

Catatan Workshop Pra Pit HOGSI V Strategic Leadership and Learning Organization 27 April 2012

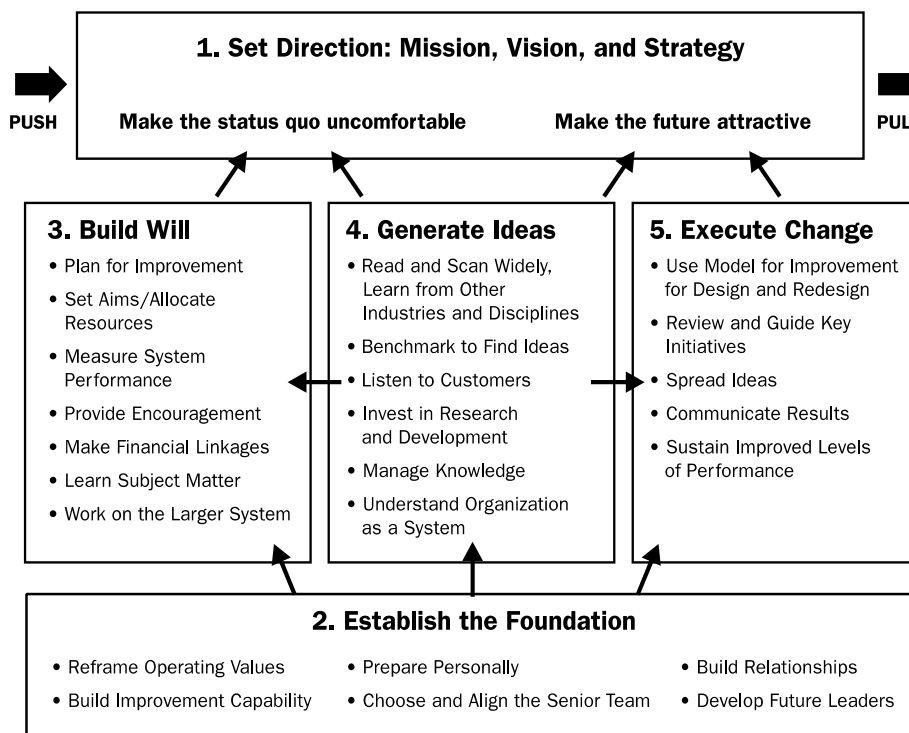
Tempat : Ruang Diklat Gedung Parkir Lt. 4 RSUP Dr. Sardjito
Peserta : 32 peserta

Pembukaan :
Dr. Rukmono Siswihanto, M.Kes, Sp. OG(K)

Pada dua hari ini kita akan melaksanakan workshop untuk membekali diri. Terima kasih pada pak Hartanto beserta tim EMAS untuk menambahkan mengenai pembenahan dalam KIA. Tema kali ini adalah *Strategic Leadership and Learning Organization*. Dalam pengantar kali ini saya menyampaikan mengenai jumlah absolut kematian maternal dan jumlah absolut kematian neonatal. Tapi buat kita, bukan hanya soal angka, melainkan soal keprihatinan. Ini soal orang yang mati, yang bukan kita kenal sehingga mungkin kita kurang tersentuh. Jadi kalau kita lihat dalam keseharian ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu : penderitaan, keterlambatan, kematian yang dapat dicegah, perasaan tak tertolong, dan lain-lain. Kita butuh kesadaran berkinerja yang lebih baik. Bagaimana sebaiknya keberhasilan di level proyek itu menjadi keberhasilan di level organisasi. Ini adalah tantangan bagi leader untuk menjadi berhasil di level organisasi itu.

Kalau kita perhatikan, kita memerlukan kebutuhan untuk belajar menjadi pembelajar sehingga sadar untuk senantiasa bergerak dan menggerakkan perubahan ke arah yang lebih baik. Seperti orang Jepang, yang punya semangat belajar yang luar biasa, dalam waktu sekejap bisa belajar dari negara maju dan mengembangkan negaranya.

Kerangka konsep dalam workhop kita adalah :



Seorang leader itu membuat status quo itu menjadi tidak nyaman, kemudian dipush untuk menjadi lebih baik. Idenya adalah *Build Will, Generate Ideas, dan Execute Change*. Salah satunya hal yang membuat tidak berhasil adalah tidak adanya eksekusi. Sehingga *Will, idea dan execute* ini menjadi kata kunci yang penting dalam workshop ini.

Kata Prof. Laksono kemarin menyampaikan bahwa pelayanan klinis tidak banyak diperbaiki karena masih banyak kematian di rumah sakit. Di sini kita juga butuh *foundation* untuk mendorong bentuk leadership ini. Salah satu hal yang kita kerjakan adalah push ke gubernur mengenai keadaan yang ada di DIY saat ini.

Medan perang kita saat ini adalah Kabupaten dan Kota. Taruhannya adalah nyawa ibu-ibu di tempat tersebut. Sehingga kita berpikir bagaimana menurunkan kematian ibu itu. Seberapa besar kita berani menurunkan angka kematian ibu.

Pelatihan kita selama 2 hari ini ada 8 modul yang berkaitan tentang SLLO di KIA yaitu :

1. Permasalahan dan isu2 strategis global dan nasional dalam KIA
2. System thinking
3. Personal mastery
4. Mental models
5. Shared vision
6. Team learning
7. Root cause analysis
8. Penerapan

Selanjutnya kita akan buat POA di Kabupaten dan Kota dan benar-benar ada hasil peperangan kita dalam tahun-tahun kedepan.

Jalannya workshop ini diharapkan 6 modul bisa kita selesaikan hari ini. Saya berharap kita bisa aktif dan berorientasi dalam pelatihan KIA ini. Pelatihan ini juga jangan sampai berhenti sampai di sini (*continuing profesional development*). Kita akan terbuka dan mendapatkan pencerahan, namun itu tidak hanya cukup itu melainkan kita butuh ketrampilan2 lain yang akan kita ajarkan yaitu :

1. *Leadership skill*
2. *Business skill*
3. *Interpersonal skill*
4. *Physician unique skill*

Terakhir, saya sampaikan bahwa mengetahui saja tidak cukup melainkan kita harus menerapkan. Kemauan saja tidak cukup, tapi kita harus melaksanakan. Saya sampaikan, selamat belajar, semoga kita bisa berhasil dalam melaksanakan workshop ini.

Coffee Break 10 menit

SESI I

Dr. Hartanto Hardjono, M.Kes
Situasi MDG di Indonesia

Saya kira semua sudah tahu mengenai MDG's pada tahun 2015. Di sini kematian bayi dianggap bagus padahal ada peningkatan di DIY dan daerah lain. Nah, ada angka kematian ibu yang turun pada tahun 2008 dan diharapkan 2015 bisa lebih turun lagi. Apakah bisa tercapai nanti?

Untuk menggambarkan situasi dan kondisi salah satu contohnya DIY (merupakan daerah maju di Indonesia) tapi nampaknya masih ada masalah khususnya kematian ibu melahirkan. Dengan angka, mungkin sudah bagus, tapi dengan jumlah absolut ternyata ada 56 kasus di

tahun 2011 yang merupakan peningkatan dari tahun 2010 yang hanya 43 kasus. 95% kematian berada di RS dan hasil AMP 59 % kematian bisa dicegah. Contoh yang kedua adalah di kabupaten Tegal ada 85% kematian terjadi di RS. Ini menunjukkan kualitas yang belum bagus dan masyarakat percaya RS belum melaksanakan pelayanan dengan baik.

Sebab kematian yang ada : pendarahan, infeksi, eklamsi dan lain-lain yang sudah diketahui sejak awal kehamilan ini berlangsung. Dibandingkan dengan sarana yang ada, sebenarnya memadai baik puskesmas PONEK, RSUD, RS Swasta dan RS Tentara dengan masing-masing telah memiliki dokter spesialis obsgyn. Seharusnya kematian tersebut bisa dicegah.

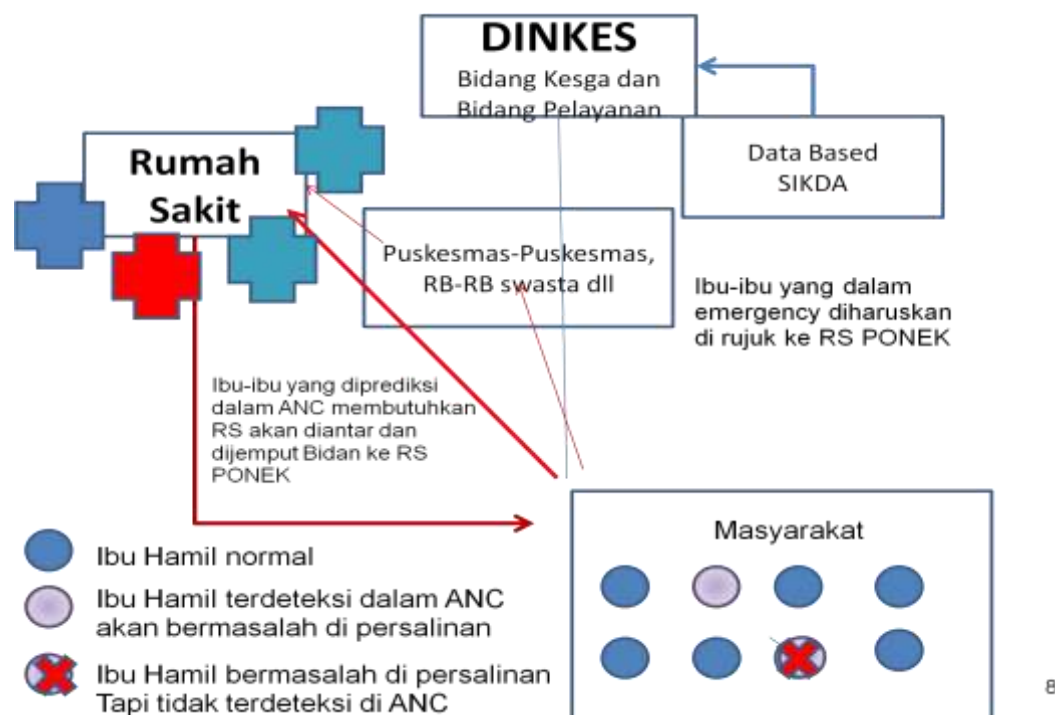
Contoh lain adalah di NTT yang menurun dengan pendekatan klinik dan public health bersama-sama dengan adanya Program Sister Hospital.

