

NOTULENSI SEMINAR “KEPEMIMPINAN DOKTER SPESIALIS OBGYN DAN ANAK DALAM PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN ANAK”

SESI I : Dr. dr. Slamet Riyadi Y (Dirjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI)

I. Materi

Powerpoint

II. Diskusi

1. Pertanyaan pertama (Ketua POGI)

Kebijakan Kemenkes sudah begitu matang, kecuali kebijakan untuk mengatur distribusi spesialis. Bagaimana Kemenkes menyusun kebijakan mengenai distribusi spesialis ini?

Jawaban:

- a. Program PTT untuk dokter → meratakan distribusi dokter di seluruh Indonesia
- b. Ada program PPDS tugas belajar (semester 1-6 di universitas, 7-8 kembali ke daerah dengan supervisi)
- c. Wamenkes memiliki tugas pengaturan tenaga kesehatan dan pengaturan PPDS th 2012
- d. Inpres dokter ditempatkan di daerah pelosok sedang dievaluasi kembali karena berkaitan isu hak asasi manusia.
- e. RUU pendidikan dokter sedang disusun, mulai dari sistem pendidikan hingga penempatan
- f. Koordinasi Kemendikbud dan Kemenkes untuk mempersiapkan dokter spesialis yang tepat.

2. Pertanyaan kedua (dr. Wanda, Puskesmas Panggang II, Gunung Kidul)

Setiap kantor diwajibkan menyediakan tempat untuk laktasi, sedangkan fasilitas di kantor belum lengkap, termasuk kulkas untuk menyimpan ASI. Bagaimana Kemenkes membuat kebijakan tentang hal ini?

Peran bidan lebih banyak diutamakan dibandingkan dokter umum, pelatihan mengenai ibu hamil dan anak lebih banyak diarahkan untuk bidan.

Jawaban:

- a. Sudah ada spesifikasi mengenai fasilitas laktasi dalam PERPU ASI (43 kabupaten/ kota yang sudah dipersiapkan)
- b. Asumsi: setiap desa sudah ada bidan, sehingga focus memang diutamakan bagi bidan. Saat ini dokter umum juga mulai dilibatkan, sedang dikaji misal 90% desa sudah diisi oleh bidan, namun kematian ternyata masih tinggi, Kemenkes sedang mengkaji apa saja factor yang berpengaruh dalam hal ini.
- c. Penguatan di Puskesmas Poned, penegakan referral system, sehingga peran dokter dapat ditingkatkan.

3. Pertanyaan ketiga (Prof. Sarjono)

Di Kabupaten, unsur politik sangat berperan. Seringkali Sp.OG memiliki konflik dengan Bupati (contoh kejadian di Kalimantan Timur) dikarenakan Bupati menilai Sp.OG tidak memiliki kedisiplinan (sering kali tidak dapat hadir

dalam rapat karena sedang bertugas). Di Palangkaraya, Sp.B meminta ijin kepada Bupati untuk melakukan SC.

Kemenkes sudah berusaha melakukan segala upaya untuk menurunkan kematian ibu dan anak namun tidak juga berhasil mengatasi masalah tersebut. Satu hal yang paling tepat ditingkatkan adalah etos kerja masing-masing spesialis yang berhubungan dengan kematian ibu dan anak. Segala upaya harus mengarah ke arah hulu dan hilir sehingga hasilnya juga menyeluruh (tidak setengah-setengah).

Jawaban:

- a. Unsur politik memang berperan langsung dalam masalah profesi. Manajer di RS perlu belajar bahasa politik (mengubah bahasa teknis di RS menjadi bahasa politik ketika menyampaikan masalah ke tingkat kekuasaan). Begitu juga dengan spesialis, dokter spesialis juga perlu belajar advokasi kepada penguasa.
 - b. Kemenkes mengadakan koordinasi dengan lembaga lain untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak melalui penyusunan berbagai strategi yang dapat mengatasi masalah dari hulu ke hilir (misal: manual jampersal disusun oleh PMPK). Masing-masing daerah dipersilahkan berimprovisasi dan bekerja sama dengan lembaga lain dengan satu tujuan yang sama (inti otonomisasi daerah).
4. Pertanyaan keempat (Dr. Seria, EMAS Jateng)
- Selaku *clinical specialist* → mengintervensi kabupaten-kabupaten di Jateng, kemungkinan benturan dengan birokrat-birokrat terkait. Konsep leadership apakah sudah dasar hukum atau peraturannya?
- Pembagian kompetensi masing-masing tenaga kesehatan → kerancuan peran dokter umum, perawat dan bidan. Dokter umum seringkali merasa KIA bukan wilayahnya (menjadi wilayah kerja bidan).

