

# BAB 3

## Evaluasi Proyek

### “Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam Province”



Metode yang digunakan dalam evaluasi ini adalah analisis kualitatif dengan menggunakan satu protokol kuesioner untuk mendapatkan masukan dari para pemegang kebijakan (*stakeholders*). Responden diberi beberapa pertanyaan yang relevan dengan posisi/ jabatan mereka di dalam proyek. Wawancara dilakukan terhadap 34 responden dengan mengambil lokasi di Yogyakarta, Meulaboh, Banda Aceh, dan Melbourne Australia. Wawancara di Melbourne dilakukan oleh Dr. Simon Slota-Kan sedangkan wawancara di tiga kota lainnya dilakukan oleh Ahmer Akhtar dan Guardian Y. Sanjaya. Evaluasi ini dibuat berdasarkan informasi yang diberikan para responden.

Analisis *log frame* dilakukan dengan menggunakan *database* yang didisain dan disusun oleh Guardian Y. Sanjaya untuk melihat *output* proyek, dampak jangka pendek, *outcome* proyek dan faktor-faktor resiko. Sejumlah data kuantitatif telah diperoleh dari analisa *log frame* yang dapat dilihat pada bab ini.

Laporan akhir dipersiapkan oleh Ahmer Akhtar (*Australian International Health Institute*) dan Guardian Y. Sanjaya (*Staf Monitoring dan evaluasi, Project Supporting Unit, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada*).

# LAPORAN PELAKSANAAN

## Ahmer Akhtar dan Guardian Y. Sanjaya

Program “*Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam Province*” pada awalnya dilaksanakan sebagai respon kemanusiaan terhadap bencana Tsunami di tahun 2004. Respon ini melibatkan Rumah Sakit Dr. Sardjito di Yogyakarta (untuk selanjutnya disebut RS Dr. Sardjito) dan Universitas Gadjah Mada (UGM) yang dalam hal ini diwakili oleh Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) dan Fakultas Psikologi UGM. Kedua lembaga tersebut ditunjuk oleh pemerintah pusat untuk memberikan bantuan kemanusiaan di Aceh. Pada tahap selanjutnya *Royal Children’s Hospital (RCH)*, lembaga yang telah lama bekerja sama dengan RS Dr. Sardjito dalam penelitian medis bergabung dalam respon kemanusiaan ini.

Dalam perkembangannya, proyek ini mengalami perubahan dari semula berupa respon kemanusiaan menjadi proyek pemulihan dan pembangunan yang didukung oleh *World Vision Australia (WVA)*. Sebagai lembaga donor, WVA menghendaki adanya mitra pelaksana lokal dalam proyek ini.

Proyek bantuan untuk pengembangan sistem kesehatan di Aceh Barat, yang merupakan salah satu daerah yang paling parah terkena bencana Tsunami di Aceh, telah dijalankan semua oleh mitra lokal, yaitu RS Dr. Sardjito dan

UGM. Proyek ini merupakan salah satu bentuk program bantuan bagi pemulihan sistem kesehatan jangka panjang di wilayah pesisir pantai barat Aceh yang berhasil dilaksanakan secara konsisten. Fakta yang dapat diukur antara lain penyediaan tenaga medis secara rotasi, sebagai wujud bantuan terhadap komunitas dan sistem kesehatan setempat.

Paket bantuan manajemen dan teknis dari RS Dr. Sardjito-UGM telah menunjukkan dampak dan hasil yang bervariasi. Salah satu yang paling signifikan adalah meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap institusi rumah sakit seiring dengan meningkatnya kualitas pelayanan medis. Usaha-usaha lain juga telah dibuat untuk meningkatkan kualitas pelayanan medis dan manajemen di rumah sakit. Namun usaha-usaha tersebut mempunyai dampak yang berbeda baik yang berupa keberhasilan maupun kegagalan. Bentuk-bentuk keberhasilan terlihat pada pendekatan terhadap peningkatan kapasitas sumber daya manusia di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND); pengenalan prosedur operasional standar; pengenalan mutu pelayanan klinik; penyediaan suplai air di semua bangsal rawat inap dan rawat jalan, pelaksanaan *Integrated Management of Childhood Illnesses (Manajemen Terpadu Balita Sakit)* pada level pelayanan primer (puskesmas) dan rujukan (rumah sakit); pelatihan teknis dan manajemen bagi staf



Pos kesehatan tim RS Dr. Sardjito - Fakultas Kedokteran UGM pada awal pasca Tsunami di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

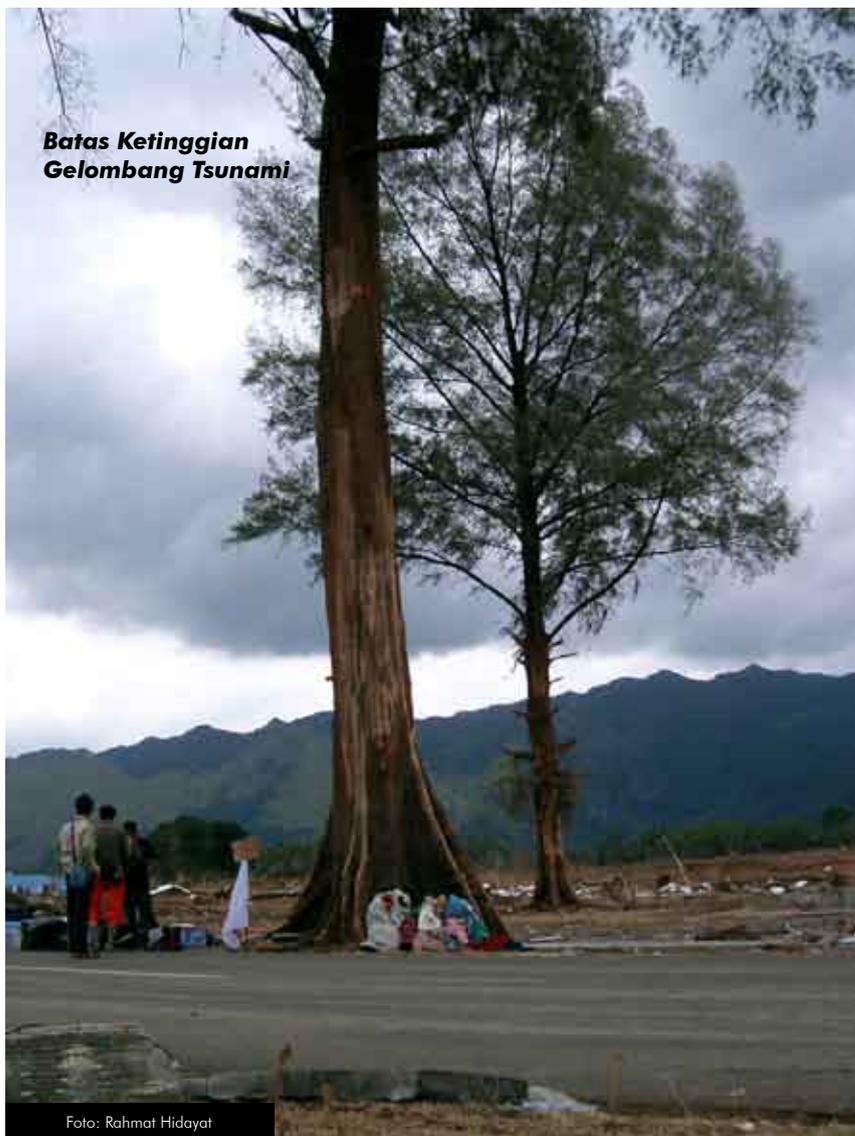
Foto: Fajar

manajemen dan staf medis RS CND; pengenalan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang melibatkan 6 kabupaten di wilayah pantai barat Aceh; pengenalan teknologi informasi untuk mendukung *billing system* dan rekam medis di RS CND serta pengenalan peran psikolog klinis dalam membantu dan mendorong program kesehatan jiwa di masyarakat.

Namun demikian, ada komponen program yang kurang berhasil dalam pelaksanaannya, yaitu peningkatan kualitas budaya dan etika kerja di rumah sakit daerah. Hal ini terjadi karena rendahnya motivasi dan kepercayaan diri staf rumah sakit serta ketergantungan pada tim UGM. Staf manajer senior di rumah sakit sepertinya tidak menunjukkan tindakan yang baik untuk perubahan dan perbaikan kondisi kerja kepada staf di level menengah dan bawah. Selain itu rendahnya gaji dan insentif yang diterima menjadi alasan utama mengapa staf tidak mau melakukan perubahan dan perbaikan kinerja. Hal ini tentu saja dapat mengancam kesinambungan semua pencapaian program. Seyogyanya para pemegang kebijakan di tingkat

lokal dan pihak-pihak terkait di Banda Aceh dan Meulaboh mempertimbangkan untuk mempertahankan atau bahkan mengembangkan capaian-capaian program tersebut. Namun demikian, hendaknya diingat bahwa perubahan kultur bukan proses yang instan/ drastis sehingga perubahan kelembagaan sangat sulit terwujud hanya dalam waktu dua tahun saja. Percepatan perubahan kelembagaan tersebut hanya mungkin dilakukan bila rumah sakit daerah dirubah statusnya menjadi rumah sakit independen (mandiri). Sayangnya, perubahan status ini tidak bisa begitu saja dilakukan.

Perjalanan kemitraan yang dibentuk selama pelaksanaan proyek ini mengalami sejumlah perubahan. Pada awalnya, ada keraguan dari lembaga donor terhadap kapasitas UGM dalam mengelola organisasi dan keuangan proyek. Harus diakui bahwa pada tahap awal, disain proyek dan pengelolaannya masih terlihat lemah. Lemahnya kapasitas UGM dalam manajemen keuangan dan sistem pelaporan juga masih terlihat, mengingat sebelumnya UGM belum pernah mengelola proyek dengan skala



*Gempa Bumi dan Gelombang Tsunami menyapu daerah pesisir pantai barat propinsi NAD dan menghancurkan bangunan yang ada. Dapat dilihat pada foto (samping) bekas ketinggian gelombang Tsunami saat kejadian dan daya hancur Tsunami mematahkan pohon berdiameter 80 cm (bawah).*



dan karakteristik seperti ini. Pada tahap ini, ketegangan sempat muncul karena WVA menunda pencairan dana proyek sampai UGM membuktikan diri mampu menerapkan mekanisme yang baik dan transparan. Langkah-langkah perbaikan kemudian diambil oleh UGM dengan dukungan teknis dan manajemen dari mitra lain. UGM berhasil membuat perubahan signifikan dan kemajuan yang berarti dalam pengelolaan proyek dan pelaporan keuangan sehingga lembaga donor menyetujui disain dan anggaran proyek yang diajukan serta memberikan ruang yang lebih luas bagi semua instansi untuk menjalankan perannya masing-masing.

Dilihat dari aspek manajemen dan teknis proyek, secara keseluruhan *Australian International Health Institute* (AIHI) dan RCH memiliki peran yang sangat penting. AIHI mendapatkan apresiasi yang tinggi dari lembaga donor dan instansi yang lain atas peran yang dijalankannya. Sementara tim *Technical Advisor* dari RCH mempunyai peran yang penting dalam memberikan arahan program.

Kompleksitas tantangan yang dihadapi divisi *Mental Health* jelas berpengaruh pada kinerja. Walaupun demikian, pada akhirnya kinerja program *Mental Health* menunjukkan kemajuan, yang ditandai dengan adanya perubahan pada kebijakan lokal, yaitu mulai dilibatkannya peran para psikolog dalam pusat-pusat pelayanan

kesehatan. Namun, masih ada beberapa hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut, terutama yang terkait dengan capaian akhir program *Mental Health*. Evaluasi terpisah untuk program *Mental Health* akan dilaksanakan pada tahap selanjutnya.

Selama implementasi program, banyak sekali pelajaran yang dapat diambil. Salah satunya yang sangat berharga adalah kesempatan untuk mempelajari model pengelolaan bantuan tenaga medis pada sistem kesehatan di daerah-daerah terpencil. Ketimpangan distribusi tenaga medis antara daerah terpencil dengan wilayah perkotaan selalu menjadi masalah dalam sistem kesehatan di Indonesia. Untuk mengatasi masalah tersebut, mekanisme pengadaan tenaga medis di Meulaboh yang dilakukan melalui sistem kontrak dapat digunakan sebagai model pengadaan SDM di bidang kesehatan untuk daerah miskin dan terpencil lain di Indonesia. Di samping itu, program bantuan teknis dan manajemen yang dilaksanakan di Meulaboh dapat dijadikan model peningkatan kapasitas dalam rangka mereformasi dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah-daerah tertinggal di Indonesia. Model ini telah diterapkan pada proyek serupa di rumah sakit daerah di Kabupaten Nias dan Nias Selatan yang didanai oleh Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Aceh-Nias (BRR).



Foto: Rahmat Hidayat

Bendera kebangsaan Indonesia Merah Putih dikibarkan setengah tiang di tengah-tengah reruntuhan Tsunami.

# BAGIAN 1

## Tahapan Perkembangan Proyek

Gempa bumi dan gelombang Tsunami yang melanda Aceh, Indonesia, pada tanggal 26 Desember 2004 silam telah meluluhlantakkan wilayah tersebut dan wilayah-wilayah lain di sekitarnya. Di Indonesia saja, tercatat sedikitnya 100.000 orang meninggal; belum lagi yang dinyatakan hilang serta yang kehilangan tempat tinggal, jumlahnya begitu besar. Pantai barat Aceh adalah daerah yang menderita kerusakan paling parah akibat bencana ini.

Selain itu, sejak tahun 1980-an, Propinsi Aceh didera konflik yang berkepanjangan. Diperkirakan, konflik ini telah menelan korban jiwa lebih dari 10.000 orang dan korban luka-luka yang jumlahnya lebih banyak lagi. Konflik tersebut berdampak sangat serius terhadap sistem pelayanan kesehatan primer dan rujukan, terutama di tingkat kabupaten (khususnya pada sistem pelayanan rujukan dan pengadaan tenaga ahli profesional). Kondisi kejiwaan dan psikososial masyarakat terganggu karena munculnya rasa tidak aman, tindak kekerasan, dan perpindahan tempat tinggal. Hal ini juga memicu munculnya masalah lain pada sistem kesehatan, seperti lemahnya pengawasan dan supervisi, kurangnya staf, terbatasnya obat-obatan dan peralatan medis, lemahnya sistem informasi, dan buruknya kualitas pelayanan medis yang berakibat pada terbengkalainya rumah sakit daerah dan pusat-pusat pelayanan kesehatan primer

karena lemahnya motivasi dan kepercayaan diri para pengelolanya.

Bencana Tsunami telah memperburuk proses pelayanan kesehatan di sistem kesehatan yang memang sudah lemah ini. Banyaknya staf di pusat-pusat pelayanan kesehatan Banda Aceh dan Meulaboh yang turut menjadi korban telah melemahkan kapasitas pengelolaan sistem kesehatan di tingkat kabupaten/ kota dan propinsi. Hal ini juga mempengaruhi pengelolaan bantuan teknis, arah kebijakan, perencanaan dan koordinasi. Trauma akibat kehilangan anggota keluarga, baik yang dialami oleh masyarakat umum maupun petugas kesehatan, sangat berpengaruh pada kapasitas staf lokal dalam merespon bencana dan menjalankan program pemulihan pasca bencana. Kerusakan jalan dan fasilitas kesehatan, khususnya di sepanjang pantai barat Aceh, menyebabkan terputusnya akses dan tersendatnya pelayanan kesehatan. Keberadaan pusat-pusat relokasi sementara, perubahan demografi, pembangunan kembali rumah-rumah dan pemukiman, dan pengenalan instansi-instansi dari dalam dan luar negeri yang terlibat dalam proyek-proyek kesehatan adalah bukti betapa kompleks dan dinamisnya pengorganisasian dan perencanaan sistem pelayanan kesehatan. Namun demikian, ketersediaan sumber daya yang dibutuhkan serta terciptanya kesepakatan damai



Foto: Ksirhna Hort

Ilustrasi keadaan Aceh pasca Tsunami Desember 2004 tergambar dalam sebuah lukisan dinding atau Mural di Aceh Barat.



Penandatanganan MoU antara RS Dr. Sardjito yang diwakili oleh dr. Sri Endarini, MPH, Fakultas Kedokteran UGM oleh Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K) dan Fakultas Psikologi UGM oleh Prof. Dr. M. Noor Rochman H, SU pada bulan November 2005.

di antara pihak-pihak yang terlibat konflik di Aceh telah membuka peluang untuk menjaga kesinambungan efek jangka panjang dari program ini, yang dapat diwujudkan melalui peningkatan kapasitas sistem kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang esensial bagi masyarakat yang terkena dampak bencana dan konflik yang berkepanjangan tersebut.

### Latar Belakang

Proyek "Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam Province" berangkat dari respon terhadap bencana Tsunami. Instansi yang terlibat pada tahap awal pelaksanaan program ini adalah RS Dr. Sardjito, Universitas Gadjah Mada (UGM) yang diwakili oleh FK UGM dan Fakultas Psikologi UGM, dan Royal Children's Hospital (RCH), Australia.

Berbagai organisasi di Indonesia diminta langsung oleh pemerintah pusat untuk menyediakan pertolongan pasca Tsunami di Aceh. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito diberi mandat oleh pemerintah untuk terlibat dalam fase respon akut, serta berpartisipasi dalam program pemulihan pasca bencana di Banda Aceh dan Pantai Barat Aceh (Meulaboh). Pada tahap ini, kedua instansi tersebut sepakat bahwa wujud bantuan yang paling efektif adalah pengiriman tim dokter spesialis, paramedis, perawat, dan tenaga non-medis untuk membantu RS CND Meulaboh. Bantuan mulai diberikan sejak hari keempat pasca Tsunami.

Membeludaknya pasien di RS CND pada saat itu membuat para staf lokal kewalahan dan tidak bisa bekerja secara optimal karena mereka juga turut menjadi korban bencana Tsunami. Karena tidak pernah mengalami hal sebesar ini, dr. Haris kemudian meminta bantuan darurat berupa tenaga dan obat-obatan dari Jakarta.

Terhitung sejak Januari 2005, Aceh dibanjiri bantuan dari organisasi nasional, internasional, angkatan laut dan angkatan darat dari berbagai negara untuk membantu operasi pemulihan secara langsung. Direktur RS CND melaporkan bahwa kegiatan organisasi tersebut kurang terkontrol.

Pada tahap ini, organisasi badan dunia (PBB) melaksanakan fungsi koordinasi dalam bekerjasama dengan pemerintah. Di tingkat Banda Aceh dan Meulaboh, World Health Organization (WHO) melakukan fungsi koordinasi di sektor kesehatan. Namun pada tahap selanjutnya fungsi koordinasi di Meulaboh terancam saat WHO meninggalkan Meulaboh. UGM kemudian membantu peningkatan kapasitas staf Dinas Kesehatan agar bisa berperan sebagai fungsi koordinasi antar LSM di sektor kesehatan. Walaupun kemudian fungsi ini diperankan oleh UNICEF.

