

Catatan Seminar Sehari, 6 Maret 2012

Sesi 1. Pengantar. Narasumber: Prof Laksono

Kegiatan ASM ditahun 2009 membahas interprofesi secara konseptual. Selama 2 tahun ini konsep sudah dicoba di NTT. Menarik karena kematian ibu dan bayi dapat diturunkan di NTT, minimal tidak tetap, dan dinamakan jaringan KIA. KIA ini salah satu jaringan yang besar dan butuh leadership dari dinas kesehatan. Hari ini agenda kita juga membahas tentang kepemimpinan dinkes dan ada penanggungjawab lainnya. Besok pagi tentang kepemimpinan spesialis dalam MDGs. Bagaimana perbedaan antara dinkes dengan spesialis.

Tujuan: membahas kebijakan dan strategi kementerian kesehatan untuk penurunan kematian ibu dan bayi, membahas kepemimpinan dinkes dalam usaha penurunankematian ibu dan bayi, dan membahas evaluasi pelatihan eksekutif untuk Kadinkes.

Latar belakang. Gunakan jaringan, bukan model birokrasi. Bukan hanya hubungan formal tapi juga hubungan informal. Network yang serius untuk mengurangi kematian ibu dan bayi. Tujuan: meningkatkan pencapaian MDG4 dan 5. Dalam jaringan ada lembaga-lembaga yang punya profesi dan power.

Power bisa memaksa orang untuk berubah, tapi influence bisa mengajak orang untuk berpartisipasi misal: karena pengetahuan, punya jaringan formal daninformal yang kuat dan punya pengaruh lain yang informal.

Salah satu masalah yang membuat kematian ibu: dokter spesialis obsgin kurang mendapat perhatian dari kebijakan ini padahal mereka adalah ujung tombak kegiatan penurunan kematian ibu dan bayi.

Bahan renungan: Mengapa terjadi kebijakan yang lebih banyak pada bidan untuk menurunkan kematian? Mengapa dokter umum seperti tidak berperan banyak dalam jaringan pelayanan KIA? Mengapa RS tidak kuat sistem PONEKnya? Mengapa dokter spesialis tidak aktif penuh di pelayanan KIA? Mengapa dinas kesehatan belum full-throttle atau tancap gas dalam mengkoordinasi jaringan ini?

Tantangan untuk dinas kesehatan: Apakah mampu untuk jadi penanggungjawab pelayanan KIA? Apakah mampu mengkoordinir berbagai lembaga dan profesi KIA? Apakah mampu memimpin secara keseluruhan namun bekerja sama dengan pemimpin politik dan klinik? Bagaimana kepemimpinan dinas akan dikembangkan?

Sesi 2: Kebijakan Kemenkes dalam Penurunan Kematian Ibu dan Bayi.

**Narasumber: dr. Slamet Riyadi Yuwono, M.Kes. Dirjen Bina Gizi dan KIA
Kementerian Kesehatan RI.**

Moderator Kirana Pritasari.

Kita perlu memahami betul konsep desentralisasi yang kita anut. Dalam konteks MDG, 2015 untuk target pencapaiannya. Indonesia cukup berat untuk MDG 5 karena trennya agak tinggi. Tren kematian balita menurun. Tapi kematian Absolut untuk estimasi kematian bayi 2010. 5 propinsi yg menyumbang 50% kematian bayi (Jawa Barat, Jateng, Jatim, Sumut, Banten). Apakah perlu di definisikan KLB ibu hamil yang meninggal sehingga semua sumber daya bisa digunakan untuk mengatasinya atas nama Negara. Saya lebih akrab dengan kegiatan NTT karena waktu itu saya baru diangkat dan langsung terjun dikegiatan itu. Kalau di NTT ada budaya panggang atau ibu dan bayi diasap di satu ruangan, jadi banyak kasus pneumonia, kebersihannya juga tidak terjamin, dll.