Jawaban:

- a. Dasar peraturan konsep leadership → terjawab di sesi Prof. Laksono
 - b. Pelatihan manajemen terpadu dari tingkat pusat → output dapat membuat working plan (namun sekarang pelatihan ini ditiadakan). Pelatihan teknis medis → manajerial berjalan baik, demikian juga kemampuan medis. Semua bentuk pelatihan diserahkan ke kabupaten/ kota, pusat tidak lagi mengurus hal ini.
5. Pertanyaan kelima (Faizul A, MMR)
- Paradok: ketika Kemenkes menampilkan data kematian Ibu dan Anak memang trend-nya menurun, sedangkan data dari prof. Laksono mengatakan bahwa kematian ibu dan anak per provinsi (misal provinsi DIY) justru meningkat. Hal ini sering kali mengakibatkan shock dalam membuat program di tingkat Kemenkes. Contoh paradok yang lain adalah mengenai kebijakan jampersal, dokter spesialis menganggap kurang menguntungkan dirinya. Bagaimana Kemenkes menghadapi hal ini?

Jawaban: Terjawab di sesi Prof. Laksono

SESI II : Prof. Laksono Trisnantoro (POGI, IDAI, Direktur RSUD Kota)

I. Materi

Powerpoint

II. Pembahasan oleh Dr. Badriul Hegar (IDAI)

IDAI mengambil peran medis, pendidikan, riset dan etika bagi seluruh dokter spesialis anak di Indonesia. Anggota IDAI 2600 orang, dengan distribusi yang tidak merata. IDAI memiliki peran sebagai advokator, inisiator dan motivator. IDAI, POGI dan Pemerintah harus duduk bersama memecahkan masalah menurunkan angka kematian ibu dan anak.

III. Pembahasan oleh Dr. Nurdadi S(POGI)

Sp.OG memegang kunci peranan dalam RS PONEK. Sp.OG tidak hanya menjadi pemimpin tetapi juga menjadi manager.

IV. Pembahasan oleh Dr. Siti Aminah (Direktur RSUD Kota Yogya)

Dokter spesialis dapat mengambil berbagai peran. Pengalaman di Yogyakarta menunjukkan bahwa dokter spesialis bisa berperan di dalam intrahospital dan ektrahospital.

V. Diskusi

1. Tanggapan pertama (dr. Samuel Tobing, Banjarmasin)

Strata pelayanan Obsgyn (dasar/ APN, menengah/ PONEK, tinggi/ PONEK), dari pelatihan yang diharapkan ternyata belum sesuai dengan sasaran outcome, yang berubah barulah sikap dari tenaga kesehatan. Kunci utama ada di RS PONEK, kebanyakan kasus yang meninggal justru di RS pemerintah, jadi focus kita sebaiknya adalah di RS pemerintah. Obsgyn di beberapa daerah menerapkan pelayanan yang kurang beretika, misal jika pasien jampersal tidak bersedia membayar “tambahan” maka akan dirujuk ke RS provinsi. Dengan melihat beberapa kasus seperti ini, maka kepemimpinan memang seharusnya ada di tangan spesialis yang benar-benar paham masalah ini. Penguatan RS PONEK adalah kunci dari masalah angka kematian ibu dan anak.