Pada saat yang bersamaan, dr. Yati Soenarto, dokter spesialis anak RS Dr. Sardjito, menerima tawaran bantuan dari RCH yang disampaikan oleh Profesor Graeme Barnes. RS Dr. Sardjito dan RCH sendiri telah menjalin kerjasama selama puluhan tahun dalam bidang penelitian medis.



Dokumen PSU

*World Vision Australia menyetujui untuk mendanai Program Aceh yang dilakukan oleh RS Dr. Sardjito - Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM. Program ini akhirnya bisa terealisasi sesuai dengan yang telah direncanakan.*

Komunikasi di antara kedua rumah sakit tersebut berbuah pada kesepakatan untuk melakukan penilaian awal di Aceh, yang dilaksanakan oleh Dr. Trevor Duke bersama-sama dengan satu orang perwakilan dari UGM dan RS Dr. Sardjito.

### **Penilaian Kebutuhan dan Tahap Perencanaan Awal**

Penilaian dilaksanakan oleh beberapa bagian secara independen. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito diminta pemerintah pusat untuk merespon dan kemudian mengadakan penilaian sendiri.

RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) memiliki tim tanggap darurat dalam membantu dan melakukan penilaian kebutuhan. Tiap tim terdiri dari 10 orang spesialis termasuk di dalamnya ahli bedah, dokter anak dan psikiater. Tim ini mempunyai prosedur operasi dan protokol standar sendiri dan tidak menggunakan standar yang dapat diterima secara internasional seperti *Rapid Assessment Tools* dari WHO.

Penilaian dan misi kemanusiaan lainnya dilaksanakan oleh Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Tim ini pada awalnya membantu Dinas Kesehatan Propinsi dan RS Zainoel Abidin di Banda Aceh. Bantuan yang diberikan dalam bentuk dukungan manajemen, sistem surveilans dan sistem informasi kesehatan.

Fakultas Psikologi UGM ikut serta dalam penilaian awal secara terpisah. Bersama pemerintah pusat (Tim *Rapid Assessment* Departemen Kesehatan Indonesia) Fakultas Psikologi mengungkapkan adanya peningkatan gangguan

jiwa yang berhubungan dengan trauma dan juga masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang lebih luas, yang muncul pada komunitas yang terkena dampak bencana.

Penilaian lainnya dilakukan oleh Dr. Trevor Duke bersama staf Bagian IKA RS Dr. Sardjito. Tidak ada alat penilaian khusus yang digunakan kecuali penilaian subjektif dari perspektif yang luas tentang dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan anak.

Pada Januari 2005, Dekan Fakultas Kedokteran, Fakultas Psikologi dan dr. Yati Soenarto secara informal mengumpulkan seluruh tim untuk membuat analisis terpadu untuk mengembangkan program bantuan jangka panjang. Pertemuan tersebut mempertimbangkan temuan-temuan dari keempat penilaian yang berbeda, yaitu:

1. Tim Medis FK UGM dan RS Dr. Sardjito terhadap kondisi Rumah Sakit Cut Nyak Dhien.
2. Fakultas Psikologi tentang kondisi Kesehatan Jiwa.
3. RCH dan bagian IKA RS Dr. Sardjito dengan penilaian Kesehatan Anak.
4. Bagian Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

Pertemuan tersebut melahirkan kerangka awal proyek bantuan, yang terbagi ke dalam empat divisi:

1. *Clinical Services* (CS): Kegiatan utamanya adalah mengirimkan tenaga dokter spesialis secara rotasi, yang kemudian dikembangkan lebih lanjut, termasuk memperbaiki mutu pelayanan, manajemen, budaya kerja dan etos kerja di RS CND.
2. *Mental Health* (MH): Divisi ini memusatkan pada dua dimensi masalah: dimensi kesehatan jiwa dan dimensi psikososial. Pada tahap awal perencanaan program, digagaslah sebuah ide sistem rujukan kesehatan jiwa.

Grand opening Pusat Pelayanan Psikologis Balee Zaituna di Meulaboh pada bulan September 2005, menandai resminya kegiatan Divisi Mental Health di Aceh Barat, walaupun kegiatannya sudah berlangsung sejak awal pasca Tsunami.



Dokumen Mental Health

Secara keseluruhan, program dibangun berlandaskan tiga metode: (1) Intervensi berbasis pusat pelayanan dengan membangun Pusat Pelayanan Psikologis dan kesehatan jiwa di Banda Aceh dan Meulaboh; (2) Intervensi berbasis komunitas melalui program pelayanan *outreach*; dan (3) Intervensi berbasis media komunikasi massa.

3. *Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)*: Sejak awal, divisi ini mempunyai pendekatan dan kegiatan yang jelas, yaitu membantu pelayanan kesehatan di tingkat puskesmas dan pelayanan rujukan dalam menyediakan pelatihan dan pelayanan berbasis Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). UGM selama bertahun-tahun telah menjadi pusat pelayanan dan teknis MTBS di Indonesia.
4. *Public Health (PH)*: Divisi ini dirancang untuk meningkatkan kapasitas lokal di bidang surveilans melalui pengembangan sistem informasi di RS CND dan Dinas Kesehatan. Pengembangan sistem informasi di RS CND dimulai dari rekam medis pasien dan *billing system*, yang kemudian justru menjadi fokus utamanya.

Sebagai tindak lanjut pertemuan tersebut, sebuah tim dibentuk untuk menyiapkan proposal proyek bantuan jangka panjang untuk Aceh Barat (Pantai Barat Aceh) yang lebih terperinci. Proposal ini kemudian dipaparkan di hadapan lembaga donor. Proposal tersebut dibuat berdasarkan kerangka di atas dengan mengusulkan RCH, FK UGM dan Fakultas Psikologi UGM sebagai mitra pelaksana.

Komitmen jangka panjang sangat ditekankan sejak awal mengingat pada saat itu, Aceh dibanjiri oleh instansi/ lembaga yang berjanji akan memberikan bantuan, baik yang berupa proyek, dana, maupun program-program

pembangunan. Sayangnya, banyak diantaranya yang tidak pernah merealisasikan janji-janji tersebut. Hal ini membuat pemerintah daerah dan masyarakat bingung serta kehilangan kepercayaan. Menyadari kondisi tersebut, tim UGM/RCH/RS Dr. Sardjito harus berupaya keras untuk meyakinkan bahwa proyek yang dijalankan bukan sekedar proyek *hit and run* atau proyek jangka pendek saja.

### **World Vision Bergabung Sebagai Mitra Donor**

Pertemuan antara WVA dengan Profesor Graeme Barnes dari RCH pada awalnya tidak bertujuan untuk membahas Tsunami yang terjadi di Aceh. Namun, pembahasan akhirnya mengarah ke sana dan bahkan menghasilkan kesepakatan bahwa WVA akan mempertimbangkan untuk masuk ke Aceh sebagai lembaga donor.

Pada bulan Maret 2005, WVA mengundang tim UGM/RCH untuk membicarakan proposal proyek dan mekanisme pelaksanaannya termasuk manajemen, pengawasan dan evaluasi proyek. Penggunaan *Logical Frameworks (log frame)* sebagai alat perencanaan dan pengawasan telah dibahas pada tahap awal ini.

Pada bulan April 2005, WVA memberikan sedikit bantuan dana kepada RCH yang kemudian menyerahkan bantuan dana tersebut kepada UGM untuk mendanai kegiatan awal proyek. WVA selanjutnya mencairkan dana bantuan lewat *Royal Children's Hospital International (RCHI)* untuk kemudian menyerahkan pengelolaannya kepada RS Dr. Sardjito-UGM. Pada bulan Desember 2005, WVA bersedia mendanai proyek sampai dengan bulan Desember 2007 dengan jumlah bantuan sebesar AUS\$ 2,8 juta.

# BAGIAN 2

## Pelaksanaan Proyek

Pada bulan Maret/ April 2005, pemerintah pusat secara resmi menyatakan berakhirnya fase respon akut. Pemerintah dan seluruh organisasi yang terlibat dalam misi kemanusiaan di Aceh, termasuk tim RS Dr. Sardjito-UGM, mulai masuk pada fase berikutnya, yaitu fase transisi, pemulihan dan pengembangan. Pada awal fase ini, kegiatan proyek RS Dr. Sardjito-UGM yang sudah didanai oleh WVA dan masih menggunakan mekanisme lama dalam pelaksanaan serta pengelolaan dana. Kinerja tim dalam mengelola keuangan dan program-program proyek selama bulan Maret-Agustus 2005 ternyata dianggap tidak memuaskan oleh WVA. Pada periode tersebut, juga dilaporkan bahwa staf yang bertugas di Meulaboh masih tinggal di barak tanpa dilengkapi sarana komunikasi, jam kerja yang tidak jelas, serta masih buruknya pengelolaan dan sistem pelaporan kegiatan.

Setiap komponen proyek, ditugaskan seorang Koordinator Program yang berada di Yogyakarta. Sedangkan di Meulaboh ditunjuk seorang Manajer Lapangan yang mengkoordinir implementasi kegiatan. Namun demikian, koordinasi tidak berjalan dengan baik bahkan cenderung "lepas kendali", tidak bertanggung jawab, dan tidak ada koordinasi yang nyata antar tim. Selain itu pengelolaan proyek serta pelaporan keuangan tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Pada bulan Mei 2005, seiring dengan semakin memburuknya situasi di lapangan, wacana restrukturisasi dan perubahan manajemen proyek mulai mencuat. Untuk itu, pada bulan Juni 2005 sebuah misi pencarian fakta dilaksanakan oleh Profesor Laksono Trisnantoro untuk mempelajari kondisi koordinasi tim dan sistem pendukung proyek, serta kondisi keamanan. Temuan-temuan yang diperoleh kemudian dibahas dalam rapat darurat yang diadakan di Yogyakarta dengan menghadirkan pejabat senior di lingkungan UGM, yaitu para Dekan dan Wakil Dekan FK UGM, Fakultas Psikologi UGM dan manajer senior RS Dr. Sardjito. Pertemuan tersebut menghasilkan kesimpulan penting, yaitu perlunya perubahan secara menyeluruh mengingat pengelolaan proyek yang sedang berjalan sangat mengecewakan. Hal ini membuahkan perubahan total pada struktur organisasi, mekanisme pelaksanaan, dan rekrutmen staf, dan perencanaan proyek yang lebih terstruktur. Prof. Laksono Trisnantoro sendiri kemudian ditunjuk sebagai Koordinator Proyek yang baru.

Sementara itu di Melbourne, negosiasi antara WVA dan RCHI terus berlangsung. WVA tidak dapat mencairkan dana sebelum adanya persetujuan tentang perencanaan dan anggaran proyek yang baku. Akibatnya, RS Dr. Sardjito-UGM harus menggalang dana secara mandiri untuk menjamin tidak terputusnya bantuan ke Meulaboh karena hal ini dapat



Dokumen PSU

*Sistem manajerial baru yang dimulai awal tahun 2006 sejak bergabungnya AIHI merupakan fase terberat bagi semua staf Program Aceh RS Dr. Sardjito - UGM.*



Foto: Fajar

Pada fase awal kerjasama dengan pihak Australia, pendanaan dari WVA terhambat. Tim RS Dr. Sardjito-UGM harus meminjam dana dari lembaga lain untuk tetap menjalankan program demi menjaga kepercayaan daerah.

berakibat serius terhadap hubungan dan kepercayaan masyarakat dan pemerintah daerah di sana.

Di tingkat Meulaboh, politik dan kebudayaan juga memegang peranan. Banyak laporan, termasuk dari RS CND, menyebutkan bahwa staf lokal kurang antusias untuk ikut terlibat dengan program-program RS Dr. Sardjito-UGM. Tim UGM kurang diperhitungkan karena banyaknya bantuan lain yang datang, dan jauh lebih besar dari apa yang UGM berikan. Pada kenyataannya memang staf UGM hanya menerima gaji yang lebih rendah dibandingkan dengan sebagian besar LSM lokal maupun internasional. Butuh waktu cukup lama untuk merubah pandangan staf lokal terhadap tim UGM mengingat masyarakat Aceh telah sekian lama didera konflik, ditambah lagi dengan bencana Tsunami yang baru saja terjadi. Selama masa itu, pasien yang datang ke rumah sakit langsung dikirimkan ke dokter-dokter dari UGM yang tinggal di barak dengan alasan tidak ada dokter di rumah sakit.

## Perubahan-perubahan

Pada bulan Juni 2005, dapat terlihat dampak dari keputusan penunjukan Koordinator Proyek baru dan perubahan struktur organisasi dan manajemen. Struktur organisasi yang baru dipersiapkan dan diterapkan. Struktur manajemen baru terdiri dari:

1. Dewan Penasehat/ *Board of Advisor* yang terdiri dari staf senior Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM dan RS Dr. Sardjito.
2. Koordinator Proyek yang bertanggung jawab untuk mengelola dan mengkoordinir semua mitra di Yogyakarta dan Melbourne.
3. Pembentukan sebuah unit baru, *Project Supporting Unit (PSU)*, sebagai unit pendukung operasional

semua divisi dan untuk memusatkan manajemen, pengawasan keuangan dan administrasi.

4. Pembentukan empat divisi atau sub proyek. Tiap divisi memiliki seorang Manajer Program, Koordinator Program tiap komponen dan Manajer Lapangan.

Koordinator Proyek adalah seorang staf profesional senior dari UGM dan RS Dr. Sardjito. Peran utama yang diemban adalah menjaga kelancaran kegiatan semua divisi, memberikan petunjuk teknis, koordinasi internal agar proyek berjalan baik khususnya dalam mengelola administrasi internal untuk pengiriman staf RS Dr. Sardjito ke lapangan.

Manajer Program bertanggung jawab terhadap manajemen harian, berkoordinasi dengan staf di Meulaboh, berkoordinasi dengan PSU dan membuat laporan kepada Koordinator Proyek. Tiap Manajer Program bekerja dengan seorang Koordinator Program yang bertanggung jawab terhadap perencanaan dan dukungan teknis. Sebagai contoh antara lain Koordinator Program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Koordinator Program mutu pelayanan dan yang lainnya.

Di tingkat Meulaboh, seorang *Senior Site Manager* ditunjuk untuk mengawasi koordinasi dengan otoritas lokal di Meulaboh dan Banda Aceh, mengatur manajemen staf dan berhubungan dengan Konsultan Lapangan. Manajer Lapangan, *Liaison Officer*, dan Konsultan Lapangan mempunyai tanggung jawab yang berbeda untuk mengelola pelaksanaan kegiatan harian.

Masing-masing divisi mempunyai struktur organisasi sendiri untuk melaksanakan kegiatan yang mengacu pada *log frame*. Pendekatan vertikal seperti ini terus dipertahankan selama program berlangsung.



Foto: Ruth Wraith

*Mental Health akan melakukan evaluasi khusus secara terpisah terutama dampak implementasi program ini di masyarakat. Ruth Wraith, Technical Advisor Program Mental Health berfoto bersama tim Balee Zaituna di Meulaboh.*

## **Perubahan di Divisi *Mental Health***

Perlu diperhatikan bahwa evaluasi terhadap divisi *Mental Health* adalah bagian tersendiri dan sedikit terpisah dari evaluasi terhadap divisi-divisi yang lain. Sejak awal pelaksanaan proyek, divisi *Mental Health* telah menghadapi tantangan yang berat dari sisi pengelolaan dan teknis pelaksanaannya. Salah satunya adalah pergantian kepemimpinan yang berimbas pada perubahan drastis pada sasaran program. Program yang semula difokuskan pada pemulihan ekonomi dan sosial, berubah ke arah kesehatan jiwa dan psikososial, melalui intervensi berbasis pusat pelayanan, masyarakat, dan komunikasi massa. Hal ini merubah program kesehatan jiwa menjadi bagian dari tim pengembangan kesehatan di Aceh Barat.

## **Project Supporting Unit (PSU)**

Pembentukan PSU merupakan salah satu perkembangan penting dalam manajemen proyek. Pencatatan keuangan dilakukan dengan prosedur khusus dengan tujuan agar aliran dana dapat dikontrol secara terpusat sehingga pencatatan, pertanggungjawaban dan pelaporan keuangan bisa berjalan dengan rapi. Hal ini ternyata membuat para Manajer Program merasa tidak nyaman karena telah terbiasa bekerja tanpa adanya mekanisme formal untuk pengajuan, pencatatan dan pelaporan keuangan. Keadaan sebelumnya ini tidak dapat diterima oleh AIHI atau WVA. Karena sebagai lembaga donor, WVA terikat kesepakatan dengan LSM-LSM dari Australia yang ditandai dengan penandatanganan Kode Etik (*Code of Conduct*) tentang standar tata kelola, manajemen, pengawasan dan pelaporan keuangan untuk menjamin akuntabilitas penggunaan dana bantuan dan menjaga kepercayaan publik.

Kapasitas PSU di tahap ini masih lemah sehingga dirasa perlu mendatangkan ahli keuangan dari Jakarta untuk membantu membuat sistem dan memberi pelatihan manajemen keuangan kepada para staf. Bagi UGM, cara kerja seperti ini merupakan hal yang baru. Sistem dan kultur manajemen pada saat itu tidak terbiasa dengan pola perencanaan yang terperinci dan mekanisme manajemen yang terstruktur, maupun manajemen pengawasan dan pelaporan keuangan seperti yang diinginkan pihak donor. Hal ini memunculkan perasaan dikendalikan dan didikte oleh "lembaga donor asing". Walaupun PSU sudah berjuang keras di tahap-tahap awal namun WVA tetap tidak puas dengan kualitas laporan keuangan.

## **Australian International Health Institute (AIHI)**

Pada bulan Agustus 2005, RCHI sadar bahwa mereka tidak memiliki pengalaman dan kapasitas untuk mengelola sebuah proyek besar. Keberadaan RCHI akan lebih terasa manfaatnya bila mereka diposisikan sebagai penyedia tenaga ahli di bidang yang sesuai. Oleh karena itu, WVA dan RCHI melakukan pendekatan kepada AIHI untuk mengambil peran dalam manajemen proyek. AIHI berkedudukan di Universitas Melbourne dan bekerja dalam bidang penyediaan layanan teknis dan manajemen bagi lembaga-lembaga donor untuk program-program kesehatan internasional. Pada bulan Januari 2006 dicapai kesepakatan kontrak kerja antara WVA-RCHI dengan AIHI walaupun AIHI sudah menjalankan fungsinya sebagai *technical assistant* manajemen proyek secara *de facto* sejak bulan September 2005.

Dengan direkrutnya AIHI, semua mitra yang terlibat dalam proyek siap dan dimulailah tahap baru perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan proyek.

# BAGIAN 3

## Susunan Manajemen Proyek Baru

Sabagai bagian dari tim manajemen proyek, *Australian International Health Institute* (AIHI) mulai mengkaji dan mengembangkan mekanisme pengelolaan dan pelaporan keuangan. *Project Supporting Unit* (PSU) dinilai tidak mempunyai standar baku prosedur operasional. Dukungan *Senior Program Manager* AIHI dalam membuat prosedur operasional, proses alur kerja, aturan administratif dan tanggung jawab staf membuat keorganisasian proyek menjadi lebih baik.