Kebijakan Kemenkes: 1). Sesuai dengan tujuan RPJM 2010-2014. 2) 1000 hari pertama kehidupan (continuum of care), termasuk rujukannya RS harus sejalan, apakah bisa RS PONEK lengkap, jangan setengah-setengah, misal spesialisnya hari sabtu libur. Kalau 1000 bisa kita selamatkan, tapi pas hari libur mrucut satu saja, akibatnya bisa muncul di Kedaulatan Rakyat Jogja. 3) Penguatan sistem rujukan. Kebijakan memperkuat tata kelola di tingkat Kab/Kota. Contoh: Bapak Bupati, kematian di wilayah Bapak ini dua kali lipat lebih banyak dari batasannya, kalau ini diketahui oleh wartawan, kedudukan Bapak bisa trancaam. Ini termasuk influence.

Pemantapan sistem rujukan berjenjang. Dari Primer sampai Quartenair. Jika ada rujukan dari bawah, maka akan langsung dibawa ke RS Sardjito, smp disana diterima oleh residen, residennya harus konsul ke seniornya (kalau brani ambil tindakan besok pagi akan dimarahin habis2an, jadi lebih takut pada sistem ini). Jadi sekarangpun Kemenkes dirombak. Yamed ngurusi semua masalah kesehatan mulai dari puskesmas smpai RS untuk segi tindakan .

Revitalisasi pukesmas. Lokmin tidak jalan, ini jadi berntakan. Dikasi uang tapi tidak menggunakannya karena tidak bisa. Ada yang dapat sajuta, sabar jujur dan tawqal.

Keterlibatan multi sektor untuk percepatan pencapaian MDGs. CSR di libatkan: kalau tidak aktif untuk mendukung, pajaknya akan ditinggikan.

Era sentralistik: Seluruhnya terpusat. Semua kebijakan berasal dari pusat sedangkan daerah harus mengikutinya.

Era desentralistik: Kemenkes: susun SPM, dan Monev. Sekarang semua anggaran harus masuk sebagai DAK, untuk kementerian kesehatan hanya untuk operasional. Di daerah, tahun depan dapat anggaran tersebut.

Peran dinkes prov dan kab/kota. (1) Bapeda bagi kuenya agar APBD 10% kesehatan bisa didapatkan betul. Memastikan semua masyarakat bisa mengakses faskes, tersedianya dan meratanya SDM, ketersediaan obat dan alat, meningkatkan pembiayaan, pemberdayaan masyarakat, memperkuat sistem informasi dan surveilans. (2) mengembangkan jejaring KIA dengan lintas sektor, organisasi profesi, perguruan tinggi dan LSM. Organisasi profesi itu berdasarkan pengalaman saya kalau sudah bertempat disana pasti sulit untuk dipindah-pindah. Jadi seperti tanaman ditanam di pot, kalau dipindah sulit dan bisa mati. Profesi ini kemampuannya luar biasa, hanya mereka mau atau tidak. Itu saja. Dokter spesialis itu biasanya repot, dan bisa rapat kesana-kemari, tapi itu semua tergantung dari situasi dan kondisi dari masing-masing daerah.

Diskusi:

1. **Bu Sita, wakil IB Jogja dan POGI.** Kami di jogja sering rapat tentang MDG ini, dan masalahnya gitu-gitu aja. Beberapa hal yang ingin kami Tanya: (1) Pemerataan SDM – tentang dokter spesialis anestesi, baru Bantul yang punya fulltime. Bagaimana merayu agar dokter itu mau selalu disitu. Karena ujung-ujungnya masalah pembagian sawah ini, dan mereka lebih pilih di Kalimantan. Pernah di satu daerah, bidan dan dokter anestesi itu tidak kompak, jadi saling selisih terus. Ini menyedihkan. (2) Dulu Kapuskesmas harus dokter, tapi sekarang tidak. Kalau kapuskesmas itu drg maka itu kurang intens terhadap masalah-masalah ini, biasanya jika ada pertemuan tentang KIA atau yang terkait maka akan diwakilkan ke bidannya. (3) Sistem rujukan kita. Sejak jadi dokter tahun 1978 ini terlihat belum jalan, bahkan ada RS kelas A yang kirim ke RS kelas C. Bagaimana mensiasatnya? (4) Kantor-kantor pencatat ibu hamil ini smpai sekarang masih ada dan saya rasa harus tetap ada. Sekarang mereka tetap mencatat, walaupun hasil pencatatannya hanya dipakai untuk kepentingan mereka sendiri atau hanya sebagai dokumen. Sebenarnya ini bagus sekali tapi karena selama ini mereka jalan sendiri kita tidak bisa memanfaatkan catatan tersebut karena mereka tidak tercakup dalam proses ini. Bagaimana supaya hubungan kita dengan mereka ini bisa lebih mantap?
2. **Bidan, mahasiswa KMPK.** (1) Era dulu, bidan sebelum ditempatkan harus melalui tahapan pelatihan untuk profesional bidan, sekarang tidak pernah ada pelatihan spt itu, sehingga sampai daerah hanya 1 atau 2 minggu sudah pergi karena mamang belum siap. Bagaimana bidan atau masyarakat itu mau pelayanan kesehatan di poskesdes jika keamanan mereka tidak terjamin? Siapa yang bertanggungjawab terhadap hal ini? (2) Selain itu tiap poskesdes sering kali hanya ada satu toilet baik untuk bidan maupun pasien, apakah bisa dibuat villa untuk bidan? (3) Ada kepedulian dari salah satu mitra misal susu, bidan bayar sendiri untuk datang ke seminar, ini tidak diperhatikan oleh pemerintah, yang diperhatikan hanya bidan bisa naik haji karena susu dan dipersalahkan. Apa bentuk kepedulian dari kemenkes terhadap hal ini? Jadi ini lah yang ingin

