

**LAPORAN AKHIR PROGRAM SISTER HOSPITAL
PERIODE JULI 2010 – DESEMBER 2015**

**PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS GADJAH MADA**

PENGANTAR

Laporan Akhir ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban PKMK FK UGM selaku konsultan Penyediaan Jasa Koordinasi, Monitoring, Evaluasi, dan Verifikasi Bantuan Teknis Kegiatan *Outsourcing* Klinis Program *Coordination Consultant* di NTT dalam Program *Sister Hospital* NTT 2010 – 2015.

Laporan ini terdiri dari Bab 1 pendahuluan yang mencakup latar belakang, tujuan kegiatan dan kerangka kerja. Bab 2 perjalanan 4 tahun program *Sister Hospital* NTT yang mencakup tahap pra kegiatan, tahap fase pengembangan dan tahap exit strategy. Bab 3 rincian pelaksanaan program yang mencakup pelayanan PONEK 24 jam, *capacity building*, pendidikan dokter spesialis, monitoring evaluasi dan *exit strategy*. Bab 4 capaian program *sister hospital* yang mencakup pelayanan PONEK 24 jam, *capacity building* dan pendidikan dokter spesialis. Bab 5 membahas tentang laporan belanja dan pengeluaran lain. Bab 6 permasalahan yang mencakup permasalahan klinik, permasalahan terkait ketersediaan dokter di RSUD, permasalahan *capacity building*, permasalahan budaya dan hubungan antar lembaga, permasalahan terkait exit strategi, permasalahan terkait pengelolaan data hasil Monev, Permasalahan Infrastruktur, permasalahan terkait audit maternal dan neonatal serta masalah rujukan. Bab 7 membahas tentang permasalahan yang ada dan diperbandingkan dengan teori. Bab 8 membahas tentang rekomendasi. Bab 9 dan 10 membahas tentang kesimpulan dan penutup.

Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu proses penyusunan laporan ini sehingga laporan akhir dapat terselesaikan seperti yang diharapkan.

Sekian dan terimakasih.

Yogyakarta, ... Desember 2015
Penanggung Jawab
Program *Sister Hospital*
PMPK FK UGM

DAFTAR ISI

PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
DAFTAR TABEL.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR GAMBAR.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR SINGKATAN.....	7
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	9
I. PENDAHULUAN.....	12
A. LATAR BELAKANG.....	12
B. TUJUAN.....	16
C. KERANGKA KERJA.....	16
II. PERJALANAN 5 TAHUN PROGRAM SISTER HOSPITAL NTT.....	18
A. TAHAP PRA KEGIATAN.....	18
B. TAHAP I (JULI 2010 – FEBRUARI 2011).....	19
C. TAHAP BRIDGING FUND.....	21
D. TAHAP II: FASE PENGEMBANGAN (JULI 2011 – DESEMBER 2014).....	22
a. PENAMBAHAN 5 RSUD BARU.....	22
b. KEGIATAN PML.....	23
c. PENGUATAN SISTEM RUJUKAN.....	29
E. TAHAP EXIT STRATEGY.....	34
a. PENGELOLAAN DATA DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH.....	34
b. PEMBENTUKAN DAN PENGUATAN P2K3 UNDANA.....	34
c. RENCANA TINDAK LANJUT DARI RS MITRA.....	35
III. RINCIAN PELAKSANAAN PROGRAM.....	36
A. PELAYANAN PONEK 24 JAM.....	36
B. CAPACITY BUILDING.....	38
C. PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS.....	38
D. MONITORING-EVALUASI.....	40
E. EXIT STRATEGY.....	43
a. PENGELOLAAN DATA DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH.....	43
b. PEMBENTUKAN DAN PENGUATAN P2K3 UNDANA.....	Error! Bookmark not defined.
c. PEMBENTUKAN DAN PENGUATAN P2K3 UNDANA.....	45
d. RENCANA TINDAK LANJUT DARI RS MITRA.....	51
IV. CAPAIAN PROGRAM SISTER HOSPITAL.....	52
A. PELAYANAN PONEK 24 JAM.....	53

B. CAPACITY BUILDING	66
C. PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS	68
V. LAPORAN BELANJA DAN PENGELUARAN LAIN.....	70
VI. PERMASALAHAN.....	77
A. PERMASALAHAN KLINIK.....	77
B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD	80
C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING.....	81
D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA.....	82
E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY.....	87
F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV	88
G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR.....	89
VII. PEMBAHASAN	90
A. PERMASALAHAN KLINIK.....	90
B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD	91
C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING.....	92
D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA.....	93
E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY.....	93
F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV	94
G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR.....	95
VII. REKOMENDASI UNTUK ARAH KE DEPAN	97
A. PERMASALAHAN KLINIK.....	97
B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD	97
C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING.....	98
D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA.....	98
E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY.....	99
F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV	98
G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR.....	100
VIII. KESIMPULAN.....	101
IX. PENUTUP	102

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Rencana Awal Dan Realisasi Keberangkatan <i>Advance Team</i> Rs Mitra	20
Tabel 2. Pencairan Anggaran <i>Advance Team</i> Dan Pertanggungjawaban Keuangannya	21
Tabel 3. Persentase Penyelesaian Program Pml Di Rs Mitra B Per November 2014.....	27
Tabel 4. Pergantian Direktur Rsud Sepanjang Tahun 2012 – 2014.....	28
Tabel 5. Hasil Diskusi Melalui Teleconference Dan Kunjungan Lapangan Ke 9 Kabupaten Di Ntt... 33	
Tabel 6. Ringkasan Capacity Building 11 Rsud	38
Tabel 7. Kegiatan Pelatihan Peningkatan Kapasitas P2k3 Undana	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
Tabel 8. Kegiatan Penguatan P2k3 Undana.....	46
Tabel 9. Kegiatan Pelatihan Peningkatan Kapasitas P2k3 Undana	47
Tabel 10. Hasil Pencapaian 6 Rs Mitra.....	53
Tabel 11. Jenis Dan Jumlah Spesialis Di 9 Rsud.....	69
Tabel 12. Kegiatan Dantan Dan Estimasi Biaya Dalam Fase Konseptualisasi.....	70
Tabel 13. Kegiatan Dan Estimasi Biaya Dalam Fase Persiapan	71
Tabel 14. Kegiatan Dan Estimasi Biaya Dalam Fase Pelaksanaan.....	72
Tabel 15. Kegiatan Dan Estimasi Biaya Dalam Fase Pelaksanaan Dengan Monitoring Dan Evaluasi	72
Tabel 16. Kegiatan Dan Estimasi Biaya Di Tahun Kedua Program Sister Hospital Provinsin Ntt (Juni 2011-Juni 2013).....	75
Tabel 17. Tahapan Dan Estimasi Biaya Untuk Pembentukan P2k3 Dan Peralihan Monev Tim Provinsi Ntt.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Skema Kontrak Sdm Secara Tidak Langsung	17
Gambar 2. Skema Pentahapan Tugas Advance Team	20
Gambar 3. Program Pml Dirancang Untuk Mendukung Pelaksanaan Program Sister Hospital Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu Dan Bayi	24
Gambar 4. Grafik Persalinan Di 6 Rsud Peserta Program Sh Periode Februari – Juni 2011	57
Gambar 5. Grafik Kematian Di 6 Rsud Peserta Program Sh Periode Februari – Juni 2011	58
Gambar 6. Grafik Cfr Di 6 Rsud Peserta Program Sh Periode Februari – Juni 2011	58
Gambar 7. Grafik Persalinan Di 6 Rsud Lama Peserta Program Sh Periode Jan 2010 – Des 2014....	59
Gambar 8. Grafik Kematian 6 Rsud Peserta Program Sh Periode Jan 2010 – Des 2014.....	60
Gambar 9. Grafik Cfr Di 6 Rsud Lama Peserta Program Sister Hospital Periode Juli 2011 – Des 2014	61
Gambar 10. Persalinan 5 Rsud Baru Januari 2011-Desember 2014 Program Sister Hospital	63
Gambar 11. Kematian 5 Rsud Baru Januari 2011 – Desember 2014 Program Sister Hospital	64
Gambar 12. grafik Cfr Maternal Dan Neonatal Di 5 Rsud Baru Peserta Program Sh Periode Januari 2011 – Desember 2014	65

DAFTAR SINGKATAN

AIPMNH	: Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AMP	: Audit Maternal Perinatal
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BDRS	: Bank Darah Rumah Sakit
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
FK	: Fakultas Kedokteran
FLOTIM	: Flores Timur
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
ICU	: Intensive Care Unit
IPSRS	: Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
IRD	: Instalasi Rawat Darurat
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
MCK	: Mandi Cuci Kakus
MDGs	: Millenium Development Goals
MoU	: Memorandum of Understanding
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
NTT	: Nusa Tenggara Timur
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
Perda	: Peraturan Daerah
PMPK FK	: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah
UGM	: Mada
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PPDS	: Program Pendidikan Dokter Spesialis
PT	: Perseroan Terbatas
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
RSD	: Rumah Sakit Daerah
RSDS	: Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo
RSSA	: Rumah Sakit Umum dr. Saiful Anwar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
RSWS	: Rumah Sakit Umum Pusat dr. Wahidin Sudirohusodo
SK	: Surat Keputusan
SC	: Sectio Caesaria
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: Standard Operating Procedures
SpOG	: Spesialis Obsgin

TTS : Timor Tengah Selatan
UGD : Unit Gawat Darurat
UTD : Unit Transfusi Darah
UTW : Uraian Tugas dan Wewenang

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dalam beberapa tahun terakhir, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia telah menurun cukup tajam. AKI menurun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, sedangkan AKB menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014).

Namun apabila dilihat per provinsi Indonesia bagian timur kurang mendapat perhatian dibandingkan dengan daerah yang sudah maju di bagian barat, salah satunya NTT. Sebagai daerah miskin dan tertinggal, NTT bukan merupakan daerah menarik bagi para dokter spesialis, apalagi di tingkat kabupaten. Didasari, tanpa ketersediaan tenaga kesehatan yang dibutuhkan, mustahil AKI dan AKB dapat diturunkan secara cepat. Dikawatirkan laju penurunan AKI akan terhambat, kebijakan Revolusi KIA akan sulit mencapai tujuannya. Dalam hal ini upaya yang dilakukan adalah melakukan kemitraan dengan rumah sakit di luar NTT melalui inovasi *clinical contracting out* pengadaan tenaga kesehatan. Sejumlah rumah sakit besar bekerja sama melakukan kontrak dalam jangka waktu tertentu untuk mengirimkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan ke RSUD di kabupaten di NTT. Adanya tenaga kontrak ini diharapkan dapat lebih menurunkan kematian ibu dan anak. Oleh karena itu dengan dukungan dari Ausaid dan Pemerintah Provinsi NTT dirancanglah Program Sister Hospital (SH) dengan tujuan menyediakan tenaga pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang memadai dengan bekerjasama dengan Rumah Sakit besar di luar NTT.

Kegiatan yang dilakukan antara lain adalah pengiriman residen ke RSUD untuk membantu pelayanan dan memberikan capacity building kepada tenaga kesehatan di kabupaten dan pendidikan dokter umum menjadi dokter spesialis yang bekerjasama dengan 7 Universitas di Indonesia. Perjalanan program ini pada tahap pra kegiatan SH dan kegiatan SH tahap I diikuti oleh 6 RSUD yakni RSUD Bajawa, Ende, Larantuka Lembata, Waikabubak, dan Soe. Cukup banyak yang sudah diraih oleh 6 RSUD peserta Program SH. Pada capaian indikator klinis, jumlah total kematian ibu pra program 14, kemudian menurun menjadi 6 kasus (turun - 57,14%) setelah 6 bulan. Jumlah total kematian bayi menurun di 6 RSUD intervensi dari 104 menjadi 62 (turun 40,38%). Dari aspek sistem kesehatan Program SH telah berhasil mendukung penguatan sistem kesehatan yang ada dalam hal adanya kesadaran pengelola RSUD untuk berubah, adanya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan adanya peningkatan perhatian dari Pemda setempat. Dalam Program SH ini, dilakukan kegiatan pengiriman dokter residen senior dan spesialis ke 6 RSUD peserta Program SH, dari RS mitranya. Dengan adanya kesediaan dokter spesialis ini baik obgyn, anak dan anastesi, pelayanan PONEK di 6 RSUD menjadi lebih optimal.

Nilai positif dan lesson learnt dari program SH NTT tahap I ini mendorong Dinkes Prov. NTT dan berkat dukungan dari AIPMNH untuk melakukan pengembangan Program SH tahap II yang melibatkan 5 RSUD lain di Provinsi NTT, yakni RSUD Ruteng, RSUD Atambua, RSUD Kefamenanu, RSUD TC Hillers Maumere, dan RSUD Umbu Rara Meha. Selain kegiatan diatas untuk memperkuat sistem rujukan maka dibuatlah manual rujukan untuk 11 RSUD peserta, dan sampai dengan saat ini sudah memasuki tahap implementasi.

Capaian program sejak tahun 2010 – 2014 baik pada 6 RSUD lama secara umum menunjukkan peningkatan pada jumlah total persalinan, kematian maternal, kematian neonatal dan IUFD. Untuk 6 RSUD lama, terjadi peningkatan jumlah total persalinan dari 2922 menjadi 3439. Kematian maternal meningkat dari 13 menjadi 20. Kematian neonatal juga meningkat dari 77 menjadi 78 dan IUFD menurun dari 114 menjadi 101.