Untuk pertama kalinya, semua mitra yang terlibat proyek didata, lengkap dengan strategi dan tujuan proyeknya secara umum, struktur manajemen, proses, peran, dan tanggung jawabnya masing-masing, dalam sebuah dokumen resmi rancangan dan pelaksanaan proyek (*project design*).

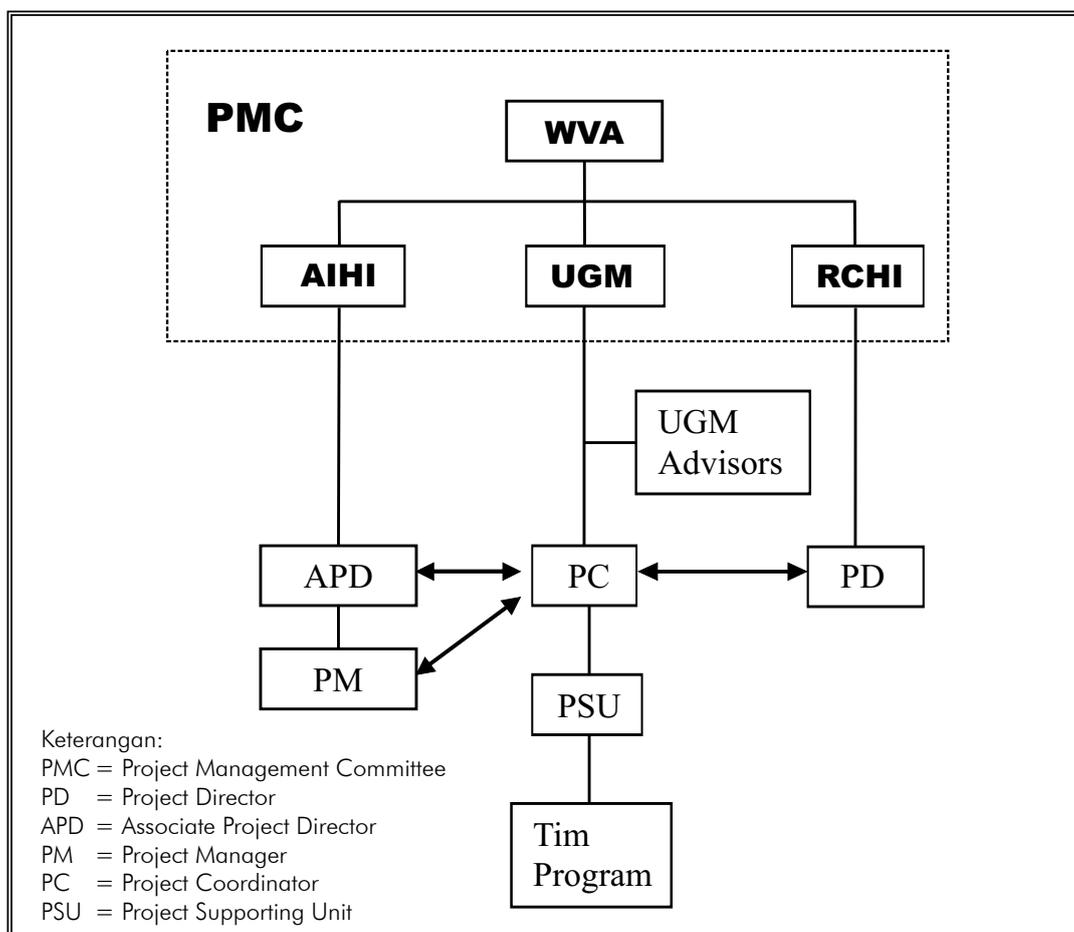
Sebuah struktur manajemen proyek yang baru dibentuk dengan menjadikan *Project Management Committee* (PMC) sebagai kunci dalam koordinasi dan pengambilan keputusan utama antara tiga mitra organisasi: RCH, AIHI dan UGM. PMC beranggotakan staf senior dari ketiga organisasi tersebut dan dipimpin oleh RCH. Dalam struktur PMC, WVA berfungsi sebagai anggota pengawas di mana PMC bertanggung jawab langsung kepada WVA.

### Efektifitas Struktur Manajemen Proyek Baru

Pendekatan manajemen yang terstruktur dan lebih formal ini penting untuk meningkatkan manajemen proyek secara keseluruhan. Sebelumnya tidak pernah ada dokumen proyek yang terinci sampai AIHI menerbitkan sebuah dokumen resmi yang menjelaskan tentang:

1. Tujuan proyek,
2. Peran dan Tanggung Jawab,

Bagan 1. Struktur Organisasi Program Aceh Kerjasama WVA, AIHI, UGM dan RCHI



3. Struktur Organisasi,
4. Prosedur Manajemen,
5. Prosedur Keuangan,
6. Manajemen Resiko, dan
7. Pelaporan

### **Pengawasan, Pertanggungjawaban dan Pelaporan**

Pengawasan dan pertanggungjawaban proyek menggunakan beberapa mekanisme utama yaitu:

1. Rapat koordinasi mingguan dengan Meulaboh yang dipimpin oleh koordinator proyek tiap hari Jumat.
2. *PMC meeting* (dulunya disebut *Project Steering Committee*), dilakukan tiap bulan melalui *teleconference* maupun *videoconference* yang diikuti oleh UGM, AIHI, WVA dan RCH.
3. Rapat BOA (*Board of Advisor*) tiap tiga bulan sekali seperti yang sudah dijelaskan dalam dokumen proyek.

### **Temuan Penting pada Manajemen Proyek Selama Evaluasi**

Tahun pertama pelaksanaan proyek menunjukkan lemahnya mekanisme pengelolaan. Kelemahan ini terlihat pada (1) Mekanisme pertanggungjawaban; (2) Format laporan yang buruk khususnya laporan keuangan; (3) Proses perencanaan; serta (4) Situasi tidak terduga yang muncul dan tidak terantisipasi pada saat staf diterjunkan ke Meulaboh.

Sejak awal pelaksanaan proyek, kelemahan terletak pada perencanaan secara umum. Meskipun ada instrumen perencanaan dan pendekatan yang berhubungan dengan pemulihan sektor kesehatan pasca bencana dan pasca konflik. Namun tak ada satu pun yang digunakan maupun dijadikan rujukan di tiap tahapan proyek.

Setelah satu tahun, pelaporan, pengawasan dan manajemen resiko mengalami perbaikan yang signifikan. Laporan yang disusun dianggap memuaskan oleh pihak donor dan pelaksanaan proyek berjalan sesuai dengan *log frame*.

Rapat koordinasi mingguan di UGM yang dipimpin oleh Koordinator Proyek terbukti penting dan efektif untuk mengawasi, menyelesaikan masalah dan mengkomunikasikan perkembangan proyek kepada para anggota setiap divisi. Rapat-rapat tersebut tidak selalu dihadiri oleh semua komponen (rata-rata 50% kehadiran). Tidak ada notulen rapat yang resmi, akan tetapi hasil-hasil rapat selalu dicatat dan disebarluaskan melalui penerbitan buletin proyek.

Sebagian besar staf di tingkat Meulaboh tidak memahami struktur organisasi proyek maupun tujuan proyek secara umum, selain struktur dan tujuan program di dalam tubuh divisi masing-masing. Ketika Manajer Program ditanya tentang disain dan dokumen proyek secara keseluruhan, mereka tidak bisa menjawab dan tidak bisa menggambarkan struktur organisasi secara keseluruhan. Arus informasi dari Yogyakarta ke Meulaboh dilaporkan lemah.



*Ruth Wraith, Technical Advisor program Mental Health, berbincang-bincang dengan dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K) setelah pertemuan pemaparan laporan perkembangan program Aceh di Fakultas Kedokteran UGM.*



dr. Ida Safitri (kedua kanan) sedang memaparkan program IMCI di depan Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat, dr. T. Amir Hamzah, Sp.PD, MKes (tengah) pada sebuah kesempatan pasca penandatanganan MoU.

PSU memegang peranan penting dalam meningkatkan kualitas mekanisme pengelolaan, akuntabilitas, dan pelaporan proyek. Awalnya PSU tidak mantap secara teknis. Namun dengan adanya dukungan dari AIHI dan WVA untuk mengembangkan standar baku prosedur operasional dan pelaporan, kinerja PSU berangsur-angsur membaik dan saat ini, PSU telah mampu bekerja secara mandiri.

Opini mengenai terlalu banyaknya staf di Yogyakarta dan beberapa dari mereka tidak terkait secara langsung dengan implementasi di lapangan mencuat ke permukaan. Bahkan, selama evaluasi ditemukan fakta bahwa seorang Koordinator Program hanya satu kali datang ke lapangan untuk memberikan arahan teknis kepada divisi yang menjadi tanggung jawabnya. Kesan yang muncul adalah secara organisasi terjadi penumpukan staf di Yogyakarta. Hal ini terjadi sebagai akibat dari kondisi internal UGM dan RS Dr. Sardjito. Protokol di dalam kedua organisasi tersebut mengharuskan keterlibatan staf senior untuk menduduki jabatan-jabatan formal, khususnya di dalam RS Dr. Sardjito dimana prosedur untuk memberangkatkan staf sangat rumit dan sensitif.

Peran Koordinator Proyek berpengaruh besar terhadap keseluruhan arah dan koordinasi personil yang terlibat di dalam proyek. Faktanya, terlepas dari peran strategis dan teknis, Koordinator Proyek juga banyak berperan dalam hubungan politis antara dua fakultas di UGM dan Staf Medis Fungsional (SMF) di RS Dr. Sardjito.

Meskipun penggunaan *log frame*, mekanisme perencanaan, pengelolaan terstruktur, mekanisme laporan dan pengawasan, yang terlihat dipaksakan oleh pihak

luar, namun harus diakui bahwa sejak bergabungnya AIHI pada tahun 2006, kinerja pengelolaan proyek secara umum mengalami kemajuan.

Situasi dalam sebuah misi kemanusiaan dan respon terhadap bencana mempunyai *stressing* yang tinggi, terutama bagi staf yang dikirim ke lapangan. Di tengah situasi yang sangat berat tersebut, pihak manajemen proyek tidak memiliki mekanisme formal untuk menjaga kinerja para staf. Meskipun sebuah rumah telah disewa untuk tempat tinggal para staf medis selama bertugas, namun manajemen proyek tidak menerapkan mekanisme untuk membantu para staf yang mungkin tertekan mengingat beratnya tugas yang harus diemban. Mekanisme dukungan staf yang dikirim dapat berupa sesi pembekalan sebelum dan setelah bertugas, penentuan jam kerja dan jam istirahat serta memberi peluang staf untuk rekreasi. Pihak manajemen proyek seharusnya tanggap terhadap keadaan staf.

Aliran dana ke Yogyakarta sering terlambat karena terlambatnya penyerahan laporan keuangan dan laporan naratif dari pihak pelaksana (UGM). Hal ini sempat mengakibatkan frustrasi dan ketegangan antara pihak Melbourne, Yogyakarta dan Meulaboh.

Tekanan dan keterlibatan WVA dalam manajemen adalah penting untuk mendorong UGM meningkatkan sistem manajemen keuangannya, memastikan pertanggungjawaban dan membangun struktur manajemen resiko. Meskipun terkesan berat sebelah, namun setelah direnungi ternyata tekanan dan keterlibatan ini memang diperlukan dan UGM menanggapi dengan meningkatkan kinerja manajemen.

# BAGIAN 4

## Efektifitas Kemitraan

Peran masing-masing mitra yang terlibat telah dijelaskan dalam dokumen proyek sebagaimana berikut:

### Universitas Gadjah Mada (UGM)

UGM adalah mitra pelaksana proyek ini dan diberi kuasa penuh dan pengakuan atas perencanaan, disain, pengawasan dan evaluasi, pelaporan, perekrutan staf baik staf lapangan maupun staf yang berada di UGM, serta manajemen keuangan untuk keempat program termasuk PSU. Staf dari RS Dr. Sardjito, yang merupakan rumah sakit pendidikan bagi FK UGM, mengkoordinir bantuan tenaga medis dan penyedia pelatihan bagi staf lokal melalui *On Job Training* maupun *On Site Training* di RS CND Meulaboh. FK UGM juga berperan dalam tata kelola proyek melalui perwakilan fakultas dalam Dewan Penasihat proyek (*Board of Advisor*).

### Royal Children's Hospital (RCH)

RCH bertanggung jawab terhadap keseluruhan manajemen proyek kepada WVA. RCH mengambil sumber daya dan keahlian teknis dari rumah sakitnya serta dari *The*

*Melbourne University*, khususnya *Center for International Child Health* dalam menyediakan petunjuk teknis berstandar internasional untuk keempat divisi. Staf proyek di RCH telah membantu konseptualisasi, desain dan evaluasi program dan telah secara mendalam mengkaji program-program kesehatan UGM di Aceh pada Januari dan Juli 2005. RCH juga melibatkan *Australian International Health Institute (AIHI)*, *The Melbourne University* sebagai *technical assistant* manajemen proyek ini.

### World Vision Australia (WVA)

WVA adalah lembaga donor dan mendukung proyek melalui pemberian dana. WVA juga mengkaji laporan tiga bulanan dan melakukan kunjungan lapangan. WVA juga menjalin hubungan dengan *World Vision Indonesia* untuk menjaga kelangsungan arus informasi perkembangan proyek dan keterlibatannya di dalam proyek.

Kemitraan ini sebaiknya dinilai berdasarkan atas kapasitas/potensi masing-masing mitra, baik sebagai individu maupun kelompok.



*Telekonferensi baik audio maupun video antara UGM dan pihak Australia dilakukan secara rutin setidaknya satu kali setiap bulan. Pertemuan ini sangat efektif untuk komunikasi lintas negara dalam membuat keputusan penting terkait pelaksanaan program di lapangan.*

## **Royal Children's Hospital, Universitas Gadjah Mada dan RS Dr. Sardjito**

Kemitraan antaragastakeholders ini mempunyai beberapa tingkatan yang berbeda. Sejarah panjang kemitraan antara RCH dengan RS Dr. Sardjito/ UGM menjadi titik tolak kerjasama dalam fase respon akut. Dalam konteks Tsunami, kerjasama yang dibentuk bersifat informal, yang didorong oleh semangat misi kemanusiaan. Setelah proyek didanai, sifat kerjasama berubah menjadi formal. Melalui perubahan ini terungkap lemahnya kapasitas masing-masing pihak dalam mengelola proyek yang sedemikian kompleks. Tidak satupun dari ketiga organisasi tersebut yang pernah mengelola proyek berskala besar semacam ini. Namun demikian, pada hakikatnya kemitraan yang dibentuk memiliki sisi positif, di mana tujuan utamanya adalah untuk saling membantu berdasarkan pemahaman atas keterbatasan kemampuan masing-masing pihak, dan untuk saling mengisi dalam mencari pemecahan masalah yang diperlukan untuk memastikan kesinambungan proyek sekaligus meningkatkan kinerja.

RS Dr. Sardjito adalah salah satu rumah sakit pendidikan terbaik yang dimiliki Indonesia, tempat di mana sebagian dokter-dokter spesialis terbaik di Indonesia mengabdikan diri. RS Dr. Sardjito, dengan tim tanggap darurat yang beranggotakan 10 orang dokter spesialis, telah memiliki kapasitas dalam merespon bencana berskala besar seperti Tsunami yang terjadi di Aceh. Bersama-sama dengan FK

UGM, RS Dr. Sardjito adalah salah satu institusi terkemuka dalam hal penyediaan tenaga medis di Indonesia.

## **World Vision Australia (WVA)**

RCH mempunyai andil yang besar dalam pelibatan WVA sebagai lembaga donor untuk proyek ini. WVA adalah LSM internasional yang menjalankan proyek-proyeknya melalui kantor-kantor perwakilan yang tersebar di berbagai negara. Dalam proyek ini, mengingat besarnya dana bantuan dari masyarakat yang harus dikelola serta kebutuhan untuk mempelajari cara baru dan inovatif dalam menjalin kerja sama dengan mitra lain, WVA menyetujui perannya sebagai lembaga donor. WVA menjalani proses pembelajaran dalam adaptasinya bermitra dengan pihak eksternal. Setiap organisasi yang terlibat akan mempelajari dan membandingkan mekanisme yang diterapkan dalam sebuah proyek dengan standar yang dimilikinya. Selama perjalanan proyek, WVA mengalami perubahan atas peran yang dijalankannya, dan seiring dengan perbaikan manajemen dan sistem pelaporan yang berangsur-angsur mencapai standar yang ditetapkan, WVA membuka peluang yang lebih luas dan bersikap lebih fleksibel dalam hal pelaksanaan proyek.

## **Australian International Health Institute (AIHI)**

Peran AIHI telah mendapatkan pengakuan dari semua pihak. Namun situasi yang berbeda terjadi di Meulaboh.



*Evaluasi program secara obyektif dilakukan oleh pihak luar dengan metode wawancara ke semua pihak yang terlibat, baik di Aceh, Yogyakarta maupun Australia. Pada foto tampak Ahmer Akhtar (AIHI) mewawancarai dr. Anjar Asmara selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD.*

Foto: Guardian Y Sanjaya

Banyak yang tidak tahu apa dan siapa AIHI, serta peran yang dijalankannya. Di dalam pertemuan-pertemuan dengan staf RS CND atau stakeholders yang lain di Meulaboh, AIHI seringkali dianggap sebagai lembaga donor. Padahal peran AIHI sesungguhnya adalah memperbaiki manajemen proyek, menjadi mediator antara UGM dengan lembaga donor, serta memfasilitasi koordinasi yang mantap di tingkat Melbourne. Masukan-masukan dari staf manajemen dan teknis AIHI, khususnya pengetahuan mereka tentang kondisi Indonesia, serta kemampuan berbahasa Indonesia yang dimiliki sangat penting artinya bagi kerjasama Indonesia dan Australia.

### **Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi (UGM)**

Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) adalah salah satu fakultas yang terkenal di Indonesia serta sudah menjadi fakultas bertaraf Internasional. FK UGM mempunyai reputasi tinggi sebagai penasehat pemerintah, lembaga penelitian, serta menjadi salah satu kelompok utama dalam mendukung sistem kesehatan daerah di Indonesia. Fakultas Kedokteran UGM mempunyai jaringan alumni yang luas, termasuk di Aceh dimana mereka ikut dilibatkan sebelumnya.

Peran dan kapasitas psikologi klinis di Indonesia tidak memiliki sejarah yang panjang, terlebih hubungannya dengan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di sistem kesehatan nasional. Hal ini karena psikologi merupakan profesi yang tidak dimasukkan secara formal dalam komponen sistem kesehatan dan kebijakan kesehatan nasional, maupun program-program khusus kesehatan jiwa yang ada dan didanai pemerintah Indonesia.