disampaikan, bidan siap bekerja tanpa bertanya berapa bayarannya, tapi dokter dtg harus ada insentifnya.

Jawaban:

1. Masalah SDM. Kita hanya bisa ceritakan situasi dulu dan sekarang, tapi tidak bisa sekarang seperti dulu. Dulu kita hanya punya sedikit pilihan, sehingga apapun caranya berusaha untuk menolak tugas. Spesialis dibiayai Negara. Begitu lulus ada PTT, setelah itu inpres tidak ada karena dibilang melanggar hak asasi manusia. Sehingga setelah lulus tererah mau kemana. Sekarang, mereka bisa mendaftar jadi PPDS, harus kembali ke daerah masing-masing. Model yang kita gunakan sekarang: sister hospital, sehingga bisa diisi dengan spesialis secara rutin. Sekarang sudah banyak sekali calon residen, ini bisa kita jadikan jaringan (teaching hospital). Setelah otonomi Bupati, walikota dll jika mau masyarakatnya diopeni oleh spesialis, maka spesialisnya ini juga diopeni. Efek sampingnya juga ada: BOR naik jadi 70%, sehingga minta jasa ketenangan karena biasanya jam 3 tidur nyenyak sekarang jam 3 harus SC, supir ambulance juga protes karena tidak dapat pemasukan berkurang rujukan. Termasuk RUU tentang pendidikan, sampai proses pendidikan smp penempatannya nyambung. Sistem rujukan, sistem yang biasa ini hanya biasa terjadi jika keadaan standar, diluar itu harus disesuaikan kembali. Rujukan tidak mungkin berjalan jika dokter, alat, dll tidak ada, jadi butuh mapping yang jelas – ini yang sedang dipersiapkan oleh Kemenkes bekerjasama dengan Pusdiklat, danPPDS.
2. Bidan digaris depan, sedangkan dokter belum ada pemetaan yang rata. Sekarang sedang digarap dan ada penelitian di litbang. Penelitian lain, desa 90% ada bidan, tapi angka kemtiannya juga tinggi. Maka saya tidak yakin, bahwa bidan yang 90% ini ada ditempat pada malm hari terjadi persalinan ibu. Kualitas bidan, ini tergantung pendidikannya, ada kelas jauh yangjauh sekali, sehingga tidak pernah praktek atau praktek hanya pakai patung saja. Ini yang sedang kita usahakan perbaiki. Untuk sarana bidan, kita sedang pikirkan lagi bagaimana agar lebih baik walaupun tidak seperti vila. Di papua, bidan D3 tidak mau di desa, jadi kita kontrak mereka agar mau kesana, ini hanya khusus di papua saja. Ini akan diteliti lagi. Kemitraan, kita tidak mungkin bisa membiayai untuk semua perjalanan seminar, ini sama dengan IDI dan POGI. Otonom itu intinya menngolah sumber daya sendiri. Untuk kerjasama antara IDAI dan perusahaan CSR ini ada rambu-rambunya. Maka, bidan juga perlu berhati-hati agar tidak merusak program ASI Eksklusif, jadi boleh bekerjasama tapi tetap ada rambu-rambunya.