2. Tanggapan kedua (dr. Yovi, Surabaya)

Strategi : prenatal, antenatal dan postnatal. Untuk mengatasi masalah emergency, kita harus memperbaiki sistem rujukan dengan memperkuat puskesmas PONEK dan RS PONEK, penekanan pada pelatihan dokter umum. Siapapun pemimpinnya, tetapi jika sistem rujukan tidak berjalan maka mustahil untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak.

3. Tanggapan ketiga (Ibu Dyah, IKM)

Apakah perlu diberikan satu ilmu bagaimana untuk meningkatkan passion setiap individu untuk melakukan sesuatu yang berguna?

Jawaban untuk no 1,2 dan 3:

Tanggapan Prof. Laksono:

Kepemimpinan tidak hanya mencakup level klinis tetapi juga komunitas. Tanpa ada kepemimpinan Sp.OG, angka kematian ibu tidak akan turun, hal ini bisa digunakan untuk meningkatkan passion.

Pimpinan PONEK bukan direktur, pemimpin PONEK memiliki ruang sendiri di dekat layanan PONEK tersebut.

Tanggapan dr. Badriul Hegar:

Harus ada yang mengemas menjadi satu antara sistem dan infrastruktur agar fungsi RS PONEK, puskesmas PONEK dan sistem rujukan bisa berjalan baik. Implementasi teknis menentukan siapa pemimpin yang paling tepat di RS PONEK.

Mengenai *transfer of knowledge* ke dokter umum, ilmu yang diberikan adalah sesuai kompetensi dokter umum tersebut untuk membantu spesialis

Tanggapan dr. Nurdadi Saleh:

Spesialis memiliki tanggung jawab membenarkan sesuatu yang salah berkaitan dengan pelayanan yang sesuai kompetensinya. Kepala SMF (pemimpin di dalam RS) → ketua komisariat (pemimpin di luar RS)

Organisasi profesi memiliki kekuatan bagi spesialis untuk keperluan ijin praktek (fungsi kontrol)

Tanggapan dr. Siti Aminah:

Instalasi maternal-perinatal → pemimpin PONEK, bisa Obsgyn atau Sp.A

4. Tanggapan keempat (dr. Panco, EMAS Jateng)

Pemikiran yang sama, dalam tren yang dilalui sekarang ini tidak ada penurunan angka kematian yang signifikan, perlu upaya luar biasa untuk menyelesaikan masalah ini (revolutionary). Dalam sistem leadership, ada kontribusi dari spesialis yang tidak terlihat, kepemimpinan harus ada wewenang untuk melakukannya (ada dasar peraturannya). Pemimpin bisa di depan bisa diluar.

Kegagalan MDGs merupakan kegagalan Indonesia, bukan hanya kegagalan pemerintah. Mari kita sama-sama mengakui bahwa profesi adalah penting dalam posisi leadership.

Tanggapan seluruh narasumber:

(sama dengan pendapat dr. Panco) → ditutup dr. Andreasta.

SESI III : Prof. Laksono T (dr. Endro Basuki, Sp.BS, dr. Wiryawan M, Sp.BS, dr. Andreasta M)

I. Materi

Powerpoint

II. Diskusi

1. Tanggapan pertama (dr.Ari, RS Banjarmasin)

Mengenai modul, RS Banjarmasin baru akan memulai program PPDS, bisa tidak modul ini di-*breakdown* tidak hanya untuk residen, tetapi juga untuk mahasiswa kedokteran senior?

Jawaban dr. Endro Basuki:

Tentu bisa, tetapi mungkin kita kurangi materi modulnya sesuai capaian kompetensi (misal: Koas berpartisipasi dalam domain tugas tertentu bisa, namun tidak memiliki kesempatan yang besar, yang kesempatannya lebih besar adalah residen)

Akan lebih baik jika memperkenalkan modul *clinical leadership* ini dari awal sehingga lulusan kedokteran akan lebih bisa mempertahankan kemampuan *leadership* ini dalam segala keadaan.

Tanggapan dr. Adreasta:

Modul ini sudah disesuaikan untuk masing-masing jenjang pendidikan klinis. Untuk *undergraduate* baru sebatas mendemonstrasikan *personal competency* dan kemampuan praktek klinis yang dikuasai.