Kerjasama antara FK UGM dan Fakultas Psikologi UGM dalam menjalankan program pasca bencana berskala besar ini merupakan perkembangan baru di lingkungan UGM. Ketegangan sempat mewarnai dalam perjalanan kerjasama ini terutama karena adanya perbedaan pandangan mengenai intervensi yang paling tepat untuk dilaksanakan, juga terkait dengan kualitas kinerja divisi *Mental Health* dan efisiensi biaya yang berhubungan dengan hasil akhir program. Puncak ketegangan terjadi pada tahun 2006 ketika program *Mental Health* hampir saja dihentikan sehingga proyek mengalami masa-masa krisis. Menanggapi situasi tersebut, tim *Mental Health* bersama dengan tim-tim lain yang ada di lapangan bekerja keras untuk meningkatkan kinerja untuk mencapai standar yang bisa diterima oleh semua mitra.

### **RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND**

Rumah Sakit Cut Nyak Dhien adalah representasi rumah sakit daerah yang telah bertahan dari konflik selama

30 tahun. Daerah pantai barat adalah salah satu basis GAM (Gerakan Aceh Merdeka) dan mengalami banyak konflik selama tahun 80an dan 90an. Hal ini berdampak pada menurunnya sistem pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan pelayanan rujukan (rumah sakit). Terbatasnya perlengkapan medis, rendahnya mutu pelayanan, kurangnya motivasi staf, adanya penarikan biaya secara ilegal, kekurangan dokter spesialis, perawatan pasien yang buruk, sistem informasi yang sangat buruk, menyebabkan pasien menghindari rumah sakit dan lebih memilih untuk mendapatkan pelayanan medis ke Medan atau Malaysia. Tsunami telah menyebabkan lumpuhnya sistem kesehatan di pantai barat Aceh. RS CND adalah satu-satunya rumah sakit yang masih bertahan dan aktif dalam merespon dampak bencana dengan segala keterbatasan yang dimilikinya.

Keputusan untuk mendukung dan bermitra dengan rumah sakit lokal didasari oleh alasan kemanusiaan. UGM/RCH telah menunjukkan itikad baik dan penilaian yang tepat ketika memutuskan untuk tinggal lebih lama dan menitikberatkan program pada rencana pengembangan sistem kesehatan. Namun demikian, ketika proyek mulai berjalan, sejumlah masalah pelik muncul ke permukaan. Tantangan paling berat yang harus dihadapi adalah lemahnya manajemen pelayanan kesehatan lokal, tim yang terpecah-pecah, trauma yang dialami staf lokal, kemampuan klinis staf lokal yang rendah, dan rendahnya semangat staf.

Dinamika budaya, politik dan konflik memainkan peranan penting dalam kemitraan dengan RS CND. Sikap kebanyakan staf di tahap awal cenderung tidak memandang tim UGM karena banyaknya bantuan lain yang lebih besar. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, ada persepsi lain yang mengatakan banyak lembaga-lembaga yang datang hanya memberikan janji-janji. Kemitraan di tingkat bawah pada tahap awal terbukti sulit dan menguji banyak staf yang dikirim, terutama bagi beberapa dokter spesialis. Staf lokal di RS CND pada saat itu memahami bahwa jika ada tim UGM, mereka tidak perlu repot-repot bekerja.

Situasi politik berubah sejalan dengan perkembangan positif proses perdamaian di Aceh. Berlangsungnya pemilihan kepala daerah (Pilkada) dan perubahan kepemimpinan di berbagai tingkatan berpengaruh pada kemajuan proyek dan hubungan antara Meulaboh dan Yogyakarta.

Kerjasama segitiga antara RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND mengalami perubahan di setiap waktu seiring dengan perubahan yang terjadi pada staf lokal, yaitu tumbuhnya sikap hormat kepada staf UGM dan RS Dr. Sardjito. Bahkan UGM kini dianggap sebagai bagian dari keluarga besar

dr. Haris Marta Saputra, Sp.A



Direktur RS Cut Nyak Dhien  
Aceh Barat, NAD

"Kalau selama ini kita telah mengibaratkan bahwa Yogyakarta dan Aceh barat bagaikan saudara abang dan adik itu memang wajar, banyak sudah yang dilakukan oleh abang untuk membantu adiknya, mulai dari hari ke-5 pasca gempa dan Tsunami sampai akhir tahun 2007, terutama kepada Rumah Sakit Umum Cut Nyak Dhien. Dimana sudah ratusan orang lebih tenaga medis dan tenaga ahli lainnya yang datang silih berganti, baik yang datang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun dalam hal pengembangan sumber daya manusia, berupa pelatihan, mentoring dan diskusi, serta pengembangan sistem manajemen rekam medis dan billing system.

Tak dapat kami lukiskan dengan kata-kata bagaimana perasaan kami pada saat bantuan dari Yogyakarta pertama datang yang berjumlah 26 orang dan dipimpin oleh dr. Hendro Wartatmo, SpB-KBD.

Banyak sudah perubahan-perubahan yang dilakukan oleh teman-teman dari Yogyakarta kepada perorangan, kelompok maupun organisasi, yang ini semua merupakan aset rumah sakit dalam melakukan peningkatan kinerja, dan peningkatan pelayanan. Terima kasih kami sampaikan kepada Rektor UGM, Dekan FK UGM, Direktur Rumah Sakit Dr. Sardjito, para kepala bagian dan para guru besar, juga tak lupa terima kasih kami kepada World Vision Australia serta AIHL, serta semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dan perhatiannya kepada kami"

dan mendapat sebutan "saudara tua". Hal ini adalah capaian penting mengingat kompleksnya permasalahan yang harus dihadapi.

### **Temuan-temuan Penting pada Efektifitas Kemitraan**

1. Pendekatan kemitraan sangat penting artinya dalam pelaksanaan proyek.
2. Kemitraan antara RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND menjadi akrab dan kolaboratif. Kemitraan telah melalui banyak perubahan dan tantangan. Beberapa hasil positif dari kemitraan ini antara lain Bupati Aceh Barat sekarang meminta UGM menjadi partner jangka panjang dalam pembangunan daerah, dan mengajukan penawaran MoU untuk memperluas kerjasama dengan fakultas lain di UGM.
3. Pendekatan kemitraan dengan instansi dalam negeri ternyata lebih berkesinambungan daripada melaksanakannya secara langsung.
4. Program peningkatan kapasitas yang dilakukan UGM telah memberdayakan institusi-institusi lokal dan memberikan kontribusi dalam pembangunan bangsa.
5. Tanpa tekanan dan tuntutan dari donor atas sistem manajemen dan pertanggungjawaban keuangan proyek akan berdampak buruk terhadap proyek yang dijalankan. Meskipun sangat menyulitkan, hal ini terbukti efektif dalam mendapatkan respon yang baik dari UGM untuk melakukan perubahan.
6. Kemitraan antara AIHL dengan UGM berkembang seiring perjalanan waktu. Pada awalnya muncul pertanyaan dari UGM tentang adanya keterlibatan "pihak luar" di dalam proyek. Kenyataannya adalah UGM sendiri pada awalnya tidak mampu mengelola proyek dengan baik tanpa adanya campur tangan dari pihak luar.
7. Hubungan kemitraan ini memberikan adanya keuntungan bersama dan memperjelas peran penting masing-masing mitra dalam mencapai tujuan-tujuan proyek.
8. Kerjasama antara FK UGM dan Fakultas Psikologi UGM telah melalui tahapan-tahapan yang sulit. UGM seyogyanya membuat analisa internal sehingga dapat mengambil pelajaran dari pengalaman-pengalaman sebelumnya dengan harapan pengelolaan proyek-proyek serupa di masa mendatang akan lebih baik dan kesalahan-kesalahan yang sama tidak terulang.
9. Kemitraan Australia-Indonesia telah memberikan keuntungan yang nyata bagi kedua belah pihak. Hal ini bisa diraih karena masing-masing pihak menyadari bahwa keduanya saling membutuhkan, memahami peran dan kewajiban masing-masing, dan menumbuhkan sikap saling menghargai. Meskipun di pihak Indonesia sempat muncul perasaan "didikte" dan kesan bahwa mereka dianggap "tidak kompeten", namun hal ini terjadi lebih karena adanya kesenjangan budaya di antara kedua belah pihak. Perjalanan proyek telah membawa kedua belah pihak ke arah pemahaman yang lebih baik tentang budaya dan kapasitas masing-masing.
10. UGM dan RS Dr. Sardjito telah melakukan pekerjaan yang sangat luar biasa dan secara keseluruhan UGM memikul tanggung jawab paling besar atas proyek ini. Proyek ini sendiri telah melahirkan banyak pengembangan baru dan sejumlah perbaikan, terutama dalam respon terhadap bencana baik di UGM maupun di RS Dr. Sardjito.

# BAGIAN 5

## Pencapaian Proyek Berdasarkan Logical Frameworks

Pencapaian proyek yang disebutkan pada bagian ini berdasarkan analisis *output* terhadap *Logical Frameworks* (*log frame*). Meskipun banyak pertanyaan mengenai ketepatan dan kualitas *log frame*, metode ini tetap digunakan proyek sebagai alat perencanaan dan pengawasan yang utama walaupun mengalami beberapa penyesuaian di tahap-tahap yang berbeda sampai dihasilkan model akhir yang diterima semua mitra. Oleh karena itu, pengukuran atas capaian kegiatan proyek terhadap *log frame* penting artinya dan hasilnya dapat dilihat dalam penjelasan berikut.

### Logical Frameworks (*log frame*)

*Logical Frameworks* atau *log frame* adalah sebuah instrumen yang digunakan sebuah proyek untuk membuat perencanaan kegiatan. *Log frame* digunakan sebagai pedoman melakukan kegiatan/ pelaksanaan, serta untuk pengawasan dan evaluasi proyek.

Walaupun terdapat perbedaan pendapat tentang efektifitas penggunaan *log frame* dalam proyek ini, namun secara umum *log frame* ini dapat memberikan beberapa keuntungan antara lain:

- *Log frame* dapat memberikan konsistensi tujuan proyek tiap-tiap komponen dalam sebuah proyek. Hal ini berguna terutama saat terjadi pergantian staf.
- Komponen-komponen yang ada disusun secara sistematis, konsisten dan koheren. Hal ini dapat menjelaskan dan memaparkan secara logis bagaimana sebuah proyek diharapkan dapat bekerja.
- *Log frame* membagi-bagi tujuan proyek secara hierarki. Hal ini sangat membantu dalam memastikan masing-masing *input* dan *output* tidak saling tercampur satu sama lainnya, atau menghindari tujuan yang sama dalam tiap-tiap komponennya.
- *Log frame* juga menjelaskan hubungan yang mendasari penilaian-penilaian terkait efisiensi dan efektifitas proyek terhadap hasil yang dicapai.
- *Log frame* dapat mengidentifikasi faktor utama yang berhubungan dengan kesuksesan sebuah proyek.
- *Log frame* dapat digunakan sebagai landasan pengawasan dan evaluasi sebuah proyek berdasarkan indikator kesuksesan masing-masing komponen.

### Analisis Logical Frameworks

Analisis *log frame* dilakukan untuk mengukur *output*, dampak jangka pendek, peluang kesinambungan program dan faktor-faktor yang mendukung atau menghambat pencapaian program untuk tiap divisi. Dokumen pendukung untuk analisis ini didapat dari:

1. Laporan rutin seperti laporan mingguan, laporan bulanan, laporan tiga bulanan dan laporan tahunan.
2. Buletin mingguan.
3. Laporan khusus seperti laporan seminar/ semiloka, notulensi rapat, laporan perjalanan.
4. Dokumen-dokumen proyek seperti dokumen proposal, MoU, dokumen TOR, dokumen kontrak.

Seperti yang telah diketahui, proyek ini terbagi dalam 4 divisi yaitu (1) *Clinical Services*, (2) *Mental Health*, (3) *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI), dan (4) *Public Health*. Masing-masing divisi memiliki *log frame* yang dikembangkan secara terpisah. Namun dalam analisis ini semua *log frame* disatukan dan dipecah-pecah berdasarkan komponen, *output*, dan aktivitas.

### Definisi

#### Divisi:

Adalah bagian dari proyek yang mempunyai struktur manajemen dan tim teknis untuk melaksanakan program bantuan pasca Tsunami yang didanai oleh WVA. Staf masing-masing divisi berasal dari UGM dan RS Dr. Sardjito yang dipimpin oleh Manajer Program. Masing-masing divisi juga mempunyai Koordinator Program yang memberikan arahan dalam melaksanakan program. Secara teknis Manajer Program dibantu oleh tim teknis yang terdiri dari asisten, Manajer Lapangan, konsultan dan *Liaison Officer* (staf penghubung).

#### Komponen:

Komponen membagi-bagi tujuan program secara lebih spesifik. Komponen merupakan cakupan kerja tiap divisi. Di dalam *log frame* proyek ini terdapat 10 komponen. Salah satu contoh antara lain Komponen 1 divisi *Clinical Services* yaitu: Pengiriman staf untuk merevitalisasi RS Cut Nyak Dhien.

#### Output:

Mengindikasikan masing-masing target yang harus dihasilkan oleh proyek dalam mencapai tujuan tiap

komponen. Secara keseluruhan terdapat 33 *output*. Sebagai contoh antara lain *output* 1.1 dari komponen 1 divisi *Clinical Services*: Pengiriman staf medis/ non-medis (berdasar hasil penilaian dan atas permintaan Direktur RS CND).

Aktivitas:

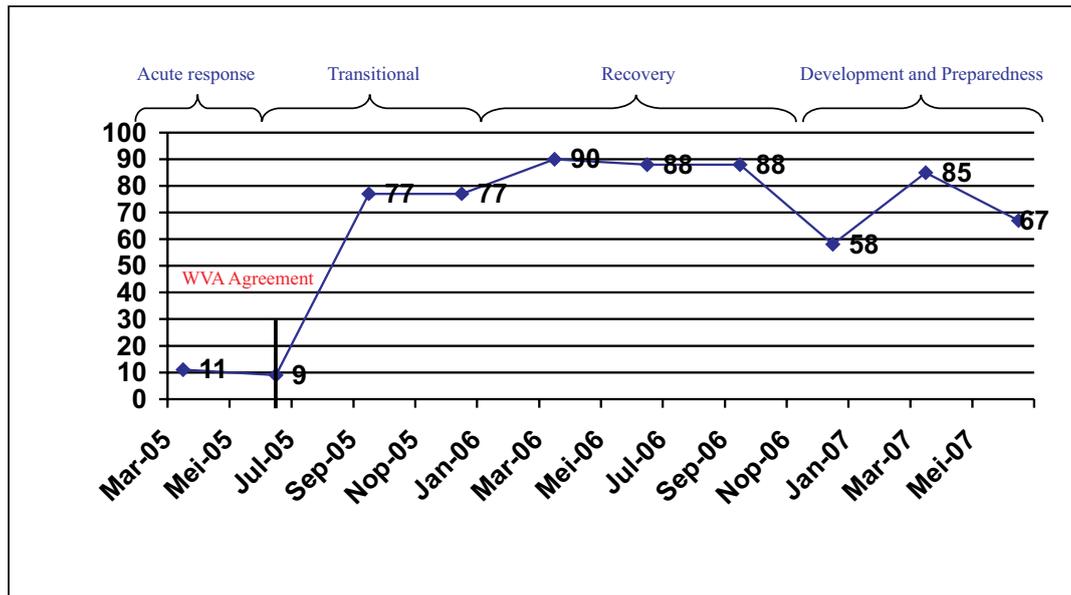
Mengindikasikan kegiatan-kegiatan yang diambil untuk

mencapai target masing-masing *output*. Semua aktivitas yang ada di *log frame* diakumulasikan. Terdapat 127 aktivitas dalam *log frame* ini. Salah satu contoh adalah aktivitas 1.1.1 dari *output* 1.1 pada komponen 1 divisi *Clinical Services* yaitu: Rekrutmen bulanan dan pengiriman staf medis ke RS CND yang terdiri dari dokter, perawat dan staf non klinis atas permintaan dan kebutuhan.

Tabel 1. Contoh *log frame* yang digunakan pada proyek “Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam Province”. Contoh ini mengambil komponen 1 divisi *Clinical Services*.

Divisi <i>Clinical Services</i>	Deskripsi	Indikator yang Dapat Diukur	Mekanisme Pembuktian	Asumsi Penting
Sasaran Program	Aceh Sehat 2010	Angka harapan hidup Angka mortalitas balita	Profil Kesehatan Aceh Barat	-
Tujuan Program	Untuk meningkatkan kualitas, jangkauan dan penggunaan pelayanan medis dalam rangka membuat RS CND berfungsi sebagai rumah sakit rujukan di pantai barat NAD.	Adanya dokter spesialis tetap di 4 bagian (Penyakit Dalam, Bedah, Anak, dan Kebidanan dan Kandungan) dengan unit-unit pendukungnya (Radiografer, analis lanoratorium, apoteker, dan ahli gizi). Peningkatan mutu pelayanan. Adanya tambahan pelayanan lain di RS CND. Peningkatan pengguna layanan medis.	Membandingkan data rutin mulai bulan Maret sejak UGM memberikan bantuan tetap di RS CND.	Pelayanan medis tersedia bagi masyarakat sesuai kebutuhan, terutama masyarakat tidak mampu. Adanya sumber pembiayaan untuk pelayanan yang berkesinambungan.  Komitmen manajemen RS CND untuk mencapai tujuan.
Komponen 1: Bantuan tenaga dalam merevitalisasi rumah sakit.	Memperkuat dan mendukung sumber daya manusia lokal melalui pengiriman tim medis secara rotasi serta menyiapkan staf permanen.	Berfungsinya unit gawat darurat, kamar operasi, rawat inap dan rawat jalan pada akhir Desember 2006.	Laporan kegiatan bulanan tim medis. Jumlah pasien per bulan tiap instalasi.	Dukungan penuh dari direktur RS CND, Direktur RS Dr. Sardjito, Dekan FK UGM dan Ketua Komite Medis RS Dr. Sardjito.
<i>Output 1.1</i>	Revitalisasi penuh RS CND melalui bantuan tenaga medis (sesuai kebutuhan dan permintaan direktur RS CND).	Tersedianya dokter spesialis dari beberapa bagian di RS CND.	Laporan tahunan RS CND.	
Aktivitas 1.1.1	Merencanakan rotasi tim medis dengan masukan dari RS CND.	Penilaian secara berkala yang dilakukan direktur RS CND, supervisor program yang akan direview tiap kuartal oleh Koordinator Program <i>Clinical Services</i> dan ketua komite medis RS Dr. Sardjito.	Penilaian bulanan dari Manajer Lapangan (berdasarkan permintaan RS CND dan laporan perkembangan tim medis).	Pihak manajemen dan staf RS CND bersedia bekerjasama dengan tim medis yang dikirim secara rotasi.
Aktivitas 1.1.2	Merekrut supervisor program untuk tiap-tiap bagian.	Perekrutan supervisor sudah dilakukan sebelum akhir Maret 2006.	Surat Keputusan Dekan tentang penugasan supervisor bagian.	Adanya staf yang ditunjuk dan bersedia bekerja sebagai supervisor bagian.
Aktivitas 1.1.3	Pengiriman tim medis bulanan dari RS Dr. Sardjito-UGM yang terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan staf non-medis sesuai permintaan dan kebutuhan.	Tersedianya tim medis sesuai kebutuhan.	Laporan-laporan tim medis.	Staf RS Dr. Sardjito bersedia untuk berpartisipasi dalam tim medis untuk RS CND.