Sesi 2: Strategi Luar Biasa Penurunan Kematian Ibu dan Bayi dan Kepemimpinan Dinas Kesehatan.

Narasumber: Laksono Trisnantoro

Diskusi: Kepemimpinan Dinas kesehatan dalam usaha penurunan kematian ibu dan bayi. Ini adalah kegiatan yang hanya bisa berjalan jika dinkes kuat.

Isu utama: Di DIY: jumlah absolute kematian bayi naik dari 241 jadi 2011 ke 311, Ibu dari 36 jadi 56.

Maka diperlukan suatu aksi luar biasa untuk menurunkan AKI dan AKB serta meningkatkan status gizi masyarakat.

Resiko dari aksi, bisa gagal ataupun bisa berhasil, tapi setidaknya jika gagal, kita sudah berusaha dan kita bisa tau dimana letak kegagalannya, dan ini membuka peluang bagi kita untuk melakukan sesuatu yang bisa mengatasi masalah itu.

Penggunaan jampersal untuk pelayanan yang bermasalah – belum tentu yang bermasalah terlayani oleh jampersal, misal hanya dipatok K4 hanya 4 kali padahal masalahnya banyak dan perlu kunjungan lebih banyak juga.

Mengembangkan regulasi: misal: bisakah bidan dapat komisi apabila merujuk? Hal ini jangan dibiarkan, ini benar-benar merendahkan profesi bidan.

Tantangan: (1) Apakah dinas kesehatan mampu berperan secara inovatif dalam akselerasi pencapaian MDGs 4 dan 5? (2) Apakah jaringan pelayanan KIA di kabupaten ini dapat mempunyai berbagai tanggungjawab yang berbeda namun terintegrasi? (3) Bagaimana mengaktifkan spesialis atau mengaktifkan non playing captain? (4) Bagaimana memperkuat kerjasama antar profesi di bidang kesehatan? (5) Bagaimana menggalang dukungan pemerintah daerah dan masyarakat?

Pembahas:

dr.Tutik – Kabid Gizi KIA Dinkes Prop Jateng.

Kondisi Jateng tidak beda jauh dari kondisi Kab Tegal. Di Jateng, dari data faskesnya kurang. Puskesmas masih kurang dari standar. Poned dan Ponek 44 RS tapi dari sisi kualitas belum memenuhi syarat. Dr Spesialis sudah memenuhi tapi belum tersebar rata, dr umum masih kurang dan penyebaran kurang merata. AKI fluktuatif, 2006 = 101, 2008 = 144, 2010 = 104, 2011 -116. Penurunan ini agak meragukan dan lebih masuk akal 2008 dibanding 2011. Kecenderungan meningkat kematian setelah nifas di RS. Fokus kita ke arah RS Ponek. Cakupan kunjungan nifas sudah lebih bagus. Intervensi Jateng hulu-hilir. Tahun 2011 kita coba intervensi ke hilir. Kab

kebumen sudah mirip NTT, peta-peta dimana RS Rujukan, baik RSUP maupun RS Swasta dan ada 1 RS TPA yang jadi pusat rujukan.

Masalah target absolute, sudah dilakukan. Untuk kegiatan untuk penurunan AKI AKB butuh figure yang bisa mengkoordinir.

dr. Hartanto Hardjono – Kepemimpinan Kadinkes Dalam upaya Penurunan Kematian Ibu dan Neonatus.

Masalah kematian ibu dan bayi sudah banyak dibahas dan dilaksanakan sejak tahun 90an, tapi hanya retorika, maka sejak MDGs dan kesepakatan global kita ditarget. Banyak lembaga donor juga intervensinya hanya pada bidan, sedangkan kualitas masih diragukan. Kita sadar bahwa setiap tahun banyak latihan diberikan kpd puskesmas untuk PONED dan rs dilatih PONEK, tapi kita belum bisa menyatukan dua hal ini, dan bahkan ada penghargaannya. Dan kemenkes sudah beri peraturan bahwa kadinkes dan direktur RS harus punya kapasitas yang bagus dlm 971/2009.