2. Tanggapan kedua (Prof. Sarjono)

Mendukung modul *clinical leadership*. *Leadership* ini akan lebih baik lagi jika pendekatannya lebih luas, tidak hanya pada Sp.OG dan Sp.A. Supaya usulan kepemimpinan ini lancar, maka harus ada dukungan birokrat & politis.

Harus ada naungan hukum untuk proses rujukan dan siapa yang membantu proses rujukan.

3. Tanggapan (dr. Nasir, Sp.OG)

Usulan: ada dua bagian yang sangat memerlukan kepemimpinan yaitu pada saat *undergraduate* dan mendapat kesempatan praktek di daerah (*stase public health*), satu lagi pada waktu menjalani *postgraduate* saat *obstetric sosial* (obsos). Saat-saat itulah model kepemimpinan perlu dikembangkan.

Tanggapan dr. Endro Basuki:

Jika ilmu kepemimpinan ini diajarkan kepada semua klinisi sejak dini, maka akan jauh lebih berguna daripada hanya dikenalkan pada saat pendidikan PPDS.

SESI IV : Prof. Laksono T (dr. Ova Emilia, dr. Kirana, MQIH)

Diskusi

Prof. Laksono kepada Dr. Ova & Prof. Juffrie:

1. Apakah memungkinkan untuk dibuat modul PPDS tentang MDG?
2. Ikatan profesi: apakah memungkinkan untuk diadakan pelatihan leadership bagi Sp. OG?

Tanggapan Dr. Ova:

Leadership memang satu dari sekian banyak kompetensi yang harus dimiliki residen. Leadership termasuk *soft competency* sehingga kadang-kadang tidak diformalkan. Karena leadership memang masuk dalam kompetensi, maka sekarang akan dimasukkan ke dalam proses pembelajaran yang formal dilanjutkan buster reinforcement → dibuat dalam bentuk studi kasus. Selama proses pembelajaran akan ada assessment.

Selain itu ada penugasan keluar daerah yang merupakan wahana untuk memantau kemampuan *soft competency* (sesuai 9 modul yang diberikan oleh Dr. Andreasta waktu awal PPDS).

Untuk modul MDGs, sangat mungkin sekali untuk dimasukkan ke dalam PPDS.

Usulan dr. Ova, perlu ada kerja sama untuk *in-service training* dengan POGI. Leadership sudah termasuk dalam modul obstetri sosial.

Tanggapan Prof. Juffrie:

Leadership sudah termasuk ke dalam modul spesialis anak. Hal ini terwujud dalam sebuah stase dari pendidikan spesialis anak, yaitu pada saat menjadi chief di masing-masing bangsal. Namun leadership ini masih terbatas pada kasus yang ditangani.

Sedangkan leadership yang diusulkan Prof. Laksono, ini merupakan leadership dengan cakupan yang lebih luas. Kepemimpinan dr. spesialis anak dalam cakupan yang lebih luas belum dituangkan secara langsung dalam modul pendidikan. Hal ini bisa segera ditindaklanjuti dengan kolegium organisasi profesi (IDAI). Spesialis anak perlu dibekali dengan kemampuan *leadership*.

Kolegium perlu diperkenalkan lebih dulu mengenai *leadership* → pada saat pertemuan ilmiah tahunan IKA (PIT IDAI) dan Kongres IDAI.

Modul pendidikan *leadership* perlu segera dikembangkan karena modul pendidikan spesialis baru mencakup *leadership* sebatas kasus-kasus yang ditangani.

Dr. Kirana, MQIH:

Kepemimpinan terkait MDGs tidak hanya di dalam rumah sakit namun juga di luar spesialis. Di level kabupaten, dokter spesialis merupakan rujukan terakhir.

Modul yang sudah ada perlu dimodifikasi untuk memenuhi permintaan setting klinis dan non klinis (berperan sebagai klinisi dan sebagai manajer).

Pendekatan inter-profesi perlu dilakukan, misal pelatihan tim PONEK dibuat dalam satu tim, tidak terpisah (dokter, bidan, dan perawat dilatih bersama). Modul leadership perlu ditambahkan ke modul training ini supaya lebih lengkap.

Diskusi kepemimpinan klinik pernah muncul ketika ada bahasan MTBS pre-service, ada kebutuhan bahwa Sp.A akan membina bidan dan dokter umum mengenai kesehatan anak. Lalu muncul pertanyaan apakah hal tersebut memang menjadi tugas Sp.A. Jawaban yang tepat adalah hal tersebut menjadi tugas Sp.A jika Sp.A tersebut bertugas di Kabupaten, karena ketika bertugas di Kabupaten maka Sp.A tersebut adalah dokter dengan kompetensi tertinggi.

Pemimpin itu dilahirkan atau bisa diciptakan/ dilatih? Bagaimana jika di suatu daerah hanya ada 1 SpA dan 1 Sp.OG, padahal Sp.A dan Sp.OG tersebut tidak mau menjadi pemimpin disitu? Maka kita harus bisa menciptakan Sp.A dan Sp.OG untuk menjadi pemimpin klinik, disinilah peran modul *leadership* sangat dibutuhkan.

Prof. Laksono:

Timeline untuk semua kegiatan akan segera dipersiapkan. Modul yang disusun akan mengatasnamakan POGI dan IDAI. PMPK akan membantu *grand design* modul leadership tersebut.

Dr. Ova:

Pre-workshop training pertemuan ilmiah obstetric ginekologi tahun ini dapat diisi dengan *leadership course* (2 hari), bulan April tgl 26-28, 2012. PIT tgl 30 April 2012.

Dr. Samuel Tobing, Banjarmasin :

Modul mau dijual kemana? Kita harus menentukan kapan tujuan pastinya, siapa sasarannya? Apakah kita mengutamakan target jangka pendek atau jangka panjang? Jika kita sepakat apabila modul ini akan berdampak signifikan pada pencapaian MDGs → maka target jangka pendeknya adalah memanggil orang-orang pemimpin PONEK seluruh Indonesia → diberikan kepemimpinan klinis menggunakan modul *leadership* tersebut.

Prof. Laksono:

Pelatihan menggunakan modul: *leadership* dalam konteks RS PONEK untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak → bisa bekerja sama dengan lembaga-lembaga donor yang berkepentingan menurunkan kematian ibu dan anak, atau Kemenkes.

Kita memerlukan instruktur yang menguasai *leadership* ini.

Dr. Ari, RS Banjarmasin:

Diperlukan *training of facilitator* untuk mempelajari leadership

Prof. Laksono:

Kegiatan yang akan dilakukan dalam waktu paling dekat adalah mengadakan pelatihan leadership untuk kepemimpinan RS PONEK (menggunakan momentum pre-workshop training pertemuan ilmiah obstetri-ginekologi bulan April, 2012). Diharapkan Kemenkes dapat membantu kegiatan ini dengan memberikan dana. Harapannya akan ada konsultan manajemen klinis di masing-masing provinsi.

Prof. Juffrie:

Sp. OG dan Sp. A merupakan satu tim. Kegiatan Sp. A yang paling dekat adalah PIT IKA di bulan Oktober, 2012 (di Bandung). Langkah pertama di IDAI adalah meyakinkan pemimpin IDAI bahwa *leadership* ini penting dan berpengaruh signifikan. Langkah selanjutnya adalah mewajibkan seluruh anggota IDAI untuk mengikuti pelatihan leadership untuk Sp. A. Sistem yang bisa digunakan adalah *training of trainer*. IDAI memiliki 17 cabang yang kemudian masing-masing cabang bisa dilatih kemampuan *leadership*. Jika kolegium sudah setuju, maka modul ini sangat bisa diterapkan di semua cabang IDAI.

Prof. Sarjono:

Mengenai dana, saya akan mencoba membantu mencarikan dana. Semoga kita bisa melaksanakan kegiatan ini.

Prof. Laksono:

Kegiatan berkaitan dengan *leadership*:

- Sp. OG bulan April 2012
- Sp. A bulan Oktober 2012