Bagan 1. Grafik frekuensi kegiatan Program Aceh selama periode 3 tahun. Kuartar pertama di tahun 2005 (sebelum masuknya World Vision Australia sebagai donor) adalah fase respon akut dimana hampir semua bagian ikut andil dalam bantuan kemanusiaan di Aceh. Setelah adanya kepastian pendanaan dari WVA, jumlah kegiatan yang dilakukan semua divisi meningkat lebih dari 50 kali per 3 bulan dan pada tahun 2007 berangsur-angsur menurun dimana Program Aceh berakhir pada Desember 2007.



### Database Aktivitas Proyek

Database dibuat untuk mendukung analisis *log frame*. Melalui database menilai aktivitas yang dilakukan antara lain aktivitas yang telah diselesaikan, aktivitas mana saja yang sedang dijalankan menurut *log frame* dan perkiraan waktu penyelesaian, serta aktivitas mana yang berubah, batal atau belum dilakukan. Dengan database ini semua aktivitas dapat dikelompokkan ke dalam kategori-kategori berbeda, seperti: kategori waktu (bulanan, tiga bulanan dan tahunan), kategori divisi, kategori *output* atau kategori aktivitas. Aspek lain database adalah pengelompokan bersama aktivitas-aktivitas berdasarkan fase bencana mulai dari fase respon akut, fase transisi, fase pemulihan hingga fase pengembangan dan persiapan. Database ini digunakan sebagai dokumentasi proyek dan bisa melacak rincian tiap aktivitas yang pernah dilakukan. Frekuensi kegiatan proyek dapat dilihat pada bagan 1.

### Penjelasan Masing-masing Divisi

#### Divisi Clinical Services (CS)

Sasaran program: Untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RS Cut Nyak Dien (RS CND), Meulaboh.

Tujuan program: Untuk memperkuat dan membangun kompetensi dasar staf medis dan non-medis di RS CND, Meulaboh.

Tim *Clinical Services* bekerja di RS CND Kabupaten Aceh Barat. Aktivitas utamanya adalah mengirim tenaga medis seperti dokter spesialis/ residen senior, dokter umum,

perawat, dan profesional kesehatan lainnya sebagai misi kemanusiaan RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM yang dilakukan sejak Desember 2004, yaitu 4 hari setelah bencana gempa bumi dan Tsunami.

*Log frame* untuk *Clinical Services* dibagi menjadi 6 komponen, 16 output dan 57 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 95% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*.

Sejumlah aktivitas program ini dilakukan tidak menurut *log frame*, seperti beberapa seminar dan peringatan bencana Tsunami tahunan di Yogyakarta, bantuan infrastruktur untuk RS CND yaitu menyediakan instalasi air untuk tiap bangsal dan klinik rawat jalan, menyediakan beberapa perlengkapan medis, dan menyediakan satu unit mesin cuci untuk Unit *Laundry* di RS CND.

#### Divisi Mental Health (MH)

Sasaran program: Ikut serta dalam meningkatkan kesehatan psikologis masyarakat terutama yang terkena dampak bencana Tsunami di Kota Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Barat.

Tujuan program: Untuk membangun layanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, berkelanjutan dan menyeluruh serta untuk membangun kapasitas kesehatan jiwa di tingkat masyarakat.

Tim *Mental Health* bekerja di dua Kabupaten/ Kota dengan membangun 2 buah Pusat Pelayanan Psikologis yaitu (1) Balee Zaituna (BZ) di Kabupaten Aceh Barat dan

dr. Cempaka Thursina, Sp.S



Supervisor Bagian Saraf  
RS Dr. Sardjito

“Mudah-mudahan buku ini dapat menjadi pegangan dan inspirasi bagi seluruh instansi yang terkait dalam memberikan pelayanan dan penanganan terhadap berbagai bencana khususnya di sektor kesehatan, secara terintegrasi, menyeluruh, cepat dan tepat”.

(2) Rumoh Seurunee (RS) di Kota Banda Aceh.

Log frame untuk program *Mental Health* terdiri dari 1 komponen, 5 *output* dan 32 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 92% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*. Beberapa aktivitas dirubah karena terbatasnya dana (contohnya siaran radio). Satu aktivitas dibatalkan yaitu pengurusan perizinan untuk kedua Pusat Pelayanan Psikologis. Tiga aktivitas ditambahkan, yaitu Bantuan Pemerintah Daerah untuk percontohan Pembangunan Layanan Kesehatan Jiwa Masyarakat Terpadu di Aceh Barat dan Banda Aceh, Evaluasi Program, dan Pembuatan Modul Desain Program Layanan Kesehatan Jiwa Masyarakat.

Divisi *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI)

Sasaran program: Ikut serta dalam mengembangkan pusat pelayanan kesehatan balita di wilayah pantai barat NAD.

Tujuan program: Membangun kapasitas Puskesmas dan rumah sakit dalam manajemen kasus anak balita sakit di wilayah pantai barat NAD (khususnya di Kabupaten Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya).

Tim IMCI bekerja di Meulaboh meliputi pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi staf puskesmas di 3 kabupaten dan satu rumah sakit rujukan, yaitu (1) Kabupaten Aceh Barat, (2) Kabupaten Aceh Jaya, (3) Kabupaten Nagan Raya dan (4) RS CND, Meulaboh. Log frame untuk program IMCI terdiri dari 1 komponen, 3 *output* dan 8 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 100% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*.

Divisi *Public Health* (PH)

Sasaran program: Peningkatan manajemen sistem informasi kesehatan dan surveilans di Aceh Barat.

Tujuan program: Memperkuat sistem manajemen informasi kesehatan Rumah Sakit Cut Nyak Dien (RS CND) dan surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat (Dinkes).

Tim PH bekerja di kabupaten Aceh Barat dalam membantu Dinkes dan RS CND. Log frame PH terdiri dari 2 komponen (Dinkes dan RS CND), 5 *output* dan 14 aktivitas. tim PH telah menyelesaikan 100% aktivitas berdasar *log frame* di Dinkes Aceh Barat dan rumah sakit.

Tabel 2. Pembagian komponen, output dan aktivitas masing-masing divisi. Penjelasan pencapaian berdasarkan masing-masing komponen, output dan aktivitas dapat dilihat pada bagian berikutnya.

Divisi	Nama Komponen	Output	Jumlah Aktivitas
Clinical Services	Komponen 1 Bantuan Tim Medis	2 output	5 aktivitas
	Komponen 2 Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	2 output	5 aktivitas
	Komponen 3 Sistem Manajemen Mutu	4 output	18 aktivitas
	Komponen 4 Pendidikan dan Pelatihan	4 output	18 aktivitas
	Komponen 5 Pemberdayaan Masyarakat	3 output	5 aktivitas
	Komponen 6 Budaya dan Etika Kerja	1 output	6 aktivitas
Mental Health	Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikologis	5 output	33 aktivitas
IMCI	Manajemen Terpadu Balita Sakit	3 output	17 aktivitas
Public Health	Komponen 1 Sistem Informasi Rumah Sakit Cut Nyak Dhien	3 output	9 aktivitas
	Komponen 2 Sistem Informasi Dinas Kesehatan Aceh Barat	2 output	6 aktivitas

# Output, Dampak Jangka Pendek, Faktor Resiko dan Outcome Proyek

## A. DIVISI CLINICAL SERVICES (CS)

### Output Komponen 1. Bantuan Tenaga Medis untuk Merevitalisasi RS Cut Nyak Dhien

Setidaknya 355 staf klinis dari RS Dr. Sardjito terlibat di dalam komponen ini, yang terbagi ke dalam 48 gelombang pengiriman dalam tiga tahun, untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien di RS CND Meulaboh. Secara keseluruhan staf yang dikirim berasal dari SMF Bedah 27 orang, SMF Ilmu Kesehatan Jiwa 48 orang, SMF Mata 23 orang, SMF Ilmu Kesehatan Anak (IKA) 14 orang, SMF Ilmu Penyakit Dalam 12 orang, SMF Anestesi 31 orang, SMF Neurologi 8 orang, SMF Kebidanan dan Kandungan (Obsgin) 6 orang, SMF THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan) 11 orang, SMF Radiologi 23 orang, SMF Patologi Klinik 14 orang, SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin 1 orang, dokter umum 27 orang, perawat ahli 69 orang, ahli gizi 14 orang, staf administrasi 11 orang, staf manajemen 3 orang, Psikolog 4 orang, ahli farmasi 1 orang, ahli sanitasi 4 orang dan teknisi 4 orang. Tujuan pengiriman tim medis dari RS Dr. Sardjito ini adalah untuk merevitalisasi RS CND yang dimulai sesaat setelah bencana Tsunami.

Aktivitas lain termasuk menjamin ketersediaan dokter spesialis dan menyediakan layanan spesialis tambahan di rumah sakit CND. Layanan dokter spesialis yang baru adalah Psikiatri, Anestesi, Mata, THT, Neurologi, Patologi Klinik dan Radiologi.

Sebelas orang supervisor dari 10 Staf Medis Fungsional

(SMF) RS Dr. Sardjito ditunjuk untuk melakukan supervisi pelayanan spesialis di RS CND.

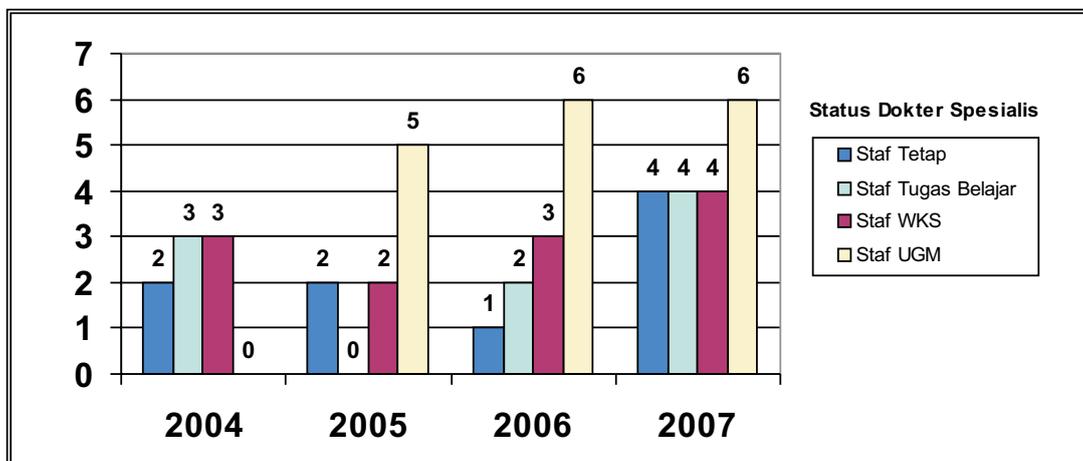
RS CND mempunyai pelayanan dokter spesialis lengkap yang dikirim dari RS Dr. Sardjito. Fakultas Kedokteran juga memfasilitasi dokter spesialis muda untuk mengambil Wajib Kerja Spesialis (WKS) selama 6 bulan di Aceh Barat (kategori daerah sangat terpencil) yang disamakan dengan 2 tahun masa bakti sesuai peraturan Departemen Kesehatan. Selama 3 tahun perjalanan proyek, Fakultas Kedokteran UGM sudah memfasilitasi WKS untuk 11 dokter spesialis muda, terdiri dari 6 orang spesialis kebidanan dan kandungan, 3 orang spesialis anak, 1 orang spesialis saraf dan 1 orang spesialis THT.

Membantu RS CND dalam menyediakan staf permanen dengan cara (1) Merekrut 1 orang dokter RS CND untuk mengambil pelatihan singkat bidang psikiatri di SMF Ilmu Kesehatan Jiwa RS Dr. Sardjito; (2) Membantu 6 dokter umum dari Kabupaten Aceh Barat untuk mengambil pendidikan spesialis di RS Dr. Sardjito yaitu 1 orang di SMF Ilmu Penyakit dalam, 1 orang di SMF THT, 1 orang di SMF Bedah, 1 orang di SMF Ilmu Kesehatan Anak, 1 orang di SMF Anestesi, dan 1 orang di SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.

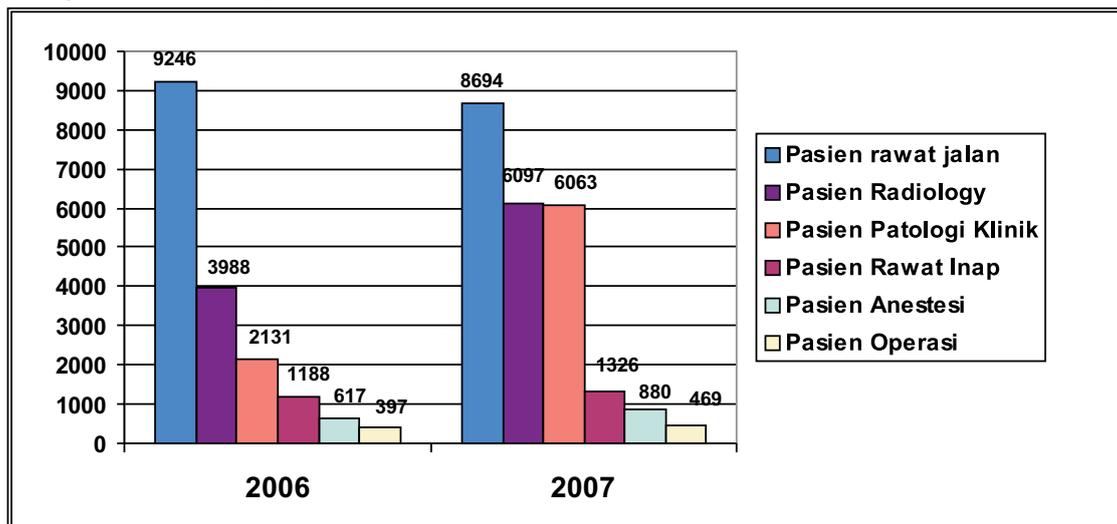
### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 1 CS

1. Meningkatnya kepercayaan pasien dan masyarakat terhadap kualitas perawatan dan pelayanan di RS CND. Tingkat kunjungan pasien meningkat. Hasil survei kepuasan pasien menunjukkan 80% pasien merasa puas dengan pelayanan di RS CND. Rumah

Bagan 2. Ketersediaan dokter spesialis di RS Cut Nyak Dhien per bulan dari tahun 2004 sampai tahun 2007 (Sumber: Laporan tahunan RS Cut Nyak Dhien dan Laporan Monitoring dan Evaluasi Program Aceh UGM).



Bagan 3. Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim RS Dr Sardjito - UGM pada tahun 2006 dan 2007 (Sumber: Laporan tim medis).



sakit telah menjadi pusat rujukan bagi daerah-daerah lain seperti Kabupaten Aceh Jaya, Nagan Jaya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan (Tapak Tuan) and Kabupaten Aceh Singkil.

2. Meningkatnya kapasitas, pengetahuan dan ketrampilan staf lokal dalam menyediakan pelayanan medis.
3. Meningkatnya kesadaran para staf RS CND, pihak manajemen dan pemerintah daerah tentang pentingnya mempertahankan pelayanan spesialis di rumah sakit sebagai ujung tombak pelayanan kepada masyarakat.
4. Membantu pemenuhan kebutuhan SDM di RS CND.

#### Faktor-faktor Resiko

1. Berbagai upaya telah diambil untuk mendorong pemerintah daerah meningkatkan insentif dokter spesialis sebagai daya tarik agar dokter spesialis betah untuk menetap lebih lama atau bahkan menjadi staf tetap. Sayangnya, hal ini belum terjadi dan mengurangi ketertarikan dokter spesialis untuk tinggal lebih lama atau menjadi staf tetap. Peraturan Menteri Kesehatan yang baru tidak mengharuskan mengikuti WKS, berdampak pada ketersediaan dokter spesialis di daerah-daerah terpencil khususnya ketersediaan dokter spesialis di RS CND. Padahal sebagian dokter spesialis yang ada di RS CND adalah dokter WKS dengan masa tugas yang hanya enam bulan.
2. Adanya pernyataan dari manajemen senior RS CND bahwa dokter spesialis harus datang dari UGM, membuat dokter spesialis dari daerah lain yang lebih dekat dengan Meulaboh enggan untuk bekerja di RS CND.
3. Saat proyek ini berakhir, ada kemungkinan terhentinya pelayanan dokter spesialis terutama jika sistem insentif dari pemerintah daerah tidak terealisasi. Hal ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang ada dan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

#### Output Komponen 2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)

Pembentukan *Disaster Acute Respon Team* (DART) atau Tim Penanggulangan Gawat Darurat untuk 6 kabupaten di wilayah pantai barat yaitu Kabupaten Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Jaya, Aceh Barat Daya (Abdya), Aceh Selatan dan Aceh Singkil. Tim yang dinamakan Basel 118 tersebut beranggotakan dokter, paramedis dan sopir ambulans dari rumah sakit and puskesmas di enam kabupaten tersebut. Tim *Clinical Services* telah menyediakan pelatihan serta instrumen manajemen gawat darurat dan bencana untuk membangun dan menguatkan kapasitas anggota Basel 118.

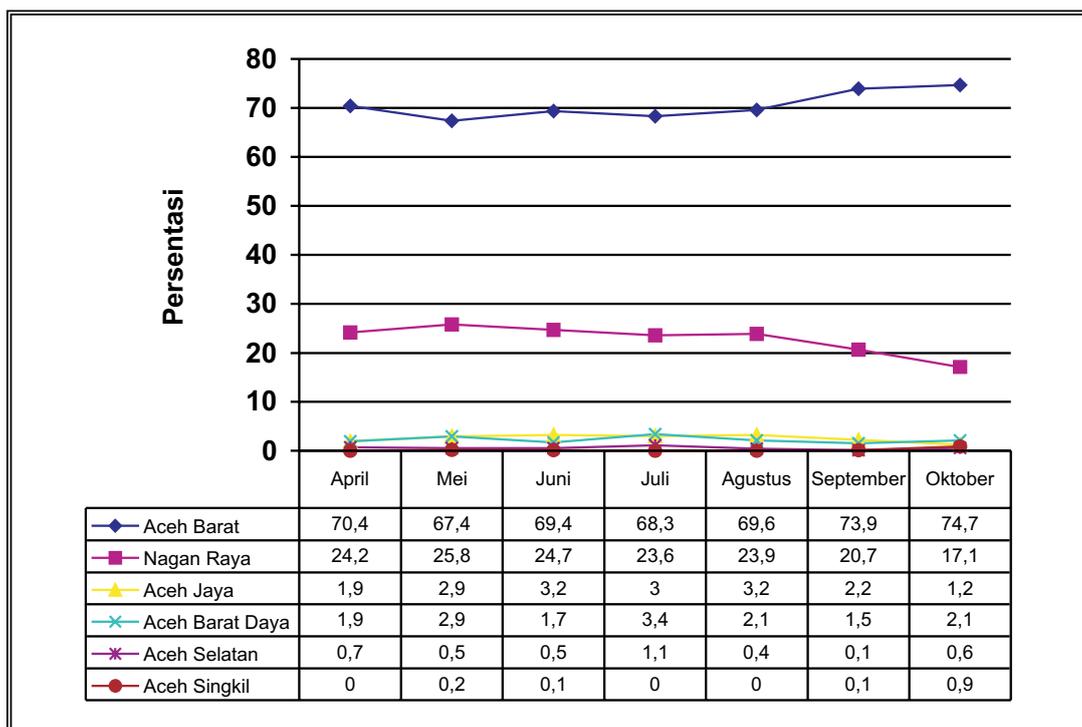
Pembuat sistem manajemen dan siaga bencana bersama RS CND untuk merespon keadaan darurat. Sistem tersebut mencakup 6 kabupaten di pantai barat NAD yang diperkuat dengan kesepakatan bersama (MoU) antara RS CND, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan di masing-masing kabupaten.