Dari melihat capaian MDG tadi, kita coba analisa KIA tidak memperkuat pelayanan klinis. Ketika terjadi perubahan tempat melahirkan, sistem rujukan belum siap. Bahkan ada pelatihan PONEK sering sekali yang dikirim adalah bidan, padahal untuk masalah ini, merupakan tanggung jawab dari dokter spesialis. Selain itu, mutu pelayanan KIA di RS yang belum baik walaupun dari SDM, peralatan, tata kelola dan lain-lain sudah lengkap tapi belum dikoordinasi dengan baik.

Bagaimana peran Sp.OG?

Hal ini lah yang akan kita bangkitkan dalam pertemuan ini. Jangan hanya terbatas pada pelayanan klinis saja di RS dengan banyaknya dokter Sp.OG yang menduduki jabatan manajemen di RS.

Disini saya sampaikan mengenai pelaku Sistem KIA di Kabupaten :



Berbagai lembaga dan profesi di KIA yang seharusnya berperan di pelayanan KIA :

Berbagai Lembaga:

- Dinas Kesehatan
- RS pemerintah
- RS Swasta

- Puskesmas
- BP.
- Pemda, dll

Profesi:

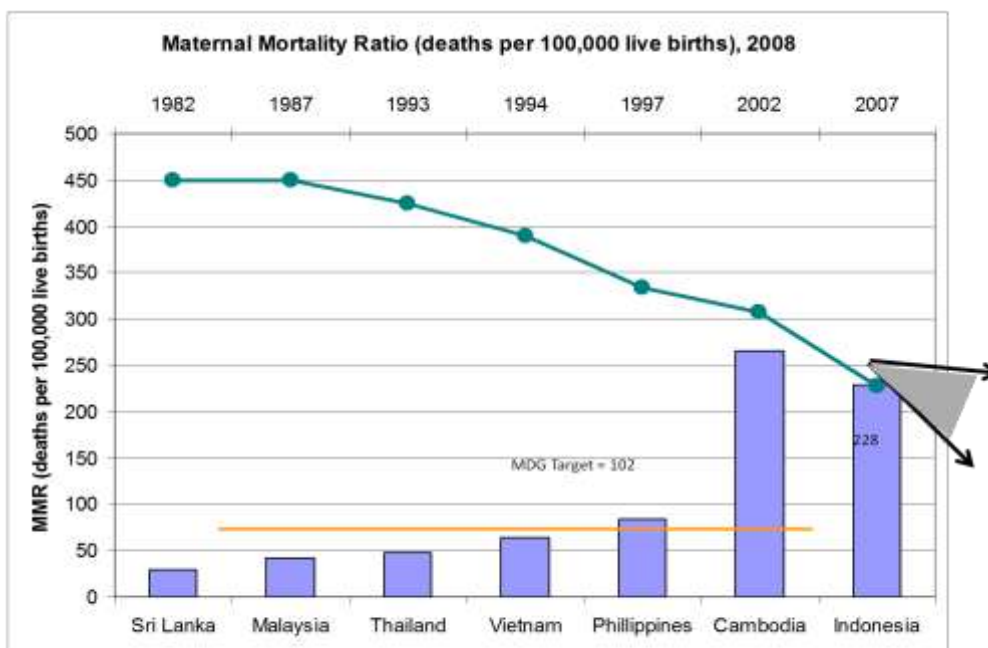
- Spesialis: SpOG, Anak, Penyakit Dalam, Anestesi
- Dokter Umum
- Bidan
- Perawat

Pertanyaan kritisnya adalah :

1. Apakah dokter Sp.OG perlu menjadi pemimpin dalam penurunan kematian Ibu? Tentu iya, walaupun turunnya lama. Dan kita ditargetkan pada tahun 2015
2. Bagaimana hubungan dengan Kadinkes sebagai pemimpin sistem kesehatan? Saat ini belum banyak yang terlibat dalam sistem kesehatan ini.
3. Jika banyak dokter Sp.OG di sebuah kabupaten apakah perlu ada satu orang yang memimpin? Sangat diperlukan untuk mendorong para dokter lain memberikan pelayanan KIA di kabupaten dan memberikan kontribusi nyata.
4. Apakah perlu intensif materi dan non materi? Saya rasa bisa terpenuhi jika target kita tercapai.
5. Apakah perlu pelatihan khusus untuk menjadi leader? Nah, salah satunya adalah dengan pelatihan SLLO ini.

Visi dari dokter Sp.OG ini kami harapkan tercapai melalui pelatihan kita hari ini yaitu : menjadi spesialis yang memimpin MDG dan ada spesialis follower. Dari gambar di atas bisa kita lihat, masyarakat (ibu hamil) bisa di pantau oleh dokter-dokter follower tersebut.

Itulah situasi MDG di Indonesia, dan sebagai perwakilan EMAS, saya akan menyampaikan sedikit mengenai Proyek EMAS dalam sistem KIA. Saya tidak akan menjelaskan banyak mengenai EMAS, tapi saya akan sampaikan data mengenai kegiatan yang telah kita laksanakan selama ini.

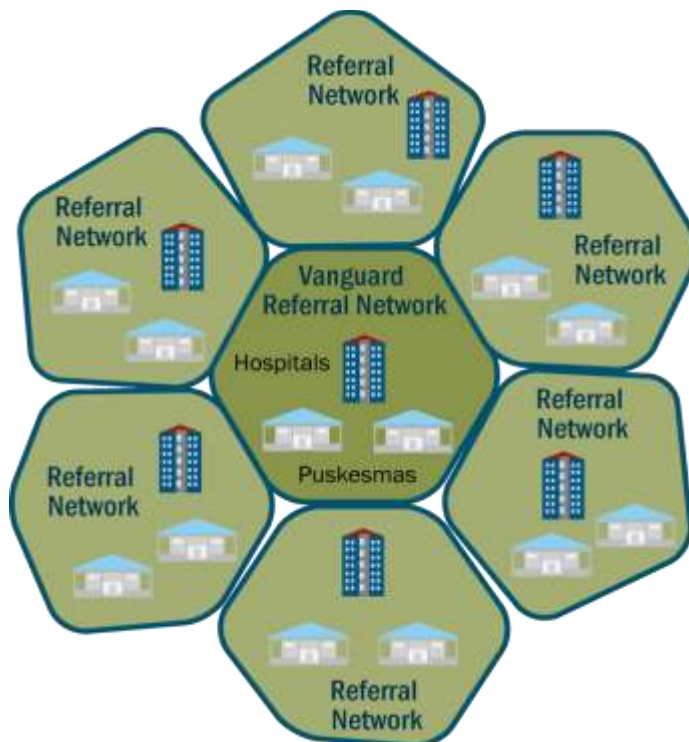


Source: Hogan et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*; 2010. 6736(10):60518-1.; DHS Data 1994,1997, 2002, 2007; Summary Report. Millennium Development Goals, 2007.

Kami membantu Kementerian Kesehatan untuk menurunkan AKI dan AKN Indonesia sebesar 25% yang sangat ambisius. Daerah intervensi kami ada di 6 Propinsi besar dan 30 Kabupaten. Caranya adalah :

1. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi Obsgyn dan bayi baru lahir minimal di 150 RS (PONEK) dan 300 puskesmas
2. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit
3. Program ini dirancang agar dapat memberi dampak nasional (tidak hanya sebatas area kerja)
4. Untuk menurunkan AKI dan AKN Indonesia sebesar 25%, program EMAS dilaksanakan di propinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian yang besar
5. Mengadvokasi kabupaten dan mitra bestari lain untuk proaktif menerapkan pendekatan program EMAS

Kami melakukan pendekatan dengan Pendekatan Vanguard Network dengan 1 RSUD, 2-3 RS Swasta, dan 5-10 Puskesmas. Kami Memilih dan memantapkan 30 RS dan 60 Puskesmas yang sudah cukup kuat agar berjejaring dan dapat membimbing jaringan Kabupaten yang lain serta melibatkan RS/RB swasta untuk memperkuat jejaring sistim rujukan di daerah.



Tujuannya adalah :

1. Meningkatkan kualitas pelayanan PONEK dan PONEK
 - Sub-objective 1.1: Memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian diterapkan di RS dan Puskesmas
 - Sub-objective 1.2: Pendekatan tata kelola klinis (clinical governance) diterapkan di RS dan Puskesmas
2. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem rujukan antar Puskesmas/Balikesmas dan RS
 - Subobjective 2.1: Penguatan sistim rujukan yang berfungsi secara optimal
 - Subobjective 2.2 Meningkatkan peran serta masyarakat dan organisasi sosial kemasyarakatan dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan dan pemerintah daerah.

- Subobjective 2.3 Meminimalkan hambatan keuangan kelompok miskin dan rentan, dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Priority Diagnoses	Priority Interventions
Hemorrhage	Active management of 3 rd stage of labor
	PPH management
	Management of shock
	Use of blood transfusion
	Use of manual vacuum aspiration (MVA) and post abortion care (PAC)
Severe Pre-eclampsia/ Eclampsia	Use of magnesium sulphate
	Treatment of hypertension
	Timely delivery
Maternal infection	Safe use of prophylactic antibiotics and treatment of sepsis
Prolonged Labor	Use of the partograph
	Safe use of cesarean section
Neonatal Asphyxia	Newborn resuscitation
Neonatal Sepsis	Diagnosis and treatment of neonatal infection
Low Birth Weight	Assess & monitor for complications of prematurity
	Increased surveillance for infection/sepsis
	Early diagnosis and management of feeding problems
	Early initiation of breastfeeding
	Kangaroo Mother Care
Cross-Cutting Interventions: Infection Prevention and Control; triage/transfer	

Untuk melakukan semua itu, beberapa kegiatan telah kami laksanakan yaitu :

1. Melakukan kajian kinerja fasilitas
2. Melakukan pendampingan (on the job mentoring) dan pelatihan
3. Melaksanakan rotasi klinis di LKBK dan dari puskesmas ke rumah sakit
4. Memastikan peralatan esensial tersedia
5. Mengembangkan pembelajaran berkelanjutan menggunakan SMS dan hotline

Kami juga akan mengoptimalkan dengan beberapa hal sebagai berikut :

1. Penggunaan standar kinerja
2. Pelaksanaan audit kasus-kasus sulit (Near-miss audit)
3. Penggunaan panel indikator (dashboard indicators)
4. Pemanfaatan Maklumat Pelayanan (service charters)
5. Pemanfaatan mekanisme umpan balik

Dr. Nurdadi Saleh, Sp.OG

Sosok Sp.OG yang dibutuhkan RS PONEK

Membicarakan kematian ibu ini sama saja membicarakan 'setan'. Yaitu angka 228 pada tahun 2007 oleh lembaga survey (titipan pemilu). Padahal dari WHO ada angka sendiri sekitar 400an, dan entah kenapa kita selalu lebih percaya pada product luar. Saat ini saya ingin sampaikan mengenai sosok Sp.OG yang dibutuhkan RS PONEK untuk memerangi tingginya angka kematian ibu. Kita sudah tahu bahwa masyarakat sudah sangat sadar

mengenai kesehatan. Sudah ada trend untuk persalinan ke fasilitas kesehatan, sehingga trend kematian ibu sudah bergeser ke RS.

Sehingga kita harus memperbaiki pelayanan KIA yang ada di Hilir. Begitu banyak perbaikan sudah dilakukan, sistem sudah dibuat, alat sudah didatangkan, pelatihan PONEK PONEK sudah diadakan. Tapi kenapa masih tinggi? Apakah ada yang lupa? Kuncinya adalah keberadaan Sp.OG. Dengan segala fasilitas yang ada, tapi tanpa keberadaan Sp.OG artinya sama saja.

Contoh tadi sudah disampaikan di NTT dengan sister hospital. Keadaan sebaliknya terjadi di Kabupaten Tegal yang mempunyai Sp.OG 5 orang justru angka kematian ibu meningkat. Kenapa?

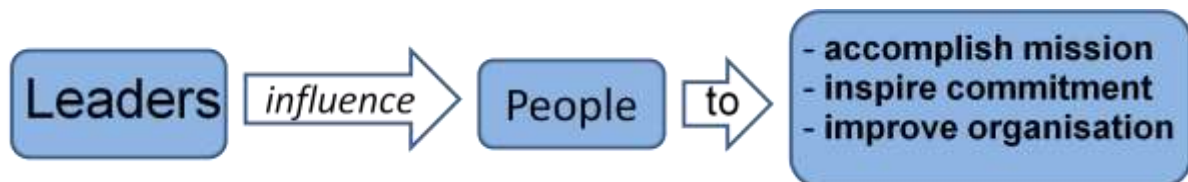
Ada dua teori yaitu :

1. Ratio Sp.OG dibanding jumlah penduduk sangat kecil (Sp.OG kurang)
2. Kemungkinan Sp.OG berada di luar area pertempuran melawan kematian ibu (*non playing captain*)

Sekali lagi saya sampaikan bahwa kunci utama Yan Obstetri di RS PONEK adalah keberadaan Sp.OG itu mutlak.

Sekarang ada trend dimana ada dokter plus, menurut hemat saya, residen dan task shifting itu hanya bersifat sementara karena kita berpikir patient safety. POGI secara tegas tidak setuju dengan adanya dokter plus.

Dalam pelatihan kali ini, saya sampaikan bahwa secara sederhana kepemimpinan adalah seni memotivasi sekelompok orang untuk bertindak bersama-sama menuju satu arah yang ingin dicapai. Leadership sendiri adalah proses mempengaruhi orang untuk mewujudkan misi.



Ada pula teori dalam negeri kita sendiri yaitu azas kepemimpinan klasik :

1. Ing Ngarso Sung Tulodo
2. Ing Madyo Mangun Karso
3. Tut Wuri Handayani

Jadi, Sp.OG itu harus mampu menerapkan azas kepemimpinan tersebut. Harus jadi *playing captain* dan pemimpin di RS PONEK. Bahkan selain itu, seorang Sp.OG harus bisa menjadi seorang manager yang bisa menyusun kegiatan secara efisien dan efektif, mengumpulkan, mengolah serta mengevaluasi data secara terus-menerus untuk menanggulangi kematian ibu di RS PONEKnya.

RS PONEK dengan dokter Sp.OGnya harus menjadi pembina bagi bidan-bidan desa dan puskesmas. Sp.OG di RS PONEK harus : siap di tempat, menjadi leader dan menjadi manager. Dalam sistem ini, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala RS dan POGI akan terus mendorong dan mengawasi hingga ke daerah-daerah. Ada mekanisme kontrol yang harus kita benahi dengan sungguh-sungguh yaitu: dengan izin praktek dan MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia).

DISKUSI :

Tim Emas Jawa Barat :

Sudah sejauh mana peran POGI untuk kegiatan mendorong dan mengawasi dokter Sp.OG. Saya sangat sulit mencari teman untuk kegiatan KIA ini. Kalau saya seorang Sp.OG dengan 3 ijin praktek yang harus saya penuhi, tentu saya tidak sempat untuk dapat melakukan pembenahan di KIA ini.

Dr. Nurdadi Saleh, Sp.OG:

Benar, real POGI belum berperan. Saat ini POGI sedang menyusun program salah satunya distribusi spesialis bekerjasama dengan Kolegium dan Kemenkes. Jika ini berjalan dengan baik, maka Sp.Og yang mempunyai lebih dari 2 ijin praktek, maka bisa jadi Sp.OG ini serakah. Dengan sistem ini, kami berharap distribusi bisa merata.

Dr. Heru, Sp.OG:

Saya kira dengan pengembangan ke depan, kita sudah membuat piramida profesional itu bisa diterapkan sehingga para anggota bisa benar-benar merasa sebagai seorang leader, manager and profesional.

Clinical knowledge itu merupakan yang basic, baru setelah itu ada 4 pilar lagi. Tapi kalau MDG saja tidak tau, bagaimana akan tau mengenai 4 pilar ini.

Dr. Nurdadi Saleh, Sp.OG :

Dalam POGI yang akan datang, akan dibentuk renstra sehingga akan tau pasti mengenai piramida profesional ini. Ini akan dibahas di Bali pada bulan yang akan datang.

Dr. Heru, Sp.OG :

Kalau tentang regulator bagaimana?

Dr. Hartanto Hardjono, M.Kes:

Dalam EMAS yang tadi saya sampaikan tadi juga ada tata kelola dimana ada kepala RS, manager dan lain-lain agar Sp.OG ini bisa kita ajak untuk benar-benar ikut terjun langsung menurunkan angka kematian ibu di tiap-tiap RS.

SESI II

Studi Kasus di RS daerah Terpencil

Dr. Rukmono S., M.Kes., Sp.OG

Saya akan mengambil contoh studi kasus di daerah Bajawa di NTT. Sebagai daerah yang kecil, ada masalah-masalah yang kita hadapi saat di RS ini adalah:

Masalah terkait tata kelola klinis :

1. Kondisi klinis maternal
2. Kondisi klinis perinatal
3. Outcome pelayanan klinis

Masalah terkait tata kelola rumah sakit :

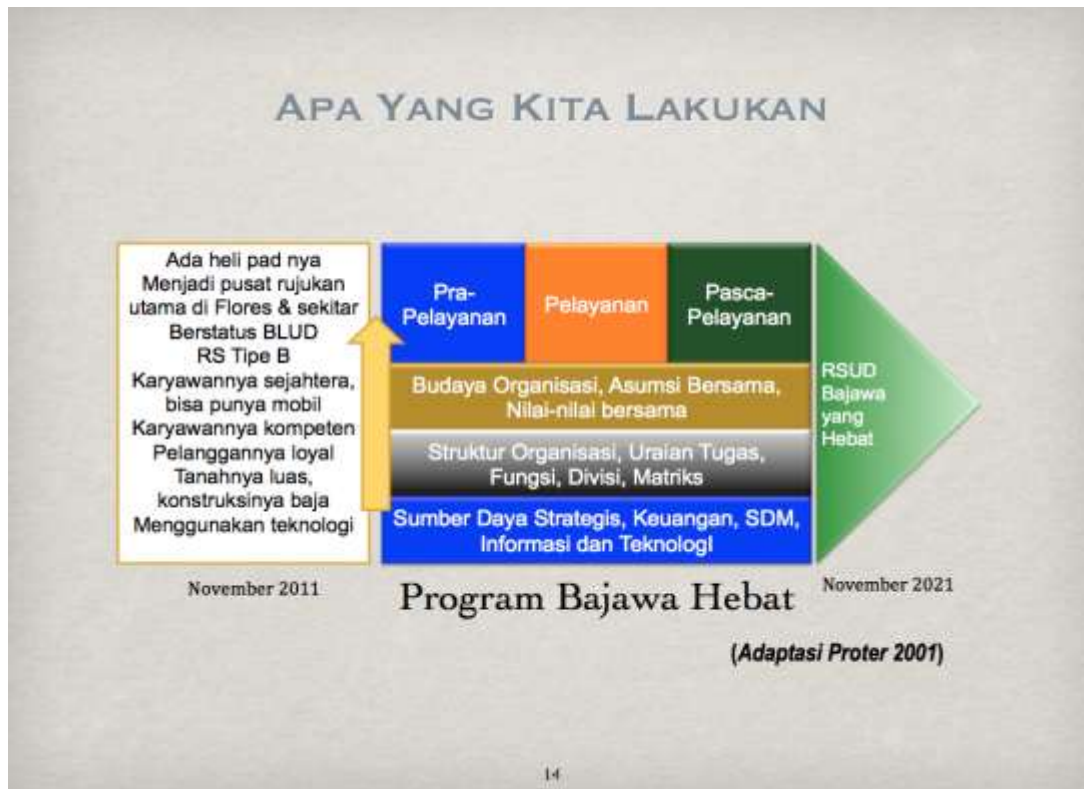
1. Gedung, fasilitas, peralatan
2. Perbekalan
3. Uraian tugas dan remunerasi
4. Kualifikasi dan penempatan SDM
5. Budaya kerja

Juga terdapat masalah disfungsi tim yaitu krisis kepercayaan, ketakutan terjadi konflik, kekurangan komitmen, menghindari akuntabilitas, kurang perhatian terhadap hasil. Dari program Sister Hospital yang telah berjalan lebih dari 2 tahun ini, pelayanan telah ditingkatkan dan pasien sudah lebih banyak juga.

Namun, bukan berarti masalah hilang, ada beberapa masalah baru yang timbul, antara lain:

1. RS tidak bisa mengimbangi kebutuhan perbekalan farmasi, sarana, dan prasarana
2. Masyarakat mengeluh
3. Ada yang dapat untung
4. Berdampak pada masalah politis
5. Suasana kerja di RS yang tidak kondusif
6. Efek monitoring dan evaluasi program

Kalau kita hanya sekedar meningkatkan kapasitas dokter spesialis hanya dari segi klinis, tentu tidak cukup. Oleh karena itu, dari program sister hospital ini, ada pula program PML (performance manager and leadership) dan berproses mewujudkan kearifan lokal.



Isu Strategik jangka pendek :

1. Pembenahan komunikasi internal
2. Pembenahan komunikasi eksternal
3. Pembenahan organisasi dan budaya kerja
4. Pengembangan kapasitas dan profesional berkelanjutan
5. Penyusunan dokumen mutu rumah sakit
6. Perbaikan sarana, prasarana dan perbekalan rumah sakit

Isu strategik jangka menengah:

1. Kemandirian RS
 - a. Peningkatan pendapatan melalui program efisiensi proses, dan optimalisasi pendapatan RS
 - b. Status BLUD bagi RSUD Bajawa
 - c. Pendidikan dokter umum, spesialis, dan petugas kesehatan lain
 - d. Kaderisasi kepemimpinan manajemen kesehatan (Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas)

2. Pemanfaatan teknologi untuk akselerasi pencapaian kemandirian
 - a. *Billing system*
 - b. *Bed management system*
 - c. Telekonferensi
 - d. Komputerisasi pekerjaan manual (farmasi, rekam medis, dll)
3. Penguatan budaya kerja
 - a. Kerjasama tim
 - b. Harmonisasi lintas sektor
 - c. Continuum of care

Aktivitas di luar Rumah Sakit

- **Dinas Kesehatan**
 - Memperkuat fungsi rujukan
 - Mengelola SDM Kesehatan
 - Alokasi dana untuk mendukung pencapaian SPM yang berkaitan dengan pelayanan KIA
 - Remunerasi dana Jampersal
- **Paroki Gereja Katolik**
 - Pendidikan kesehatan masyarakat
- **Pemda**
 - Penggerakan peran serta masyarakat
 - Alokasi dana pendidikan dokter umum dan spesialis

SESI III

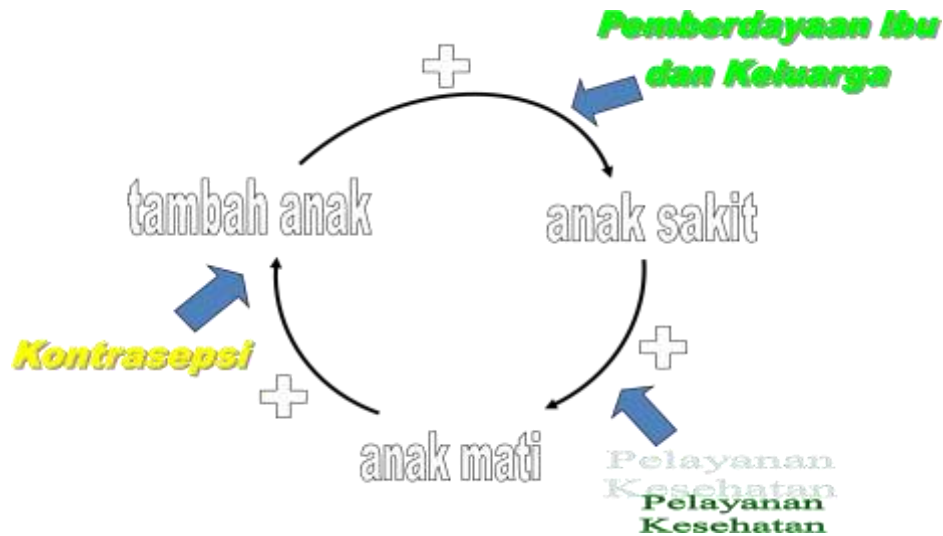
Learning Organization

Prof. dr. Hari Kusnanto, Dr.PH

Memang kurang dokter spesialis, tapi jika pemecahan ini diberikan dari luar, tentu bisa cepat diselesaikan. Nah, apa yang disampaikan dari Dr. Rukmono tadi bagaimana kita bisa memberikan pemecahan permasalahan dari dalam RS atau individu itu sendiri. Dalam sesi, LO ini tentu berawal dari individu ini untuk bekerjasama secara kolektif terus meningkatkan kapasitas untuk menciptakan hasil-hasil yang benar-benar diinginkan.

Dalam LO ini kita ingin menciptakan, dalam KIA ini ingin menurunkan kematian Ibu. LO ini membutuhkan 5 Disiplin yaitu :

1. Meningkatkan **komitmen** mencapai hasil yang diinginkan
 - a. Personal mastery
Komitmen pada kebenaran yaitu dengan terus menerus mempertajam apa yang benar dan baik bagi kita. Ketegangan kreatif akan membuat makin banyak inisiatif.
 - b. Shared vision
Gambaran mengenai masa depan yang semua orang ingin mewujudkan
2. Meningkatkan kapasitas **learning**
 - a. Mental models
Sebaiknya kematian di RS itu diturunkan setengahnya atau 50 %. Apakah ini mudah atau sulit dilakukan? Kalau dulu di Purwokerto diajarkan bahwa kalau bisa jangan sampai ada yang meninggal. Tapi sebagai leader ini, ini jangan hanya menjadi beyond imagination. Mental models ini sebenarnya bisa kita batasi sendiri keinginan kita, tapi dengan impian yang setinggi-tingginya, tentu kita akan berusaha mewujudkan setinggi-tingginya pula.
 - b. Team learning
Dalam team learning ada dialog dan diskusi yang harus berjalan seimbang.
 - c. System thinking
System thinking harus ada saling keterkaitan, fokus pada keseluruhan, tujuan jangka panjang dan langkah tindakan yang lebih tepat.



Peran Obsgyn dalam SLLO Dr. Agung Suhadi, Sp.OG

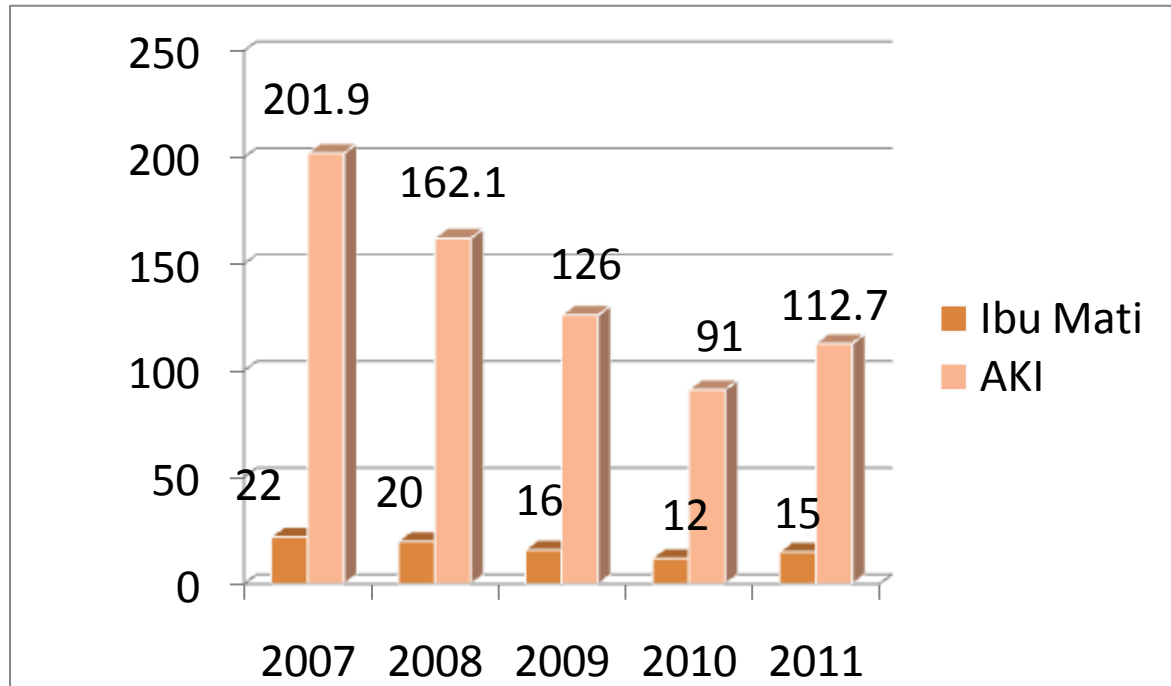
Di Kabupaten Wonosobo, beberapa hal untuk meningkatkan peranan Sp.OG yang sampai saat ini masih dilaksanakan adalah :