Di 5 RSUD Baru, secara umum jumlah total persalinan, kematian maternal, kematian neonatal, dan IUFD mengalami penurunan. Untuk 5 RSUD baru, total persalinan menurun dari 3879 menjadi 2179. Kematian maternal menurun dari 11 menjadi 5. Kematian neonatal menurun dari 123 menjadi 97 sedangkan IUFD di 5 RSUD baru menurun dari 169 menjadi 34. Data ini tidak termasuk RSUD Maumere karena sejak Juli 2014, RSUD Maumere tidak tergabung lagi dalam program Sister Hospital. Data yang terkumpul dalam kelompok 5 RSUD baru didapat dari masa intervensi yang berragam pula. Misal, RSUD Atambua diintervensi selama 34 bulan, RSUD Kefamenanu diintervensi selama 38 bulan, RSUD Waingapu diintervensi selama 35 bulan, RSUD Ruteng diintervensi selama 32 bulan, sedangkan RSUD Maumere diintervensi selama 30 bulan. Ini dikarenakan masa mulai dan berakhir program yang berbeda di tiap RSUD.

Peningkatan ini dipengaruhi karena pelayanan PONEK 24 jam yang semakin baik karena dibantu dokter spesialis dari rumah sakit mitra, selain itu sudah adanya sistem administrasi yang semakin baik. Karena jumlah pasien yang semakin membludak tentunya akan berpengaruh pada jumlah kematian baik itu maternal, neonatal, dan IUFD yang juga menunjukkan peningkatan. Peningkatan ini disebabkan juga karena berbagai sebab misalnya faktor budaya, sistem rujukan yang belum baik, ekonomi, dan lain sebagainya.

Untuk mempermudah pertukaran informasi dan sebagai sarana pembelajaran juga bagi tenaga kesehatan di daerah maka dibuatlah metode pembelajaran via internet melalui website yang dikelola oleh PKMK FK UGM. Pemanfaatan jaringan internet juga digunakan untuk pelatihan jarak jauh dan telemedicine.

Program Sister Hospital yang dilakukan di NTT ditujukan bukan hanya membawa dampak bagi 11 RSUD Kabupaten yang menjadi peserta, namun perlu juga memberikan dampak bagi institusi pendidikan di NTT sebagai suatu instansi yang nantinya bisa membantu kelanjutan atau memberikan input bagi keberhasilan program ini selanjutnya. Maka itu dipikirkanlah untuk membentuk suatu lembaga yang diharapkan mampu untuk menggantikan peran dari PKMK nantinya di NTT yang bekerjasama dengan Universitas Nusa Cendana, yakni Pusat Kebijakan Kesehatan, dan Kedokteran (P2K3).

Setelah selesainya program ini kegiatan yang masih dilanjutkan oleh RS Mitra untuk periode Juli 2013 – Desember 2015 antara lain peningkatan kapasitas institusi dan personel dalam pelayanan dan mutu rujukan; penguatan manajemen klinis; pengadaan fasilitas, obat-obatan dan alat medik; kegiatan *movev* dan *supervise*; pengiriman dokter spesialis; dan *capacity building* dengan total dana yang dibutuhkan sebesar Rp 5.679.860.000,00. Sumber dana dari kegiatan ini hampir semua berasal dari AIPMNH namun ada juga yang berasal dari APBD seperti untuk pembelian peralatan dan pembenahan fasilitas.

Sebagai sasaran utama dari Program Sister Hospital PONEK 24 jam menjadi prioritas untuk dikembangkan. Dari 11 RSUD yang dulunya belum memiliki PONEK ataupun sudah memiliki tetapi tidak berjalan dengan lancar setelah adanya Sister Hospital semuanya sudah memiliki PONEK 24 jam dengan adanya dukungan dari RS Mitra. Selain memberikan pelayanan klinis, residen maupun dokter spesialis dari RS Mitra A yang datang ke RSUD tidak hanya memberikan pelayanan kepada pasien tetapi juga melakukan *transfer knowledge* kepada tenaga medis di RSUD. Di 11 RSUD telah melakukan sekitar 3.624 kegiatan *capacity building*. Hingga Desember 2014, kegiatan *capacity building* masih rutin dilakukan di 9 RSUD yang masih tergabung dalam program Sister Hospital. Namun, data mengenai jumlah dan topik apa saja yang disajikan dalam kegiatan *capacity building* tidak dapat direkap karena laporan bulanan dari RS Mitra A tidak lagi dikumpulkan per Juli 2013. Metode penyampaian materi yang digunakan di 11 RSUD ini adalah presentasi, diskusi, simulasi, kuliah, seminar, workshop, *bed side teaching*, tutorial, pendampingan dan *on the job training*. Peserta kegiatan *capacity building* ini terdiri dari dokter dan perawat (dari bagian ICU, IGD, OK, perina dan VK), komite medik RSUD, bagian Bank Darah Rumah Sakit, bidan, staff bagian penunjang medik, petugas laboratorium, petugas IPSRS dan PMI.

Pelajaran yang dapat diambil dari pelaksanaan Program SH adalah: a) Pengembangan pelayanan KIA memerlukan kebijakan yang komprehensif (tidak terpotong-potong) dari hulu sampai hilir; b) revolusi KIA sudah berada dalam jalur yang benar; dan c) kebijakan yang komprehensif tersebut dapat menjadi sebuah reformasi dengan konsep yang jelas. Setelah dilaksanakannya program SH, nampak bahwa persalinan di fasilitas kesehatan semakin meningkat dan persalinan di non fasilitas kesehatan menurun. Sister Hospital juga telah berhasil memperbaiki mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) di rumah sakit. Revolusi KIA mendorong perpindahan tempat dari rumah ke fasilitas kesehatan. Walaupun bukan faktor tunggal dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi, Program SH membantu mendorong perbaikan sistem kesehatan aspek ibu dan anak di NTT (misalnya mulai banyak pelibatan masyarakat dan stakeholder). Program SH juga telah meningkatkan mutu pelayanan Jampersal dengan perbaikan pelayanan klinik walaupun dalam Jampersal di tahun 2011 masih terdapat ketidakjelasan untuk meningkatkan pelayanan. Dalam Program SH juga dilakukan praktek pembayaran kontrak tenaga pelayanan kesehatan. Program SH juga telah menguatkan RS (hilir) dengan pelayanan klinik dan perbaikan sistem manajemen (PML). Program SH juga telah menguatkan penanganan di Puskesmas, Pustu dan Masyarakat (hulu).

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam beberapa tahun terakhir, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia telah menurun cukup tajam namun hasil yang mengagetkan datang dari hasil SDKI pada tahun 2012 yang menyatakan bahwa AKI meningkat menjadi 359 per 100.000, sedangkan AKB mengalami penurunan yakni 32 per 1.000 kelahiran hidup. Padahal sebelumnya AKI sempat mengalami penurunan dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, sedangkan AKB menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 – 2014).

Apabila melihat data AKB dan AKI dari provinsi NTT pada tahun 2010 – 2015 menunjukkan berita yang menggembirakan bahwa AKI dapat ditekan dimana AKI pada tahun 2010 sebanyak 252 dan mengalami penurunan menjadi 132 kematian pada tahun 2015 (kondisi Oktober 2015). Pencapaian ini sudah berada jauh di angka nasional yakni 359 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan SDKI 2012. Sedangkan untuk AKB apabila melihat secara keseluruhan tidak mengalami penurunan yang berarti.

Secara angka kematian ibu dan anak di NTT memang sudah menampakkan perubahan yang semakin baik, yakni terjadi penurunan kematian ibu dan bayi bila dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia. Bersamaan dengan hal tersebut sudah mulai ada kesadaran dari masyarakat NTT dimana ada terjadi perubahan sosial budaya dimana ibu hamil sudah mulai mempercayakan kehamilan dan proses kelahiran pada fasilitas pelayanan kesehatan, hal ini terlihat dari data persalinan provinsi NTT yakni sebanyak 60% dari jumlah 87.798 ibu hamil melahirkan di Faskes pada tahun 2010, kemudian 77,7% dari jumlah 96.273 ibu hamil yang melahirkan di faskes pada tahun 2011 dan terus meningkat pada tahun 2012 menjadi 81% dari 79.208 ibu hamil kemudian pada tahun 2013 meningkat lagi menjadi 86% dari 81.304. Untuk tahun 2014 tingkat kesadaran masyarakat terhadap fasilitas layanan kesehatan meningkat karena data pada sampai dengan bulan Oktober 2014 tingkat persalinan di faskes sudah mencapai 86,65%.

Perkembangan di atas patut diapresiasi karena bukanlah hal yang mudah untuk merubah kebiasaan dari masyarakat NTT yang sudah terbiasa dengan adanya budaya dan kebiasaan yang sudah diturunkan oleh leluhur mereka. Kerja keras dan kesungguhan pemerintah juga memang sangat terlihat, hal ini dimulai dengan adanya sebuah strategi untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu, bayi baru lahir dan anak yang pada tahun 2008 telah dicanangkan oleh Gubernur Nusa Tenggara Timur (NTT), Strategi ini disebut 'Revolusi KIA'. Tujuan dan strategi yang melandasi Revolusi KIA sejalan dengan kebijakan nasional (Menuju Persalinan Selamat) dan tujuan Pemerintah Indonesia untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium ke-4 dan 5 pada tahun 2015.



Bendera Revolusi KIA berkibar dengan gagah di salah satu Desa Siaga di NTT yang menunjukkan telah berjalannya Revolusi KIA NTT. Setelah keluarnya Pergub NTT No. 42 Tahun 2009, perkembangan Revolusi KIA di Propinsi NTT berjalan pesat hingga menjangkau desa-desa di pelosok di seluruh kabupaten di Propinsi NTT. Kemajuan Revolusi KIA yang dicapai tersebut tidak lepas dari dukungan AIPMNH.

Meskipun secara global angka kematian ibu dan bayi di NTT dalam jangka waktu beberapa tahun ini dapat ditekan di 22 Kabupaten, bahkan 11 wilayah SH NTT yang masih bergabung pada pertengahan Juni 2013 hingga 9 RSUD yang masih bergabung sampai akhir program juga mengalami penurunan angka kematian AKI namun tidak pada kematian neonatal. Namun apabila diamati dari data yang dikumpulkan dari 11 RSUD di kabupaten peserta Program SH (baik kelompok 6 RSUD lama, maupun 5 RSUD baru), nampak bahwa ada peningkatan angka kematian ibu. Namun, case fatality rate (CFR) sampe pada Juni 2015 untuk kasus kematian ibu di 5 RSUD baru mengalami penurunan sedangkan di 6 RSUD lama mengalami peningkatan case fatality rate (CFR) sampe pada Juni 2015. Peningkatan jumlah kematian ibu di 11 RSUD di kabupaten peserta Program SH ini dimungkinkan karena adanya perpindahan kematian yang semula terjadi di luar rumah sakit, menjadi di rumah sakit. Ini dapat dibuktikan dengan semakin meningkatnya rujukan kasus-kasus maternal ke 11 RSUD di kabupaten peserta Program SH ini. Selain itu, pada masa pelaksanaan Program SH, pencatatan angka kematian ibu juga semakin baik. Ini juga dimungkinkan menjadi penyebab tingginya angka kematian di 11 RSUD di kabupaten peserta Program *sister hospital*.

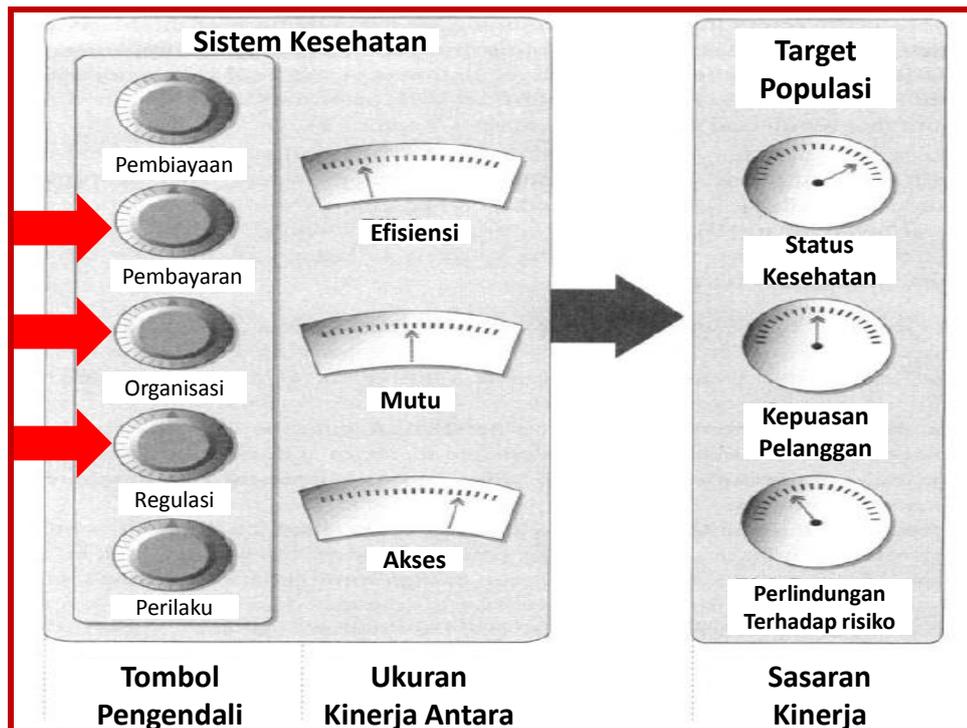
Demikian pula dengan kasus kematian bayi meskipun secara global di Provinsi NTT mengalami penurunan, namun peningkatan kematian bayi masih terjadi di 11 wilayah SH. Sempat mengalami penurunan kematian di RSUD *sister hospital* pada tahun 2013 namun setelah itu penurunannya stagnan hingga tahun 2015. Bila ditelaah di 6 RSUD lama peserta Program SH, kematian bayi mengalami peningkatan, namun ada penurunan case fatality rate (CFR) meskipun penurunann ini masih terjadi secara fluktuatif. Sedangkan di 5 RSUD baru peserta Program SH, kematian bayi mengalami

penurunan dan case fatality rate (CFR)-nya juga mengalami penurunan. Kematian yang terjadi di 6 RSUD lama dimungkinkan terjadi karena tingginya rujukan kasus-kasus neonatal ke kabupaten peserta Program SH, sedangkan sistem rujukan itu sendiri belum disertai dengan kualitas rujukan yang baik.

Hal ini menjadikan AKB dan AKI di Provinsi NTT masih tetap menjadi isu penting sehingga diperlukan percepatan penurunan angka kematian yang signifikan. Penurunan kematian ini sangat erat kaitannya dengan keberhasilan sepenuhnya. Sebagai daerah miskin dan tertinggal, NTT bukan merupakan daerah menarik bagi para dokter spesialis, apalagi di tingkat kabupaten. Didasari, tanpa ketersediaan tenaga kesehatan yang dibutuhkan, mustahil AKI dan AKB dapat diturunkan secara cepat. Dikawatirkan laju penurunan AKI akan terhambat, kebijakan Revolusi KIA akan sulit mencapai tujuannya. Dalam hal ini upaya yang dilakukan adalah melakukan kemitraan dengan rumah sakit di luar NTT melalui inovasi *clinical contracting out* pengadaan tenaga kesehatan. Sejumlah rumah sakit besar bekerja sama melakukan kontrak dalam jangka waktu tertentu untuk mengirimkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan ke RSUD di kabupaten di NTT. Adanya tenaga kontrak ini diharapkan dapat lebih menurunkan kematian ibu dan anak.

Kegiatan ini merupakan sebuah reformasi sistem kesehatan dimana masalah kematian ibu dan anak dicoba diatasi dengan kebijakan yang reformis dengan cara:

1. Merubah pengorganisasian pelayanan kesehatan melalui kerjasama antar organisasi (model *sister hospital*).
2. Merubah sistem pembayaran untuk tenaga kesehatan melalui pendekatan kontrak per kelompok dan penggunaan TOR perkegiatan.
3. Merubah regulasi pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pendidikan tenaga kesehatan (spesialis) melalui kebijakan yang *affirmative* untuk daerah sulit seperti NTT.



Sister Hospital merupakan sebuah reformasi sistem kesehatan di mana masalah kematian ibu dan anak dicoba diatasi dengan kebijakan yang reformis (dengan pendekatan 5 Control Knobs dari Roberts et al, 2004) dengan cara:

1. *Tombol Organisasi: Merubah pengorganisasian pelayanan kesehatan melalui kerjasama antar organisasi (model sister hospital).*
2. *Tombol Pembayaran: Merubah sistem pembayaran untuk tenaga kesehatan melalui pendekatan kontrak per kelompok.*
3. *Tombol Regulasi: Merubah regulasi pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pendidikan tenaga kesehatan (spesialis) melalui kebijakan yang afirmative untuk daerah sulit seperti NTT.*

Kegiatan ini merupakan hal baru. Membutuhkan berbagai pemikiran dan inovasi. Program *Sister Hospital* ini merupakan proyek pengalihdayaan (*outsourcing*) pelayanan klinis dengan tujuan:

1. Mencapai ketersediaan layanan 24 jam untuk layanan gawat darurat obstetrik dan neonatus komprehensif di Rumah Sakit Umum Daerah dalam wilayah AIPMNH di NTT;
2. Meningkatkan kapasitas staf dan manajemen Dinas Kesehatan Provinsi, dinas kesehatan kabupaten dan rumah sakit dalam pengelolaan PONEK melalui *capacity building*; dan
3. Memberikan *mentoring*/pelatihan ditempat kerja bagi tenaga Puskesmas dan meningkatkan kemampuan melatih di RSUD dalam rangka memperkuat sistem rujukan.

Untuk mencapai tiga tujuan tersebut, PKMK FK UGM dikontrak oleh AIPMNH untuk melaksanakan Paket Pekerjaan Penyediaan Jasa Koordinasi, *Monitoring*, Evaluasi, dan Verifikasi Bantuan Teknis Kegiatan *Outsourcing* Klinis Program *Coordination Consultant* di NTT. Pelaksanaan kontrak tersebut wajib dilaporkan PKMK FK UGM dalam bentuk Laporan Akhir dan Laporan khusus.

B. TUJUAN

Latar belakang diatas menunjukkan bahwa perlu ada kegiatan luar biasa yang dapat memberikan dampak jangka pendek (tahun 2010 – 2015) terhadap penurunan kematian ibu dan bayi, sekaligus menyiapkan tenaga kesehatan untuk masa yang lebih panjang. Oleh karena itu disusun program *Sistem Hospital* NTT. Terdapat 2 kegiatan utama yaitu: (1) Kegiatan Kontrak Pelayanan Klinik (*Clinical Contracting*) dengan RS mitra; dan (2) kegiatan pengiriman pendidikan spesialis.

Kegiatan *Clinical Contracting Out* ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan rumah sakit dalam hal pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui:

1. Pengiriman dokter spesialis/residen senior obstetri-ginekologi, dokter spesialis/residen senior kesehatan anak, dokter spesialis/residen senior anastesi, dan tenaga paramedis pendukung untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan PONEK di rumah sakit.
2. Peningkatan ketrampilan teknis staf di rumah sakit melalui pelatihan dan pembudayaan teknis kerja dalam kegiatan sehari-hari.
3. Pelatihan tim tenaga di Puskesmas dalam rangka penguatan sistem rujukan kesehatan ibu dan anak.

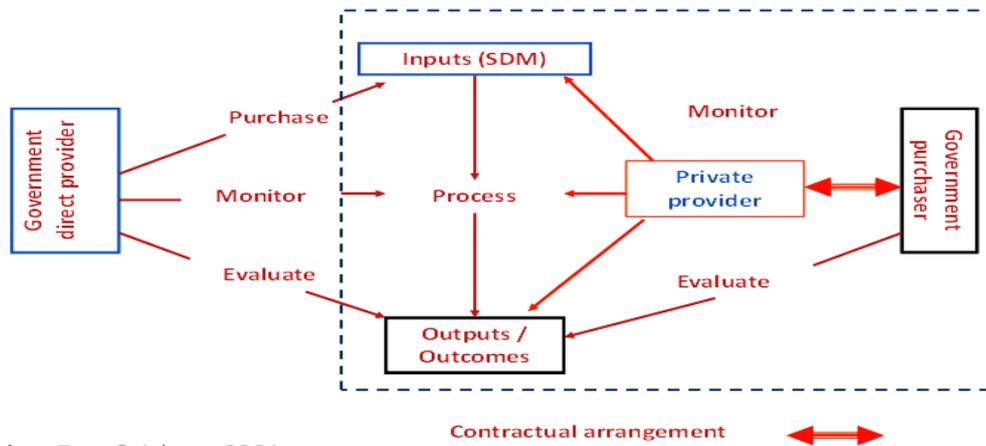
Adapun kegiatan *clinical contracting out* ini, mempunyai strategi memperkuat PONEK di RSUD dan sekaligus untuk mengembangkan PONEK di Puskesmas. Dengan demikian diharapkan ada sinergi antara keduanya. Sinergi ini bertujuan untuk menurunkan kematian ibu dan anak di rumah sakit, puskesmas, dan masyarakat. Dampak dari kegiatan ini diharapkan dapat secara jangka pendek dirasakan oleh masyarakat.

Kegiatan pengiriman pendidikan spesialis dilakukan dengan tujuan menyediakan tenaga spesialis dalam waktu 4 tahun ke depan. Pendidikan dokter umum menjadi dokter spesialis yang ditugaskan di RSUD propinsi NTT dikembangkan melalui kerjasama dengan 7 perguruan tinggi: Universitas Hasanuddin, Universitas Airlangga, Universitas Brawijaya, Universitas Gadjah Mada, Universitas Udayana, Universitas Diponegoro dan Universitas Udayana.

C. KERANGKA KERJA

Dalam literatur, ketersediaan SDM kesehatan suatu organisasi diperoleh melalui: (1) kontrak langsung SDM (organisasi mengontrak sendiri SDM yang dibutuhkan); atau (2) secara tidak langsung melalui kontrak pelayanan kesehatan (organisasi mengontrak

pihak ketiga untuk pelayanan kesehatan, kemudian pihak ketiga tersebut mengontrak SDM yang dibutuhkan) (Zurn & Adams, 2004).



Gambar 1 Skema Kontrak SDM Secara Tidak Langsung

Ada sejumlah keuntungan dari cara kontrak SDM secara tidak langsung ini. Pertama, organisasi (dalam hal ini RSUD atau Dinas Kesehatan) tidak perlu merekrut dan mengelola SDM tersebut karena semua itu dilakukan oleh pihak ketiga. Jika kinerja SDM tidak memuaskan, RSUD atau Dinas Kesehatan dapat meminta pertanggungjawaban pihak ketiga untuk pembinaan atau penggantian SDM. Kedua, kesinambungan penyediaan SDM akan lebih terjaga karena pihak ketiga terikat kontrak untuk melakukan hal itu. Selain itu, secara umum *contracting out* mempunyai sejumlah kelebihan seperti:

1. Mengatasi hambatan kemampuan menyerap (*absorptive capacity*) sumber daya yang tersedia serta memanfaatkannya seefektif mungkin;
2. Memastikan terfokusnya perhatian terhadap pencapaian hasil-hasil yang dapat terukur;
3. Memberikan keleluasaan dan peningkatan moral kepada sektor swasta untuk meningkatkan pelayanan;
4. Memberikan otonomi yang lebih luas dan kewenangan mengambil keputusan kepada para manajer di lapangan;
5. Memanfaatkan kompetisi untuk meningkatkan keefektifan dan efisiensi;
6. Memungkinkan pemerintah untuk memfokuskan diri terhadap peran-peran lain yang seharusnya dilakukan seperti perencanaan, penetapan standar, pembiayaan, dan regulasi (Loevinsohn & Harding, 2004).

Dalam hal ini RS mitra akan menjadi kontraktor yang menyediakan 3 tenaga yang dibutuhkan yakni untuk tim *emergency* kebidanan (PONEK) di Kabupaten-Kabupaten di NTT.

II. PERJALANAN 5 TAHUN PROGRAM SISTER HOSPITAL NTT

A. TAHAP PRA KEGIATAN

Pada awal program Program *sister hospital* merupakan program yang inovatif, sehingga dibutuhkan upaya keras pada awal program dijalankan, dimulai dari fase konsepsualisasi hingga pada fase terminasi proyek. Pada fase konsepsualisasi dimulai dengan adanya pertemuan di FK UGM antara pimpinan Dinas Kesehatan Propinsi NTT, AIPMNH, dan FK UGM untuk advokasi/sosialisasi program kepada stakeholder provinsi NTT, kemudian yang dilanjutkan dengan persiapan penyusunan *grand design*. Pertemuan ini membahas konsep sistem kontrak yang mempunyai proses cukup rumit dan mengandung risiko tinggi karena langsung memberikan pelayanan medik kepada ibu dan anak. Risiko yang mungkin timbul adalah memburuknya kematian karena mendatangkan tim medik dari luar. Setelah pertemuan awal ini kemudian ada masa jeda yang cukup panjang sekitar 8 Bulan baru kemudian dilakukan lagi pertemuan untuk memastikan keberlanjutan program.

Pada pertemuan itu akhirnya disepakati untuk menyiapkan pertemuan besar untuk mengkonsep program *Sister Hospital* NTT. Dalam pertemuan besar itu disepakati konsep dasarnya dan digunakan sebagai dasar untuk mencari kemitraan RS yang bersedia datang ke NTT dalam tim. Kemitraan tersebut dilakukan melalui inovasi *clinical contracting out* pengadaan tenaga kesehatan. Sejumlah rumah sakit besar bekerjasama melakukan kontrak dalam jangka waktu tertentu untuk mengirimkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan ke RSUD di kabupaten di NTT. Adanya tenaga kontrak ini diharapkan dapat segera menurunkan kematian ibu dan anak. Bersamaan dengan kegiatan tersebut, secara jangka menengah, harus ada upaya agar NTT dapat mandiri menyediakan tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Untuk itu dokter umum dari NTT perlu dididik untuk menjadi dokter spesialis melalui pendidikan spesialisasi di berbagai perguruan tinggi mitra. Setelah lulus, para tenaga spesialis akan menggantikan tenaga kontrak dari RS Mitra sehingga pelayanan dapat terus berjalan dengan baik.

Pada awal program kegiatan *sister hospital* terdapat 2 kegiatan utama yang menjadi fokus program yakni kegiatan kontrak Pelayanan Klinik (*Clinical Contracting*) dengan RS mitra; dan kegiatan pengiriman pendidikan spesialis. Kegiatan ini dimaksudkan agar Pengiriman dokter spesialis/residen senior obstetri-ginekologi, dokter spesialis/residen senior kesehatan anak, dokter spesialis/residen senior anastesi, dan tenaga paramedis pendukung lainnya untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan PONEK di rumah sakit serta peningkatan ketrampilan teknis staf di rumah sakit melalui pelatihan dan pembudayaan teknis kerja dalam kegiatan sehari-hari dan Pelatihan tim tenaga di Puskesmas dalam rangka penguatan sistem rujukan kesehatan ibu dan anak.

Kegiatan pengiriman pendidikan spesialis dilakukan dengan tujuan menyediakan tenaga spesialis dalam waktu 4 tahun ke depan. Pendidikan dokter umum menjadi dokter spesialis yang ditugaskan di RSUD propinsi NTT dikembangkan melalui kerjasama dengan 4 perguruan tinggi: Universitas Hasanuddin, Universitas Airlangga,

Universitas Brawijaya, dan Universitas Udayana. Adapun peningkatan keterampilan agar budaya kerja yang dimiliki oleh RS Mitra dapat diimplementasikan di RSUD serta dengan pelatihan yang diberikan oleh mitra dapat memperkuat pemahaman terkait dengan penguatan sistem rujukan.

Output dari Kegiatan yang dilakukan yakni mempunyai strategi memperkuat PONEK di RSUD dan sekaligus untuk mengembangkan PONEK di Puskesmas. Dengan demikian diharapkan ada sinergi antara keduanya. Sinergi ini bertujuan untuk menurunkan kematian ibu dan anak di rumah sakit, puskesmas, dan masyarakat. Sehingga dampak yang diharapkan dari program ini adalah dapat secara jangka pendek dirasakan oleh masyarakat.

Untuk mengetahui capaian program yang sudah dilaksanakan maka pada tahap pra kegiatan dilakukan dengan merancang pencapaian program SH dengan *design before and after*. Sebelum kegiatan dimulai dengan mengukur kinerja 6 RSUD yang akan terlibat, kemudian setelah 6 bulan kegiatan berlangsung, dilakukan lagi evaluasi untuk mengukur kinerjanya. Enam RS yang dijadikan target adalah RSUD Larantuka, RSUD Soe, RSUD Lewoleba, RSUD Ende, RSUD Ekapata Waikabubak, dan RSUD Bajawa.

Dari perbandingan pencapaian indikator klinis tersebut, dapat diasumsikan bahwa jumlah kematian ibu dan neonatus serta jumlah total IUFD mengalami penurunan, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada awal program SH ada dampak yang dirasakan oleh masing-masing RSUD sehingga program Sister Hospital ini layak untuk dilanjutkan guna mendukung sebuah strategi yang sudah dicanangkan oleh Gubernur Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2008, sebuah strategi untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu, bayi baru lahir dan anak. Strategi ini disebut 'Revolusi KIA'. Tujuan dan strategi yang melandasi Revolusi KIA sejalan dengan kebijakan nasional (Menuju Persalinan Selamat) dan tujuan Pemerintah Indonesia untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium ke-4 dan 5 pada tahun 2015.

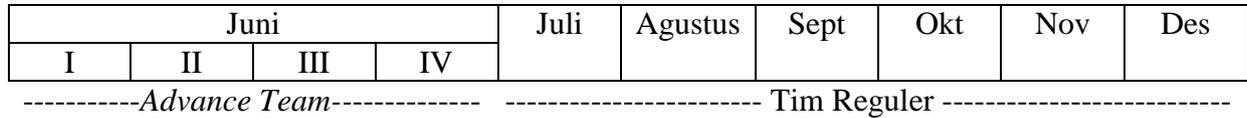
B. TAHAP I (JULI 2010 – FEBRUARI 2011)

Pada tahap ini dilakukan pengiriman tim *advance* sebagai tim khusus dari RS mitra ke RSUD kabupaten di Propinsi NTT dalam Program *Sister Hospital* ini bertujuan untuk:

1. Memulai pemberian pelayanan PONEK 24 jam di RSUD apapun kondisi yang ada di RSUD tersebut.
2. Melakukan *assessment* sambil memberikan pelayanan kesehatan terhadap kesiapan RSUD dalam pelayanan PONEK 24 jam tersebut.
3. Menyusun rekomendasi untuk peningkatan kesiapan RSUD dalam pemberian pelayanan PONEK 24 jam, baik untuk jangka pendek (2010), satu tahun ke depan (2011), maupun untuk jangka panjang.
4. Menyusun *draft* MoU dengan pemda setempat sekaligus menandatangani.

Tim *Advance* dari RS mitra terdiri dari 3 Dokter spesialis atau residen senior (Obgin, Kesehatan Anak, dan Anestesi), 1 Perawat NICU dan 1 Teknisi Laboratorium

Kesehatan. Tim *Advance* ini merupakan tim pendahulu bagi tim-tim reguler yang akan datang selanjutnya. Agar tidak ada kekosongan pelayanan, tim ini harus menunggu kedatangan tim reguler yang akan meneruskan tugas tim *advance* sekaligus melaukan serah terima tugas. Skema pentahapan tugasnya yaitu sebagai berikut:



Gambar 2 Skema Pentahapan Tugas *Advance Team*

Pelaksanaan Kegiatan *Advance Team*

Realisasi keberangkatan *Advance Team* hampir semua RS Mitra meleset dari rencana awal masing-masing yang diajukan pada saat pertemuan di Bali 21-22 Mei 2010, kecuali RSUD dr. Soetomo yang sesuai dengan rencana (lihat Tabel 1). Keterlambatan ini sebagian besar karena masalah internal masing-masing RS Mitra, kecuali RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo. Keterlambatan RSWS karena masalah eksternal yaitu masalah kekisruhan Pilkada di Kabupaten Flores Timur yang menyebabkan situasi tidak kondusif.

Tabel 1 Rencana Awal dan Realisasi Keberangkatan *Advance Team* RS Mitra

No	RS Mitra	Rencana Awal	Realisasi	Kesenjangan
1	RSUP Sanglah	Minggu II Juni	30 Juni	2 minggu
2	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo	29 Mei	15 Juli	6 minggu
3	RSUD dr. Soetomo	Minggu II Juli	15 Juli	sesuai
4	RSU dr. Saiful Anwar	15 Juli	24 Juli	1 minggu
5	RS Panti Rapih	Minggu II Juli	29 Juli	2 minggu
6	RS Bethesda	Minggu I Juli	2 Agustus	4 minggu

Keberangkatan *Advance Team* tersebut didukung anggaran dari AIPMNH. Mekanisme pencairan anggarannya melalui TOR dan RAB. Artinya, di luar anggaran kontrak masing-masing RS Mitra. Hal ini ditempuh karena kontrak baru akan diproses setelah *Advance Team* melaksanakan tugasnya.

Alokasi yang diberikan untuk setiap RS Mitra adalah Rp. 160.000.000. Dalam realisasinya, tidak semua RS Mitra membutuhkan dana sebesar itu. RSWS misalnya hanya membutuhkan Rp. 134.300.000 karena tim klinis dalam *Advance Team* langsung melaksanakan tugas sebagai Tim Reguler. Hal yang sama juga terjadi pada RS Panti Rapih (Lihat Tabel 2).

Tabel 2 Pencairan Anggaran *Advance Team* dan Pertanggungjawaban Keuangannya

No	Pencairan Anggaran Tim Advance dan Pertanggungjawaban Keuangannya			Liquidated	Sisa Anggaran
1	6-Jul-10	RSUP dr. Wahidin S	134,300,000	v	
2	14-Jul-10	RSUP Sanglah	160,000,000	v	
3	20-Jul-10	RSUD dr. Soetomo	160,000,000	v	
4	21-Jul-10	RS Panti Rapih	160,000,000	v	69.803.600
5	21-Jul-10	RSU Saiful Anwar	159,940,000	v	
6	3-Aug-10	RS Bethesda	159,900,000	v	

Sebagai catatan menarik, beberapa RS Mitra seperti RSUP Sanglah, RSUD dr. Soetomo, dan RS Bethesda memberangkatkan *Advance Team*-nya sebelum anggaran dari AIPMNH cair. Ketiga RS Mitra ini membiayai sendiri dulu keberangkatan tim *advance*-nya agar pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal.

Kesimpulan dari kegiatan Tim *Advance* ini adalah:

- Pelayanan PONEK di RSUD Waikabubak sudah berjalan namun masih perlu dilengkapi dengan SOP, Protap, sarana dan obat-obatan
- Kompetensi petugas RSUD Waikabubak perlu ditingkatkan tentang pelayanan PONEK
- Peralatan medis yang kondisinya rusak perlu dicek oleh teknisi elektromedik
- Pelayanan darah perlu dilengkapi dengan incubator dan stabilizer untuk alat alat yang ada.
- Sosialisasi program *Sister Hospital* untuk seluruh staf RSUD Waikabubak masih perlu ditingkatkan agar tidak ada penolakan dari mereka.

Setelah dilakukan penilain pada awal pra kegiatan secara keseluruhan jumlah absolut kematian ibu, bayi, dan IUFD di ke-6 RSUD intervensi menurun dibandingkan dengan data pra program, Jumlah total kematian ibu pra program 13, kemudian menurun menjadi 6 kasus (turun 53,85%) setelah 6 bulan. Jumlah total kematian bayi menurun di 6 RSUD intervensi dari 111 menjadi 62 (turun 44,14%), IUFD menurun di 6 RSUD dari 116 menjadi 89 (turun 23,28%)

C. TAHAP BRIDGING FUND

Setelah 6 bulan pelaksanaan Program *Sister Hospital* NTT banyak nilai positif dan *lesson learnt* yang dapat diambil dari kegiatan ini. Nilai positif yang jelas nampak dan sesuai dengan tujuan dari kegiatan ini adalah

- Terpenuhinya tenaga ahli/spesialis obstetri dan genekologi, anak, dan anetesi, serta tenaga terlatih PONEK dan PONEK di 6 RSUD NTT.
- Terlaksananya kegiatan *capacity building* oleh tenaga tenaga terlatih dari rumah sakit mitra di 6 RSUD dan beberapa puskesmas di Propinsi NTT
- Analisis laporan kegiatan dari rumahsakit mitra menunjukkan telah terjadi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan angka kematian bayi di 6 RSUD.

Setelah 6 bulan pelaksanaan Program Sister Hospital NTT (Tahap 1) diharapkan 6 rumah sakit mitra dapat segera menyiapkan dan menjalankan penandatanganan MoU lanjutan dengan 6 RSUD. Akan tetapi dalam pelaksanaannya MoU lanjutan dengan RSUD belum dapat melaksanakan. Selain itu beberapa permasalahan mulai timbul di internal rumahsakit mitra sehingga terjadi keterlambatan dalam menyelesaikan laporan kegiatan dan laporan keuangan ke AIPMNH, sedangkan disisi yang lain kegiatan Sister Hospital di RSUD harus tetap berjalan. Untuk menjaga agar Program Sister Hospital ini tetap berjalan dan semua kewajiban administratif dapat dipenuhi maka AIPMNH sebagai penyandang dana dalam Program Sister Hospital NTT mengeluarkan kebijakan *Bridging Fund*.

Semua kegiatan dalam Program Sister Hospital pada masa *bridging fund* oleh setiap rumahsakit mitra didasarkan atas pengajuan TOR (term of reference). Tahapan ini berbeda dengan pada tahapan sebelumnya dimana pengajuan pendanaan didasarkan atas RAB (rencana anggaran belanja) selama 6 bulan kedepan, dan pencairan dana akan dilakukan setiap bulan sesuai laporan kegiatan dan laporan keuangan yang telah digunakan. Kegiatan pada tahap *bridging fund* ini diharapkan selesai hingga MoU antara rumah sakit mitra dengan RSUD selesai dibuat.

Masa *Bridging Fund* ini berlangsung hingga 3 bulan (Pebruari – April 2011), hingga semua rumah sakit mitra menyelesaikan MoU dengan RSUD kecuali RS Bethesda Jogjakarta yang mengakhiri kemitraannya dengan RSUD Bajawa. Setelah melakukan pendekatan yang intensif dari PMPK FK UGM, sebagai konsultan dalam Program Sister Hospital NTT, maka mitra RSUD Bajawa digantikan oleh RSUP Dr. Sardjito.

D. TAHAP II: FASE PENGEMBANGAN (JULI 2011 – DESEMBER 2015)

a. PENAMBAHAN 5 RSUD BARU

Salah satu implementasi strategi “Revolusi KIA” yang dicanangkan oleh Gubernur Nusa Tenggara Timur (NTT) adalah diterapkannya Program Sister Hospital Propinsi NTT pada 6 RSD (Rumah Sakit Daerah), yaitu RSUD Soe, RSUD Waikabubak, RSUD Bajawa, RSUD Ende, RSUD Larantuka, dan RSUD Lewoleba. Analisis hasil evaluasi telah dilakukan dalam program ini telah menunjukkan makna yang sangat positif. Angka kematian ibu melahirkan dan bayi mengalami penurunan kejadian serta telah terjadi *transfer knowledge dan skill* dari rumahsakit mitra A ke rumahsakit daerah. Tahap I. Selain nilai positif dari kegiatan ini juga banyak *lesson learnt* yang bisa dimanfaatkan agar implementasi program sister hospital dapat diperluas keseluruh wilayah NTT.

Nilai positif dan *lesson learnt* dari program SH NTT tahap I mendorong Dineks Prov. NTT dan dukungan dari AIPMNH, maka disepakati pengembangan Program SH tahap II yang melibatkan 5 RSUD lain di Provinsi NTT. Lima RSD yang menjadi pengembangan dari program ini adalah RSUD Ruteng di Kabupaten Manggarai, RSUD Atambua di Kabupaten Belu, RSUD Kefamenanu di Kabupaten Timor Tengah Utara, RSUD TC Hillers Maumere di Kabupaten Sikka,

dan RSUD Umbu Rara Meha Waingapu di Kabupaten Sumba Timur. Rumah sakit mitra A yang akan mendampingi 5 RSD tersebut yaitu, RSAB Harapan Kita, RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo, RSUP Dr. Karyadi, RSUD Dr. Syaiful Anwar, RSUD Dr. Soetomo. Dua rumahsakit mitra A terakhir melakukan pendampingan rangkap. Proses advokasi dan sosialisasi dari Program Sister Hospital Tahap 2 ke 5 RSD dan 5 Rumah Sakit Mitra telah dilakukan oleh Tim Sister Hospital Dinkes Propinsi NTT, AIPMNH dan PMPK-FK UGM pada bulan Juni hingga pertengahan Juli 2011.

b. KEGIATAN PML

Latar Belakang Munculnya PML

Peningkatan kinerja sangat terkait dengan kemampuan kepemimpinan di rumahsakit. Kerangka kerja WHO dalam mengembangkan kepemimpinan dan manajemen kinerja memiliki empat aspek penting, yaitu:

1. Kecukupan jumlah manajer kesehatan
2. Kompetensi yang memadai
3. Memfungsikan sistem pendukung
4. Menciptakan lingkungan kerja yang mendukung

Berdasarkan pada hal tersebut, maka disadari bahwa kegiatan Sister Hospital tidak cukup hanya dengan membenahi aspek klinis pelayanan di RS. Aspek manajerial juga perlu dibenahi melalui peningkatkan kompetensi manajemen dan kepemimpinan, membenahi sistem operasional serta melakukan advokasi untuk memperoleh dukungan yang diperlukan dari lembaga eksternal. Oleh karena itu disepakati bahwa kegiatan *Performance Management and Leadership* perlu pula dilakukan untuk mendukung pencapaian tujuan SH, yaitu menurunkan angka kematian ibu dan bayi di NTT.

Peningkatan kinerja sangat terkait dengan kemampuan kepemimpinan di rumahsakit. Kerangka kerja WHO dalam mengembangkan kepemimpinan dan manajemen kinerja memiliki empat aspek penting, yaitu:

1. Kecukupan jumlah manajer kesehatan
2. Kompetensi yang memadai
3. Memfungsikan sistem pendukung
4. Menciptakan lingkungan kerja yang mendukung

Berdasarkan pada hal tersebut, maka disadari bahwa kegiatan Sister Hospital tidak cukup hanya dengan membenahi aspek klinis pelayanan di RS. Aspek manajerial juga perlu diperbaiki melalui peningkatkan kompetensi manajemen dan kepemimpinan, perbaikan sistem operasional serta advokasi untuk memperoleh dukungan yang diperlukan dari *stakeholders* kunci. Oleh karena itu disepakati bahwa kegiatan *Performance Management and Leadership* perlu dilakukan untuk mendukung pencapaian tujuan SH, yaitu menurunkan angka kematian ibu dan bayi di NTT.



Gambar 3 Program PML dirancang untuk mendukung pelaksanaan Program Sister Hospital dalam menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi

Agar berhasil baik, Program Sister Hospital tidak cukup hanya dengan membenahi aspek klinis pelayanan di RS. Aspek manajerial juga perlu dibenahi. Caranya: melalui peningkatan kompetensi manajemen dan kepemimpinan, membenahi sistem operasional serta melakukan advokasi untuk memperoleh dukungan yang diperlukan dari lembaga eksternal.

Kegiatan-Kegiatan PML

Kegiatan PML dapat dibagi kedalam 3 kelompok, yaitu kelompok kegiatan manajemen klinis, kelompok manajemen umum dan kelompok manajemen keuangan. Kegiatan PML diawali dengan kegiatan *need assessment* oleh masing-masing RS, *benchmarking* ke RS yang disepakati, menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL), implementasi RLT dan Monitoring & Evaluasi (Monev). Siklus RTL-Implementasi-Monev berlanjut ditahun-tahun berikutnya.

Dalam siklus tersebut, ada 6 kegiatan yang harus diselesaikan oleh seluruh RS yang terlibat sampai dengan akhir pelaksanaan PML, yaitu: menyelesaikan perijinan RS, pencapaian status sebagai RS Kelas C, akreditasi, penetapan BLUD, penataan aset, serta melengkapi regulasi-regulasi internal RS. Selain 6 kegiatan tersebut, setiap RS Mitra A dan Mirta B juga merancang kegiatan yang dirasakan perlu untuk membenahi manajemen RS sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh masing-masing RS Mitra B. Karena disesuaikan dengan masalah dan kebutuhan, maka bentuk maupun area/topik yang diangkat pada kegiatan ini tidak sama antar-RS.

Kegiatan tidak wajib dapat berupa pelatihan, magang dan pembenahan sistem. Pelatihan yang pernah dilakukan antara lain patient safety, K3, perencanaan di level bidang, analisis beban kerja dan sebagainya. Magang untuk direktur, manajemen, perawat dan bidan, petugas farmasi serta rekam medis. Pembenahan sistem dilakukan dengan membuat sistem mutu, pembenahan budaya kerja, penertiban keuangan, dan sebagainya.

Selain pencapaian tersebut di atas, ada berbagai kegiatan lain yang dilakukan oleh RS Mitra A sesuai dengan situasi dan kebutuhan RS Mitra B. Kegiatan tersebut umumnya berupa *capacity building* (pelatihan, magang, seminar) dan perbaikan proses manajemen operasional RS, di area pelayanan maupun manajemen/pendukung. Berikut ini adalah area yang diperbaiki melalui kegiatan tersebut:

- **Aktivitas Pelayanan:** SOP-SOP Klinis, pelatihan untuk tenaga fungsional, manajemen farmasi, dan lain-lain
- **Aktivitas Pendukung:**
 - Budaya kerja
 - Perencanaan
 - Manajemen umum
 - Keuangan
 - Data dan informasi
 - Struktur organisasi

SDM
Penunjang non medis
Manajemen Limbah
dan lain-lain

Pada program PML, tidak semua kegiatan dilakukan oleh RS Mitra A dan RS Mitra B. Ada juga kegiatan yang dilakukan oleh UGM sebagai program khusus dari AIPMNH, yaitu implementasi *billing system*. Berdasarkan pengalaman proses transformasi yang terjadi di berbagai RS Daerah, implementasi *billing system* mampu memberikan daya ungkit yang tinggi terhadap:

1. pendapatan RS (melalui pengurangan kebocoran dan efisiensi proses)
2. tingkat kepercayaan staf – khususnya fungsional – terhadap manajemen, melalui keterbukaan proses transaksi

Namun pengalaman juga menunjukkan bahwa mengimplementasikan *billing system* bukan hal yang mudah, khususnya bagi RS dengan anggaran yang sangat terbatas. Oleh karena itu, adanya alternatif *billing system* yang berbasis pada *open source* menjadi peluang bagi RS tersebut untuk implementasinya. Penerapan sistem ini membutuhkan kemandirian RSUD dalam *maintenance* sistem dan modifikasinya sesuai kebutuhan RS. Oleh sebab itu, PKMK FK UGM mensyaratkan adanya tim IT dengan kompetensi *programming* tertentu yang harus dimiliki oleh RSUD yang ingin menerapkan sistem ini. Berdasarkan berbagai pertimbangan tersebut, Dinkes Provinsi NTT dan AIPMNH memilih empat RSUD yang dianggap siap menjalankan sistem tersebut, yaitu RSUD Bajawa, RSUD Ende, RSUD Kefamenanu dan RSUD Umu Rara Meha. Saat ini implementasi *billing system* telah mencakup seluruh pelayanan rawat jalan dan penunjang rawat jalan dan mulai memasuki tahap implementasi di rawat inap.

Dampak PML dalam Mendukung SH

Output dari Program PML adalah sebagai berikut:

1. Seluruh RS sudah memperoleh ijin operasional meskipun sebagian merupakan ijin sementara karena terkendala sertifikat tanah.
2. Seluruh RS sudah terakreditasi di tahun 2012. Karena sertifikat akreditasi berlaku selama tiga tahun, maka tahun 2015 seluruh RSUD harus menjalani re-akreditasi.
3. Delapan dari 11 RS sudah resmi ditetapkan sebagai RS Kelas C dan tiga lainnya sedang dalam proses.
4. Delapan RS sudah ditetapkan sebagai BLUD, dua lainnya sedang telah menjalani penilaian dan akan segera ditetapkan, satu lagi masih dalam proses persiapan.
5. Seluruh RS telah memulai proses untuk menata asset, khususnya untuk barang-barang hibah yang belum masuk dalam daftar inventaris barang di ruangan.

6. Seluruh RS sudah melengkapi regulasi internal yang diperlukan. Namun karena dinamika proses yang terjadi, misalnya perubahan menjadi BLUD, maka RSUD perlu secara kontinyu melakukan *update* dan melengkapi peraturan yang diperlukan.

Dengan sudah terpenuhinya aspek perijinan dan akreditasi RS, dengan sendirinya RS ini sudah memenuhi standar dasar bagi beroperasinya sebuah RS sehingga menjadi lebih layak untuk menjadi RS rujukan dalam penanganan kasus maternal dan perinatal yang sifatnya *emergency* (PONEK). RSUD yang telah ditetapkan sebagai BLUD akan memiliki fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan, termasuk dalam hal pengadaan logistik RS (medis dan non medis) untuk mengurangi hambatan dalam pelayanan. Selanjutnya, hal ini diharapkan dapat mendukung proses pelayanan maternal dan perinatal, serta mengurangi angka kematian akibat kasus yang tidak dapat ditangani karena kekurangan logistik medis.

Meskipun demikian, masih banyak target dari program PML ini yang belum tercapai. Jika seluruh target tersebut diberi bobot, maka tidak ada satupun RSUD yang benar-benar mencapai 100% target penyelesaian program. Hal ini terutama terjadi pada program penataan aset dan pelengkapan regulasi internal yang terus menerus membutuhkan *update* terkait dengan perkembangan situasi di RSUD, sebagaimana telah dijelaskan di atas. Tabel berikut ini menunjukkan pencapaian RSUD terhadap target program PML sampai dengan November 2014, yaitu saat dilakukannya monitoring dan evaluasi.

Tabel 3 Persentase Penyelesaian Program PML di RS Mitra B per November 2014

RS	% pencapaian
Atambua	95%
Bajawa	76%
Ende	95%
Kefamenanu	81%
Larantuka	76%
Lewoleba	62%
Ruteng	90%
Soe	81%
TC Hillers	95%
Umbu Rara Meha	76%
Waikabubak	95%

Sumber: Laporan Hasil Monev PML, November 2014

Penataan aspek manajemen operasional RS dan *capacity building* pada SDM RS secara keseluruhan juga diharapkan dapat mengurangi kekacauan proses yang akan berdampak pada *response time* khususnya terhadap kasus maternal dan perinatal yang membutuhkan penanganan cepat.

Implementasi *billing system* dirasakan bermanfaat bagi RSUD dalam hal meningkatkan akurasi dan kecepatan RSUD dalam mendokumentasikan transaksi. Namun karena program ini baru diterapkan untuk pasien umum, maka belum seluruh transaksi bisa dipercepat dan diintegrasikan dengan sistem ini, karena sebagian pasien RSUD adalah anggota BPJS.

Pelaksanaan program PML juga mengalami dinamika yang dipengaruhi oleh faktor eksternal. Salah satu perubahan yang cukup berpengaruh adalah adanya pergantian direktur di hampir semua RSUD. Bahkan RSUD Waikabubak mengalami pergantian direktur hingga tiga kali sepanjang proses implementasi program PML. RS Mitra A, Tim Dinas Kesehatan Provinsi NTT, AIPMNH dan DPC hingga Tim UGM harus menyesuaikan dengan pergantian pimpinan puncak dan gaya kepemimpinan yang terjadi tersebut.

Tabel 4 *Pergantian Direktur RSUD Sepanjang Tahun 2012 – 2014*

RSUD	Frekuensi (★ = 1x)
Bajawa	★
Ende	★
Kefamenanu	★
Larantuka	-
Lewoleba	★
Ruteng	-
Soe	★
Waikabubak	★★★
Umbu Rara Meha	★

Sumber: Laporan Hasil Monev PML, November 2014

Kendala Dalam Mencapai Tujuan PML

Kendala dalam pelaksanaan dan pencapaian target program PML dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kendala teknis dan kendala non-teknis. Kendala teknis yang ditemui antara lain:

1. Ketersediaan dokter ahli berstatus dokter tetap.

2. Kekurangan SDM dari sisi jumlah maupun kompetensi untuk mengelola aset dan billing system, melakukan pemantauan pencapaian SPM dan target kinerja pelayanan secara mandiri dan sebagainya.
3. Sistem pencatatan dan pendokumentasian yang kurang baik, sehingga data antar unit kerja tidak sinkron atau tidak tersedia dan tidak mampu mendukung perencanaan. Sebagai contoh alat dalam kondisi rusak dan tidak bisa digunakan sejak lama namun dalam pembukuan masih tercatat sehingga tidak ada perencanaan untuk perbaikan atau pembelian alat baru.
4. Staf yang telah dilatih mengalami mutasi ke instansi lain dan RS kesulitan mendapat staf dengan kompetensi yang sama.
5. Kesalahan pemahaman tentang BLUD, yaitu adanya anggapan bahwa status BLUD otomatis akan berdampak pada *take home pay* yang bisa didapat staf dan secara langsung mempengaruhi motivasi kerja.

Kendala non-teknis antara lain:

1. Surat permohonan untuk naik menjadi kelas C belum mendapat respon sehingga sampai dengan dilakukannya monev pada bulan November, salah satu RSUD belum data mencapai status Kelas C meskipun secara sumber daya sudah memenuhi.
2. Perbedaan pemahaman antara manajemen RS dengan *stakeholder* eksternal dalam implementasi BLUD.
3. Perbedaan persepsi pada *stakeholders* eksternal mengenai bagaimana seharusnya sebuah rumah sakit daerah dikelola.

c. PENGUATAN SISTEM RUJUKAN

Pemerintah Propinsi NTT melakukan berbagai upaya untuk menurunkan AKI-AKB melalui kebijakan revolusi KIA untuk percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang luar biasa, melalui persalinan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dan siap 24 jam. Dalam mendukung revolusi KIA di NTT, Dinkes Propinsi NTT dan Tim PKMK FK UGM di dukung AIPMH melalui Program *Sister Hospital* berperan aktif memfasilitasi penyusunan manual rujukan yang nantinya akan dikembangkan oleh kelompok kerja rujukan di kabupaten/kota, untuk menjalankan sistem rujukan pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan dasar petunjuk teknis jampersal 2012. Manual rujukan ini dibuat sebagai acuan pelaksanaan kegiatan khususnya pelayanan pertolongan persalinan pada fasilitas kesehatan yang memadai, dengan harapan mutu pelayanan bagi ibu yang akan melahirkan lebih baik dengan menjunjung pelayanan sesuai dengan standar dari aspek-aspek sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta perbekalan kesehatan termasuk standar operating procedure (SOP) dan alur pelayanan serta penganggaran.



Dalam mendukung revolusi KIA di NTT, Dinkes Propinsi NTT dan Tim PKMK FK UGM didukung AIPMH melalui Program Sister Hospital berperan aktif memfasilitasi penyusunan manual rujukan.

Tujuan adanya manual rujukan KIA di NTT adalah: 1) Menggambarkan alur kegiatan pelayanan ibu hamil, persalinan, nifas, dan pelayanan bayi berdasarkan *continuum of care* lengkap dengan Pedoman dan SOP yang terkait dengan sumber pembiayaan, 2) Menjelaskan uraian tugas (*Job description*) lembaga-lembaga dan profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, 3) Menjadi acuan kegiatan dilapangan untuk Kelompok Kerja Rujukan dalam perencanaan (persiapan Musrenbang), pelaksanaan, dan monitoring hasil. Prinsip utama panduan manual rujukan adalah mengurangi kepanikan dan kegaduhan yang tidak perlu dengan cara menyiapkan persalinan atau rujukan terencana bagi yang membutuhkan atau *pre emptive strategy*. Sementara itu bagi persalinan *emergency* harus ada alur yang jelas dengan bertumpu kepada proses pelayanan KIA menggunakan *continuum of care* dengan sumber dana.

Setelah pertemuan Tim PKMK FK UGM dengan Dinkes Propinsi NTT di Labuan Bajo dan Workshop penyusunan manual rujukan dikupang pada bulan Juni 2012 PKMK FK UGM bekerjasama dengan Dinkes Propinsi NTT berkomitmen untuk menyusun manual rujukan KIA Propinsi NTT. Draf Manual rujukan yang disusun oleh Tim PKMK FK UGM dan Tim Propinsi NTT, nantinya akan disesuaikan dengan kondisi masing masing daerah.

Propinsi NTT Memiliki 21 kabupaten yaitu kota kupang, Kupang, Ngada, Sikka, Belu, Sumba timur, Sumba Barat, Sumba timur, sumba tengah, sumba barat daya Rote Ndao, Alor, Flores Timur, Ende, Manggarai, Manggarai barat, Manggarai

timur, TTU, TTS, Lembata, Nagakeo dan Sabu Raijua. Kabupaten terpilih dalam program *Sister Hospital* sebagai mitra yang akan dipandu untuk penyusunan manual rujukan ini ada 11 kabupaten yaitu Kabupaten Sumba Barat, Kabupaten Sumba Timur, Kabupaten Flores Timur, Kabupaten Timur Tengah Selatan, Kabupaten Timur Tengah Utara, Kabupaten Belu, Kabupaten Manggarai, Kabupaten Ende, Kabupaten Ngada, Kabupaten Sikka, Kabupaten Lembata.

Dengan pertimbangan keadaan geografis NTT yang sulit, dan pertimbangan efektivitas dan efisiensi, PKMK FK UGM berinisiatif melakukan pemaduan manual rujukan melalui media *skype* atau *teleconference*. Di mulai Juli 2012 hingga Januari 2013 PKMK FK UGM melakukan pemanduan penyusunan manual rujukan kepada 11 Kabupaten di NTT. Kemudian dilakukan pemantauan hasil penyusunan manual rujukan tersebut menggunakan media *skype* dan monitoring evaluasi ke masing-masing kabupaten. Penggunaan *Skype* ini dengan pertimbangan keadaan geografis NTT yang sulit, dan pertimbangan efektivitas dan efisiensi, yang dilakukan sebulan satu kali perkabupaten.

Untuk memicu adrenalin masing-masing 11 kabupaten di NTT, PKMK FK UGM aktif melakukan *teleconference* dan evaluasi dengan memberikan penilaian/raport pencapaian penyusunan manual rujukan ini. Ada 13 indikator yang dinilai yaitu Finalisasi manual rujukan KIA, SK Tim/Pokja penyusunan manual rujukan KIA, Mapping lokasi rujukan yang ada di kab/kota, SK RS PONEK (Bupati), Puskesmas PONEK (Kadis), kesiapan RS PONEK dan Puskesmas PONEK dari aspek 5 M (Man, Money, Material, Machine, Methode), penyiapan sistem informasi dan komunikasi pendukung rujukan, sosialisasi manual rujukan KIA pada stakeholder, rencana/pelatihan SDM terkait rujukan, ketersediaan sumber dana, uji coba manual rujukan KIA, SK Tim monitoring pelaksanaan manual rujukan KIA di tingkat UPK (Kadis), SK Bupati tentang pemberlakuan manual rujukan KIA, dan implementasi. Dari 13 indikator yang dibahas setiap dilaksanakan monitoring dan evaluasi baik melalui *skype* maupun tatap muka, yang dirasa berat adalah Penandatanganan SK pemberlakuan manual rujukan oleh Bupati dan SK Tim monitoring pelaksanaan manual rujukan KIA di tingkat UPK oleh Kadis.

Manual rujukan Maternal Neonatal telah di implementasi ke sebelas kabupaten di NTT yaitu Kabupaten Sumba Barat, Kabupaten Sumba Timur, Kabupaten Flores Timur, Kabupaten Timur Tengah Selatan, Kabupaten Timur Tengah Utara, Kabupaten Belu, Kabupaten Manggarai, Kabupaten Ende, Kabupaten Ngada, Kabupaten Sikka, Kabupaten Lembata, dan sudah diupload pada website <http://kebijakankesehatanindonesia.net> dan <http://kesehatan-ibuanak.net/>.

Tidak hanya 13 indikator tersebut yang dinilai setiap bulannya tim PKMK FK UGM juga melakukan evaluasi tentang proses implementasi yang telah berjalan di masing-masing kabupaten. Penilaian ini meliputi Sistem manajemen, sistem pelayanan klinis, sistem pembiayaan, sistem transportasi dan sistem informasi ,

dari hasil diskusi penilaian jarak jauh dan kunjungan jarak jauh disimpulkan masih adanya berbagai kendala/hambatan yang ditemui selama proses implementasi seperti, kendala dimasyarakat, sarana prasarana, SDM, pendanaan dan Koordinasi antara Dinas Kesehatan, rumah sakit, Puskesmas dan yang terkait.

- 1) Kendala di masyarakat: Pasien tidak mau dirujuk dengan alasan ditempat rujukan(RS) tidak ada keluarga dan dana untuk biaya menunggu.
- 2) Kendala sarana prasarana: Jalan banyak yang rusak, Tidak semua puskesmas ada aliran listrik, ada beberapa alat yang kurang seperti oksigen, alat transportasi (Ambulance) masih kurang/tidak memadai, SIM Dinkes/RS masih manual/belum optimal
- 3) Kendala SDM: Belum semua memahami penerapan Manual rujukan, sering terjadi keterlambatan dalam menangani pasien, petugas kurang percaya diri, dokter sudah dilatih namun sering pindah, tim di puskesmas tidak lengkap karena mutasi, kurangnya pelatihan untuk SDM (dr. Spesialis, dr. Umum, Perawat, Bidan, Petugas RM, dan Supir Ambulance)
- 4) Kendala dana: Beberapa kabupaten tidak memiliki dana khusus untuk manual rujukan dan mengharapkan bantuan dari AIPMNH.
- 5) Kendala koordinasi: Sosialisasi Manual rujukan masih kurang, Dinkes, RS, dan Puskesmas kurang kompak, ada budaya sulit mempercayai orang baru, koordinasi antar bagian di RS belum baik, dukungan Litas sektor masih kurang.

Hasil evaluasi terakhir tentang lima sistem yang dimonitoring melalui skype dan kunjungan lapangan yang dilaksanakan Desember dan Januari 2015 diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

Tabel 5 Hasil diskusi melalui teleconference dan kunjungan lapangan ke 9 kabupaten di NTT

Kab.	Raport	Perlu Perhatian/tindak lanjut
Ngada	***	Bidan desa blm mengelompokkan kel. A & B , rujukan balik, pngambilan keputusan keluarga lama, mutasi, kurang ambulance, akses jalan buruk dan dana untuk pulsa tidak ada, Dinkes dan RSUD agak kurang kompak
Ende	***	Masih ada kasus rujukan kelompok A yang tidak melalui 2h2, pengambilan keputusan keluarga, desa siaga, pendonor darah, ambulance rusak, akses jalan dan dana untuk pulsa
TTU	**	Penanganan kasus kelompok A dan B yang kurang berjalan, koordinasi antar Dinkes d g RS, tidak adanya pembiayaan untuk pulsa dan tidak tersediannya operator untuk sistem informasi di Dinkes
Flotim	***	Sarana prasarana untuk ANC tidak lengkap, pelatihan, rujukan balik, bank darah dan keputusan keluarga yang lama
Lembata	***	Peralatan tidak lengkap, bidan malas untuk pelaksanaan ANC, tidak ada dokter di Puskesmas Poned, belum ada Rumah tunggu, tidak ada alat transportasi di Dinkes dan akses jalan yang buruk
Manggarai	***	Sosialisasi MR kurang, 15 PKM belum mengelompokkan kelompok A & B, penyusunan SOP, donor darah, desa siaga, call center di RSUD tidak bisa di SMS dan tidak bisa dihubungi, ANC belum optimal, pelaksanaan kelompok B tidak melalui 2h2 center
TTS	***	pelatihan klinis, pengadaan ambulance, rujukan balik dan pengambilan keputusan keluarga
Sumbar	***	Mutasi tim di Puskesmas, sarana prasarana di Pusk. Untuk ANC kurang, tidak ada pelatihan klinis, rujukan balik belum berjalan, tidak ada operator untuk 2h2 center dan ambulance di 2 PKM rusak
Sumtim	***	hanya 2 PKM yang ada Rumah tunggu, belum ada tim penanggulangan kegawatdaruratan, belum semua pasien melakukan ANC, 3 PKM PONED tidak ada dokter, beberapa pasien ke RSUD tanpa stabilisasi, beberapa wilayah akses jalan buruk , gaji sopir ambulance kurang

E. TAHAP EXIT STRATEGY

a. PENGELOLAAN DATA DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH

Untuk memudahkan penelusuran dan pengelolaan data, saat ini data-data kegiatan SH yang dikumpulkan dari RS Mitra A dimasukkan ke dalam website www.mutukia-ntt.net serta email center programshntt@gmail.com. Pengumpulan data ke dalam website akan memudahkan bila ada pihak-pihak (AIPMNH, PKMK maupun RS Mitra yang membutuhkan data tersebut untuk keperluan lebih lanjut. Selain itu, pengumpulan data dalam website dan adanya email center akan memudahkan penelusuran data apabila dalam sebuah tim SH (dari PKMK atau RS Mitra A) mengalami pergantian personel.

Selain sebagai sarana pengumpulan data, website juga diperuntukan sebagai sarana pembelajaran jarak jauh. Seperti diketahui, pelaksanaan pelatihan secara konvensional memakan banyak waktu dan biaya. Persiapan yang rumit, jarak NTT dan Yogyakarta yang tidak bisa dibilang dekat sehingga memakan waktu tempuh yang tidak sebentar serta biaya akomodasi yang besar menjadi tantangan tersendiri dalam pelaksanaan pelatihan. Namun bila menggunakan website, kendala semacam itu dapat sedikit teratasi. Persiapan untuk penyelenggaraan pelatihan dapat lebih sederhana. Peserta pelatihan dari NTT, misalnya dari RSUD dapat berkumpul di salah satu ruang yang ada di RSUD dan melakukan telekonferensi dengan penyelenggara pelatihan yang ada di Yogyakarta. Materi-materi yang disampaikan saat pelatihan (baik saat pertemuan konvensional maupun melalui telekonferensi) juga disimpan dalam website tersebut, sehingga bagi peserta yang berhalangan hadir dapat tetap mengakses dan mempelajari materi pelatihan. Website yang biasa digunakan untuk menyelenggarakan pelatihan jarak jauh dan menyimpan materi pelatihan adalah www.kesehatanibuank.net dan www.manajemenrumahsakit.net.

Jaringan internet juga digunakan dalam proses pelayanan klinis di RSUD (*telemedicine*). Pemanfaatan internet untuk *telemedicine* sangat membantu dalam penanganan kasus-kasus sulit yang belum bisa dikerjakan oleh dokter di RSUD. Dokter di RSUD yang akan melakukan tindakan, melakukan diskusi dan meminta bimbingan dari dokter ahli di RS Mitra. Tahapan-tahapan tindakan kepada pasien, dilakukan atas bimbingan dokter ahli dari RS Mitra.

b. PEMBENTUKAN DAN PENGUATAN P2K3 UNDANA

Program Sister Hospital yang dilakukan di NTT ditujukan bukan hanya membawa dampak bagi 11 RSUD Kabupaten yang menjadi peserta, namun perlu juga memberikan dampak bagi institusi pendidikan di NTT sebagai suatu instansi yang nantinya bisa membantu kelanjutan atau memberikan input bagi keberhasilan program ini selanjutnya. Maka itu dipikirkanlah untuk membentuk suatu lembaga yang diharapkan mampu untuk menggantikan peran dari PKMK nantinya di NTT. Selain untuk menghemat biaya dengan adanya lembaga ini juga memberdayakan putra/putri

daerah untuk membangun daerahnya sendiri. Pada akhirnya dibentuklah Pusat Kebijakan Kesehatan dan Kedokteran (P2K3) yang berada dibawah Lembaga Penelitian Universitas Nusa Cendana dengan SK Rektor no 604/KL/2012 pada tanggal 17 Oktober 2012. Terhitung sudah 2 tahun lembaga penelitian ini berdiri dengan komposisi tim terdiri dari Ketua, Peneliti Muda dan Sekretaris.

c. RENCANA TINDAK LANJUT DARI RS MITRA

Dengan diperpanjang hingga 2 kali pada fase 2 pada tahap perkembangan maka kegiatan sister hospital masih dilanjutkan oleh RS Mitra sampai periode Januari – Juni 2015 antara lain peningkatan kapasitas institusi dan personel dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak; penguatan manajemen klinis; kegiatan monev dan supervise; pengiriman dokter spesialis; dan capacity building. Total dana antar Kabupaten tidak sama karena kegiatan ini tidak hanya berasal dari dana AIPMNH saja namun sudah banyak melibatkan dana dari Pemda masing-masing Kabupaten.

III. RINCIAN PELAKSANAAN PROGRAM

A. PELAYANAN PONEK 24 JAM

Sebagai sasaran utama dari Program Sister Hospital PONEK 24 jam menjadi prioritas untuk dikembangkan. Dari 11 RSUD yang dulunya belum memiliki PONEK ataupun sudah memiliki tetapi tidak berjalan dengan lancar setelah adanya Sister Hospital semuanya sudah memiliki PONEK 24 jam. Semuanya sudah ber-SK Direktur rumah sakit sehingga memiliki aspek legal yang jelas. Di semua rumah sakit sudah ada tim PONEK walaupun tidak lengkap anggotanya karena mutasi petugas kesehatan maupun dokter yang masih mengambil PPDS. Di RSUD Waingapu, hingga saat ini tidak memiliki dokter anak.

Selain itu semua RSUD juga sudah memiliki SOP PONEK yang sudah disepakati. Hingga Desember 2015, seluruh RSUD telah menerapkan SOP PONEK. Walaupun sudah diterapkan namun ada kendala dalam pelaksanaannya, kendala yang sering ditemukan di setiap RSUD antara lain fasilitas pendukung. Misalnya belum semua RSUD memiliki ruang PONEK. Di beberapa RSUD, ruang PONEK yang tersedia digunakan untuk menerima pasien umum. Alat-alat kesehatan tersedia namun belum dapat difungsikan dan ada juga alat-alat kesehatan yang tidak dapat digunakan karena rusak. Masalah lainnya yang masih muncul hingga saat ini adalah terkait pengadaan obat e-katalog, obat kosong, reagen kosong, dan pinjam obat dari swasta. Masalah terkait ketersediaan air bersih juga masih ada (di RSUD Kefamenanu). Di RSUD Kefamenanu, masih terjadi kekurangan air karena pasokan tangki belum mencukupi. Hal ini perlu mendapat perhatian dalam perencanaan ke depannya untuk bisa menyediakan fasilitas dan peralatan yang kurang tersebut termasuk fasilitas fisik seperti bangunan.

Untuk formularium obat terkait PONEK semua RSUD sudah melakukan pembahasan dan sudah menyepakatinya juga sudah diterapkan. Namun dalam penerapannya rata-rata semua RSUD menemui masalah yang sama yakni pada tahap pengadaan obat yang masih menggunakan system tender sehingga seringkali terjadi keterlambatan, akibatnya dokter meresepkan obat ke apotik di luar RSUD.

Untuk pelayanan PONEK sendiri masih dibantu oleh RS Mitra dengan mengirimkan residen baik obsgyn, anak dan anestesi sesuai dengan kebutuhan, kecuali RSUD TC Hillers Maumere yang spesialisnya sudah lengkap. Residen yang dikirim akan bertugas sesuai dengan periode yang telah disepakati dengan RSUD namun terkadang terjadi keterlambatan pergantian antar periodenya sehingga menyebabkan terjadinya kekosongan pelayanan, misalnya di RSUD Bajawa pernah terjadi kekosongan sampai 2 minggu. Penyebab dari kekosongan ini bermacam-macam diantaranya karena masalah jadwal transportasi terkadang tim yang lama sudah pulang namun tim yang baru belum sampai karena menunggu jadwal keberangkatan. Pada Juli – Desember 2014 terjadi juga kekosongan tenaga di RSUD Kefamenanu dikarenakan RS Hasan Sadikin berhenti mengirimkan residen dengan alasan berfokus mengatasi tingginya AKI di Jawa Barat.



Per Januari 2015 RSUD Wahidin Soedirohusodo – Makassar tidak lagi bergabung sebagai RS Mitra A karena ada kesulitan pengiriman residen sehingga RS Mitra B-nya yaitu RSUD Larantuka dibina oleh RSUD Dr. Syaiful Anwar – Malang. Selama ini proses pengiriman residen berjalan lancar.

Pelayanan PONEK sudah 24 jam dengan sistem on call. Respon time yang diperlukan sekitar 15 – 30 menit namun untuk RSUD Bajawa lebih dari 30 menit hal ini dikarenakan tempat

tinggal dari residen yang tersebar dengan jarak yang agak jauh dari RSUD. Sedangkan untuk petugas PONEK yang lain (perawat dan bidan) menggunakan system kerja shift (pagi, siang, dan malam). Secara umum pelayanan PONEK 24 jam berjalan lancar walaupun dengan system on call.

Pada awalnya kegiatan PONEK 24 Jam di RSUD tidak bisa berjalan optimal. Hal ini antara lain disebabkan belum siapnya sarana-prasarana, terbatasnya peralatan kesehatan yang dibutuhkan (kalau pun ada kondisinya rusak), terbatasnya obat-obatan, terbatasnya kapasitas SDM, dan lain-lain. Adalah tugas Tim Advance masing-masing RS Mitra A untuk mengidentifikasi hambatan yang ada sekaligus menyiapkan segala sesuatunya semaksimal mungkin agar tugas Tim Reguler setiap RS Mitra A bisa optimal. Akhirnya dengan prinsip "semua bisa dilengkapi, dibenahi dan ditingkatkan sambil berjalan", akhirnya kegiatan klinik PONEK 24 Jam dapat berjalan. Tak ada solusi instan, tapi semua bisa diatasi dengan semangat dan rasa pengabdian yang luar biasa.

Selain Pelayanan PONEK 24 jam keberadaan residen dari RS Mitra juga sangat membantu secara fisik ditandai dengan penataan ruang ICU, kebidanan dan perawatan bayi sehingga lebih memenuhi standar pelayanan PONEK. Selain itu, kinerja sistem PONEK juga berhasil ditingkatkan seperti membaiknya *response time*. Dengan adanya pelayanan PONEK 24 jam ini maka jumlah rujukan pun semakin meningkat.

Berdasarkan logbook untuk rujukan maternal baik itu yang berasal dari puskesmas, klinik bersalin, maupun dari luar kabupaten menunjukkan peningkatan dengan jumlah total pasien rujukan 41.031 rujukan selama tahun 2010 – 2014. Untuk neonatal berjumlah 4.193 bayi yang dirujuk dari puskesmas, bidan desa, dan lain-lain selama tahun 2010 – 2014. Selain itu jumlah rujukan ke atas semakin menurun, untuk maternal jumlah rujukan ke atas berjumlah 304 pasien selama tahun 2010 – 2014. Untuk rujukan neonatal ke atas hanya berjumlah 75 bayi. Dari angka-angka tersebut bisa disimpulkan bahwa RSUD sudah mampu menangani hampir semua kasus-kasus maternal maupun neonatal.

B. CAPACITY BUILDING

Selama berjalannya Program SH, residen maupun dokter spesialis dari RS Mitra A yang datang ke RSUD tidak hanya memberikan pelayanan kepada pasien tetapi juga melakukan *transfer knowledge* kepada tenaga medis di RSUD. Di 9 RSUD telah melakukan sekitar 3.264 kegiatan *capacity building*. Metode penyampaian materi yang digunakan di 11 RSUD ini adalah presentasi, diskusi, simulasi, kuliah, seminar, workshop, bed side teaching, tutorial, pendampingan dan *on the job training*. Peserta kegiatan *capacity building* ini terdiri dari dokter dan perawat (dari bagian ICU, IGD, OK, perina dan VK), komite medik RSUD, bagian Bank Darah Rumah Sakit, bidan, staff bagian penunjang medik, petugas laboratorium, petugas IPSRS dan PMI.

Pada Tahun 2015, jumlah kegiatan *capacity building* mengalami peningkatan namun perlu diketahui bahwa jumlah data yang masuk terbatas pada laporan dari RS mitra A yang mengumpulkan laporan bulanan seperti RSUD Bajawa, RSUD Ruteng, RSUD Waingapu, RSUD Waikabubak dan RSUD dan RSUD Ende.

C. Tabel 6 Ringkasan Capacity Building 11 RSUD

No	Lingkup Materi capacity building	Jumlah (kali)
1	Maternal	1254
2	Neonatal	1159
3	Anastesi	505
4	NICU	18
5	UTD	245
6	Elektromedis	3
7	Manajemen Rumah sakit	80
Total		3264

Proses *transfer knowledge* dilakukan berkala setiap minggu berupa *bed side teaching* dan *on the job training*, dalam proses *transfer knowledge* peserta diberikan berbagai materi dari Rumah sakit mitra A. Permasalahan yang sering muncul adalah jumlah peserta yang menurun karena waktu yang tidak klop dan peserta yang merasa jenuh, permasalahan lainnya adalah Pencatatan register rekam medik, penggunaan SOP belum optimal dan belum tersosialisasi ke semua ruangan. *Capacity building* harus dilakukan secara terus menerus dan selalu diingatkan, bila tidak akan kembali ke perilaku sebelumnya.

Bukan hanya pelayanan PONEK 24 Jam, dalam Program Sister Hospital ini juga dilakukan capacity building bagi SDM RSUD (Mitra B). Tidak hanya teori, tapi juga praktek dan pendampingan langsung dalam penerapan teori yang diperoleh. Semua itu bertujuan agar SDM RSUD setempat lebih mampu memberikan pelayanan PONEK 24 Jam, dan siap (mandiri) jika program ini berakhir.

Capacity building juga dilakukan untuk SDM Puskesmas PONEK agar mereka lebih mampu memberikan pelayanan dasar dalam kegawatdaruratan ibu dan anak, serta dapat melakukan rujukan yang baik.

D. PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS

Pada tahun 2010, dilakukan persiapan untuk kegiatan pendidikan dokter spesialis bagi dokter umum yang bertugas di NTT. Kerjasama dengan 4 Perguruan Tinggi diaktifkan. Paralel atau simultan dengan kegiatan tersebut, dilakukan persiapan *exit strategy* untuk mengantisipasi berakhirnya dukungan dana dari *donor agency*.

Pada Tahun 2010 – 2012, dilakukan intervensi yang meliputi kegiatan:

a. Kegiatan Clinical Contracting Out

Persiapan

Pelatihan rumah sakit – rumah sakit mitra dilakukan mencakup: pelatihan untuk menjadi mitra dalam hal aspek manajemen sistem; pelatihan untuk menjadi fasilitator dan trainer, termasuk pelatihan *team leader*; Pelatihan *Standar Operating*



Procedure untuk KIA di RSD dalam kerangka PONEK menggunakan modul yang dipergunakan untuk pelatihan di NTT.