Hingga saat ini, 65 staf RS CND (5 dokter, 40 paramedis, 20 non-paramedis) telah mengikuti pelatihan kompetensi dasar manajemen darurat dan bencana sebagai langkah persiapan RS CND untuk menjadi rumah sakit rujukan yang mempunyai keahlian dan kapasitas dalam manajemen penanggulangan gawat darurat.

#### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 2 CS

1. Sistem penanggulangan gawat darurat di sektor kesehatan yang ada sekarang mempunyai kapasitas yang lebih baik dalam merespon keadaan darurat dan bencana skala lokal.
2. Advokasi SPGDT dilakukan melalui semiloka yang menghadirkan para *stakeholders* dari Dinkes di enam kabupaten di Aceh Barat, dokter-dokter Puskesmas, dan staf RS CND. Basel 118 di pantai barat Aceh adalah

Bagan 4. Presentasi kunjungan pasien dari 6 kabupaten pesisir pantai barat NAD di fasilitas rawat jalan RS Cut Nyak Dhien tahun 2007 (Sumber: Data tim IT Public Health).



SPGDT pertama di NAD. Dinas Kesehatan Propinsi NAD menjadikan Basel 118 sebagai proyek percontohan dan model bagi daerah-daerah lain di NAD.

- Salah satu cara untuk memantapkan SPGDT adalah dengan memasukkan program ini ke dalam Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) masing-masing kabupaten dan atau APBD propinsi, yang merupakan misi advokasi untuk kesinambungan program SPGDT di pantai Barat NAD setelah program UGM berakhir.

### Faktor-faktor Resiko

Program SPGDT belum mendapatkan persetujuan dari pemerintah, baik kabupaten/ kota maupun propinsi, untuk dimasukkan ke dalam APBD. Kesinambungan SPGDT dan tim Basel 118 merupakan salah satu tujuan komponen ini. Apabila hal ini tidak dapat dicapai, sangat mungkin SPGDT tidak akan dimasukkan ke dalam APBD.

### Output Komponen 3. Sistem Manajemen Mutu

Mendukung RS CND dalam menerapkan sistem manajemen mutu. Tim *Clinical Quality* (CliQ) yang dibentuk terdiri dari 3 orang konsultan manajemen mutu dari Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM, 2 orang asisten CliQ dan seorang *Liaison Officer* (LO atau staf penghubung). LO memfasilitasi pelaksanaan program mutu di RS CND serta komunikasi antara RS CND dan tim CliQ. *Liaison Officer* bekerja sama dengan Manajer Lapangan *Clinical Services* melaksanakan rapat koordinasi internal staf RS CND mingguan, yang merupakan pengalaman baru bagi staf rumah sakit.

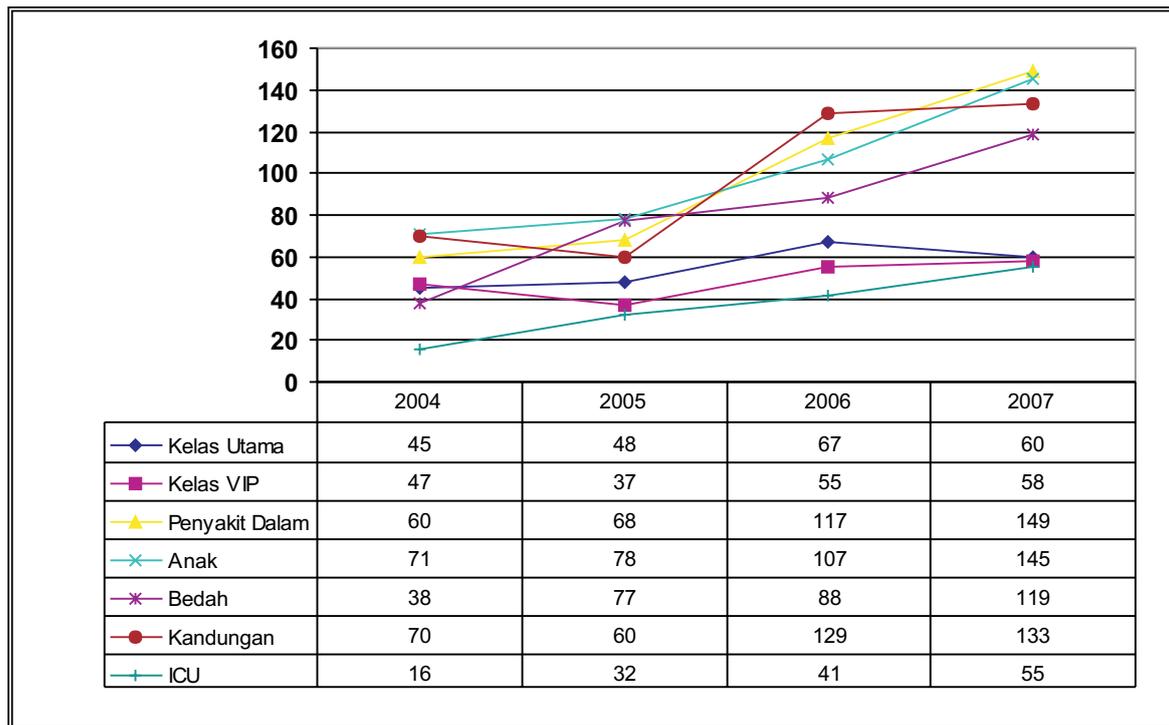
Manajemen RS CND telah menunjuk 11 stafnya sebagai anggota Komite Peningkatan Mutu yang disebut *Management Representative* (MR). Komite Peningkatan Mutu bekerja sama dengan tim CliQ bertugas mendukung dan mengawasi pemeliharaan standar peningkatan mutu rumah sakit melalui:

- Pengadaan buku register standar untuk RS CND, yang dibagikan dan digunakan oleh semua unit di rumah sakit.
- Penyusunan modul Standar Manual Mutu untuk RS CND.
- Penyusunan Pedoman Pelayanan Medis dan *Standard Operational Procedure* untuk 10 besar penyakit terutama untuk bagian kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, dan bedah.
- Penyusunan buku petunjuk manajemen logistik untuk memaksimalkan pemanfaatan peralatan dan persediaan.
- Membuat *Hospital Bylaws* (tata kelola) rumah sakit dalam mendukung manajemen mutu.

Dalam memfasilitasi pengembangan manajemen mutu, lima orang staf dari RS CND, satu orang staf dari Universitas Syah Kuala serta dua orang anggota tim CliQ melakukan studi banding sistem manajemen mutu di Melbourne. Tiga orang staf RS CND menghadiri pelatihan dalam sebuah forum *International Health Quality Network* (IHQN) di Surabaya dan studi banding sistem manajemen mutu di rumah sakit Tabanan Bali.

Sebagai pendukung peningkatan mutu pelayanan di

Bagan 5. Jumlah kunjungan pasien rata-rata per bulan di fasilitas rawat inap RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dari tahun 2004 sampai 2007 (Sumber: Data Rekam Medis dan Buku Register RS Cut Nyak Dhien).



rumah sakit, tim *Clinical Services* membantu RS CNL dalam penyediaan hal-hal berikut:

- Pemasangan instalasi air dan wastafel di tiap poliklinik dan bangsal.
- Pengadaan satu unit mesin cuci di Unit *Laundry* yang bertujuan untuk mempercepat proses pencucian terutama baju bedah.
- Pengadaan sejumlah peralatan medis.
- Pemasangan Incenerator (instalasi pembakaran/penghancuran limbah medis) bantuan WHO untuk mendukung pengelolaan limbah medis RS CNL dan puskesmas di sekitar Meulaboh.

#### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 3 CS

1. Pengenalan sistem manajemen mutu kepada RS CNL merupakan langkah penting untuk memperkenalkan standar pelayanan minimum, pelayanan yang baik, yang bisa dipertanggungjawabkan.
2. Peningkatan mutu berdampak langsung pada standar keselamatan dan perawatan pasien.
3. Pengenalan mekanisme koordinasi antara tingkat senior, menengah dan bawah adalah tantangan baru dan berdampak baik dalam manajemen RS CNL yang dapat mempengaruhi budaya kerja.

#### Faktor-faktor Resiko

1. Staf RS CNL yang bertanggung jawab pada manajemen mutu, masih tergantung pada tim dari UGM dan tidak memberikan kontribusi yang cukup pada tiap pertemuan. Sebagai contoh, rapat koordinasi masih diatur oleh LO dan Manajer

Lapangan *Clinical Services* meski proyek berakhir pada Desember 2007.

2. Masih adanya hambatan komunikasi antara manajer tingkat senior dan menengah di RS CNL.
3. Manajer senior terlalu mengatur dan tidak melibatkan staf lain dalam mengambil keputusan. Hal ini diperparah dengan kurangnya semangat tim serta rendahnya motivasi staf untuk berubah.
4. Perubahan situasi politik di Meulaboh berpotensi mengancam kesinambungan program pada komponen ini. Beberapa staf RS CNL yang bertanggung jawab terhadap program peningkatan mutu dimutasi ke dinas lain, sedangkan staf yang baru tidak terlibat dalam perencanaan sejak awal, dan perlu waktu untuk melatih dan mengarahkannya.
5. Pengawasan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan sulit untuk dilaksanakan karena ketidak-lengkapan data pencatatan serta mekanisme pengumpulan data yang tidak jelas.
6. Sulit untuk melihat dampak program terhadap perubahan angka mortalitas dan morbiditas penyakit, karena tidak adanya mekanisme pengumpulan data yang jelas di RS CNL.

#### Output Komponen 4: Pendidikan dan Pelatihan

Staf RS CNL dari 10 unit yang ada di RS CNL, termasuk staf manajemen diikuti dalam *On Job Training* di RS Dr. Sardjito-FK UGM untuk meningkatkan kapasitas manajemen dan pelayanan klinik sesuai dengan bidangnya. Materi *On Job Training* meliputi:

- Pelatihan manajemen.
- Peningkatan ketrampilan pendukung (misalnya ketrampilan komputer, etika kerja dan kemampuan komunikasi).
- Program magang berbasis kompetensi.

Enam puluh sembilan staf RS CND ambil bagian dalam *On Site Training* yang diselenggarakan di Meulaboh. Pelatihan ini terdiri atas:

1. Pelatihan Manajemen Gizi yang diikuti 7 peserta dari Unit Gizi RS CND.
2. Pelatihan Manajemen untuk Kepala Ruang yang diikuti 15 peserta.
3. Pelatihan Standar Asuhan Keperawatan yang diikuti 15 peserta.
4. Pelatihan Pengendalian Infeksi *Nosokomial* Rumah Sakit yang diikuti oleh 20 peserta.
5. Pelatihan Manajemen Laboratorium yang diikuti 12 peserta dari Unit Laboratorium RS CND.

Program mentoring selama 1 bulan di RS CND mendatangkan staf dari RS Dr. Sardjito, RS Tabanan Bali dan konsultan lain. Mentoring dilakukan untuk mendampingi staf lokal dalam melakukan perbaikan mutu pelayanan medis di masing-masing unit. Mentor yang dikirim bertugas melakukan penilaian dan membantu pelaksanaan standar pelayanan di masing-masing unit RS CND (misalnya Unit Farmasi, Unit Gizi, Unit Laboratorium, Unit Radiologi, Unit Perawatan Intensif, Unit Gawat Darurat, Ruang Operasi, Bangsal dan Pengendalian Infeksi *Nosokomial*). Kegiatan ini ditindak lanjuti dengan melakukan supervisi secara berkala terkait dengan kemajuan pelayanan yang sekaligus berfungsi untuk pengawasan dan evaluasi hingga Juni 2008.

#### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 4 CS

1. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan staf medis dan manajemen RS CND. Hal ini merupakan kunci dari perbaikan pelayanan medis, manajemen dan keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Pengenalan *On Site Training* di unit-unit rumah sakit bertujuan untuk transfer ilmu agar terjadi peningkatan standar pelayanan dan manajemen.
3. Manajer senior sekarang mempunyai kesadaran lebih baik terhadap program pelatihan yang disediakan dalam pengembangan staf secara profesional.

#### Faktor-faktor Resiko

1. Masih ada resistensi sebagian staf rumah sakit dalam menerapkan pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh selama mentoring dan pelatihan.
2. Tanggung jawab dan peran staf RS CND yang belum jelas dalam memelihara dan mengawasi penerapan pengetahuan dan ketrampilan baru tersebut berakibat minimnya tindak lanjut. Hal ini juga memunculkan sikap ketergantungan pada tim *Clinical Services* UGM
3. Ketidak-pastian apakah manajer senior mempunyai komitmen terhadap pengembangan staf dan pendidikan berkelanjutan.

#### Output Komponen 5: Pemberdayaan Masyarakat

Rencana untuk mengembangkan layanan informasi bagi pasien belum terlaksana hingga kini. Bahan-bahan telah disiapkan oleh tim *Clinical Services* tetapi pelaksanaan tidak berjalan karena tidak tersedianya informasi layanan pada rumah sakit CND secara lebih rinci, misalnya jenis layanan,

Sesi latihan produksi makanan pada mentoring di Unit Gizi RS Cut Nyak Dhien.



Dokumen Clinical Services



Seorang pasien dibawa ke ruang operasi untuk mendapatkan tindakan operatif di RS Cut Nyak Dhien.

Foto: Guardian Y Sanjaya

biaya layanan dan lain-lain.

Tim *Clinical Services* telah membuat dan membagikan selebaran yang berisi informasi tentang pelayanan umum di RS CND. Penyebaran *leaflet* ini juga mencakup kabupaten lain melalui Dinas Kesehatan Kabupaten dan fasilitas-fasilitas kesehatan seperti rumah sakit daerah dan puskesmas.

#### Faktor-faktor Resiko

Sampai saat ini RS CND tidak mempunyai informasi pasien yang tepat dan terinci, terutama tentang biaya layanan dan jenis-jenis layanan yang ada. Hal ini menyebabkan ketidak-jelasan informasi pelayanan yang ada di RS CND yang berdampak pada keengganan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di RS CND. Pasien akan cenderung memilih untuk mendapatkan pelayanan medis di tempat-tempat lain.

#### Output Komponen 6: Membangun Budaya dan Etika Kerja di RS CND

Sebanyak 249 staf RS CND diikutsertakan dalam kursus kepemimpinan dan *team-building* atau *outbound*. *Outbound* dilakukan 10 kali secara bergantian. *Outbound* ini bukan hanya membantu meningkatkan komunikasi antar staf, tetapi juga kerjasama dalam mengembangkan tata nilai dalam bekerja. Adanya tata nilai yang disepakati bersama tersebut memperjelas komitmen staf dalam meningkatkan kualitas pelayanan di tiap unit kerja. Hasil *outbound* ini kemudian ditindak-lanjuti dengan evaluasi terhadap proses pelatihan, hasil pelatihan, dan penerapannya di RS CND secara langsung.

#### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 6 CS

Dampak yang dapat diukur sangat kecil. Meskipun

demikian, evaluasi terakhir yang dilakukan oleh tim *Clinical Services* mengungkapkan bahwa ketidak-mauan untuk berubah dan meningkatkan budaya kerja serta mempraktikkan dan menerapkan ketrampilan baru yang telah dipelajari, sangat berkaitan erat dengan tingkat pendapatan/ insentif. Staf melaporkan bahwa tanpa bertambahnya insentif, mereka enggan untuk "bekerja lebih".

#### Faktor-faktor Resiko

1. Staf rumah sakit masih enggan untuk merubah budaya kerja dan menerapkan tata nilai yang sudah disepakati. Hal ini mengancam kembalinya budaya kerja seperti sebelumnya.
2. Tidak ada penanggung jawab pengawasan langsung terhadap budaya kerja di RS CND maupun tindak lanjutnya.
3. Masih ada kesenjangan antara manajer senior rumah sakit dengan staf menengah dan bawah sehingga mengakibatkan rendahnya semangat staf untuk berubah.

#### Outcome Kegiatan Divisi *Clinical Services*

Penilaian terhadap *outcome* memerlukan waktu yang lama untuk melihat dampaknya. Bagaimanapun juga, dalam persepsi "outcome" pasca bencana dan lingkungan pasca konflik akan berbeda dari lingkungan yang lebih stabil. Keberhasilan dapat dilihat jika persepsi disamakan dalam satu perspektif jangka pendek. *Outcome* yang terlihat dan terukur pada tahap ini meliputi:

1. Penyediaan dokter spesialis dan staf medis dalam menyediakan pelayanan kepada pasien berpengaruh positif terhadap kondisi kesehatan dan harapan hidup pasien yang dirawat.
2. Meningkatnya kepercayaan diri rumah sakit seiring

dengan membaiknya mutu pelayanan terhadap kesadaran manajemen rumah sakit dan pemerintah daerah akan pentingnya rumah sakit daerah berstandar tinggi. Peningkatan mutu pelayanan bisa mendorong perubahan kebijakan daerah untuk mendukung kesinambungan mutu pelayanan, khususnya tersedianya dokter spesialis.

3. Mekanisme pengiriman tenaga medis dan perawat dapat dikembangkan lebih lanjut sebagai contoh bagi pemerintah daerah dan rumah sakit kabupaten lain untuk bekerjasama dengan rumah sakit seperti RS Dr. Sardjito atau yang lainnya dalam penyediaan dokter spesialis. Model ini dapat juga mendorong terciptanya format baru manajemen rumah sakit serta mendorong transfer ilmu dan ketrampilan dari wilayah yang lebih berkembang ke wilayah yang kurang berkembang.
4. Pengenalan manajemen mutu, etika kerja, pelatihan dan pendidikan di RS CND dapat mempercepat perubahan di dalam rumah sakit. Saat ini, manajemen rumah sakit mempunyai keinginan untuk beralih menjadi rumah sakit independen atau

Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), serta menjadi pusat rujukan bagi wilayah lain di pantai barat Aceh. Tanda awal sudah terlihat, tetapi sejumlah perbaikan masih diperlukan terutama mengenai transparansi keuangan, pengaturan jasa medis, pengaturan manajemen rumah sakit, pengaturan sumber daya manusia dan pengembangan profesionalisme staf secara berkesinambungan. Sebelumnya, tidak ada satupun hal tersebut yang dijalankan di RS CND.