Kondisi sistem rujukan dalam satu wilayah. EMAS – konsentrasi pada pelayanan di faskes RS (obgyn, anak, anestesi dan sistem rujukannya) – program ambisius, tp dengan menggerakkan semua aspek ini bisa dilakukan. Serta dari aspek akuntabilitas, bertanggungjawab untuk menggunakan standar yang telah ditentukan.

Menu dari EMAS adalah VANGUARD, pengawal di depan sebelum dirujuk ke RS PONEK. Tujuan EMAS: turunkan AKI dan AKN Ind 25%.

Kebijakan menguatkan sistem rujukan: kerjasama dengan RS Budi Kemulyaan. Kebijakan penguatan sistem informasi: bagian dari surveilans. Kepemimpinan luarbiasa adalah pemimpin yang mampu berkomunikasi dengan baik dan efektif, serta monitoring dan evaluasi: sistem surveilans harus dimiliki oleh dinkes.

dr. Widodo Joko Mulyono, M.Kes - Direktur RSUD Slawi, Tegal

Tahun 2009 – mati di rumahsakit, diluar hanya 3. Yang terbanyak did r Soesilo. Setelah mapping, komunikasi antara internal pelaku kesehatan belum terjalin. Sekarang dengan adanya politik yang tidak jelas dan bupati yang tidak tau maunya kemana, tapi pelaku kesehatan tetap bertanggungjawab pada kesehatan. Dulu kami disibukkan oleh BLUD, terjadi kontradiktif dengan dokter ahli dan manajemen. Sehingga pasien terbengkalai. Selain itu, penyakit penyerta sudah bergeser dari non obstetric, ironisnya yang datang ke RS adalah yang sudah mau melahirkan saja. Belum tau golongan A, B, C, atau D. Bidan desa kami 442 orang, tapi ada yang smp 6 bulan disana belum kenal sama bu lurahnya. Ada juga untuk yg merujuk mendapat komisi, ini sampai juga di kota tegal. Kami juga akan sudah bersiap-siap untuk buat protap-

protap. Konsep RS PONEK 1: spesialis datang dalam 10-15 menit setelah panggilan. RS PONEK 2: Pilih rs pelopor untuk rumhsakit rawat inap sebelum rujukan (termasuk puskesmas yg baik). Konsep3: dr Umum tidak boleh mengutak-atik ibu risti, tapi langsung di rujuk ke RS PONEK. Risti akan dibiayai oleh Jampersal termasuk penyulit.

Kadinkes sebagai pimpinan – regulator yang sangat dibutuhkan, atau kemenkes di daerah. Ini juga membawa tantangan juga ancaman, tp kalau bersama-sama dilakukan bisa berjalan lancar.

Diskusi:

1. Jika itu bisa dilaksanakan, maka hal yang luar biasa untuk dapat menurunkan kematian ibu dan bayi. Dari tegal bisa dicontoh. Sebagai pelaku masyarakat yang bekerja bersama para kader, usul apakah ada manual khusus bagi bidan yang mudah dipahami dan dilakukan, jika manual untuk para kader, sehingga dapat membantu pekerjaan dokter puskesmas, karena sekarang kader itu sudah canggih sekarang. Jampersal menolong ibu, tapi apakah anaknya juga bisa dijamin karena saya kuatir perilaku di masyarakat itu masih ada? Apa mungkin ada motivasi lomba2 untuk desa/kab/kota yang mampu menurunkan kematian ibu?
2. Dinkes sudah coba buat jejaring social, sehingga tidak terjadi keterlambatan rujukan antara ibu dan bidan. Tapi siapa leder diantara keduanya ini, karena tidak ada penengahnya. Sehingga kalau ada leader, intervene ini bisa diterima. Bagaimana mengatur di swasta untuk Risti A, Risti B dll.

Jawab:

Laksono Trisnantoro:

Kita jangan takut gagal dulu, jangan sampai kita diam-diam-diam saja. Di NTT antara hulu dan hilir digabungkan. Terjadi persatuan, penanggung jawab link itu adalah kadinkes bertanggungjawab pada seluruh program ini, tapi untuk teknis mediknya serahkan pada spesialisnya. Kadinkes harus punya influence yang tinggi dan tangguh, serta power yang tinggi. Kalau gagal, kita akan tau dimana letak kegagalannya, misal gagal karena DeCOM, maka siapa spesialisnya yang harus ditambahkan? Ini yang bisa kita lakukan untuk perbaikan. Karena selama ini kita tidak bergerak dan tidak tau apa yagn harus diperbaiki, seperti bertinju dalam gelap. Tanggal 15 ada evaluasi kegiatan NTT.

Widodo Joko Mulyono:

Kami harus berusaha, jangan sampai dibiarkan saja, apapun hasilnya kita sudah berupaya. Tiap desa punya bidan desa, dan mereka tau hilirmudiknya ibu hamil, sudah punya catatan – sampai di spesialisnya akan tetap dikejar. Ini akan ditambah dengan SMS Gateway, agar data

itu ada di RS, kalau tidak datang ini bisa ditanyakan. Kami juga adopsi dari bantul, camat bertanggungjawab jika terjadi kematian ibu hamil, dan yang berprestasi kami berikan reward.

Hartanto Hardjono:

VanGuard atau garda depan – RS PONEK 24 jam. Di tegal ada beberapa rs yang akan menerapkan kegiatan ini. RS ini terbatas spesialisnya. Ada 2 RS besar 18 SPOG tapi kematian tinggi. Nah ini akan dipilih mana yang akan jadi rujukan utama. Fasilitasnya, akuntabilitasnya, dll dilengkapi sehingga rujukan bisa diarahkan disana dengan melibatkan rs swasta. Juga bekerja sama dengan institusi pendidikan karena di 2 RS besar tadi ada tersedia calon spesialis yang dibutuhkan.

Sesi 4: Evaluasi Latihan Eksekutif untuk Kadinkes.

Narasumber dr. Tjahjono Kuntjoro, Dr.PH

Pengenalan pelatihan eksekutif. Pelatihan ini bukan pelatihan yang hanya berhenti saat pelatihan berakhir namun harus ada tindak lanjutnya.

Tujuan pelatihan ini adalah mengetahui bagaimana pencapaian tujuan pelatihan eksekutif pengembangan kapasitas manajemen dan leadership pimpinan dinas kesehatan kabupaten/kota. Dan untuk mengetahui apakah metoda dan pentahapan pelatihan sesuai dengan harapan linatih.

Metode evaluasi menggunakan model Kirk Patrick yaitu evaluasi reaksi, evaluasi learning, evaluasi perilaku, dan evaluasi hasil.

Tujuan pelatihan:

- (a) meningkatkan kapasitasnya sebagai pemimpin (sesuai kompetensi pada permenkes 971/2009) yang memahami penyusunan kebijakan dan melaksanakan manajemen kesehatan di Dinas kesehatan kab/kota dan
- (b) meningkatkan usaha untuk memperkuat ciri kepemimpinan yang melekat di dirinya

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan pengetahuan sehingga mampu:
 - a. Menjelaskan kompetensi pejabat struktural di sektor kesehatan.
 - b. Memahami kebijakan pembangunan kesehatan dan reformasi sistem kesehatan.
 - c. Memahami desentralisasi kesehatan.
 - d. Memahami pemerataan (equity) dalam pembangunan kesehatan.
 - e. Menggunakan data epidemiologi dalam pengambilan keputusan.
 - f. Mengembangkan Jejaring/ kemitraan dengan berbagai stakeholder.
2. Mau dan mampu untuk meningkatkan usaha agar lebih trampil dalam soft skills

3. Mau dan mampu meningkatkan usaha dalam rangka menguasai berbagai aturan hukum dan regulasi.
4. Meningkatkan secara sistematis karakter pribadi.

Evaluasi pasca pelatihan: hasil-hasil menunjukkan hal yang positif setelah pelatihan hal-hal yang menjadi tujuan pelatihan tercapai.

