

Kepemimpinan Spesialis dalam MDG4 dan MDG5

Laksono Trisnantoro

**Disampaikan dalam rangka Annual Scientific Meeting FK UGM
Yogyakarta, 7 Maret 2012**

Isi

Bagian I: Situasi MDG4 dan 5 saat ini

1. Hubungan Hulu dan Hilir
2. Reformasi KIA
3. Pengorganisasian pelayanan KIA dan peran Spesialis
 - Usulan SpOG dan SpA sebagai pemimpin klinik dalam program MDG
 - Apakah usulan ini realistis?

Bagian II: Pengamatan tentang Spesialis

Bagian III: Pembahasan mengenai Pengembangan Kepemimpinan Spesialis

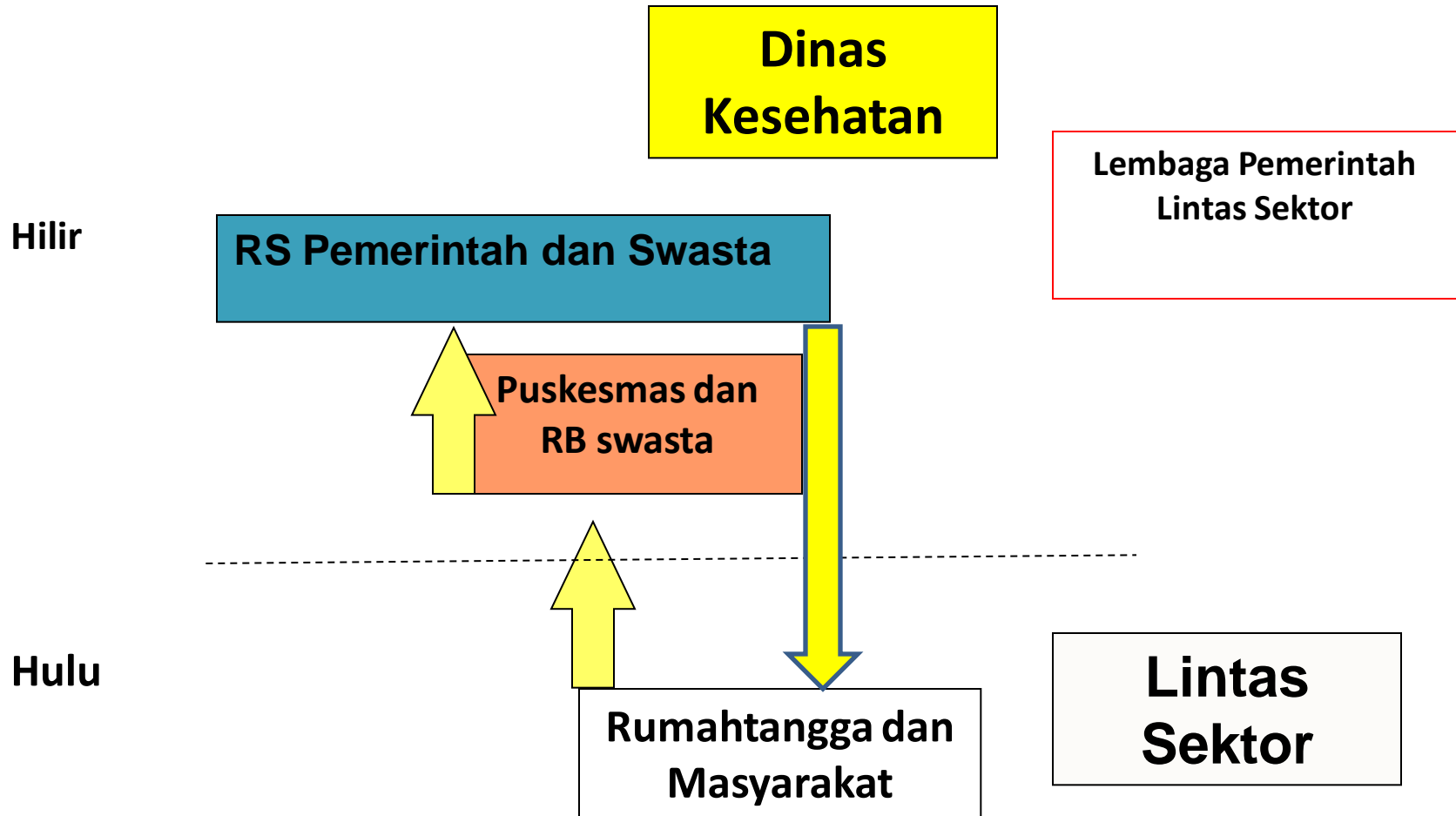
Bagian I: Situasi MDG saat ini

1. Hubungan Hulu dan Hilir
2. Reformasi KIA
3. Pengorganisasian pelayanan KIA dan peran Spesialis

1. Hubungan Hulu dan Hilir

- Kematian sudah beralih dari non-faskes ke rumahsakit
- Selama 25 tahun penanganan KIA banyak di hulu
- Hilir kurang bergerak

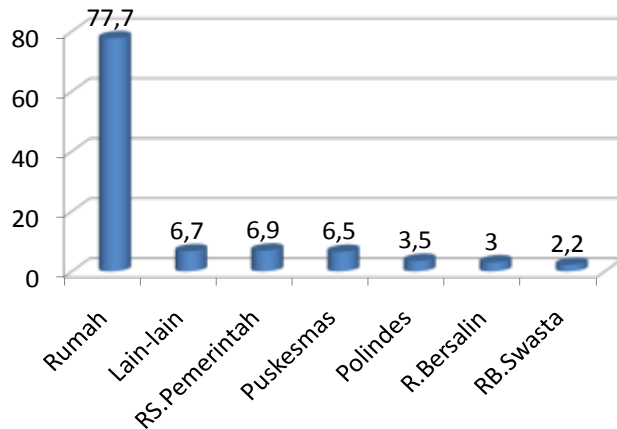
Lembaga pelaku utama dalam sistem pelayanan KIA



Propinsi NTT

Kematian Ibu dan Bayi tinggi
Persalinan banyak di non
faskes

Prosentase Tempat Persalinan di NTT
(Riskesdas 2007)

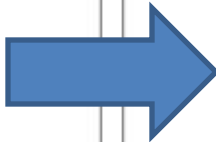
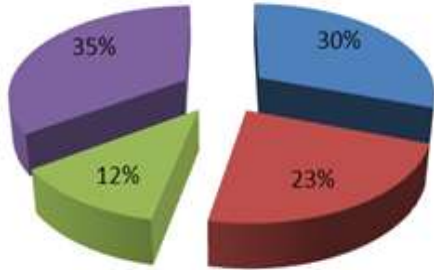


- **Revolusi KIA:** Upaya yang sungguh-sungguh untuk percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang luar biasa (*Pergub NTT No. 42 Tahun 2009*)
- Persalinan diharapkan dilakukan di faskes
- Perbaiki hulu dan hilir (Sister Hospital)

Terjadi perubahan tempat kematian

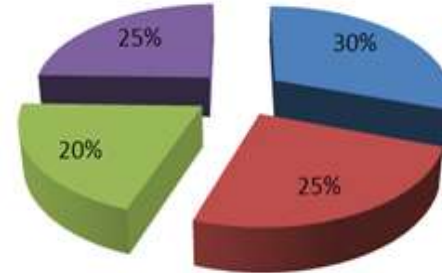
Data Lokasi Persalinan Ibu 2010

■ Belum Memadai ■ Puskes PONED ■ RS ■ Non Faskes



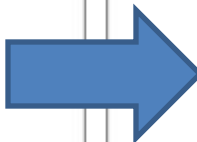
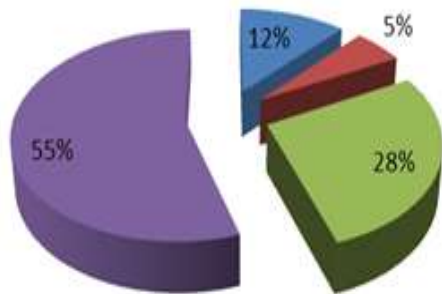
Data Lokasi Persalinan Ibu 2011

■ Belum Memadai ■ Puskes PONED ■ RS ■ Non Faskes



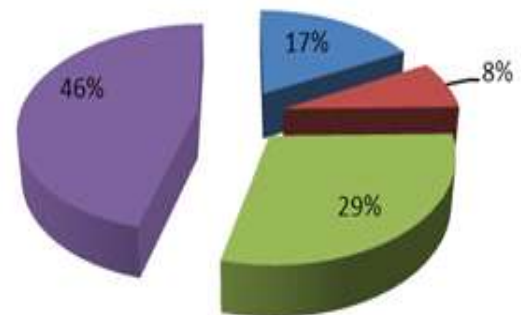
Data Lokasi Kematian Ibu 2010

■ Belum Memadai ■ Puskes PONED ■ RS ■ Non Faskes

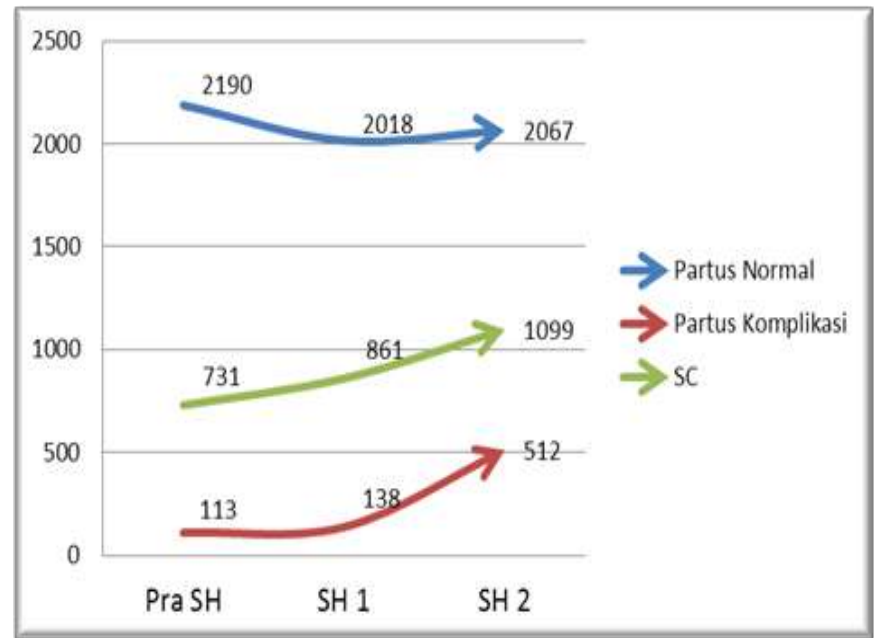
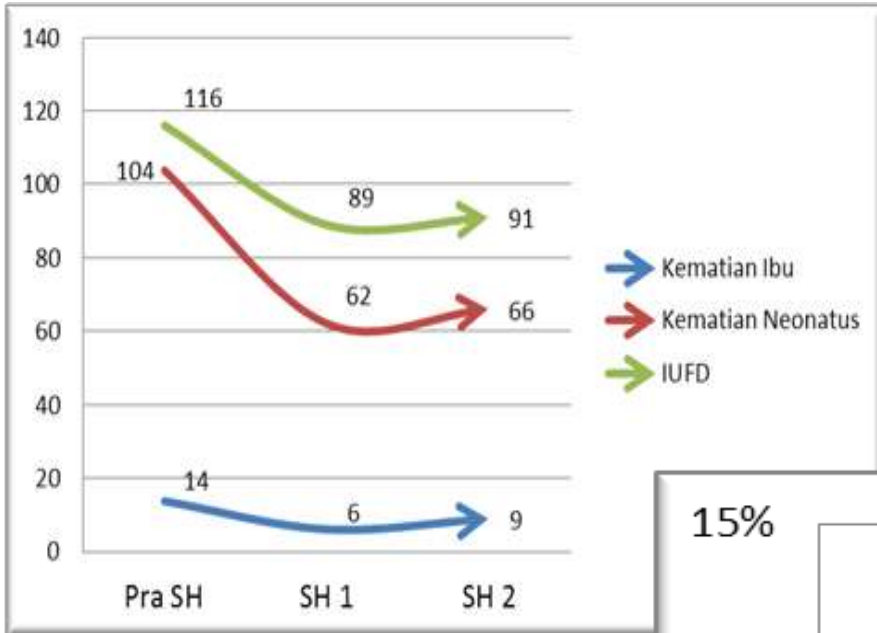


Data Lokasi Kematian Ibu 2011

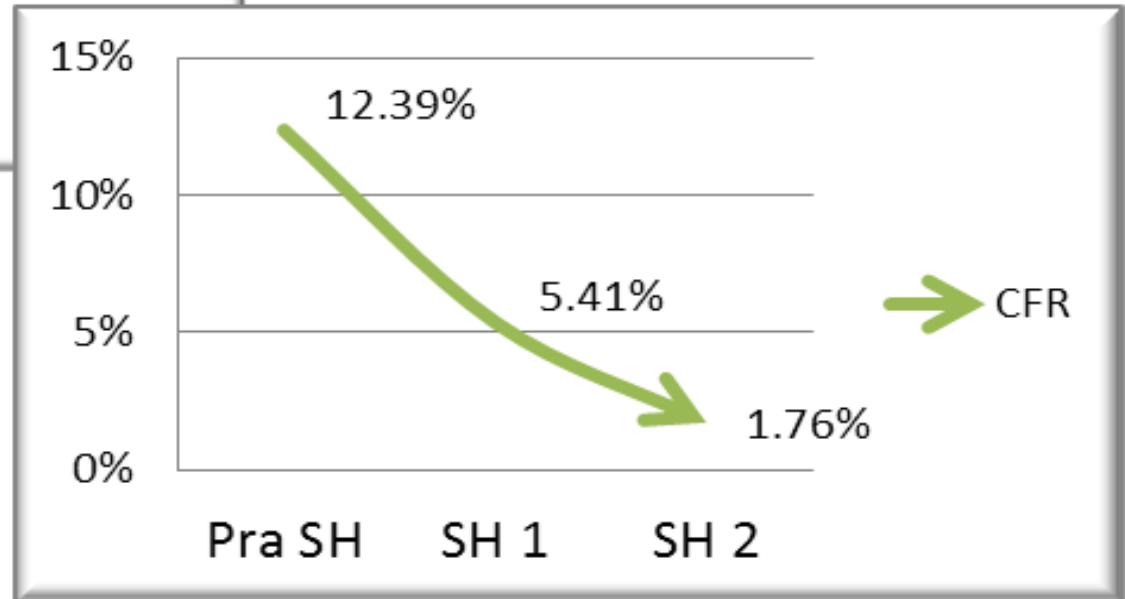
■ Belum Memadai ■ Puskes PONED ■ RS ■ Non Faskes



Hasil Suster Hospital



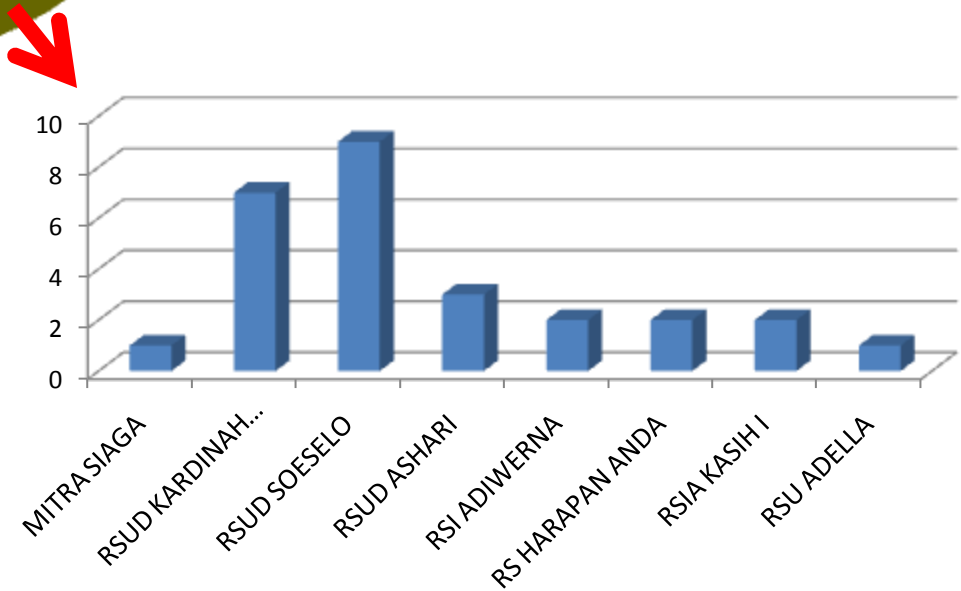
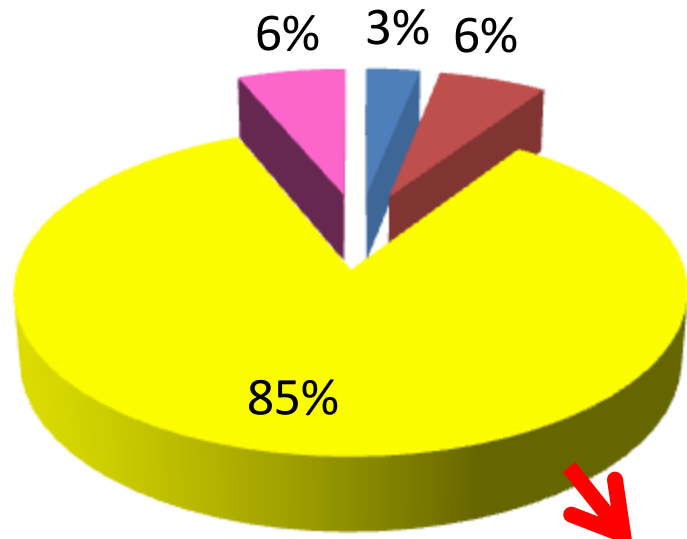
Peningkatan mutu pelayanan medik di rumahsakit



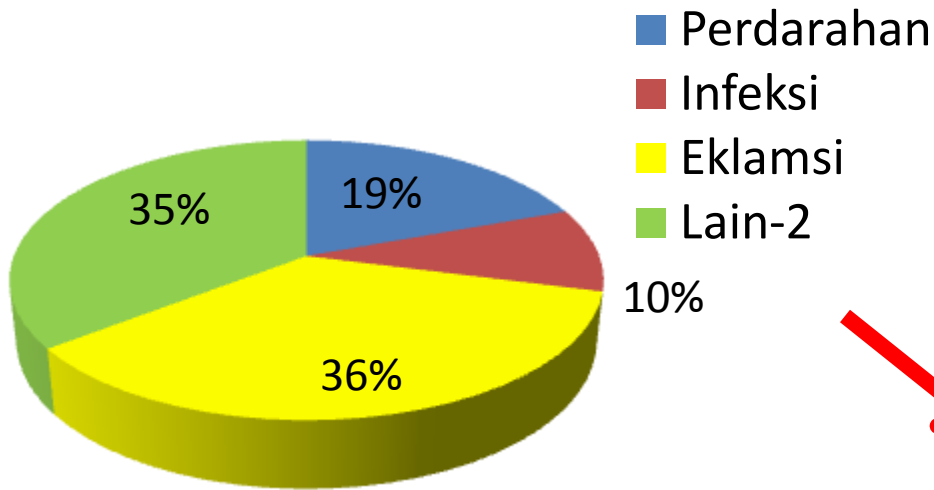
Angka Kematian pada kasus-kasus non normal

TEMPAT KEJADIAN KEMATIAN

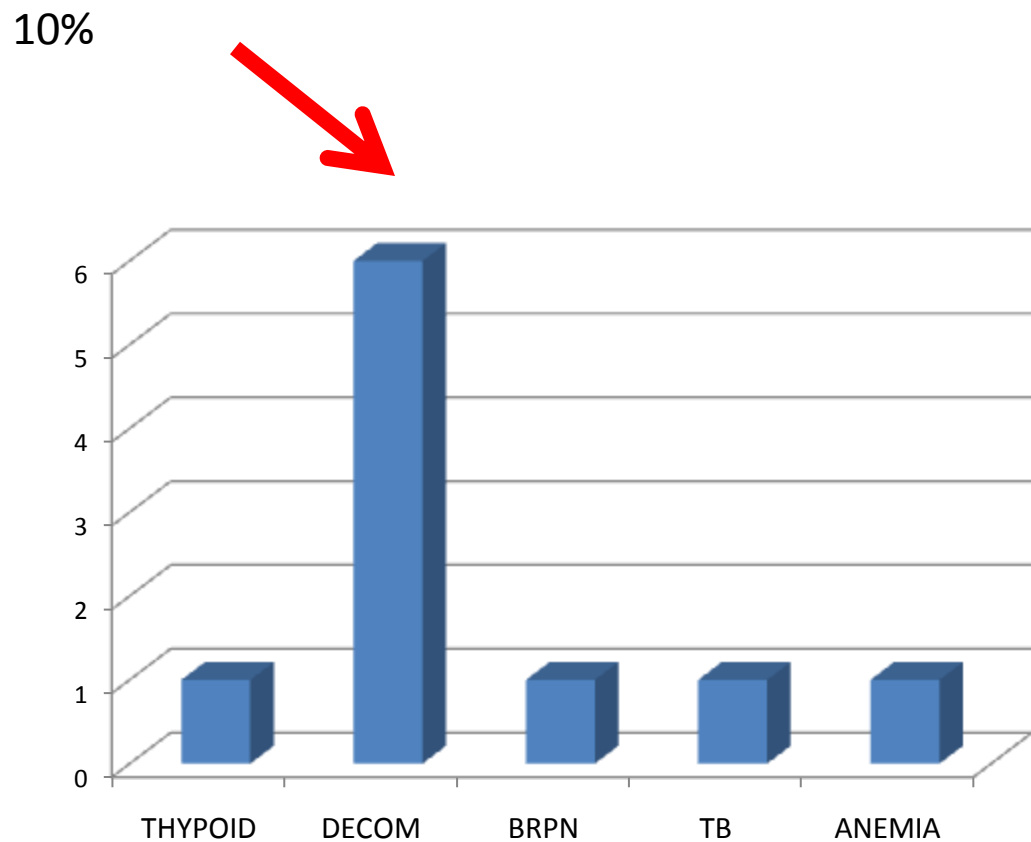
Rumah Pusk RS RB



SEBAB KEMATIAN MATERNAL

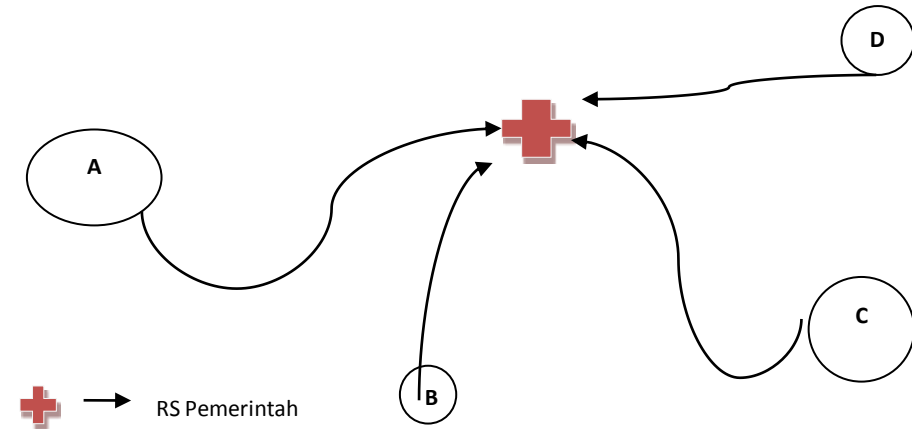






Apakah kematian-kematian tersebut dapat dicegah?



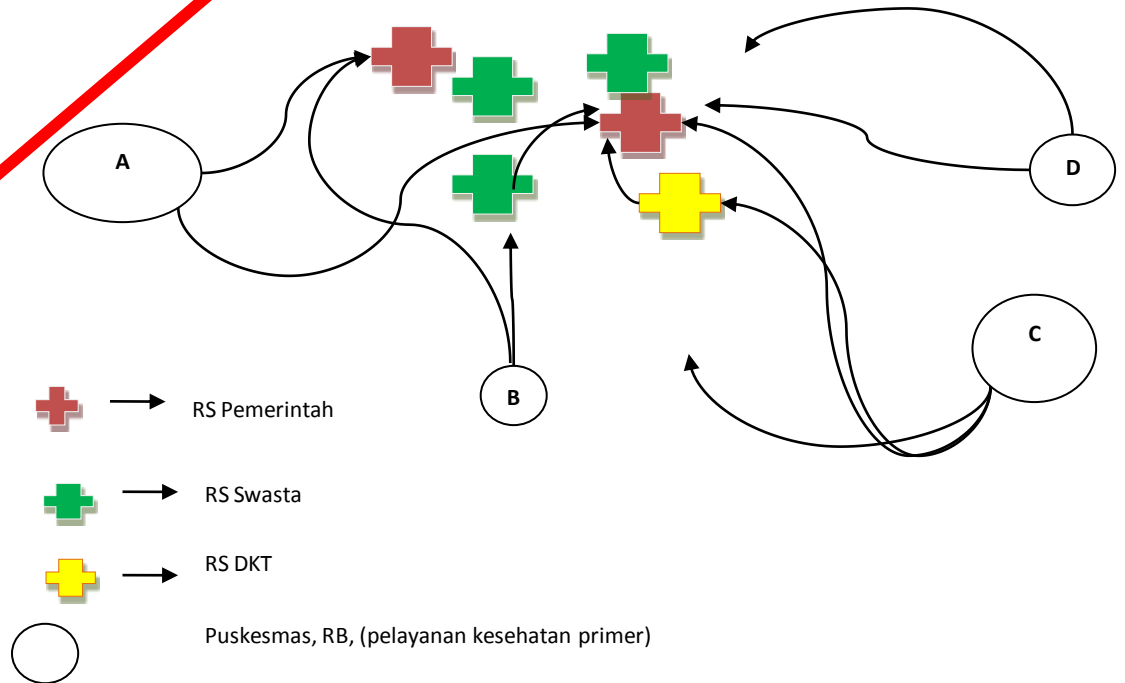
Kabupaten –kabupaten di NTT

Perbedaan Jalur Rujukan



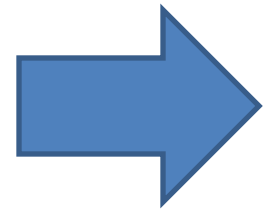
-  → RS Pemerintah
-  → RS Swasta
-  → RS DKT
-  → Puskesmas, RB, (pelayanan kesehatan primer)

Kabupaten Tegal

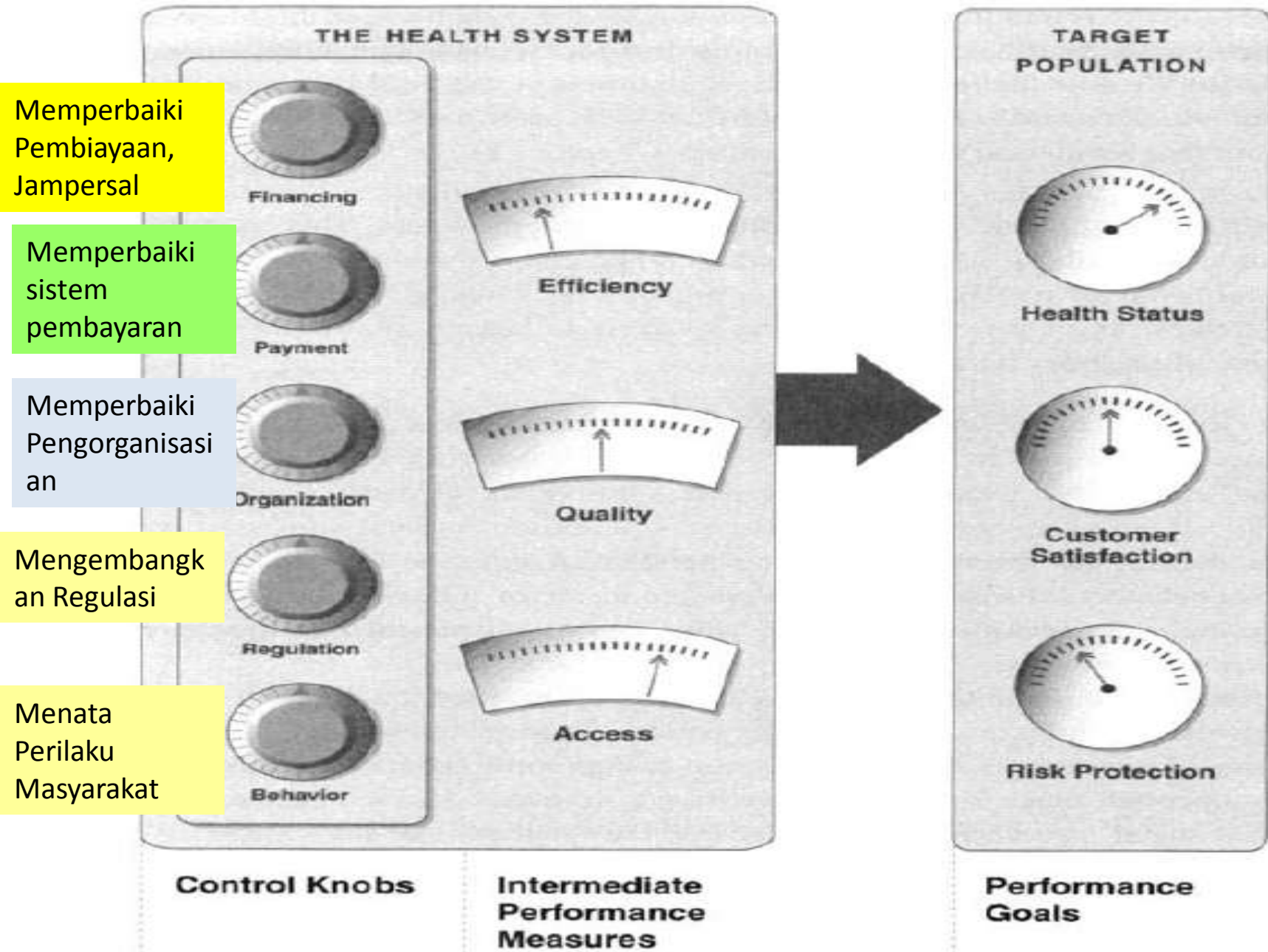


-  → RS Pemerintah
-  → RS Swasta
-  → RS DKT
-  → Puskesmas, RB, (pelayanan kesehatan primer)

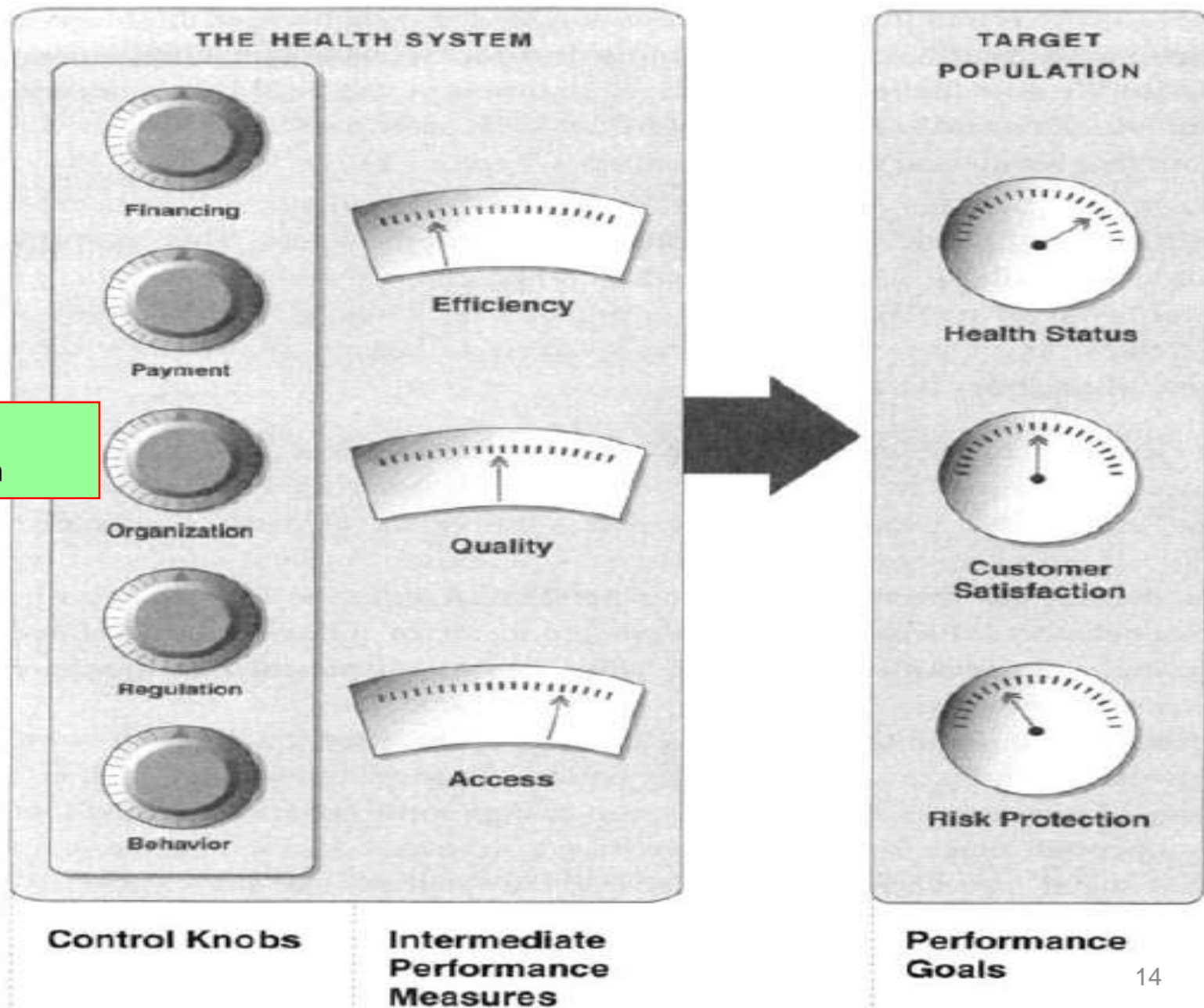
2. Reformasi Kebijakan KIA di Kabupaten/Kota



Berbagai Kebijakan yang diusulkan di Kabupaten/Kota



Kebijakan Pengorganisasian



Kebijakan Pengorganisasian pelayanan KIA di Kabupaten/Kota, antara lain:

- a) Kebijakan untuk menguatkan RS (hilir)**
- b) Kebijakan untuk menguatkan sistem Rujukan**
- c) Kebijakan untuk menguatkan penanganan di Puskesmas, Pustu dan masyarakat (hulu)**
- d) Kebijakan penguatan Sistem Informasi Kesehatan**
- e) Kebijakan memperkuat Dinas Kesehatan Kabupaten**
- f) Kebijakan memperkuat sistem kerja yang interprofesi**
- g) Kebijakan pendanaan untuk non-medik**

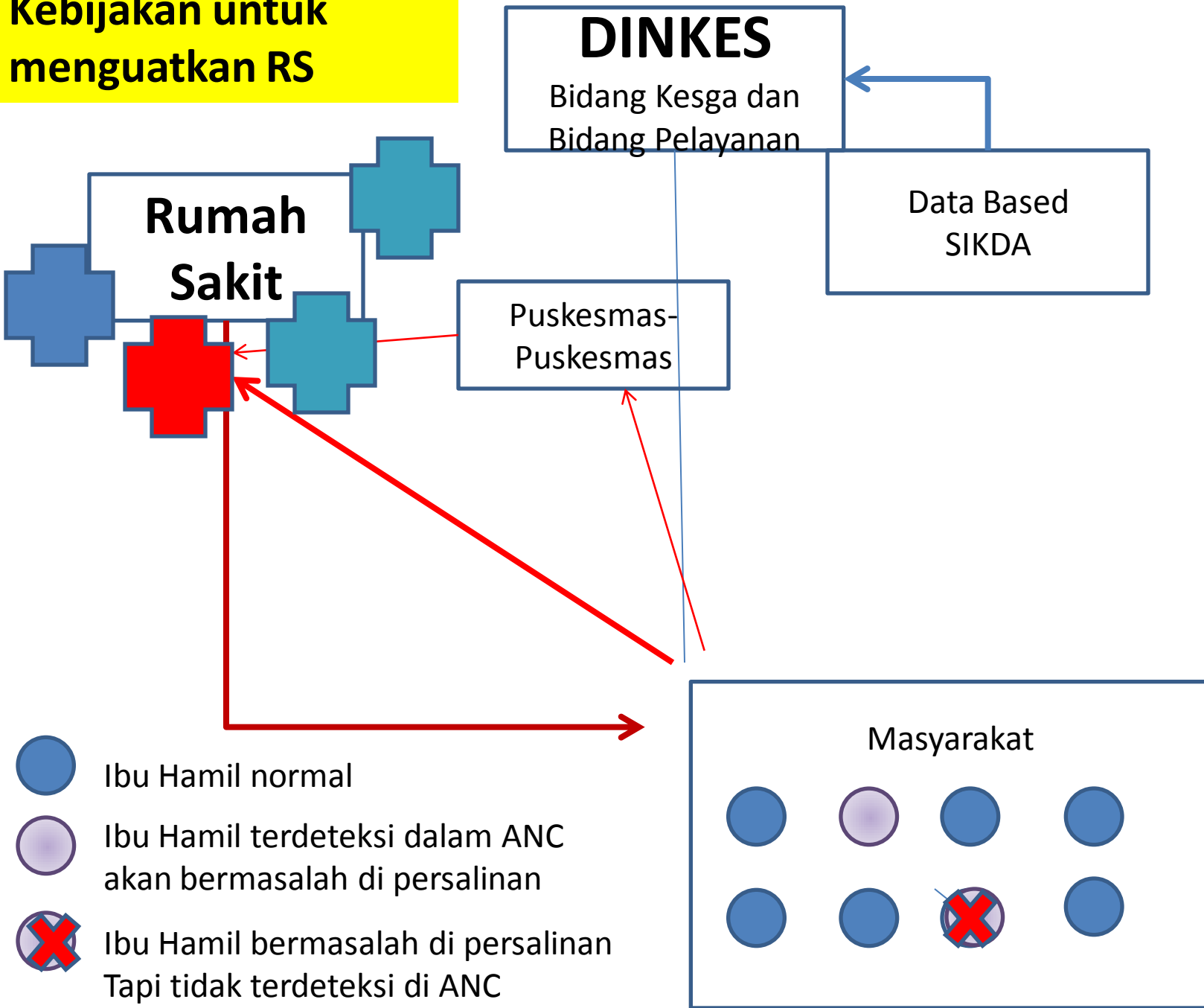
a. Kebijakan menguatkan RS (Hilir)

- RS Pemerintah
- RS Swasta

Dalam

- Aspek Mutu Pelayanan Klinik
 - Manajemen SDM
 - Fasilitas emergency
 - ...
- **Minimal satu RS di Kabupaten harus mampu memberikan pelayanan emergency 24 Jam (JAGA ON SITE) untuk ibu-ibu melahirkan**
 - **Sistem rujukan KIA berpusat di RS rujukan PONEK 24 jam**

Kebijakan untuk menguatkan RS



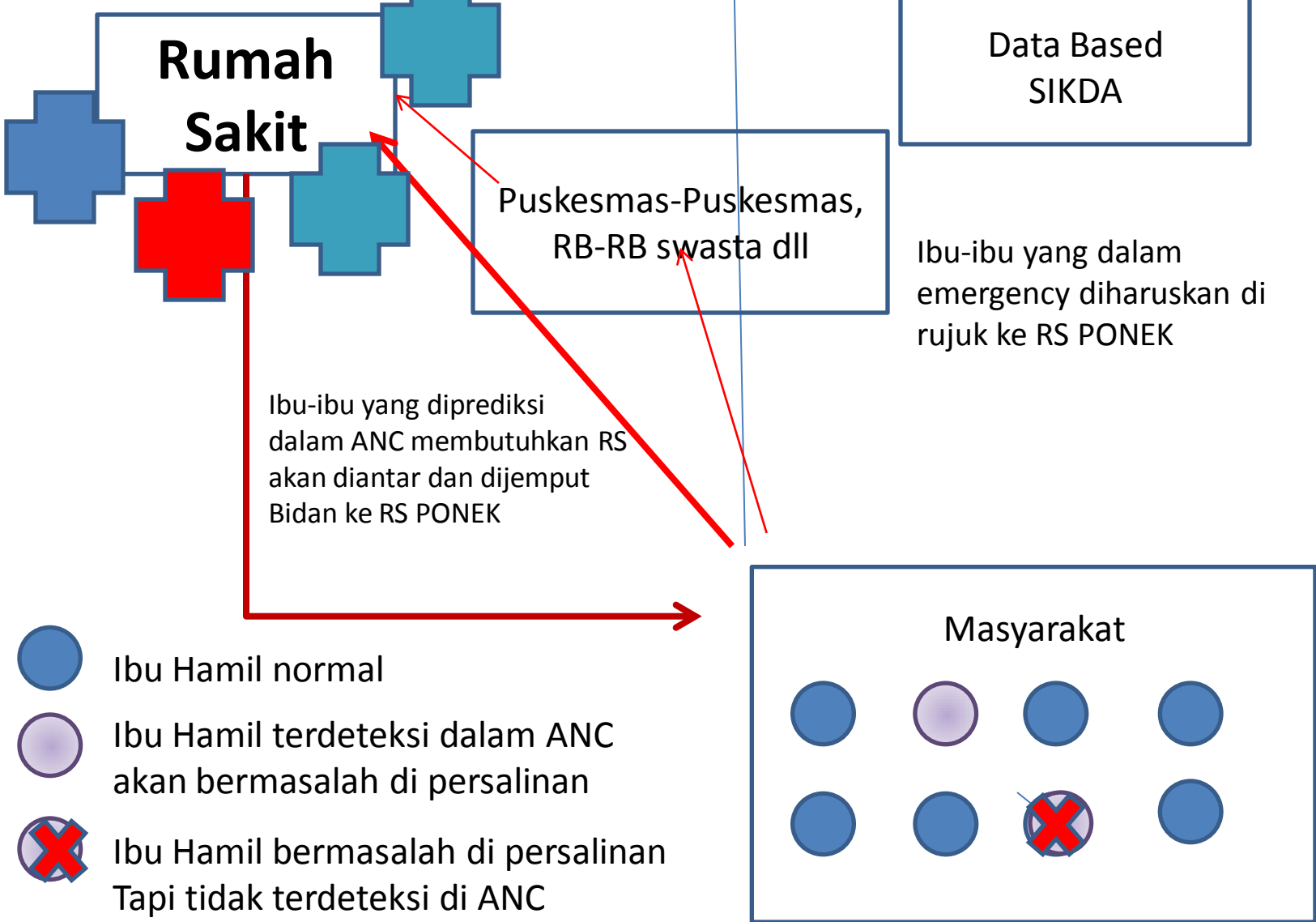
Berbagai kegiatan di RS

- Mengembangkan Prosedur-prosedur Tetap
 - Pengembangan Protap (termasuk Rujukan) dipimpin oleh spesialis
 - Dokter spesialis ikut aktif dan bertanggung-jawab atas kematian di RS
 - Dokter spesialis ikut aktif dan bertanggung-jawab atas pembinaan rujukan
 - Penanganan di RS
 - Penanganan Rujukan dari Puskesmas dan Bidan
 - Rujukan tergantung penyakit penyerta.
- Contoh:
- Untuk pasien dengan Decomp dikembangkan oleh SpPD

b. Kebijakan menguatkan sistem rujukan

- Standar operasional rujukan disusun berdasarkan resiko ibu melahirkan
- Penulisan standar operasi untuk rujukan dipimpin oleh spesialis berdasarkan standar nasional.
- Para bidan diberi regulasi untuk merujuk. Para bidan/dokter umum tidak boleh melakukan penanganan pada ibu-ibu yang sudah di beri predikat risiko tinggi.
- Rujukan Ibu hamil yang diprediksi di ANC mempunyai masalah dapat dilakukan 1-2 minggu/beberapa hari sebelum HPL. Dana perawatan pasien menggunakan Jamkesmas/Jampersal+berbagai sumber lain

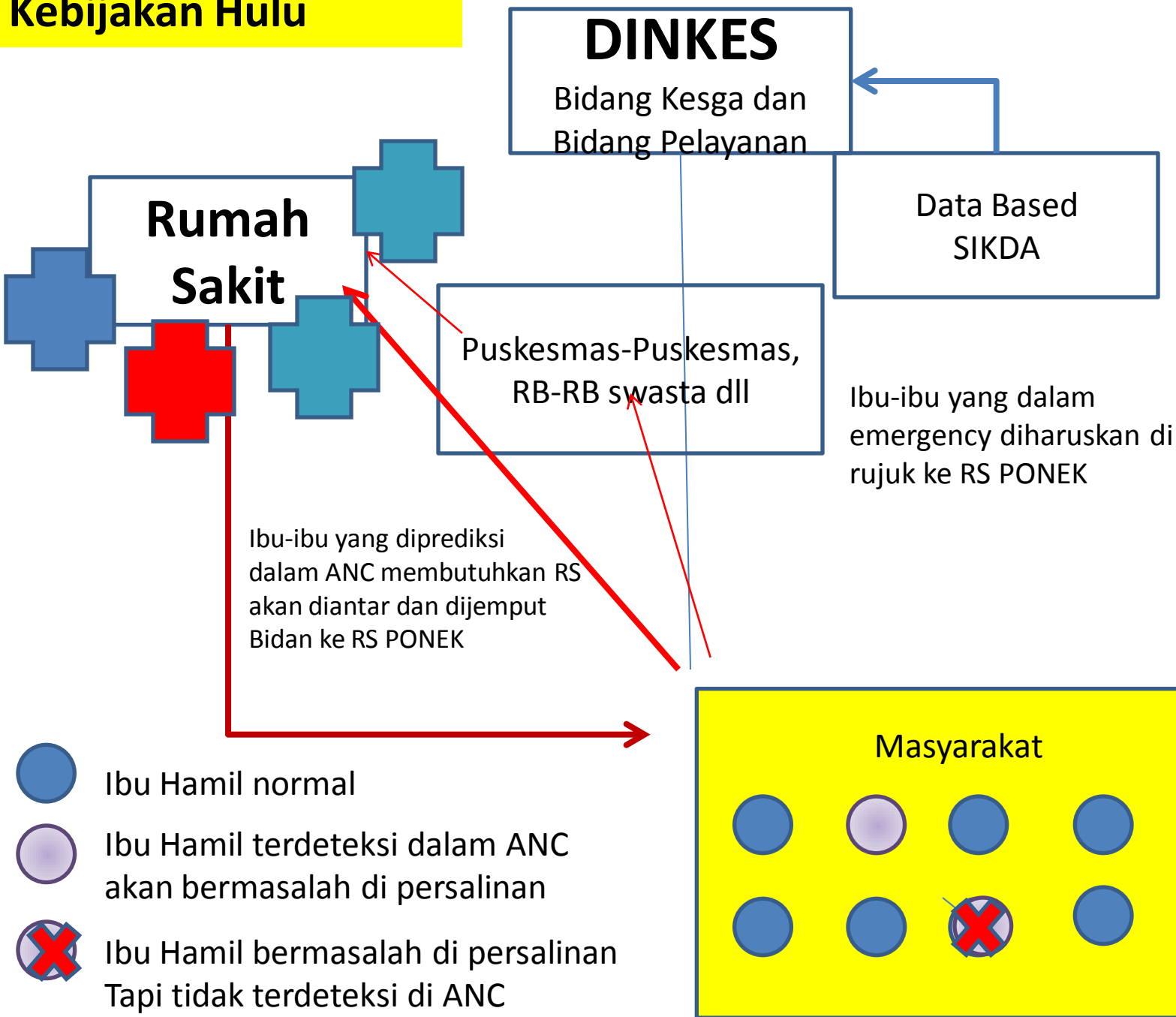
Kebijakan menguatkan Rujukan



c. Kebijakan untuk menguatkan penanganan di Puskesmas, Pustu dan masyarakat (hulu)

- Peningkatan mutu pelayanan Bidan
- Peningkatan fasilitas Puskesmas
- Pelatihan dokter puskesmas untuk PONED dan kemampuan mengeloka tindakan KIA
- Perbaiki pencatatan
- Penajaman kemampuan diagnosis dini untuk ibu hamil

Kebijakan Hulu



d. Kebijakan penguatan Sistem Informasi Kesehatan

- Data diharapkan akan sampai ke RS.
- Sistem informasi ini dapat menghubungkan masyarakat dengan fasilitas pelayanan, dan dapat melalui SMS
- Merupakan bagian dari sistem surveilans untuk kesehatan ibu dan anak.

e. Kebijakan memperkuat Dinas Kesehatan Kabupaten

- Pemimpin dan pengelola jaringan sistem KIA
- Mengembangkan sistem informasi yang baik
- Meningkatkan ketrampilan perorangan KaDInKes dan stafnya: Advokasi kebijakan, Melakukan koordinasi, termasuk staf lembaga lain yang bukan bawahannya
- Menyusun perencanaan multi-years,
- Menyusun pembiayaan strategis dari berbagai sumber.
- Menyiapkan proses monitoring dan evaluasi

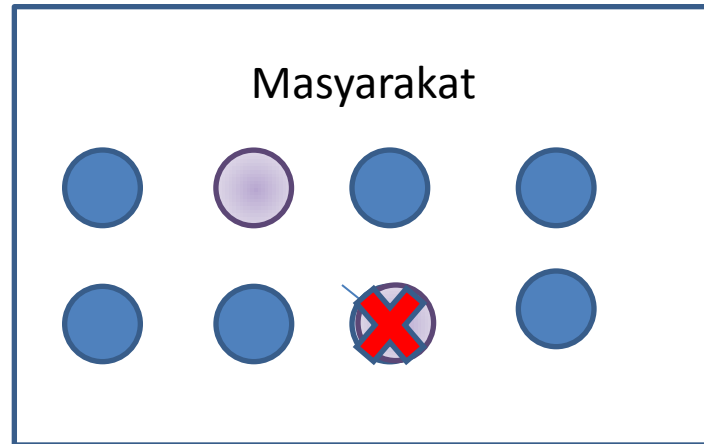
**Kebijakan memperkuat
Dinas Kesehatan
Kabupaten**




DINKES
Bidang Kesga dan
Bidang Pelayanan

Data Based
SIKDA

**Rumah
Sakit**

Puskesmas-
Puskesmas. RB-RB
swasta dll



-  Ibu Hamil normal
-  Ibu Hamil terdeteksi dalam ANC akan bermasalah di persalinan
-  Ibu Hamil bermasalah di persalinan Tapi tidak terdeteksi di ANC

f. Kebijakan memperkuat sistem kerja yang interprofesi

- Adanya Kelompok Kerja KIA

Anggota:

- Spesialis: SpOG, Anak, Penyakit Dalam, Anastesi
- Dokter Umum
- Bidan
- Perawat

Kerjasama interprofesi

- **Peran dokter umum dalam tim PONEK dan rujukan perlu dirumuskan kembali**
 - **Peran Bidan dan perawat perlu dirumuskan kembali**
 - **Mekanisme taskshifting perlu dirumuskan dengan rinci**
 - **Penguatan Leadership Klinik oleh Spesialis**
- Disamping
- **Leadership Kepala Dinas Kesehatan secara keseluruhan**

g. Kebijakan pendanaan untuk non-medik

- Dana rujukan dari pemerintah, termasuk penjemputan ibu-ibu yang tidak mampu. Bagaimana pengaturannya?
- Apakah akan memanfaatkan dana tabulin yang dikelola sendiri oleh masyarakat?
- Para penunggu di RS diberi fasilitas makanan dan tempat menunggu
- Dari mana sumber dananya? Dari dana BLUD RSD, atau dari pemerintah daerah

Apa yang menarik dalam situasi KIA saat ini?

- Kematian ibu dan bayi semakin meningkat
- Pelayanan hilir masih belum tertata dengan baik
- Spesialis masih bekerja di luar lapangan



Membutuhkan Leadership Spesialis

3. Pengorganisasian pelayanan KIA dan peran Spesialis

- Usulan SpOG dan SpA sebagai pemimpin klinik dalam program MDG
- Apakah usulan ini realistis?

Apa saja fungsi Spesialis yang memimpin?

Fungsi:

- Memimpin sistem rujukan pelayanan Ibu atau Anak di sebuah kabupaten
- Memimpin RS PONEK 24 jam dalam hal pelayanan klinik
- Menjadi duta MDG dalam berhubungan dengan berbagai pihak (pemda, DPRD, masyarakat dll)
- Mengembangkan rencana pelayanan klinik KIA
-






**Catatan khusus untuk
Spesialis: Perlu seorang
Pemimpin Klinik**

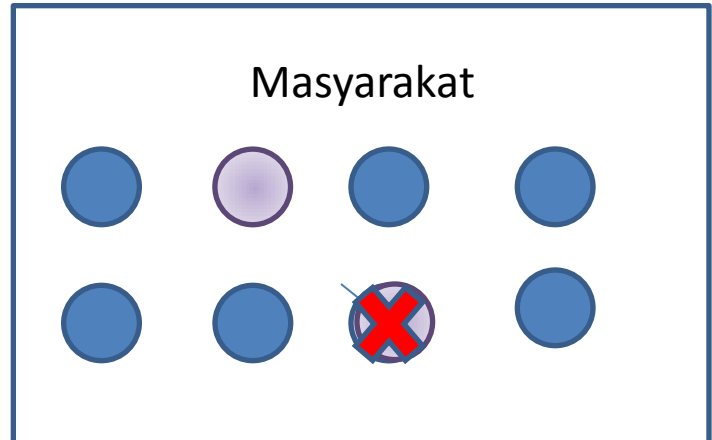
DINKES
Bidang Kesga dan
Bidang Pelayanan

Data Based
SIKDA

**Rumah
Sakit**

Puskesmas-
Puskesmas. RB-RB
swasta dll

-  Spesialis pemimpin MDG
-  Spesialis follower
-  Ibu Hamil normal
-  Ibu Hamil terdeteksi dalam ANC akan bermasalah di persalinan
-  Ibu Hamil bermasalah di persalinan Tapi tidak terdeteksi di ANC



Wacana mengenai Kepemimpinan Spesialis ini sudah dibahas di berbagai tempat

- Jawa Barat
- Jawa Tengah
- Jogjakarta
- Jakarta
- NTT
- Hasil menunjukkan persetujuan
- Namun ada skeptisme: Mungkinkah?
- Apakah ada spesialis yang mau untuk menjadi Pemimpin Klinik
- Apakah mampu menjadi pemimpin

Di sebuah Kabupaten

- Terdapat 4 spesialis obstetrik dan ginekologi
- Terdapat persaingan diantara keempatnya dengan berbagai akses
- Tidak ada kerjasama baik
- Tidak ada pemimpin yang menonjol di antaranya
- Apakah mungkin program MDG diperhatikan?
- Apakah mungkin ada pemimpin klinik?
- Apakah spesialis memang mempunyai ideologi dan kultur yang berbeda?

Bagian II: Pengamatan tentang Spesialis

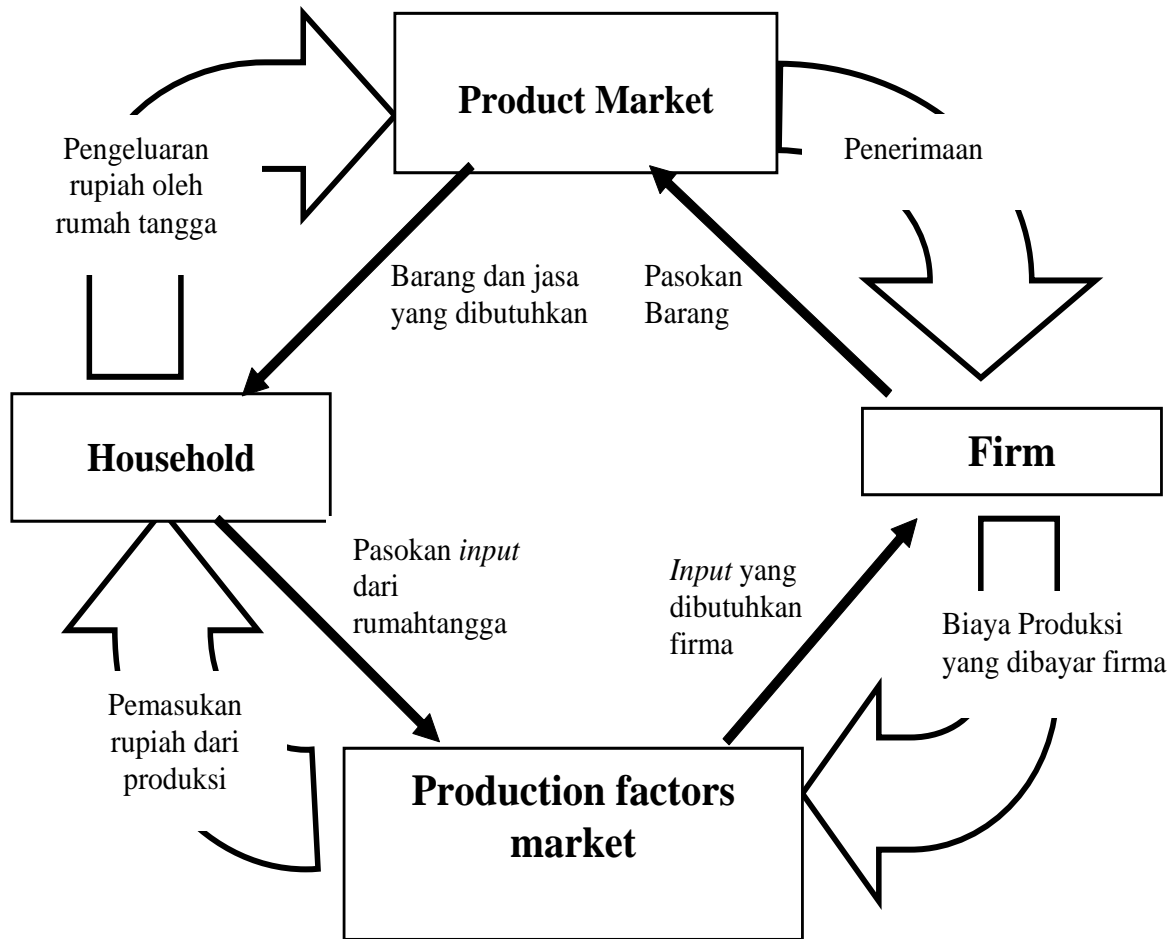
- Ideologi dokter vs ideologi sistem jaminan, dan Kultur Profesi
- Skenario Peranan Spesialis di MDG

- **Ideologi Sistem Kesehatan dan ideologi dokter**

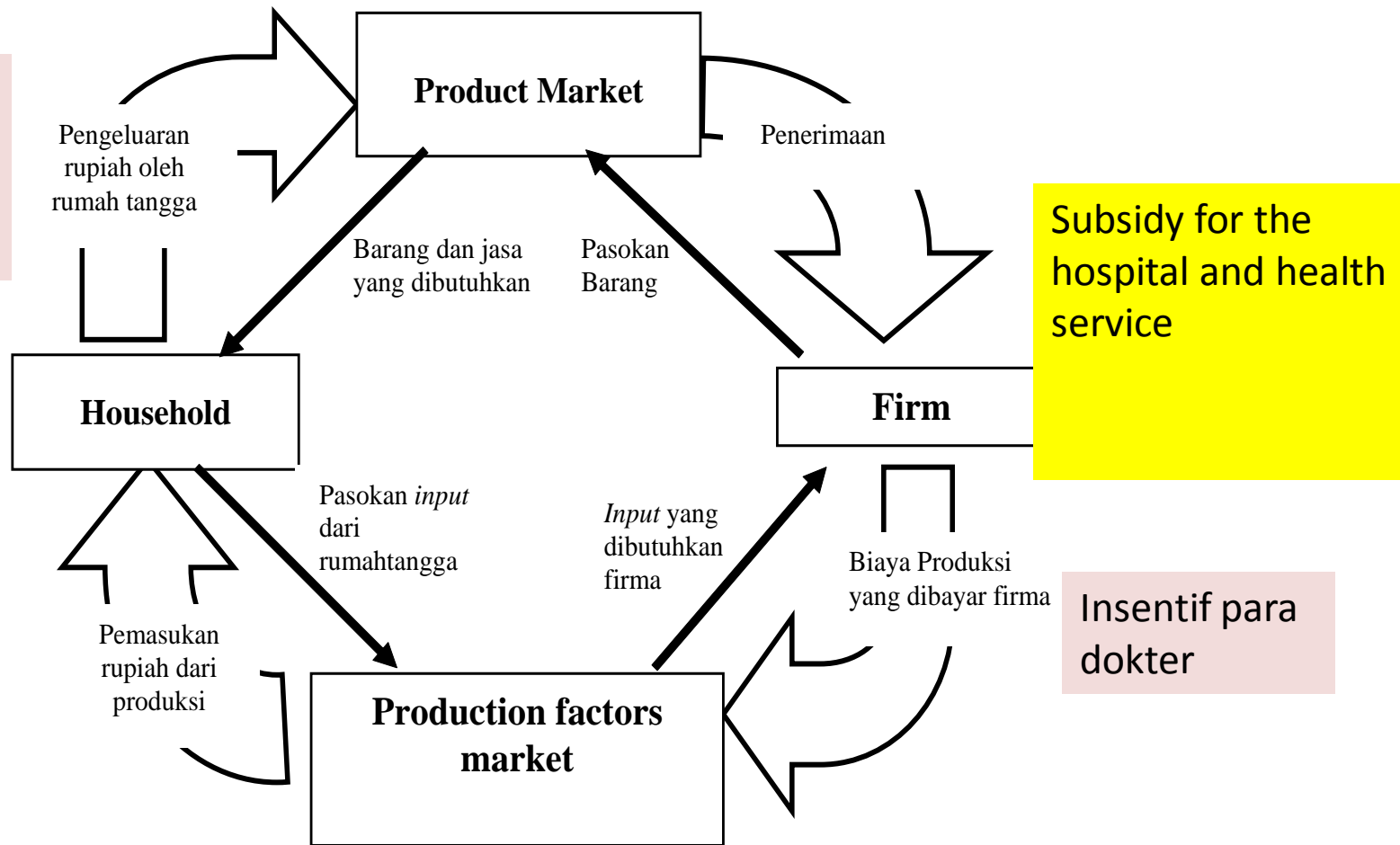
Ideologi

- *A set of doctrines or beliefs that form the basis of a political, economic, or other system*
- **Ideologi negara dan partai politik**
- **Ideologi sektor kesehatan**
- **Ideologi dalam kehidupan seorang manusia (budaya)**

Ideologi Pasar



Intervensi Pemerintah untuk mengatasi kegagalan pasar



Ideologi: Meningkatkan peran pemerintah dalam pembiayaan

Spektrum ideologi yang populer

Sosialisme

Neoliberal

Sosial
Demokrat

Ideologi Kiri

Ideologi Kanan



Anda masuk ideologi mana?

Dimana letak kebijakan jaminan kesehatan?

Sosialisme

Neoliberal

Sosial
Demokrat

Ideologi Kiri

Ideologi Kanan



Jaminan Kesehatan
Universal

Apa contoh ideologi sistem kesehatan dalam sejarah?

Sosialisme

Neoliberal

Sosial
Demokrat

Ideologi Kiri

Ideologi Kanan



A.Bevan, Menkes Inggris di
tahun 1948

Pernyataan Menteri Kesehatan Inggris

- The National Health service and the Welfare State have come to be used as interchangeable terms.
- A free health service is pure Socialism and as such it is opposed to the hedonism of capitalist society.

—Aneurin Bevan, *In Place of Fear*, p106

Debat ideologis: Apakah negara mampu membiayai? Siapa yang membayar pelayanan kesehatan?

Pemerintah membayar semuanya. Masyarakat tidak perlu membayar iuran. Pajak dan penerimaan negara yang membayar.

Pemerintah membayar sebagian. Masyarakat yang mampu membayar, harus membayar iuran

Pemerintah minimalis. Masyarakat yang mampu membayar, harus membayar .

Ideologi Kiri

Ideologi Kanan



Ideologi mana yang tidak rasional, mana yang pragmatis? **Tergantung situasi setiap negara**

Ideologi dalam gaya hidup manusia

Ideologi dalam bentuk nilai kehidupan atau budaya



Materialisme



Kesederhanaan



Dimana ideologi dokter (spesialis) dalam kehidupan



Materialisme

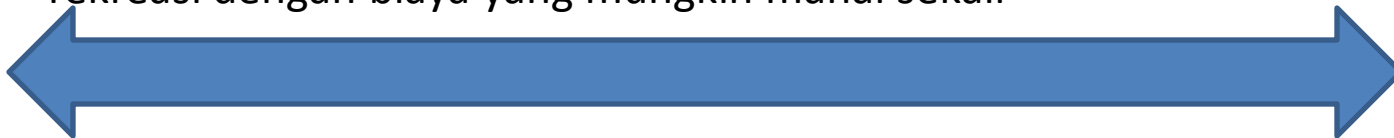
Kepuasan Hidup Spesialis:

Fungsi dari:

1. Income setinggi-tingginya
2. Leisure Time: dapat meluangkan waktu untuk rekreasi dengan biaya yang mungkin mahal sekali

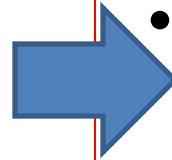


Kesederhanaan



Potensi Ideologi tidak berjalan seiring (tabrakan)

- Sistem jaminan mempunyai prinsip efisiensi
- Sistem jaminan mempunyai keterbatasan anggaran pemerintah
- Sistem jaminan mempunyai prinsip pemerataan



- Jasa medik/pendapatan dokter menjadi rendah



- Bertentangan dengan nilai hidup para dokter yang mempunyai kepuasan hidup yang diukur dari:
F(Income + Leisure)

Ideologi tidak berjalan beriringan

Sosialisme

Neoliberal

Sosial
Demokrat

Ideologi Kiri

Ideologi Kanan



Jaminan Kesehatan
Universal

Dokter

Sejarah di Inggris

- Terjadi perdebatan keras antara asosiasi dokter dengan pemerintah selama 18 bulan sebelum disahkannya NHS
- Kelompok dokter sebelumnya tidak mendukung NHS
- Masalah pendapatan menjadi hal penting.

Akhirnya:

- After 18 months of ongoing dispute between the [Ministry of Health](#) and the [BMA](#), Bevan finally managed to win over the support of the vast majority of the medical profession by offering a couple of minor concessions, but without compromising on the fundamental principles of his NHS proposals.
- Bevan later gave the famous quote that, in order to broker the deal, he had "stuffed their mouths with gold".

Bagaimana dengan dokter (spesialis) di Indonesia?

- Apakah ada perubahan ideologi/nilai hidup/dan kebudayaan?
- Apakah selaras dengan “perubahan ideologi” sistem pembiayaan kesehatan selama 10 tahun terakhir ini yang mengarah ke sosialisme? Ataukah bertabrakan?

Pertanyaan

- **Apakah Perubahan Ideologi Pemerintah dalam sistem kesehatan cocok dengan ideologi /budaya dokter (spesialis)?**

ataukah

- **Perubahan ideologi Pemerintah dalam sistem kesehatan ternyata tidak cocok dengan budaya dokter (spesialis)?**

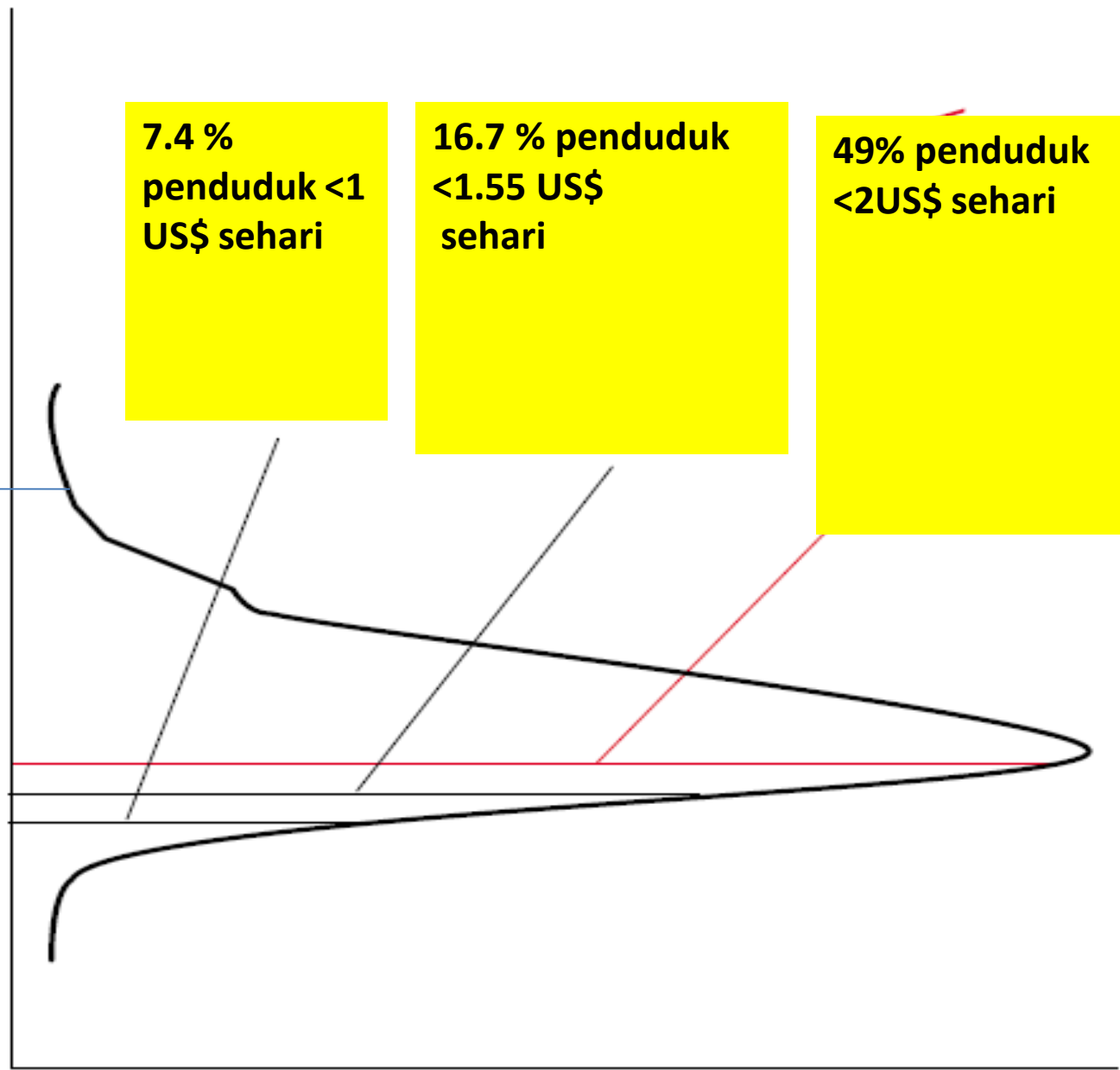
Catatan:

- Situasi di berbagai negara menunjukkan ketegangan antara dokter dengan sistem jaminan sosial atau asuransi kesehatan

Situasi ekonomi masyarakat

Kemampuan ekonomi masyarakat di Indonesia

10% orang kaya Indonesia = 25 juta = Penduduk Malaysia



7.4 % penduduk <1 US\$ sehari

16.7 % penduduk <1.55 US\$ sehari

49% penduduk <2US\$ sehari

10% orang kaya
Indonesia = 25 juta
= Penduduk
Malaysia

7.4 %
penduduk <1
US\$ sehari

16.7 % penduduk
<1.55 US\$
sehari

49% penduduk
<2US\$ sehari

Untuk masyarakat miskin dan
menengah bawah

Kebijakan
Jaminan

10% orang kaya
Indonesia = 25 juta
= Penduduk
Malaysia

Apakah dokter/
spesialisnya cukup?

Untuk masyarakat miskin

Kebijakan
Jaminan

7.4 %
penduduk <1
US\$ sehari

16.7 % penduduk
<1.55 US\$
sehari

49% penduduk
<2US\$ sehari

10% orang kaya
Indonesia = 25 juta
= Penduduk
Malaysia

Kalau tidak cukup
jumlahnya dokter
spesialis cenderung
memilih mana?

7.4 %
penduduk <1
US\$ sehari

16.7 % penduduk
<1.55 US\$
sehari

49% penduduk
<2US\$ sehari


Untuk masyarakat miskin

Kebijakan
Jamkesmas

Skenario Peran Spesialis dalam MDG

- MDG merupakan kegiatan yang mempunyai target ibu-ibu yang mempunyai risiko
- Ibu ibu ini mempunyai kecenderungan di kelas menengah dan bawah
- Program MDG4 dan MDG5 tidak memberikan insentif finansial bagi profesi spesialis

Skenario 1. di daerah yang Spesialisnya banyak

- Dokter spesialis enggan bekerja di MDG karena menyita waktu dan tidak ada insentif rendah
 - Tidak ada yang mau menjadi pemimpin klinik di daerahnya
 - Sistem MDG kesulitan mendapat dukungan dari Spesialis
- 
- Sulit terjadi perubahan mutu di pelayanan KIA
 - Menurunkan kematian ibu dan bayi merupakan hal yang mustahil

Filosofi bekerja

- Kepuasan Hidup Spesialis:

Fungsi dari:

- Income setinggi-tingginya
- Leisure Time: dapat meluangkan waktu untuk rekreasi dengan biaya yang mungkin mahal sekali

Skenario 2 (di daerah yang spesialisnya banyak)

- Jumlah dokter spesialis cukup banyak
- Ada dokter spesialis yang bersedia bekerja dalam sistem MDG dan aktif menjadi pemimpin klinik
- Dokter yang bersangkutan menerapkan filosofi meluangkan waktu untuk pelayanan pro-bono (untuk orang miskin)
- Sistem KIA akan mempunyai kemungkinan meningkatkan mutu pelayanannya
- Catatan: Sebaiknya diperhatikan jangan sampai ada keterpaksaan

Mengapa ada spesialis yang mau?

Filosofi bekerja

- Kepuasan Hidup Spesialis:

Fungsi dari:

- Income setinggi-tingginya
- Leisure Time: dapat meluangkan waktu untuk rekreasi dengan biaya yang mungkin mahal sekali

Plus

- Insentif surgawi atau kemanusiaan

Skenario 3 di daerah yang sulit spesialis

- Mencari Spesialis yang mau
- Menggunakan dokter residen atau dokter umum sebagai pengganti spesialis
- Dihargai dengan Jamkesmas
- Daerah tidak kesulitan untuk mendapatkan residen atau dokter umum dengan kompetensi klinik MDG

Bagian 3. Bagaimana strategi ke depan?

Untuk dibahas lebih lanjut:

- Identifikasi Spesialis yang berminat menjadi pemimpin klinik dalam MDG
- Apakah dapat ditemukan?
- Bagaimana mengembangkan kemampuan kepemimpinan mereka?
- Apakah merupakan tanggung jawab POGI dan IDAI?
- Bagaimana peran perguruan tinggi?
- Bagaimana peran Kementerian Kesehatan?

Langkah-langkah untuk dibahas dalam mengembangkan kepemimpinan spesialis:

1. Mengembangkan modul kepemimpinan untuk SpoG, dan SpA dalam MDG4-5.
2. Diajarkan di pendidikan residen
3. Dilatihkan di dalam kongres-kongres ikatan ahli

Terimakasih