5. RS CND akan bekerja dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam menyediakan dokter spesialis dengan sistem kontrak terutama untuk bagian Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Bedah Umum dan Kebidanan dan Kandungan. Dokter spesialis dapat berasal dari lembaga lain selain UGM.
6. Bersama divisi lain, tim *Clinical Services* telah menyusun rencana anggaran yang dibutuhkan untuk menjaga kesinambungan program pelayanan spesialis ini. Diharapkan nantinya rencana anggaran yang telah diajukan ke pemerintah daerah ini bisa dimasukkan ke dalam APBD.



Dokumen IMCI

## B. DIVISI INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS (IMCI)

### Output Kegiatan Divisi IMCI

Tim IMCI telah melaksanakan 11 kali pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) kepada 31 Puskesmas di 3 kabupaten yaitu Kabupaten Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Pelatihan-pelatihan tersebut diikuti oleh 234 peserta yang meliputi dokter umum, perawat dan bidan. Pelatihan MTBS rumah sakit untuk pertama kalinya telah diperkenalkan di Kabupaten Aceh Barat, tepatnya RS CND. Pelatihan MTBS rumah sakit melibatkan staf RS CND yang berasal dari Bangsal Anak, Poliklinik Anak, *Intensive Care Unit*, Bangsal Kebidanan dan Kandungan serta Unit Gawat Darurat.

Pelatihan untuk fasilitator lokal MTBS atau *Training for Trainers* (ToT) dilaksanakan terhadap 25 peserta terpilih dari 3 kabupaten tersebut. Setelah mengikuti ToT, ke-25 peserta tersebut kemudian bertindak sebagai fasilitator dalam aktivitas MTBS berikutnya yang dikoordinir oleh UGM dan atau Dinas Kesehatan bekerjasama dengan LSM. Peserta ToT ini juga dilibatkan dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan prosedur MTBS di Puskesmas dengan menggunakan instrumen evaluasi standar untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan anak di ketiga kabupaten.

Dinas Kesehatan Aceh Barat bekerjasama dengan *Catholic Relief Services* (LSM internasional yang bekerja di NAD), mengadopsi konsep pelatihan MTBS dari UGM untuk pelatihan MTBS bagi bidan desa yang berada di wilayah

Metode MTBS sudah diterapkan di hampir semua Puskesmas di Aceh Barat. Namun kesinambungan program ini tergantung pada masing-masing kebijakan daerah.

Kabupaten Aceh Barat. Aceh Barat merupakan satu-satunya kabupaten di Aceh yang sudah memberi pelatihan MTBS kepada sekurang-kurangnya 127 bidan desa dengan. Selain itu, Dinkes Aceh Barat kini dipercaya untuk melaksanakan pelatihan MTBS untuk bidan desa di kabupaten lain, diantaranya Kabupaten Aceh Barat Daya dan Aceh Singkil.

Kurang lebih 90% puskesmas di 3 kabupaten ini sudah menerapkan prosedur MTBS untuk pasien-pasien di bawah usia 5 tahun.

### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Divisi IMCI

1. Pengenalan dan penerapan pendekatan berdasar bukti pada manajemen kesehatan anak di tingkat puskesmas telah meningkatkan mutu perawatan penyakit pada anak secara umum terutama di tiga kabupaten yang dilibatkan.
2. Meningkatkan kapasitas staf Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk melatih bidan desa dalam pendeteksian dan perawatan kesehatan anak di tingkat masyarakat.
3. Dengan tersedianya instrumen evaluasi MTBS, pengukuran perkembangan yang terjadi dapat dilaksanakan.
4. Dinkes Kabupaten Aceh Barat mempunyai kapasitas dalam menyediakan program pelatihan MTBS bagi kabupaten lainnya.
5. Meningkatkan kapasitas rumah sakit untuk mengelola dan menerapkan perawatan anak menggunakan metode MTBS. Ini adalah pertama kalinya modul pelatihan MTBS untuk rumah sakit yang telah diadaptasi dan diterapkan di Indonesia.

### Faktor-faktor Resiko

1. Program MTBS membutuhkan biaya yang besar. Kesenambungan program sangat tergantung pada kebijakan pemerintah daerah dan dukungan Dinas Kesehatan. Advokasi dengan pemerintah daerah sudah sering dilakukan. Kesenambungan program MTBS di Aceh Barat tergantung pada pembiayaan yang digunakan untuk pemeliharaan sistem, pengawasan dan evaluasi, penyediaan obat dan surveilans.
2. Di tingkat puskesmas mutu penggunaan prosedur MTBS yang diterapkan bervariasi antara puskesmas satu dengan lainnya.

### Outcome Kegiatan Divisi IMCI

1. Peningkatan kapasitas staf di puskesmas dan bidan desa akan memberikan efek positif dalam manajemen penyakit pada anak sakit secara umum. Jika mutu pelayanan diatur dengan baik, program-program MTBS dapat meningkatkan keyakinan masyarakat terhadap puskesmas dalam menyediakan diagnosis dan terapi yang efektif bagi anak di bawah 5 tahun. Hal ini juga mendukung pengembangan dan pemulihan pelayanan kesehatan di Puskesmas.
2. Salah satu hasil positif adalah Dinas Kesehatan Aceh Barat kini mampu menyediakan program pelatihan MTBS bagi kabupaten-kabupaten lain. Hal ini meningkatkan kemandirian dari kabupaten di daerah untuk saling membangun kapasitas dan dukungan secara timbal balik.



Penerapan pelatihan MTBS di fasilitas rujukan (rumah sakit) di Indonesia pertama kali dilakukan di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Pelatihan ini mengadaptasi modul WHO.

Foto: Eddy Supriyadi



Pendaftaran pasien di RS Cut Nyak Dhien sudah menggunakan sistem komputerisasi. Identitas pasien sudah menggunakan sistem bar code yang tidak memungkinkan adanya pencatatan ganda.

### C. DIVISI PUBLIC HEALTH (PH)

#### Output Komponen 1: Memperkuat Sistem Informasi dan Perencanaan RS CND

Sistem rekam medis RS CND dikembangkan dengan cara memperkenalkan prosedur operasional baku rekam medis, pembuatan alur kerja, deskripsi tugas dan tanggung jawab staf rekam medis.

Peningkatan kapasitas staf rekam medis sudah dilakukan melalui serangkaian *mentoring* dan pelatihan bagi staf rekam medis dan staf administrasi di unit-unit terkait lainnya.

Pengenalan sistem rekam medis berbasis komputer di RS CND telah diperkenalkan dan semua staf saat ini sudah mahir menggunakan komputer. Hal ini berdampak pada kepuasan staf terhadap sistem yang baru karena dapat mengurangi beban kerja.

Di RS CND, divisi PH juga mengembangkan sistem manajemen keuangan dengan cara:

- Menerapkan *billing system* di unit rawat jalan sejak Oktober 2006.
- *Billing system* manual secara berangsur-angsur dirubah menggunakan sistem elektronik yang didukung oleh perangkat keras (server, LAN dan komputer tambahan) dan perangkat lunak khusus (MedPlus).
- Memperkuat kapasitas lokal untuk mengelola *billing system* dengan program-program *mentoring* dan pelatihan untuk staf di bagian pendaftaran, kasir, staf keuangan, dan perawat poliklinik.

- Tahap pertama *billing system* secara elektronik diterapkan pada Unit Rawat Jalan yang secara bertahap diterapkan di Unit Gawat Darurat, Unit Radiologi dan Unit Laboratorium sejak Maret 2007. Pengembangan *billing system* tahap kedua dilakukan pada loket pendaftaran Askes dan Askeskin serta 1 bangsal percontohan (Bangsal Kelas Utama) pada Oktober 2007.
- Advokasi dengan pemerintah daerah terkait kesinambungan pengembangan *billing system* di RS CND telah dilakukan melalui presentasi-presentasi pada tiap kesempatan dan beberapa lokakarya. Pengembangan *billing system* juga sudah tercakup dalam Rencana Strategis rumah sakit 2006-2010 yang sudah disetujui oleh pihak *stakeholders*.

#### Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 1 PH

1. Pengenalan *billing system* secara elektronik mengurangi beban pekerjaan di unit-unit tempat sistem tersebut diterapkan.
2. Transparansi biaya perawatan telah meningkatkan kepercayaan pasien dan dapat mengurangi pungutan liar.
3. Pengenalan teknologi informasi di dalam rumah sakit penting untuk merubah dan mengembangkan rumah sakit di tingkat daerah. Hal ini adalah sebuah inovasi baru di Aceh.
4. Penerapan sistem informasi berbasis komputer adalah salah satu jalan untuk meningkatkan manajemen informasi dalam rumah sakit.

#### Faktor-faktor Resiko

1. Data yang ada di rekam medis masih tidak akurat karena ketidak-lengkapan pencatatan harian dimana

sistem pengumpulan data hanya bergantung pada mekanisme pencatatan harian.

2. Terdapat konflik antara staf rekam medis dengan perawat baik di rawat jalan maupun bangsal, terkait dengan tidak jelasnya siapa yang bertanggung jawab atas pencatatan harian. Staf rekam medis merasa bahwa perawat bertanggung jawab terhadap pengisian sensus harian, sementara itu, perawat enggan melakukannya karena mereka sudah dibebankan pekerjaan lain.
3. Beberapa staf rumah sakit tidak yakin dengan adanya *billing system* akan berdampak pada transparansi keuangan.
4. Beberapa staf merasa tidak senang dengan penerapan *billing system* karena hilangnya sumber pendapatan. Sistem lama memungkinkan mereka menarik biaya perawatan langsung kepada pasien dan tidak melalui loket. Jika dilihat dari data yang ada, terdapat selisih pencatatan sebesar kurang-lebih 30% antara data yang ada di komputer dan data di buku register.
5. Langkah pengembangan berikutnya adalah memasang *billing system* elektronik di unit-unit lain melalui anggaran pemerintah daerah. Anggaran ini digunakan untuk pembelian perangkat keras, pemeliharaan dan pelatihan karyawan. Kesenambungan program tersebut akan terancam jika tidak ada dukungan dari pemerintah daerah.
6. RS CND tidak mempunyai sumber daya manusia yang mampu untuk pemeliharaan sistem. Sejauh ini RS CND masih tergantung pada tim IT UGM.

## **Output Komponen 2: Pengembangan Perencanaan dan Sistem Informasi Kesehatan Daerah**

Memperkuat kapasitas staf dinas kesehatan dalam manajemen sistem informasi dan surveilans berbasis peta geografis. Salah satu kegiatannya adalah dengan melatih 11 staf dinas kesehatan terutama untuk memetakan data-data rutin menggunakan *software* Epi Info. Pelatihan juga mencakup pelatihan komunikasi dan kepemimpinan untuk meningkatkan ketrampilan staf dinas kesehatan dalam mengkoordinir pertemuan sektor kesehatan antar lembaga yang bekerja di Aceh Barat.

Membangun jaringan LAN (*Local Area Network*) yang digunakan untuk mempercepat pengumpulan data dan pemantauan staf. Dinas Kesehatan Aceh Barat merupakan salah satu dinas kesehatan di NAD yang telah mempunyai jaringan LAN.

### **Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 2 PH**

1. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan staf di bidang manajemen informasi dan surveilans.
2. Pengenalan teknologi informasi baru memudahkan Dinas Kesehatan dalam pengumpulan data terutama untuk Sistem Informasi Kesehatan Daerah.

### **Faktor-faktor Resiko**

1. Kepala Bagian Tata Usaha (Kabag TU) Dinas Kesehatan Aceh Barat yang bertugas sebagai koordinator sistem informasi telah diganti. Kabag TU yang baru tidak mempunyai kapasitas yang cukup untuk menjalankan peran sebagai koordinator sistem informasi.

Anis Fuad, Manajer Program divis Public Health mempresentasikan konsep Sistem Informasi Kesehatan Daerah pada sebuah mini semiloka di Dinas Kesehatan Aceh Barat. Dinas Kesehatan Aceh Barat dipersiapkan dalam menuju SIKNAS online.



Foto: Arief Kurniawan

2. Tidak ada tindak lanjut dari staf Dinas Kesehatan terhadap pelatihan Epi Info yang sudah dilakukan oleh UGM. Pemetaan data kesehatan berhenti total. Pengumpulan, penyusunan dan analisa data kembali ke sistem sebelumnya.
3. LAN yang dulu dipasang oleh Tim UGM terpaksa dilepas karena adanya renovasi kantor Dinas Kesehatan. Staf Dinas Kesehatan mengalami kesulitan memasang LAN di bangunan yang baru. Jika tidak dibantu oleh tim UGM, LAN di Dinas Kesehatan beresiko tidak akan digunakan lagi.

### **Outcome Kegiatan Divisi Public Health**

Pengenalan teknologi informasi kepada rumah sakit daerah telah membuktikan kepada staf, pihak manajemen dan pemerintah daerah bahwa sistem informasi dan *billing system* dapat merubah pola kerja yang mendorong meningkatnya transparansi, meningkatnya kepercayaan masyarakat dan staf terhadap manajemen rumah sakit.

Komitmen yang tinggi Dinas Kesehatan Aceh Barat untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Daerah berpengaruh terhadap pengembangan program ini. Salah satu staf Dinas Kesehatan Aceh Barat dikirim ke Fakultas Kedokteran UGM untuk menempuh pendidikan S2 SIMKES yang diharapkan dapat melanjutkan program ini setelah kembali ke Aceh Barat.

## **D. DIVISI MENTAL HEALTH (MH)**

### **Output Kegiatan Divisi Mental Health**

Setelah kerangka program *Mental Health* diperbaiki, peningkatan kapasitas Rumah Seuronee (berpusat di Banda Aceh) dan Balee Zaituna (berpusat di Meulaboh) dapat lebih dipercepat. Kedua pusat ini beroperasi sejak tahun 2005. Keduanya berfungsi sebagai pusat pelayanan rujukan konsultasi dan bimbingan psikologi untuk tingkat lokal. Layanan lain yang disediakan meliputi:

- Pelatihan dan pendidikan kesehatan jiwa.
- Pelayanan *outreach*, memfasilitasi pertemuan kelompok-kelompok masyarakat, dan kegiatan-kegiatan lain untuk mengembangkan kapasitas kesehatan jiwa pada anak-anak, remaja, dan orang dewasa.

Enam orang staf lokal diangkat sebagai tenaga administratif dan keuangan untuk menjalankan kedua pusat tersebut.

Delapan orang psikolog ditugaskan sebagai tenaga psikolog yang memberikan pelayanan psikologi langsung di 10 barak (satelit pelayanan), 7 Puskesmas, dan 4 Puskesmas Pembantu (Pustu) di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh, serta 1 rumah sakit di Meulaboh. Keberadaan Pusat Pelayanan Psikologis telah memperluas cakupan layanan kesehatan jiwa di NAD.

Saat ini program *Mental Health* berupa pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas, telah diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan jiwa tingkat kabupaten dan propinsi. Pengintegrasian program ini melalui beberapa aktifitas antara lain:



Foto: Ruth Wraith

Ruth Wraith (tengah) berdiskusi dengan Dra. Sofia Retnowati (kiri) dan Diana Setyawati, Manajer Program Divisi Mental Health di Fakultas Psikologi UGM saat kunjungan bulan Januari 2008.

- Integrasi layanan psikologi ke dalam pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.
- Pengembangan proyek percontohan untuk sistem rujukan kesehatan jiwa di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh dengan bertempat di dua Pusat Pelayanan Psikologis yang ada. Para psikolog di kedua pusat pelayanan tersebut secara rotasi memberikan layanan psikologi di 7 puskesmas, 4 pustu dan 1 rumah sakit (RS CND).
- Kegiatan-kegiatan advokasi dilakukan untuk mendukung program pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas (*Community Mental Health Service/CMHS*), baik di tingkat kabupaten, provinsi, dan tingkat nasional termasuk penandatanganan MoU antara Fakultas Psikologi UGM, Divisi *Mental Health*, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.
- Pengenalan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas atau CMHS ini diagendakan dalam Konferensi Asosiasi Psikolog Profesional di Bali.
- Divisi MH memfasilitasi pengembangan standar nasional praktik psikolog klinis sebagai langkah advokasi masuknya profesi psikolog klinis sebagai salah satu bagian di Departemen Kesehatan.
- Studi banding pemerintah lokal, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Propinsi ke Yogyakarta dan Australia dilakukan untuk meninjau pelaksanaan program-program kesehatan jiwa di kedua tempat tersebut, sebagai langkah advokasi dalam mendukung kesinambungan program kesehatan jiwa di Kabupaten Aceh Barat.
- Advokasi terhadap perubahan peraturan daerah (Perda) tentang pelayanan kesehatan masyarakat berhasil dilakukan dengan dicantumkannya pelayanan kesehatan jiwa ke dalam Perda tersebut serta masuknya tenaga psikolog ke dalam pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.
- Kerja sama tim *Mental Health* dengan lembaga-lembaga lain dalam mendirikan Program Studi Psikologi (PSP) di bawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala, ditujukan untuk mencetak tenaga-tenaga psikolog lokal dalam memenuhi kebutuhan tenaga psikolog di Aceh. Pada awal berdirinya Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi UGM membantu dalam penyediaan tenaga pengajar yang dibiayai oleh pihak Fakultas dan bukan oleh WVA.

#### Pelatihan dan Pendidikan

Tim *Mental Health* membantu menetapkan standar dan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa di tingkat lokal melalui:

- Merekrut dan melatih 8 orang psikolog klinis (5 orang di Kabupaten Aceh Barat dan 3 orang di kota Banda Aceh) untuk memberikan pelayanan psikolog di puskesmas-puskesmas.
- Pelatihan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa kepada 116



Foto: Haryanto



Foto: Guardian Y Sanjaya

*Pelayanan Psikologi Aceh Barat mencakup hampir semua Puskesmas di kabupaten ini. Dengan tenaga psikolog yang terbatas, pelayanan dilakukan secara rotasi ke tiap-tiap Puskesmas. Foto atas, salah satu Puskesmas yang dicakup tim Mental Health Aceh Barat; bawah, jadwal pelayanan psikolog di Puskesmas.*

staf Puskesmas (82 di kota Banda Aceh dan 84 di Meulaboh) dilakukan untuk mendukung program kesehatan jiwa di kedua kabupaten/ kota. Pelatihan ini menggunakan modul *Individual and Group Councelling Training (IGCT)* dan *Psychological Support Training (PST)*.

- Melakukan perekrutan dan mengadakan pelatihan bagi kader masyarakat dengan menggunakan modul-modul IGCT dan PST. Sebanyak 105 orang kader (47 orang di kota Banda Aceh dan 58 di Meulaboh) direkrut dan diberi pelatihan IGCT dan PST. Kader ini kemudian ditugaskan sebagai tenaga penghubung

di masyarakat untuk mengamati masalah-masalah kesehatan jiwa yang muncul, serta diperbantukan dalam pelayanan *outreach*.