Kesimpulan: (1) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota membutuhkan pelatihan peningkatan manajemen dan kepemimpinan untuk meningkatkan kinerja dinkes kab/kota. (2) pelatihan kombinasi e-learning dan tatap muka dalam kelas merupakan metoda yang tepat untuk pelatihan bagi kepala dinas, (3) Pelatihan tersebut dapat meningkatkan kompetensi sebagaimana dipersyaratkan dalam Permenkes 971/2009 secara signifikan. (4) Materi yang dibahas sesuai dengan harapan linatih.

Saran: (1) Pelatihan peningkatan manajemen dan kepemimpinan untuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu dilanjutkan bagi kepala-kepala dinas kesehatan yang belum mengikuti dengan metoda kombinasi e-learning dan tatap muka, (2) Perlu ditambahkan materi untuk peningkatan soft skills. (3) Kasus disesuaikan dengan permasalahan yang ada di daerah.

Laksono Trisnantoro:

Pelatihan ini baru pertama kali, dibandingkan dengan pelatihan direktur RS. Kalau kita cari pelatihan kadinkes ini sulit sekali, celaknya lagi ada kepala dinas yang tidak merasa perlu mendapat pelatihan.

Pembahasan:

Oscar – Kapusdiklat Pustanser

Kaitan dengan pelatihan eksekutif ini merupakan pelatihan baru yang memadukan antara IT dan tradisional. Memadukan antara Pusdiklat, UGM dan Dinkes ini disatukan. Maka dengan pelatihan seperti ini bisa member jalan keluar untuk menambah pengetahuan dan wawasan kadinkes sehingga bisa mengikuti kegiatanny. Di Pustanser sedang menggalang sertifikasi terhadap kompetensi tenaga kesehatan (KKI, KOMite apoteker dan farmasi, MTKI).

Yang perlu jadi perhatian kita bersama adalah memanfaatkan laboratorium atau tempat kerja, dan yang dikembangkan dalam tahap 3 bisa dikembangkan proposal sekaligus action plan, dan hasilnya terus dimonitor oleh Pusdiklat dan Badan Diklat, sehingga terpantau dan bisa jadi model untuk misal: akselerasi penurunan kematian ibu. Agar pusdiklat juga menganggarkan biaya monitoring dan evaluasinya, tidak hanya selesai sampai di akhir pelatihan saja.

Diseminasi dan advokasi kepada atasannya. Dan salah satu masalah lagi adalah jangan sampai kepala dinas yang sudah kita latih ini dipindahtugaskan oleh bupatinya. Hal lain yang penting adalah pelatihan didistribusi ke wilayah lain seluruh Indonesia. Ini nanti akan kita jadikan model dan upayakan untuk dilakukan seterusnya.

Laksono Trisnantoro:

Upaya untuk monitoring dan pelatihan advance dan harus disebarluaskan.

Diskusi:

1. **Bu Zaenab.** Berhadapan dengan pemerintah daerah, untuk itu Kemenkes perlu bekerja sama dengan depdagri, karena depdagri di daerah itu lebih kuat, oleh sebab itu idea tau konsep itu harus melibatkan depdagri, jadi jangan langsung ke kadinkes. Setelah dilatih, untuk pembinaannya, harus ada kontrak kerja, bahwa dalam waktu sekian tahun tidak boleh dipindahkan. Permenkes 971/2009 dilingkungan dinkes baru sampai di dinkes saja, belum sampai ke bupati, sampai sejauh ini hanya ada dari dinkes saja, tapi perlu juga dari kementerian kesehatan.

Laksono Trisnantoro: ini memang melibatkan kemendagri, rekrutmen juga dengan surat kawat kemendagri. Karena kita sudah melibatkan kemendagri, kita akan lebih mudah untuk pembinaan lebih lanjut. Mungkin yang perlu diperkuat adalah lingkungan disekitar itu, termasuk DPR. Dan kaitanya dengan KIA ini perlu kerjasama dengan Bina KIA dll.

Tjahjono Kuntjoro: Evaluasi ini masih sampai tahap 3 setelah pelatihan, sedangkan kita harapkan sampai tahap 4 yaitu sampai pada proses hasilnya.

Laksono Trisnantoro: kami sedang usulkan pada Kemenkes untuk membuat forum tahunan bagi kadinkes. (undang kadinkes untuk hadir dan ceritakan proses mereka) (tambahkan pada Web untuk menu pengalaman2 kadinkes)

Oscar: kita mungkin perlu untuk bertemu mereka dulu, dan juga saat pembinaan untuk pelatihan perlu fasilitator datang dll.

2. **Kirana.** Untuk MDG program, kami tidak mungkin bisa menjangkau semua informasi yang ada didaerah. Khususnya kami tidak bisa bertemu dengan kadinkes tapi hanya kapid program. Padahal yang mengeksekusi program dilaksanakan dan efektif itu adalah kadinkes. Kami baru satu kali mengundang kadinkes 66 kab/kota dan 66 RSUD, jadi untuk mengundang semua itu butuh berapa lama, dengan pelatihan ini saya agak positif bisa menjangkau semuanya. Pada Pak Tjahjono, seberapa jauh prospeknya, dan pak Oscar bgm rencana kedepan dari pusdiklat.

Tjahjono Kuntjoro: untuk pelatihan ini sendiri tidak ada masalah saya optimis untuk disebarluaskan ke semua wilayah. Satu keluhan adalah sulit mendownload, jadi kalau internetnya cepat saya rasa tidak ada masalah lagi.

Oscar: kita akan mengoptimalkan potensi resources yang ada termasuk website, internet, dll. Peranan pemerintah daerah harus diperkuat, jadi pola kemitraan dengan pemerintah daerah ini harus digalakkan, saya yakin bahwa jika keinginan untuk peningkatan kompetensi sudah tinggi maka kemitraan itu tidak akan susah.

Laksono Trisnantoro: salah satu yang jadi problem adalah siapa yang akan melatih. Permenkes 971/2012 ini sistem pelatihannya jadi jelas karena ada pedomannya. Boleh buat seminar dengan gunakan modul-modul ini. Tapi jika mau bersertifikat, maka harus seijin Pusklat.

3. **Pak Widayanto.** Pelatihan luar biasa yang kami ikuti, dan proposal ini disambut oleh EMAS dan sampai sekarang masih berlangsung. Yang kami butuhkan adalah materi-materi ini. Bagaimana kami bisa secara rutin ada yang fasilitasi, nanti akan diadakan 3 bulan sekali. Kalau sudah untuk kepala dinas tidak ada diklat teknis, tp kalau untuk KIA itu ada dari BKD.

Jawab:

Laksono Trisnantoro: kami juga mengembangkan bersama Pusklat untuk mengembangkan Bapelkes-bapelkes untuk pelatihan ini dan menjadi sumber bahan-bahan belajar juga softskill bukan hardcopy lagi.

4. **Tanya Bu Tutik, Jogja:** Perlu ada advokasi, tp bagaimanapun juga kami ini kan anaknya kemenkes tapi titipkan ke depdagri, sehingga kalau ada pelatihan seperti ini perlu ijin dari bapak kosnya dan menjadi lebih mudah untuk anggarannya dari BKD. Menpan juga penting sekali, Kepmenpan 26/2011 struktur baru masing-masing bagian pnya staf hanya 4, sedangkan bagaimana dengan kesehatan dan pendidikan ini kami tidak bisa bergerak karena stafnya sedikit sekali. Seperti juga sekretaris dinkes, stakeholder kami bilang kalau diberi orang kesehatan maka dinkes akan jadi kerajaan sendiri. Perlu rolling untuk untuk refresh sehingga tidak turun kinerjanya. Kapusk tidak ada eselon, bisa dokter umum, ini juga perlu pembicaraan lagi.

Jawab:

Oscar: rolling itu perlu selama masih dalam lingkaran keahliannya.

Sesi 5: Rencana ke depan untuk pengembangan kepemimpinan kepala dinas kesehatan. Narasumber: Laksono Trisnantoro

Kesimpulan evaluasi pelatihan ini bagus, sesuai dan relevan. Kami ingin jadikan pertemuan ini pertemuan tahunan dan kami ingin lebih ada pedoman misal KIA sistem dan pengelolaannya. Jika sistem ini sudah ada, maka bisa dipakai untuk pelatihan. Kami dari PMPK ini punya tujuan.

Kesimpulan: kami berharap leadership dinkes terus dikembangkan khususnya dalam bidang KIA.