1. Pelatihan pengembangan sistim rujukan kebidanan untuk menurunkan AKI (Rockefeller Foundation-Bagian Obgin FK UGM RSUP Dr. Dardjito Yogyakarta, 1985).
 - Lama 3 minggu 13 dokter 27 bidan puskesmas
 - Materi : Penanganan kasus gawat darurat kebidanan di puskesmas dengan : Flow Chart untuk membuat keputusan (DR. Essex, WHO, 1978)
 - Pelatihan ini cukup efektif dan terjadi penurunan AKI dari tahun ke tahun.
2. Pemasyarakatan penggunaan Partograf untuk deteksi dini persalinan pada dokter dan bidan di Kab. Wonosobo tahun 1991.
3. Pelatihan Medico Care bagi puskesmas perawatan 2 Pebruar – 5 Maret 1994 yang diikuti dokter dan bidan 3 Puskesmas perawatan di Wonosobo. Terjadi peningkatan ketrampilan sesudah pelatihan dari 58 kasus yang diteliti di Pukesmas, 47 kasus (81,0 %) dapat ditangani, sedangkan 11 kasus (19,0%) dirujuk ke RSU.
4. Pelatihan ketrampilan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal bagi Bidan Desa di Wonosobo.
5. Program Development Activity (PDA) suatu model untuk menurunkan kematian ibu di Kab. Wonosobo (Depkes RI-WHO, 1996)
6. Pada 2005-2010 **UNICEF** di Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah memberikan bantuan Advokasi dan Dana Program **DTPS - MPS** (District Team Problem Solving - Making Pregnancy Safer) yang bertujuan untuk menurunkan **AKI & AKB**
7. Pembentukan Tim Audit Maternal Perinatal (AMP) Kabupaten

Adapun beberapa hal yang bisa diidentifikasi mengenai penyebab kematian ibu yang ada di Kabupaten Wonosobo :

1. Pendarahan
2. Preklamsi
3. Sepsis
4. Dan lain-lain

Berikut bagan mengenai data kematian ibu di Kabupaten Wonosobo :



Keberhasilan dan kegagalan negara-negara tetangga dalam menurunkan AKI, kuncinya pada sistem Kesehatan Nasional.

- Penyediaan pelayanan kebidanan secara profesional pada saat persalinan.
 - Pelayanan oleh tenaga kesehatan terampil : Reorientasi mengkategorikan pelayanan persalinan.
1. Penentu kebijakan dan pengelola sadar bahwa ada masalah yang dapat diatasi sehingga diambil keputusan untuk bertindak.
 2. Memilih strategi sederhana bukan hanya ANC tetapi asuhan profesional kebidanan pada persalinan dan pasca persalinan untuk semua ibu oleh tenaga kesehatan yang terampil dengan back-up pelayanan RS.
 3. Akses pada semua pelayanan KIA secara finansial dan geografis tersedia untuk seluruh penduduk.
 4. Peran SpOG di Kabupaten / Kota sangat diperlukan keterlibatannya dalam memberikan Advokasi, Kajian dalam program Kesehatan Ibu dan Anak, baik intra maupun ekstra mural.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dimanapun berada harus ditolong oleh petugas kesehatan yang kompeten dibidang *knowledge, skill dan attitude*. Penurunan terhadap kematian ibu **perlu usaha** dan **koordinasi jangka panjang, terus menerus** antara petugas kesehatan, instansi terkait dan masyarakat, sehingga target MDGs tahun 2015 dapat tercapai.

DISKUSI

Dr. Daliman, Sp. OG :

Kalau kita amati dalam 5 tahun terakhir ini, angka kematian maternal tidak berubah di RS Margono, absolutnya tetap dan penyebabnya paling banyak preeklamsi. Apakah memang mungkin ada faktor-faktor di luar kesehatan yang sebenarnya ikut berperan meningkatkan kematian ibu? Seperti contohnya keterlambatan baik dari akses jalan, keluarga. Lalu apakah ada maksimal yang bisa kita lakukan?

Satu hal yang saya amati adalah budaya kerja di lingkungan pemerintahan. Salah satu contohnya di rumah ada kasus eclamasi, bahkan bidannya juga tidak tahu.

Dr. Heru, Sp. OG:

Pertanyaan untuk Prof. Hari, bahwa 5 disiplin itu harus berada di iklim yang mendukung baik dari lokal maupun nasional. Aspek managerial juga bisa tertanam pada individu di RS, nah, aspek ini apa saja agar kualitas yang dipunyai individu ini bisa membantu menurunkan kematian ibu? Realnya, bagaimana 5 disiplin itu contohnya?

Dr. Amrizal, Sp. OG. :

Pada prinsipnya kita bekerja dalam satu tim. Di Kab Banyumas, kita ada 400 kasus persalinan pertahun tambahannya. Kita mengevaluasi adanya program Jampersal ini, keterlambatan itu masih merupakan tingkat satu siapa yang akan membayari. Belum lagi masyarakat yang belum KB, sehingga kelahiran dalam satu tahun oleh satu ibu bisa 2 kali. Saya harap program di atas nanti juga menyokong kita, dari atas hingga ke bawah.

Termasuk, Sp. OG yang susah dicari pada saat sabtu minggu, padahal kan tidak mungkin Sp. OG tidak mengurus keluarga di kota. Sehingga sistem ini harus dibuat agar dokter spesialis ini juga difasilitasi.

Dr. Agung Suhadi :

Seberapa maksimalnya ini kembali pada moto, kematian ini bisa dihindari atau tidak? Kemudian yang kedua adalah : mungkin kita sendiri harus merubah mind set kita sendiri. Kita sering menyalahkan musuh dari luar seperti yang salah bukan RS. Padahal kita harus evaluasi, kesiapan RS dalam menangani hal ini. Menurut saya, tidak ada maksimalnya, tapi kematian ini bisa dihindari atau tidak? Jika tidak bisa, ya, ini memang bukan kuasa kita. Tapi jika masih bisa dihindari, inilah tugas kita.

Ada pasien yang sudah dirujuk pun, kadang masih ada pasien yang mati juga. Ini memang diluar kemampuan kita, tapi jika masih dicegah, tentu harus kita kerjakan dengan sungguh-sungguh.

Prof. Hari Kusnanto, Dr. PH :

Kalau dari SLLO teori ini sangat gampang, yaitu jangan sampai ada yang mati, atau angka kematiannya nol (0). Bagaimana caranya, yang penting adalah kita menuju angka kematian yang nol ini. Contohnya, bidan yang menangani pendarahan, dan merujuk ke RS Magelang, dan selama perjalanan, bidan ini berusaha mencengkeram supaya tidak ada pendarahan. Nah, akhirnya ibu ini sembuh dan tidak mengalami kematian. Ini memang beyond imagination karena selama lebih dari 2 jam, pendarahan bisa ditahan.

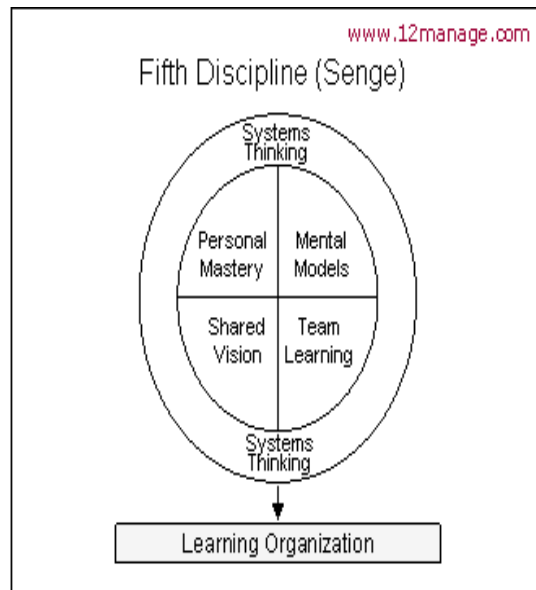
Kalau orang LO ini bagaimana caranya supaya jangan mati walaupun ada eklamsi, jantung dll. Saya kira mungkin semangatnya jangan sampai menyerah. Sebenarnya kalau masalah kita tadi itu dihubungkan dengan 5 disiplin tadi cukup nyambung. Saya juga setuju bahwa dalam RS harus diciptakan lingkungan yang mudah untuk organisasi ini belajar.

ISHOMA (Friday Pray)

Personal Mastery

Prof. dr. Djaswadi Dasuki, MPH, Ph.D. Sp. OG(K)

Dalam learning organization, ada 5 disiplin untuk dapat menyelesaikan suatu misi organisasi, yaitu personal mastery, mental models, shared vision, team learning dan system thinking.



Dalam personal mastery ini, organisasi hanya belajar dari individu yang ingin belajar. Selain itu, dalam personal mastery harus belajar berkelanjutan dan terus menganalisa, yakin betul terhadap realitas dan kenyataan sekarang.

Kita harus menarik ketegangan dan punya personal mastery untuk memupuk kreatifitas. Dalam personal mastery ada beberapa hal yang ada didalamnya :

1. Cara pandang → modal utama dalam cara berpikir
Inti dari disiplin ini adalah selalu mengklarifikasi dan memperdalam visi pandangan individu. Tingkat kemahiran tertentu secara konsisten dapat membantu seseorang untuk bisa menyelesaikan masalah. Komitmen yang dimiliki ini menentukan standard seseorang. Artinya kita melakukan sesuatu dulu dan menentukan strategi ke depan. Kita harus selalu kreatif untuk menentukan misi yang kita tanamkan. Kesadaran diri sendiri pada pengetahuan yang selalu berkembang dan memaksa kita untuk selalu kreatif.
2. Perilaku kreatif
3. Struktur Konflik dimana kekuatan kita berasal dari kekurangan kita. Tetap mengerjakan sesuatu walaupun dalam keadaan sulit.
4. Komitmen pada kebenaran
5. Menggunakan kemampuan bawah sadar

Karakteristik orang yang mengekspresikan personal mastery adalah :

1. Berorientasi pada kreatifitas
2. Memiliki maksud yang jelas
3. Mampu untuk mencari dan mengatakan hal yang benar
4. Mampu untuk memilih dan menentukan
5. Sadar pada rasa ingin tahu yang besar
6. Komitmen pada pembelajaran seumur hidup
7. Kemampuan pada kesadaran diri sendiri dan menyesuaikan di lingkungan

Fundamental Orientation pada personal mastery adalah :



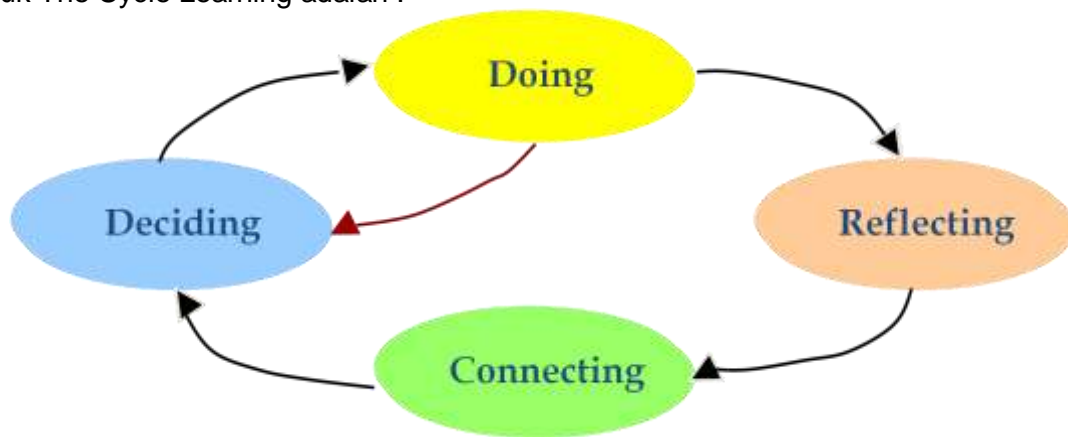
Life Happens to me !



I Make Life Happen !

Vision, aspiration, purpose, meaning (apa yang kita inginkan) ditemukan dengan apa yang kita punya dengan kreatif tadi.

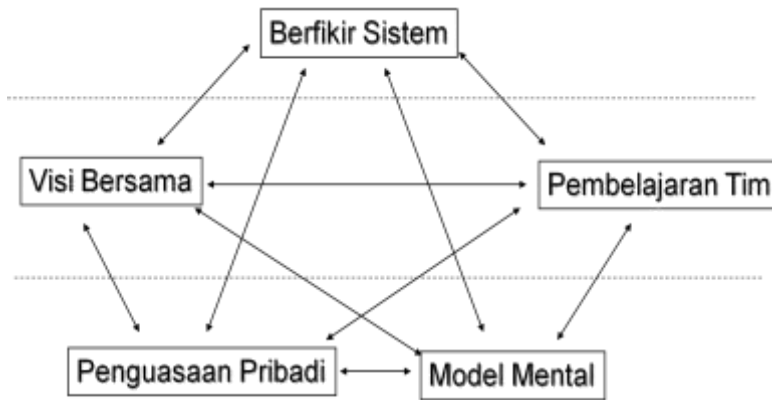
Bentuk The Cycle Learning adalah :



Shared Vision and Team Learning **Prof. dr. Mohammad Hakimi, Sp.OG(K), Ph.D**

Organisasi yang berpeluang paling besar untuk tumbuh dan maju pesat di masa depan adalah organisasi pembelajar. Organisasi pembelajar ini sendiri adalah organisasi dimana orang secara terus-menerus mengembangkan kemampuannya untuk menciptakan hasil yang betul-betul mereka inginkan, dimana pola berpikir baru dan luas dipelihara, dimana aspirasi bersama dibiarkan bebas dan dimana orang terus menerus belajar bagaimana bersama-sama belajar.

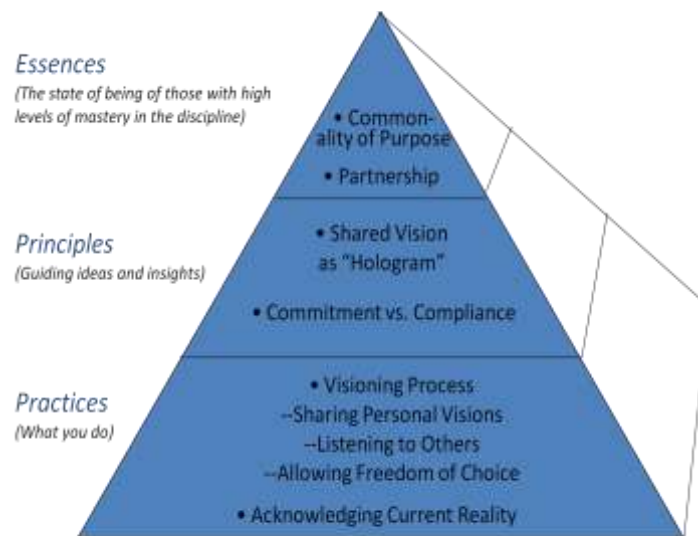
Menurut Peter Senge, kemampuan belajar pada anak-anak adalah tragis, tapi bagi organisasi ini adalah fatal.



Lima Disiplin

Praktek visi bersama meliputi keterampilan menggali "gambar masa depan" yang dibagi bersama yang membantu perkembangan keikutsertaan dan komitmen yang tulus, bukan kepatuhan.

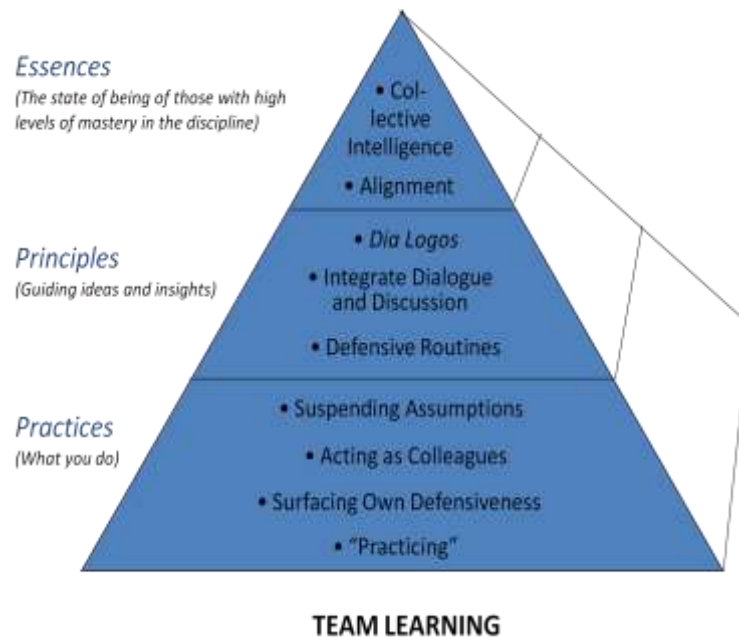
- Alasan mendasar bagi keberadaan organisasi
- Gambar dari masa depan yang diinginkan
- Nilai yang menggambarkan bagaimana kita berniat untuk bekerja, dari hari ke hari, ketika mengejar visi kita.



BUILDING SHARED VISION

Visi bersama harus dilaksanakan bersama dengan Pemerintah, Rumah tangga dan masyarakat.

Disiplin pembelajaran tim dimulai dengan "dialog", yaitu kapasitas anggota tim untuk menanggukhan asumsi dan masuk ke dalam "pemikiran bersama" yang asli. (Dialog berbeda dari "diskusi" yang lebih umum, yang berakar pada "perkusi" dan "konkusi", yang secara harfiah berarti mendorong ide bolak-balik dalam sebuah kompetisi dimana pemenang mendapatkan segalanya ("winner-takes-all".) Tim pembelajaran sangat penting karena tim, bukan individu, merupakan unit dasar pembelajaran dalam organisasi modern. "Hanya jika tim dapat belajar, maka organisasi dapat belajar."



Secara sistematis melihat prosedur yang digunakan untuk diagnosis, perawatan dan pengobatan, memeriksa bagaimana sumber daya yang terkait digunakan dan menyelidiki efek perawatan pada kesudahan dan kualitas hidup pasien

Ketidakmampuan dan kemampuan dalam membentuk organisasi pembelajar :

Ketidakmampuan	Kemampuan
1. Saya adalah posisi saya	Saya bagian dari keseluruhan
2. Musuh ada di luar sana	Saya bagian dari masalah
3. Ilusi mengambil tanggung jawab	Saya bersedia mengubah diri saya untuk menimbulkan perubahan yang lebih luas
4. Terpaku pada kejadian (pada efek sebab akibat yang segera)	Kemampuan untuk mengidentifikasi pola dan akar penyebab
5. Fenomena katak direbus	Kemampuan untuk memperlambat dan mendeteksi perubahan beertahap dan pelan
6. Waham belajar dari pengalaman (padahal jarak sebab dan akibat jauh dalam ruang dan waktu)	Kemampuan untuk mengantisipasi efek melalui pemakaian lapangan praktek manajemen
7. Mitos tim manajemen	Tim pembelajaran (keseimbangkan antara memberi dan menerima nasehat)

Mental Models

Prof. dr. Djaswadi Dasuki, MPH, PhD., Sp. OG(K)

Model mental adalah asumsi tertanam, generalisasi, atau bahkan gambar atau gambar yang mempengaruhi bagaimana kita memahami dunia dan bagaimana kita mengambil tindakan. Sangat sering, kita tidak menyadarinya model mental atau efek yang mereka miliki di perilaku kita.

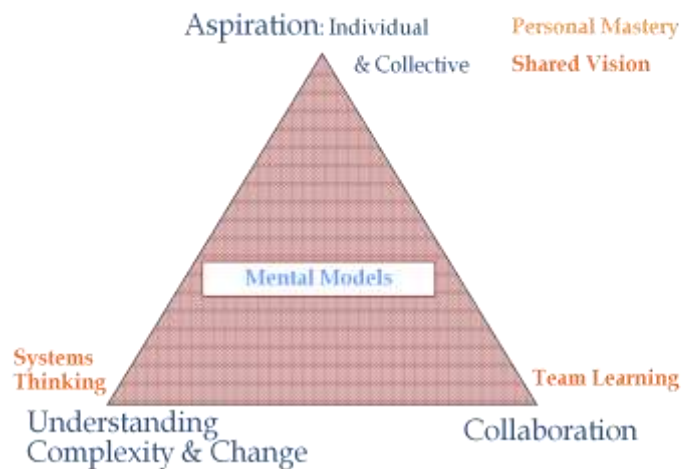
Banyak ide terbaik tidak pernah dipraktikkan. Mengapa?

Karena bertentangan dengan gambar internal yang dipegang tentang bagaimana dunia bekerja. Gambar-gambar ini membatasi kita untuk mengenal cara berpikir dan bertindak. Kita terus membuat kesalahan yang sama lagi dan lagi. Hal ini terjadi karena kita sedang tidak belajar. Kita tidak menyadari bahwa perilaku kita sedang didikte oleh model mental tertentu yang telah kita membeli ke dalam

Refleksi Skills :

1. Kenali lompatan abstraksi
2. Miller 7 plus / minus 2 aturan
3. Belum diuji model perilaku pelanggan sering lompatan abstraksi
4. Untuk lompatan permukaan abstraksi, bertanya "Apa yang saya yakini tentang bagaimana dunia bekerja?"
5. Kemudian tanyakan, "Apakah generalisasi ini tidak akurat atau menyesatkan?"

Cornerstones of a Learning Organisation



Membatasi diri dengan mental model adalah asumsi atau keyakinan bahwa "mendefinisikan" apa yang "mudah dilakukan," mungkin "realistis" atau "dicapai" dan membatasi apa yang orang cita-citakan.

Dengan ini, ada konsep strategi :



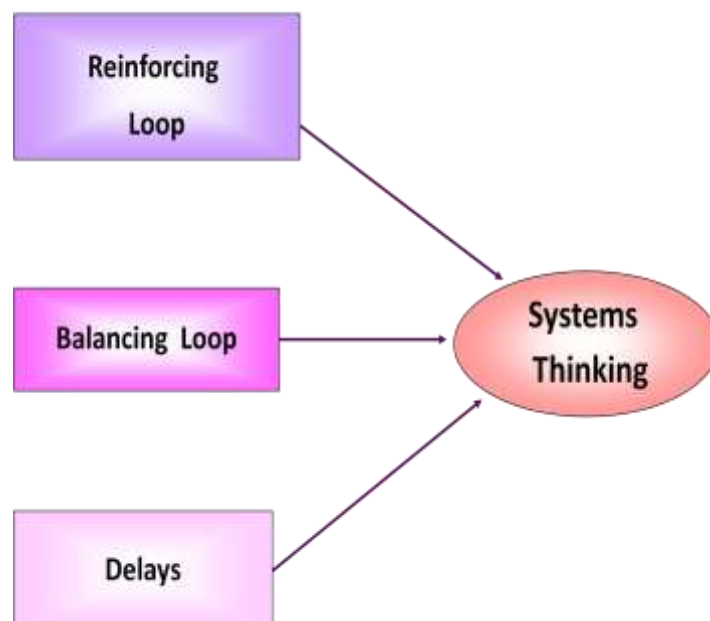
System Thinking

Prof. dr. Hari Kusnanto, Dr.PH

Saya akan menyambung apa yang telah disampaikan oleh dr. Rukmono mengenai studi kasus di Bajawa NTT tadi. Saya akan menghubungkan bagaimana cara pandang instrument untuk memperjelas pola keseluruhan sehingga dapat dilakukan intervensi secara lebih efektif di RS Bajawa tadi.

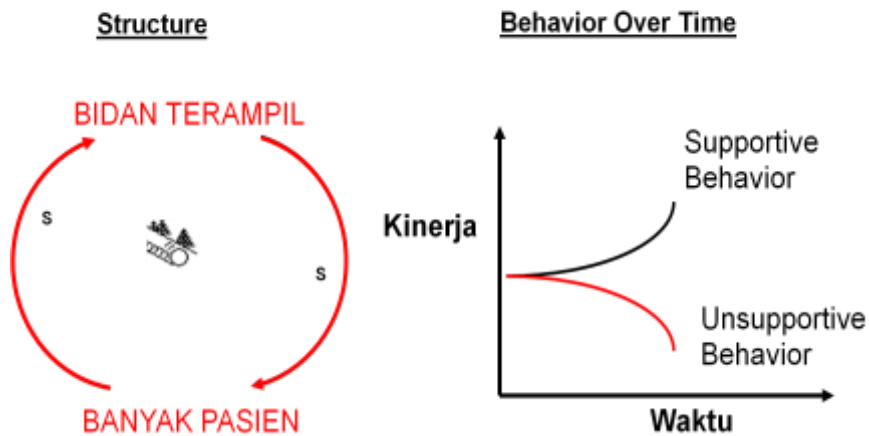
Jika sebelumnya tidak ada spesialis di Bajawa, maka dikirim spesialis dari Jawa dan Bali ke Bajawa. Namun, pemikiran ini kan hanya sepotong-sepotong. Kita tidak bisa menyelesaikan permasalahan hanya sepotong-sepotong dengan mengirimkan alat-alat kesehatan, baru dokter spesialisnya atau yang lainnya. Melainkan, kita harus berpikir secara keseluruhan secara bersamaan.

Maka suatu sistem sebaiknya menjadi suatu hirarki – ada sistem yang lebih tinggi dan lebih rendah (sektor kesehatan → RS → kamar bedah). Tingkat yang lebih tinggi pada hirarki tersebut memiliki kebaruan (emergencies properties) yang berbeda dengan jumlah sifat2 dari tingkat yang lebih rendah. Sifat ini muncul dari interaksi subsistem2 satu sama lain dan dengan lingkungannya. Oleh karena itu, sangat penting berpikir secara holistik.

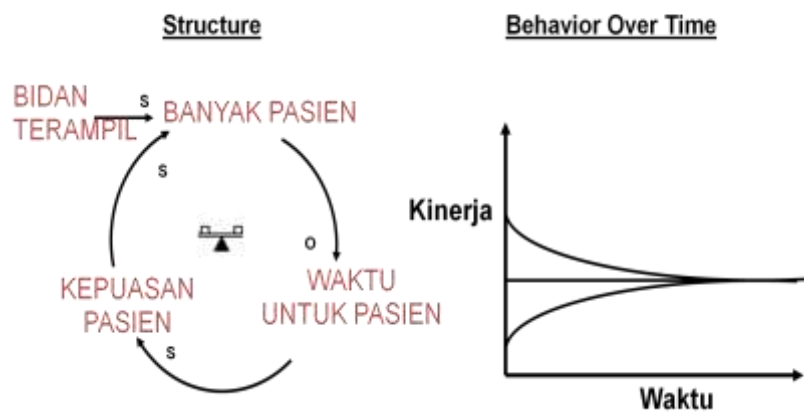


Alat bantu berpikir sistem adalah dengan causal loop diagram :