#### Pengenalan Kesehatan Jiwa di Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan jiwa, gangguan jiwa, dan pelayanan kesehatan jiwa melalui:

- Pelatihan tentang dukungan psikologis dan deteksi dini masalah-masalah kesehatan jiwa kepada 322 orang guru dan pemuka agama setempat. Dipilihnya guru dan pemuka agama karena tokoh-tokoh tersebut mempunyai pengaruh besar di masyarakat yang diharapkan dapat memberikan keuntungan terhadap deteksi dini gangguan jiwa yang muncul di masyarakat.
- Pembentukan gerakan sosial Komunitas Peduli Kesehatan Mental, dan pelibatan kelompok-kelompok masyarakat seperti sekolah-sekolah keagamaan dan fasilitas-fasilitas pelayanan masyarakat seperti Posyandu dalam program-program kesehatan jiwa.
- Promosi kesehatan jiwa melalui pembuatan dan penyaluran bahan-bahan ajar dan buletin bulanan kesehatan jiwa. Para psikolog berperan dalam mengisi rubrik informasi dan konsultasi mingguan di surat kabar lokal.

Masyarakat yang telah mendapatkan informasi seputar pelayanan kesehatan jiwa berdampak pada peningkatan permintaan pelayanan psikososial, peningkatan jumlah kunjungan klien ke Pusat Pelayanan Psikologis, dan peningkatan peran serta masyarakat dalam program kesehatan jiwa. Peningkatan juga dijumpai pada area pelayanan *outreach*, terutama pelayanan puskesmas di Meulaboh dan Banda Aceh.

#### **Dampak Jangka Pendek Kegiatan Divisi Mental Health**

1. Bantuan pelayanan kesehatan jiwa dalam bentuk konsultasi kepada masyarakat korban bencana telah diberikan kepada pasien secara perorangan yang jumlahnya mencapai 1.507 orang dan kepada kelompok-kelompok masyarakat yang jumlahnya tidak tercatat.
2. Pendirian Pusat Pelayanan Psikologis di Banda Aceh dan Aceh Barat mendorong terciptanya pelayanan rujukan khusus yaitu kesehatan jiwa.
3. Ikut berpartisipasi dalam pembangunan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat dengan fokus utama pada anggota masyarakatnya.
4. Peningkatan kesadaran masyarakat tentang isu-isu seputar kesehatan jiwa, serta peningkatan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat tentang pembangunan kesehatan jiwa.
5. Peningkatan pengetahuan teknis dan ketrampilan petugas kesehatan tentang kesehatan jiwa.

#### **Faktor-faktor Resiko**

1. Secara umum, program kesehatan jiwa ini adalah konsep pendekatan kepada masyarakat yang sama sekali baru, yang penerapannya belum menjadi prioritas utama di NAD. Persepsi seperti ini senantiasa menghambat program pembangunan kesehatan jiwa di masyarakat maupun proses advokasi ke pejabat pemerintahan setempat.
2. Baik masyarakat maupun petugas kesehatan belum terbiasa dengan layanan dan dukungan psikolog. Program asuhan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat atau CMHN bentuk WHO yang difokuskan pada tindakan psikiatrik medis, lebih bisa diterima di masyarakat dan lebih menyatu dengan sistem kesehatan yang ada.



*Sesi latihan pada pelatihan Mental Health Early Detection untuk tokoh agama. Kepedulian masyarakat terhadap kesehatan jiwa merupakan salah satu indikator keberhasilan diseminasi program-program Mental Health.*

3. Untuk keperluan jangka panjang, intervensi berbasis Pusat Pelayanan Psikologis mungkin bukan model yang bisa berkesinambungan. Hal ini karena sulitnya memperoleh bangunan yang layak dan tingginya biaya operasional. Tim *Mental Health* juga menemui kesulitan ketika akan mendirikan Pusat Pelayanan Psikologis sebagai institusi yang mandiri karena terbentur masalah pendanaan; lagipula, peran pendirian Pusat Pelayanan Psikologis dalam membantu pemerintah lokal masih belum jelas.
4. Pergantian staf psikolog klinis dan sulitnya mencari tenaga psikolog lokal yang bisa diandalkan adalah dua hambatan yang selalu menjadi penyebab lemahnya kapasitas untuk menjalankan program dan lambatnya pelaksanaan program.
5. Pusat Pelayanan Psikologis ini harus bersaing dengan LSM-LSM internasional lain yang juga menyediakan layanan serupa.

### **Outcome Kegiatan Divisi Mental Health**

1. Pada tahap sekarang, hasil dari program ini masih sulit untuk diperkirakan. Namun demikian, hasilnya dapat dilihat dari pengaruh program ini terhadap sistem kesehatan masyarakat, di mana program-program kesehatan jiwa masyarakat sudah mulai dimasukkan dalam program dinas kesehatan dan psikolog sudah mulai dilibatkan untuk bersama-sama menjadi bagian dari lingkaran kerja sama profesional di bidang kesehatan. Namun demikian, semua ini tergantung pada bagaimana model percontohan ini dikelola dan dievaluasi.
2. Hasil yang paling mungkin dirasakan adalah adanya proses pembelajaran untuk Fakultas Psikologi UGM dan bagaimana mereka bisa menerapkannya ke dalam kegiatan-kegiatan pemulihan dan pembangunan pasca bencana.



Foto: Eddy Supriyadi



Foto: Guardian Y. Sanjaya

*Salah satu sasaran kegiatan divisi Mental Health adalah kembali normalnya kehidupan sosial masyarakat yang terkena dampak Tsunami. Setelah tiga tahun pasca Tsunami, aktivitas masyarakat berangsur-angsur kembali normal. Bantuan dari berbagai pihak mempercepat keadaan ini.*

# BAGIAN 6

## Pembelajaran dan Rekomendasi

### Proses Pelaksanaan

Tahap Penilaian, Perencanaan, Pelaksanaan, Pengorganisasian, dan Pengelolaan Proyek.

1. Proyek ini berangkat dari misi kemanusiaan sebagai respon terhadap bencana. Pada awal perjalanannya, banyak kendala yang mesti dihadapi. Hanya lembaga yang telah mempunyai perencanaan matang, siap bekerja dalam tim, mempunyai peran dan protokol yang jelas, instrumen yang memadai, dan mempunyai kesepakatan resmi dengan pemerintah, yang mampu merespon secara lebih baik dan menyeluruh. Baik RS Dr. Sardjito maupun UGM hendaknya mendata semua hal yang terjadi selama proyek ini dan menggunakannya sebagai dasar penyusunan standar protokol, tim, instrumen, dan mekanisme koordinasi pada proyek-proyek serupa. Struktur organisasi tim, deskripsi kerja dan mekanisme pengelolaan semestinya disatukan dalam bentuk sebuah dokumen penanggulangan bencana, yang ditinjau kembali setiap tahun sebagai salah satu komponen Rencana Strategis bagi kedua belah pihak.
2. Dalam tahap pelaksanaan, jelas terlihat lemahnya kapasitas Program Aceh UGM dalam mengelola proyek. *Project Supporting Unit* (PSU) dan mekanisme pengelolaan yang sudah ada, seharusnya dilembagakan dan menjadi komponen utama dalam rencana penanggulangan bencana. PSU juga bertindak sebagai koordinator mekanisme operasional pelaksanaan proyek untuk memastikan standar pengelolaan proyek yang bermutu.
3. UGM hendaknya memastikan adanya koordinasi yang optimal antara fakultas-fakultas terkait jika ingin mengelola proyek dari lembaga-lembaga donor.
4. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito telah membuktikan diri sebagai organisasi yang mau belajar dan mampu beradaptasi dengan baik.
5. Jelas terlihat bahwa kelemahan proyek ini adalah perencanaan secara keseluruhan; perhatian lebih difokuskan pada "pelaksanaan". Sebuah desain proyek yang baik, sebagaimana yang sudah dipahami oleh semua manajer pelaksana sebagai sebuah standar operasional proyek, seharusnya juga menjadi standar operasional untuk UGM dan RS Dr. Sardjito.
6. Meskipun *log frame* bisa dijadikan pedoman, tidak semua pihak sepenuhnya setuju bahwa ini

dr. Anjar Asmara, M.Kes, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD, berdiskusi dengan Fuadri, S.Si, Wakil Bupati Kabupaten Aceh Barat dalam acara audiensi laporan akhir Program RS Dr. Sardjito-UGM di Aceh Barat.



Foto: Arief Kurniawan

RS Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai peran yang cukup besar dalam mendukung program pengembangan RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Sebagian besar staf yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien berasal dari RS Dr. Sardjito.



Dokumen PSU

bisa dijadikan sebagai sebuah alat perencanaan, pengawasan, dan evaluasi yang tepat. Namun demikian, tidak ada yang mengajukan alternatif lain.

7. Sebuah proyek yang terencana akan dilengkapi dengan *Exit Strategy*, yang memungkinkan pengembangan rencana penghentian kegiatan dalam proyek.

### Proses Pencapaian Outcome

1. Prestasi penting yang dicapai RS Dr. Sardjito-UGM adalah konsistensi dalam penyediaan tenaga medis untuk RS CND. Semua pihak sepakat bahwa ini adalah komponen proyek yang paling penting.
2. Secara umum, tujuan proyek ini berhasil dicapai sepenuhnya atau sebagian oleh masing-masing divisi. Beberapa kegiatan seperti pemberdayaan masyarakat terhadap pelayanan RS CND dan sistem *laundry*, tidak berjalan dengan baik.
3. Perubahan perilaku dan budaya kerja tidaklah mudah, dan membutuhkan waktu yang lama. Mengingat waktu pelaksanaan proyek yang singkat, tuntutan akan transparansi dan etika bekerja mungkin terlalu berlebihan, terlebih lagi hal itu bukan menjadi prioritas bagi RS CND di masa pemulihan pasca bencana.
4. Kesenambungan terhadap capaian proyek sangat tergantung pada komitmen para pemegang kebijakan di tingkat lokal dan pada kepemimpinan pihak rumah sakit dalam memaksimalkan investasi yang sudah ada serta mewujudkan capaian-capaian lainnya. Staf senior RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND seyogyanya melakukan pemaparan, baik di level Meulaboh maupun ke level yang lebih tinggi yaitu Propinsi NAD, terhadap hasil-hasil yang dicapai dan manfaat proyek bagi masyarakat dan sistem kesehatan di daerah, serta

resiko yang mungkin dihadapi jika terjadi kegagalan dalam pelaksanaannya.

5. Semua divisi hendaknya secara teknis ditinjau ulang terhadap komponen mana yang berhasil dan kurang berhasil untuk dijadikan bahan pertimbangan serta pembelajaran bagi proyek-proyek lain di masa mendatang.
6. Masing-masing divisi berjalan sendiri-sendiri, aktifitas yang dijalankan antar divisi tidak saling terkait. Perlu dibuat strategi proyek yang menyeluruh sehingga ada kesaling-terkaitan antar satu divisi dengan divisi lainnya yang akan membuat proyek lebih efisien.
7. Sejumlah faktor yang sifatnya kontekstual dan kelembagaan menjadi penghambat pelaksanaan program *Mental Health*, yang membuat program ini kurang berhasil bila dibandingkan dengan divisi yang lain. Namun demikian, evaluasi yang menyeluruh atas efek jangka panjang dan capaian program masih tetap diperlukan. Pada tahap awal, pelaksanaan program tidak sesuai dengan rencana dan membutuhkan dukungan teknis yang intensif. Pergantian staf sangat sering terjadi. Pendekatan dan titik berat program mengalami perubahan yang signifikan, dari semula fokus pada pemenuhan kebutuhan beralih kepada pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Sebelum Oktober 2005, *Technical Advisor* untuk divisi *Mental Health* tidak menjalankan fungsinya. Dengan usaha yang keras dan rekrutmen yang lebih baik, pelaksanaan program di divisi ini menjadi lebih efisien di akhir proyek.
8. Tim *Mental Health* mempunyai peranan penting dalam perubahan kebijakan di tingkat lokal maupun nasional terlebih tentang keterlibatan psikolog klinis dalam sistem kesehatan lokal. Namun, gaji yang



Ramli, MS

Bupati Kabupaten Aceh Barat  
Naggroe Aceh Darussalam

Saya melihat bahwa UGM sangat serius dalam membantu Aceh Barat terutama di sektor kesehatan. UGM sudah menunjukkan sikap sedikit bicara dan banyak bekerja, tidak seperti kebanyakan instansi yang bekerja di disini. UGM tidak hanya menunjukkan hasilnya tetapi juga membuktikan kepada kita semua terutama staf lokal, bagaimana mereka bekerja, bagaimana mereka menyelesaikan masalah dan sebagainya. Hal ini merupakan suatu pembelajaran dan transfer ilmu bagi staf lokal yang bekerja bersama-sama tim UGM. Kami juga menghendaki adanya kerjasama jangka panjang kembali dengan UGM terutama di sektor-sektor lain seperti pertanian, pertambangan dan atau pendidikan. Kita tahu bahwa pendidikan dan kesehatan merupakan dua sektor yang harus dikembangkan di Aceh Barat yang sekaligus dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap

pemerintah setelah trauma berkepanjangan akibat konflik, dibandingkan dengan cara-cara militer seperti sebelumnya."

layak serta perbedaan struktur antara Pusat Pelayanan Psikologis yang dibentuk dengan sistem kesehatan lokal yang ada bisa menjadi isu yang menghambat kesinambungan program.

9. Tenaga konsultan dan teknis untuk manajemen proyek, yang memiliki kemampuan berbahasa Indonesia yang baik adalah *input* yang penting bagi capaian proyek secara keseluruhan.

### Perbaiki Sistem Kesehatan dan Dampak Lain yang Lebih Luas

1. Kerjasama antara Fakultas Kedokteran UGM dan rumah sakit pendidikan (RS Dr. Sardjito) untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit daerah yang mengarah pada reformasi rumah sakit daerah pada dasarnya bisa diwujudkan dan bisa dijadikan model bagi lembaga-lembaga di daerah lain dalam membantu pembangunan kesehatan nasional. Pembangunan di Indonesia pada dasarnya sudah mencakup banyak wilayah. Namun demikian, masih dijumpai daerah-daerah yang pembangunannya lambat dan terjadi ketimpangan distribusi sumber daya. Proyek ini bisa dijadikan model untuk membantu pembangunan di daerah-daerah dan mengangkat isu-isu horizontal/ geografis yang lebih luas di dalam sistem kesehatan.
2. Distribusi tenaga kesehatan adalah sumber utama ketimpangan yang terjadi di daerah-daerah miskin dan terpencil di Indonesia. Terlebih adanya peraturan Menteri Kesehatan yang baru, yang tidak mengharuskan lulusan Fakultas Kedokteran untuk melaksanakan PTT di daerah-daerah. Pengelolaan model baru untuk menarik minat para profesional di bidang kesehatan/ medis untuk mau bekerja di daerah-daerah tersebut sedang dikembangkan. Mekanisme penyediaan layanan dokter spesialis di RS CND yang dibuat oleh RS Dr. Sardjito-UGM dan usaha-usaha untuk meminta pemerintah lokal membuat mekanisme insentif dalam menarik minat tenaga-tenaga dokter spesialis, dapat

dijadikan sebagai model percontohan. Setiap kegiatan proyek harus didokumentasikan untuk dijadikan studi kasus yang menunjukkan bagaimana pemerintah lokal dapat membiayai pelayanan kesehatan dan memberikan insentif yang sesuai dengan persyaratan yang sesuai pula.

3. Meskipun Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat terlibat dalam pelaksanaan proyek sejak awal, namun efek dari komitmen tersebut masih lemah. Hal ini dapat mengganggu kesinambungan dampak program terhadap sistem kesehatan yang lebih luas, khususnya sistem rujukan dari level puskesmas dan aspek-aspek dukungan kebijakan daerah.
4. Usaha-usaha yang telah dilakukan tim *Mental Health* untuk menyusun standar pelayanan psikologi klinis dan pelibatan psikolog dalam sistem kesehatan hendaknya didukung dengan sebuah studi kasus yang membuktikan keuntungan penerapan pendekatan ini.
5. Gabungan dari beberapa divisi dan dukungan teknis yang diberikan kepada RS CND dapat digunakan sebagai sebuah model pendekatan reformasi rumah sakit daerah, atau sebagai alat bantu untuk memperbaiki sistem kesehatan daerah di era desentralisasi. Hal ini dapat dilakukan dengan cara 'membeli' jasa pelayanan dari rumah sakit-rumah sakit pendidikan dan fakultas-fakultas kedokteran.
6. RS Dr. Sardjito-FK UGM dikontrak oleh Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi Aceh-Nias(BRR) untuk menerapkan model peningkatan kapasitas serupa di rumah sakit-rumah sakit di Kabupaten Nias dan Nias Selatan. Sebuah tim lain dari RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) telah menerapkan model ini berdasarkan pada pendekatan teknis dan pengelolaan yang dirancang di Aceh Barat.
7. Ketika gempa bumi melanda Yogyakarta, baik RS Dr. Sardjito dan UGM segera memberikan respon dengan persiapan yang lebih matang, dan menerapkan pendekatan pembangunan yang dipelajari langsung dari pengalaman di Aceh Barat.

## Efektifitas Kerjasama

1. *World Vision Australia (WVA)* bekerja di luar kebiasaan organisasinya ketika memutuskan untuk menjadi lembaga donor melalui beberapa bentuk kerjasama dengan mitra lain. Proses dan model proyek ini menunjukkan bahwa kombinasi di antara keduanya berujung pada peningkatan kapasitas yang lebih efektif dan bertahan lama. WVA sebaiknya menerapkan pendekatan yang sama pada daerah-daerah yang tidak terkena bencana untuk mendukung pembangunan sistem kesehatan di Indonesia.
2. Kerjasama telah berbuah pada proses pembelajaran dan semua pihak bisa merasakan manfaatnya. RCH terus mengadakan kerjasama dengan RS Dr. Sardjito. Sementara AIHI dan FK UGM berupaya melanjutkan kerjasama riset di bidang sistem kesehatan. RS Dr. Sardjito dan UGM bersama-sama dengan pemerintah daerah Aceh Barat berupaya untuk tetap melanjutkan bantuan.
3. UGM telah mempunyai kapasitas untuk mengelola proyek berskala besar serta pengalaman teknis dalam sistem kesehatan pasca bencana. Hal ini membuat UGM layak untuk menjadi pusat kajian kebijakan, perencanaan dan pelaksanaan pemulihan sistem kesehatan dalam konteks bencana.
4. Budaya organisasi adalah bagian penting dalam kerjasama yang dibangun. Di antara beberapa mitra yang terlibat dalam kerjasama ini terdapat perbedaan budaya organisasi. Sebagai contoh, perbedaan budaya organisasi antara staf medis RS Dr. Sardjito dan RS Cut Nyak Dhien. Hal ini tentu saja mempengaruhi hubungan kerjasama yang sedang dibangun, pelaksanaan program serta hasil-hasilnya. Perbedaan nilai atau pendekatan kultural dalam pengelolaan, desain proyek, pelaporan dan pelaksanaan juga mempengaruhi jalannya kerjasama tersebut. Sikap saling menerima dan saling mengerti terbentuk seiring perjalanan proyek tersebut.



Dokumen PSU

Laporan akhir Program Aceh RS Dr Sardjito - UGM dihadiri oleh perwakilan pemerintah kabupaten Aceh Barat dan DPRD. Turut hadir juga dr. Anjar Asmara, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD.