Pasal 7 (1) huruf c menyatakan wewenang Pemerintah untuk menetapkan status dan tingkatan bencana nasional; Pasal 7 (2) menetapkan beberapa indikator namun masih dalam garis besar dan perlu PP untuk mengatur lebih rinci. Belum ada PP yang mengatur.					BNPB menyampaikan laporan kepada Presiden setiap saat dalam kondisi bencana; BPBD menyampaikan laporan kepada kepala daerah setiap saat dalam kondisi bencana	

Dokumen	Alur Tugas		Alur Informasi				Pengambilan Keputusan
	Keterlibatan Pemerintah	Tugas Kementerian Kesehatan	Kegiatan Koordinasi Kesehatan	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Pendelegasian wewenang
PP Nomor 38/2007		Pembagian urusan pemerintahan dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah urusan wajib bagi pemerintah dan pemerintah daerah					
SK Menkes Nomor 145/2007		Pada umumnya adalah membantu dinas kesehatan provinsi	Kemenkes melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan provinsi, lintas sektor, swasta dan DVI			Dinkes provinsi melapor kepada Gubernur dan menyampaikan informasi kepada PPK saat bencana	

Dokumen	Alur Tugas		Alur Informasi				Pengambilan Keputusan
	Keterlibatan Pemerintah	Tugas Kementerian Kesehatan	Kegiatan Koordinasi Kesehatan	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Pendelegasian wewenang
SK Menkes Nomor 922/2008		Menyelenggarakan pembagian urusan/wewenang bidang kesehatan dalam penanggulangan bencana					
Laporan harian Kemenkes		Pada umumnya terlibat dalam tugas manajerial dan teknis pelayanan kesehatan	Ada pertemuan rutin di Kemenkes, Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan pos aju BNPB	Rapat koordinasi di Kemenkes Jakarta dipimpin oleh Sekjen Kemenkes; Rapat koordinasi di Dinas Kesehatan Provinsi DIY dipimpin oleh Kemenkes	Rapat di Kemenkes Jakarta dihadiri oleh unit terkait di Kemenkes (lintas program)	Ada laporan harian Kemenkes dan Dinkes Provinsi DIY	Rapat di Dinkes Provinsi DIY dipimpin oleh pejabat eselon 1 sebagai wakil Kemenkes berdasarkan Surat Keputusan Menteri

Dokumen	Alur Tugas		Alur Informasi				Pengambilan Keputusan
	Keterlibatan Pemerintah	Tugas Kementerian Kesehatan	Kegiatan Koordinasi Kesehatan	Pimpinan rapat	Peserta rapat	Penyampaian informasi	Pendelegasian wewenang
Notulensi Rapat			Ada catatan pertemuan di Dinas Kesehatan dan BNPB, tidak tercatat secara rutin	Ada catatan di beberapa notulensi rapat di Dinkes Provinsi DIY mengenai pimpinan rapat	Ada catatan peserta rapat yang hadir di Dinkes Provinsi DIY	Ada berbagi informasi dalam rapat harian	Ada catatan dalam notulensi rapat yang dipimpin oleh Ka Dinkes Provinsi DIY dan mengkoordinasikan kabupaten-kabupaten yang berada diluar wilayah kerjanya.