Reinforcing Loop

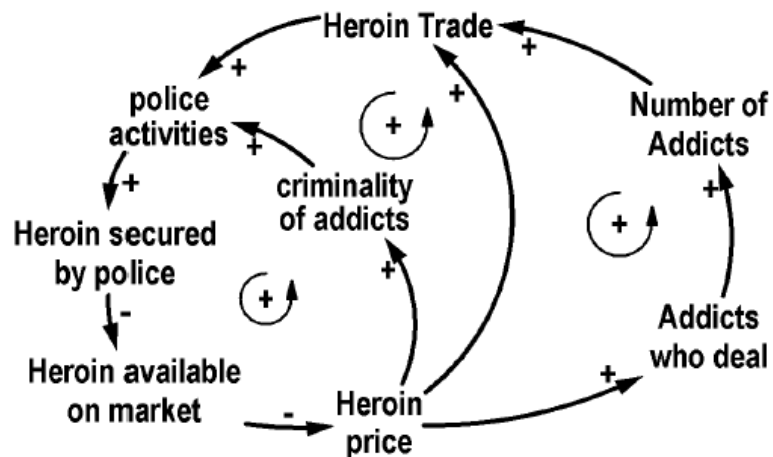


Balancing Loop



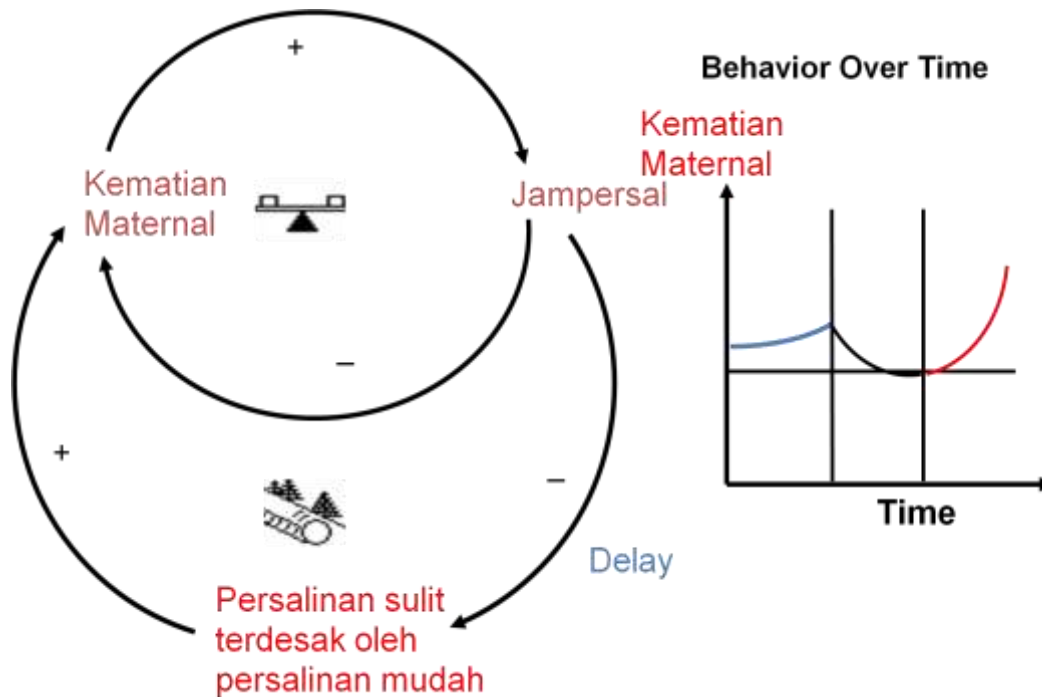
Seperti yang telah tadi saya sampaikan mengenai Sistem Thinking dimana saling keterkaitan, fokus pada keseluruhan, tujuan jangka pandang dan memiliki passion agar tindakan lebih tepat.

Contoh saya ambil dalam kasus narkoba :

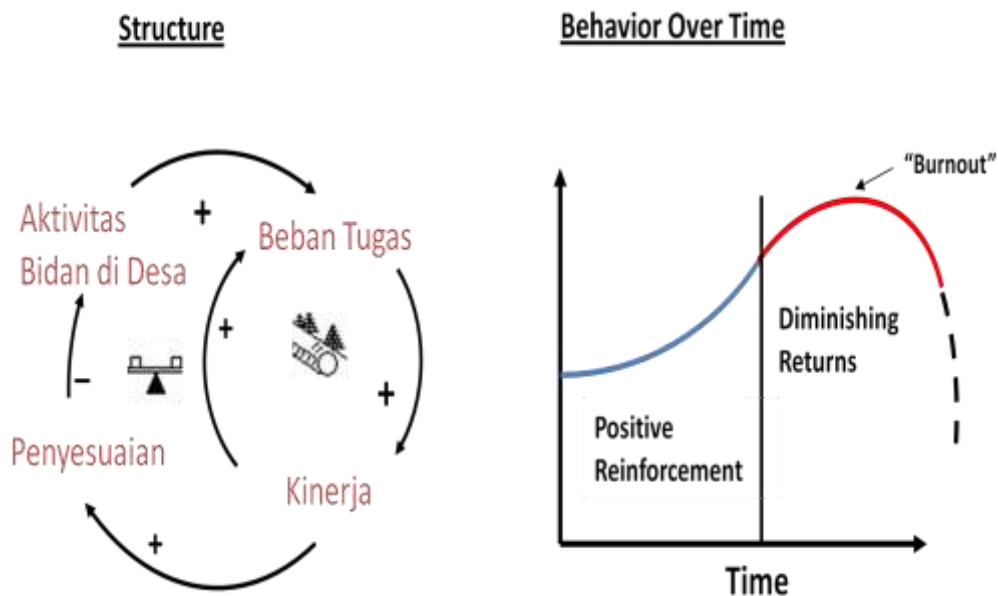


Sejak jaman Ibu Mega, narkoba mulai dikriminalkan, mulai bermunculan pertambahan perdagangan heroin ini walaupun harga heroin semakin mahal. Sehingga jika ingin memberantas narkoba, kita harus memahami berbagai hal yang terdapat dalam siklus ini.

Ada beberapa pola yang berulang-ulang dalam sistem yaitu :
Memperbaiki yang gagal



Pola yang kedua adalah Limits to Grow



DISKUSI :

Dr. Ketut Ananda Wiratama, Sp.OG

Semua ibu-ibu yang mengalami kehamilan lebih dari 5 kali dan sudah ke RS tapi sesudah persalinan, mereka minta tindakan tubektomi, ternyata dari Jampersal dan Jamkesmas tidak dicover. Apakah mungkin ada kebijaksanaan dalam sistem ini, tindakan tubektomi ini bisa digratiskan dalam Jampersal atau Jamkesmas?

Prof. dr. Hari Kusnanto, Dr.PH

Saya kira ini juga lucu, karena yang digratiskan koq hanya yang mau bersalin. Sedangkan yang mau membatasi persalinan malah disuruh bayar? Sekarang kan akan ada UU SJSN yang akan mengcover semua itu.

Prof. dr. Djaswadi

Kalau itu kesalahan secara keseluruhan itu adalah behaviour dari semuanya. Jika nanti ada kasus seperti itu muncul, kita tetap harus berpikir secara sistem dan melihat behaviour yang harus dikerjakan. Karena hamil atau pun tidak itu merupakan hak dari klien kita. Kemudian, kita harus bisa berpikir bagaimana merubah perilaku? Setiap persalinan itu harus aman, artinya sudah tidak boleh ke dukun lagi, harus di fasilitas kesehatan.

Dr. Nida Rochmawati

Karena dalam program Jamkesmas, yang masih miskin, semua tindakan harus dicover, sehingga saya tidak mengerti kenapa tubektomi tidak di cover di Sumba Timur.

Dr. Anung :

Untuk Jampersal, tubektomi itu seharusnya masuk pembiayaan, Cuma ketika lewat waktu 42 hari untuk tubektomi yang tidak bisa dicover. Mungkin ini masalah waktu saja yang belum diinformasikan.

Dr. Soetikno :

Yang namanya NTT saya sudah kenal 33 tahun yang lalu dan memang tidak tentu. Jadi istilahnya kita coba untuk mengampu yang sebelumnya nilai seksio tinggi, karena sekalian secio sekalian tubektomi. Dokter plus saya ajari untuk minilab dan sekarang minilab nya tinggi. Salah satu yang menjadi kendala di Kefamenanu adalah adanya kebijakan pemerintah yang tidak bijak yaitu dana jampersal hanya turun di bidan desa dan puskesmas, yang untuk RSUD tidak turun. Sehingga banyak kematian yang masuk ke RS. Dari permasalahan ini saya mencoba berpikir : menggalang LSM dan orang-orang daerah untuk menyiapkan transportasi dan ibu hamil resiko tinggi wajib memasang bendera merah. Sehingga jika ada apa-apa akan dengan mudah dijemput dan dibawa ke RS.

Prof. Djaswadi :

Kita selalu menyelesaikan tidak di akar masalah, jadi selalu terjadi berulang-ulang. Tentu saja karena perilaku itu yang belum bisa diperbaiki. Sekarang di NTT itu baru ada 8 Spesialis obsgyn tentu saja, tidak mencukupi. Dengan adanya dokter plus ini juga tidak bisa menyelesaikan, karena bukan akar masalah yang selama ini kita kerjakan.

Prof. Hakimi :

Itu tergantung cara pandang kita. Itu sebagai realita ya sudah kita terima, tapi jika kita pandang sebagai masalah, ya mari kita cari solusinya. Karena jika kita sudah menganggap realita, maka kita tidak bisa merubah apa-apa lagi. Kadang2 kita itu senang yang hitam di atas putih, sehingga kita hanya perfect di atas kertas, dan kurang kreatif dalam menangani segala masalah itu.

Prof. Hari Kusnanto :

Jadi sebenarnya ada realitas, masalah dan dilema. Ketika masalah itu tidak bisa diatasi, maka akan timbul dilema yang menjadi sulit untuk diselesaikan.

Dr. Daliman :

Semua yang menggunakan Jampersal wajib KB, itu yang diterapkan di RS Margono. Tadi Prof. Djas mengatakan persalinan itu adalah hak klien, tapi jika kita sudah melaksanakan hal-hal disiplin tadi, apakah kita wajib melarang mereka? Artinya mewajibkan mereka untuk KB.

Prof. Djaswadi :

Contoh sederhana di Thailand itu, kewajibannya adalah sebagai warga negara yang baik, dan hak nya adalah menikmati kehidupannya itu. Kewajibannya dia sebagai klien yaitu memenuhi aturan dengan harapan bisa menikmati hidupnya itu. Kalau mereka sudah melakukan aturan yang benar, apakah benar jika kita memaksakan orang untuk KB? Jadi yang berhak memerintah untuk memaksa orang untuk KB, adalah orang yang berbasis kebenaran. Nah, jika masih bingung, mari kita belajar tentang berpikir sistem. Jangan sampai kita mengintervensi orang dengan suatu masalah. Jadi yang saya maksud dengan kebenaran harus diteliti betul.

Summary dan Briefing

Dr. Rukmono Siswihanto, M.Kes., Sp.OG(K)

Besok akan dibagi menjadi kelompok dan menelaah akar masalah untuk kemudian dipaparkan bersama-sama.

Pelatihan ditutup pada pukul 15.40 WIB