Penyiapan RSD Kabupaten mencakup: peningkatan kompetensi manajemen kontrak bagi RSD Kabupaten di NTT dan manajemen pelayanan kesehatan ibu dan anak secara keseluruhan; penyiapan fasilitas fisik dan peralatan *emergency* kebidanan; peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya penanganan kegawatdaruratan kebidanan dan penyiapan pendidikan dokter spesialis bagi dokter umum di NTT.

Pelaksanaan Kontrak

Pengiriman dokter spesialis obstetri-ginekologi, dokter spesialis kesehatan anak, dan tenaga paramedis pendukung dari RS Mitra untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Peningkatan ketrampilan teknis staf di rumah sakit melalui pelatihan dan pembudayaan teknis kerja dalam kegiatan sehari-hari.

b. Kegiatan Pendidikan Dokter Spesialis

Persiapan

Penyusunan proposal dan kebutuhan biaya; negosiasi dengan mitra FK sentra pendidikan dokter spesialis dan seleksi calon dokter spesialis.

Persiapan Exit Strategy

Staf yang dikirim dari RS Mitra akan digantikan oleh dokter spesialis yang berasal dari daerah. Sistem yang dikembangkan diharapkan terus berlanjut. Dinas Kesehatan Propinsi NTT berupaya memperpanjang kemitraan dengan AIPMNH. Pembiayaan dari AIPMNH diharapkan digantikan dengan APBN atau APBD, atau mencari *donor agency* lainnya. PMPK FK UGM secara bertahap mulai menyerahkan tugas dan fungsi fasilitasi, verifikasi, dan *monitoring-evaluasi* kegiatan kepada Dinas Kesehatan Propinsi NTT.

Sejauh ini ketersediaan dokter spesialis masing-masing RSUD berbeda-beda, Hal ini berdampak pada kesiapan menghadapi exit strategy pasca tidak berlanjutnya pembiayaan dari AIPMNH. Sebelum ada program SH sudah ada 16 orang dokter spesialis di 11 RSUD, seiring dengan berjalannya program SH sudah ada penambahan 15 orang dokter spesialis merupakan dokter PPDS, sehingga total dokter spesialis yang sudah ada di 11 RSUD berjumlah 31 orang. Ketersediaan dokter spesialis ini akan bertambah jika para dokter yang sedang menempuh pendidikan telah menyelesaikan pendidikannya dan kembali mengabdikan di Kabupaten. Hingga akhir tahun 2015 total dokter PPDS yang sedang menempuh pendidikannya berjumlah 41 orang.

Ketersediaan dokter spesialis anak, obgyn dan anastesi di setiap RSUD juga berbeda-beda. Hanya RSUD Kefamenanu, Lembata dan Waikabubak yang sudah memiliki dokter spesialis anak, sedangkan RSUD Ende, Larantuka, Ruteng dan Soe masih menunggu dokter PPDS yang sedang menempuh pendidikan. Ketersediaan spesialis obgyn sudah ada di RSUD Bajawa, Atambua, Maumere, Ende, Larantuka, Ruteng, Soe dan Waingapu, sedangkan RSUD Kefamenanu dan Waikabubak masih menunggu dokter PPDS yang sedang menempuh pendidikan.

Sampai akhir tahun 2015 belum ada spesialis anastesi di 11 RSUD dan hanya 4 dokter PPDS yang sedang menempuh pendidikan masing-masing dari RSUD Ende, Larantuka, Ruteng dan Waingapu.

E. MONITORING – EVALUASI

Tahap I

Pada masa pelaksanaan Program SH tahap I, *monitoring* pelaksanaan kegiatan pelayanan dilakukan secara mingguan (via sms) dan bulanan (via *e-mail* dan *hardcopy*). Data mingguan yang dimonitor adalah: (a) jumlah partus normal; (b) jumlah partus per vaginal dengan komplikasi; (c) jumlah SC; (d) jumlah kematian ibu; (e) jumlah kematian neonatus dan (f) jumlah IUFD. Data bulanan yang dimonitor adalah: (a) laporan klinis bulanan obgin; (b) laporan klinis bulanan anak; (c) laporan klinis bulanan anastesi; (d) laporan *capacity building* dan (e) laporan serah terima tim regular dan atau koordinator lapangan.

Selain itu, *monitoring-evaluasi* juga dilakukan secara aktif (*on-site* atau *field monitoring-evaluation*) dengan berkunjung langsung ke setiap RSUD. Untuk setiap RS dilakukan 2 kali *on-site/field monitoring* (pada bulan ke-2 dan ke-4 setelah program berjalan) dan satu kali *on-site/field evaluation* (setelah 6 bulan program berjalan). Baik hasil *on-site/field monitoring* maupun *on-site/field evaluation* dibahas pada Pertemuan *Monitoring-Evaluasi* Proses ke-1 (di Kupang 4 – 8 Oktober 2010) dan ke-2 (di Denpasar 9 – 12 Desember 2010) maupun di dalam Lokakarya Evaluasi 6 Bulan di masing-masing RSUD (Januari-Maret 2011).

Tahap II

Pada pelaksanaan Program Sister Hospital tahap pengembangan, *Monitoring-Evaluasi* (Monev) dilakukan dengan mengunjungi RSUD (*on-site/field monitoring-evaluation*). Aspek yang diamati dalam pelaksanaan Monev adalah manajemen, klinis dan kualitatif. Tim Monev yang bergabung dalam kegiatan ini adalah PKMK FK UGM (sebagai Tim Monev Manajemen), Tim dari RSUP Dr. Sardjito (sebagai Tim Monev Klinis) dan Tim dari Antropologi UGM (sebagai Tim Monev Kualitatif). Sejak Monev V (bulan Januari 2012) Tim Monev Klinis berasal dari HOGSI Pusat karena Tim dari RSUP Dr. Sardjito beralih peran menjadi Mitra bagi RSUD Bajawa. Sejak Monev IX (bulan April 2014) Tim Monev Klinis berasal dari HOGSI Malang karena keterbatasan waktu yang dimiliki HOGSI Pusat untuk melakukan Monev. Sedangkan pada Monev XI (bulan Mei 2015) dan Monev XII (bulan Oktober 2015) Tim Monev Klinis berasal dari POGI dan IDAI Kupang dan pada Monev XII ini Tim dari Antropologi UGM tidak bergabung lagi.

Pada masa awal kegiatan Sister Hospital tahap II ini, Monev dilakukan sebanyak 4 kali setahun yaitu pada bulan Januari 2012 (Monev V), Juni 2012 (Monev VI), Oktober 2012 (Monev VII). Namun Monev secara keseluruhan hanya dilakukan total 3 kali sepanjang tahun 2013 – 2014 yaitu pada April 2013 (Monev VIII), Maret 2014 (Monev IX), dan November 2014 (Monev X). Pada tahun 2015 kegiatan Monev hanya dilakukan sebanyak

2 kali yaitu bulan Mei (Monev XI) dan bulan Oktober (Monev XII). Pembatasan kegiatan Monev ini dikarenakan keterbatasan dana AIPMNH yang dialokasikan untuk kegiatan Sister Hospital menjelang masa berakhirnya program.

Salah satu faktor keberhasilan Program Sister Hospital adalah kegiatan monitoring dan evaluasi secara ketat, rutin, dan berkesinambungan. Agar lebih obyektif, monitoring-evaluasi klinis dilakukan oleh Tim Independent. Hasilnya dibahas dalam pertemuan, rapat kerja, atau semiloka yang melibatkan semua pemangku kepentingan terkait termasuk Kementerian Kesehatan RI.

Selain itu, upaya mitigasi risiko dengan cepat dilakukan jika muncul hal-hal yang tidak diinginkan dalam pelaksanaan program. Semua itu membutuhkan biaya relatif besar dan fleksibel. Dalam hal ini AIPMNH dapat mendukung semua kebutuhan yang muncul.

F. EXIT STRATEGY

a. PENGELOLAAN DATA DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH

Secara terstruktur pihak mitra sudah memperkuat penanggungjawab tim pengelolaan data dengan mengesahkan dalam bentuk SK sehingga legalitas dan tanggungjawab pengelolaan data dapat dipastikan pengumpulannya. Selama program *sister hospital* ini pengumpulan data memang tidak berjalan mulus karena harus selalu diingatkan terlebih dahulu, baru kemudian dikumpulkan oleh Mitra kecuali memang ada Mitra yang sangat *on time* dalam mengumpulkan laporannya seperti Ende, Bajawa, Waingapu, Waikabubak dan Ruteng.



Bekerjasama dengan RSUD, Rumah Sakit Mitra akan melaporkan tentang kemajuan kemitraan rumah sakit dalam bentuk: logbook, laporan bulanan dan laporan kemajuan program tiga bulanan, namun untuk laporan kemajuan tiga bulanan sudah tidak pernah dikirimkan kembali sejak akhir tahun 2012 lalu dikarenakan kesibukan dari pengelola laporan RS Mitra A.

Pada awal berjalannya *sister hospital*, laporan-laporan ini akan dikirim ke Dinkes Provinsi, Bappeda Provinsi dan AIPMNH namun semenjak awal 2012 pengiriman laporan hanya dilakukan via email kemudian akan dipaparkan di website www.mutukia-ntt.net, namun masih ada beberapa RS yang masih aktif mengirimkan dalam bentuk hard copy seperti RS Panti Rapih dan Kariadi. Kemudian mengirimkan laporan akhir serta *verifikasi checklist* kegiatan dan laporan keuangan untuk permintaan pembayaran bulanan dari *sister hospital* ke AIPMNH Kupang.

Untuk menjaga *sustainability* pengelolaan data agar *output* yang didapatkan dapat lebih baik, penting untuk meningkatkan komitmen dari Mitra A serta proses transfer *knowledge* kepada pihak P2K3 (Pusat Penelitian dan Kebijakan Kesehatan Kedokteran) selaku pusat studi yang dibentuk PKMK diharapkan P2K3 dapat menjamin keberlangsungan program *sister hospital* kedepan terkait dengan permintaan laporan maupun analisis laporan yang dikirimkan oleh Mitra. Selaku fasilitator, untuk menjamin pemahaman P2K3 terkait pengumpulan laporan secara berlahan-lahan, pada awal tahun 2013 data-data terkait perkembangan kematian di

masing-masing RSUD sudah mulai dipantau langsung oleh tim P2K3 berkoordinasi dengan penanggungjawab ruang VK maupun perinatologi di masing-masing RSUD maupun koordinasi langsung dengan koordinator lapangan *sister hospital* RSUD melalui email, telephone maupun dengan teleconference by skype. Hal ini dimaksudkan agar membiasakan pihak P2K3 untuk mempelajari *dinamika* pengiriman laporan serta membiasakan untuk berkolaborasi dengan tim program *sister hospital* yang ada dilapangan.

Pada akhir tahun 2015 ini merupakan pelaksanaan program yang sudah berjalan selama 5 tahun lamanya sehingga tentunya dalam menghadapi masa terminasi ini, diharapkan kegiatan-kegiatan yang sudah berjalan selama sepanjang perjalanan tersebut memiliki pengelolaan data yang semakin membaik kedepan sehingga pada masa peralihan ke tim Kupang akan dijalankan dengan tetap berpegang pada kaidah-kaidah yang pernah dijalankan oleh PKMK dan selalu melakukan inovasi terkait kemajuan pelaporan yang semakin baik.

Terkait dengan pembelajaran jarak jauh via website, hal ini sudah menjadi konsen program *sister hospital* pada pertengahan 2012 lalu dalam mengikuti perkembangan teknologi yang semakin pesat. Dimulai dari keaktifan tim manual rujukan dalam mengkonfirmasi sejauh mana perkembangan manual rujukan di masing-masing Kabupaten melalui media teleconference hingga pelaksanaan rapat jarak jauh yang dilaksanakan oleh PKMK di Yogyakarta dan tim AIPMNH di Kupang. Cara seperti ini dirasa mudah dijalankan karena didukung oleh masing-masing kabupaten yang sudah memasang wifi dengan bantuan pendanaan dari AIPMNH hingga akhir tahun 2012 di 11 RSUD. Setelah pendanaan dari AIPMNH terhenti praktis beberapa RSUD kesulitan untuk memperpanjang berlangganan wifi namun hal ini tidak berlangsung lama karena pada pertengahan tahun 2013 hampir semua RSUD sudah berlangganan secara mandiri hingga tahun 2015 serta ada pula yang masih berlangganan dengan jaringan VPN Pusdatin. Pemanfaatan IT dalam hal klinik juga sudah terlebih dahulu dikembangkan dengan adanya teknologi telemedicine untuk pengembangan *capacity building* dari tim medis.

Teknologi seperti ini untuk pertamakali diterapkan di RSUD Kefamenanu, rencana hal serupa juga akan diterapkan diseluruh RSUD SH. Hal ini diperkuat bahwa ternyata di RSUD Kefamenanu memiliki jaringan kuat untuk penggunaan telemedicine dengan pemanfaatan teknologi V-SAT dimana teknologi semacam ini sebenarnya sudah ada di 22 kabupaten NTT termasuk 11 wilayah *sister hospital*, sehingga untuk masa program *sister hospital* kedepan dimana akan diperkuat lagi terkait dengan sistem informasi jarak jauh. Teknologi semacam ini sangat penting untuk dikembangkan karena selain hemat biaya, waktu yang diperlukan juga sangat fleksibel, yang penting ada komitmen dari jajaran manajemen untuk bersungguh-sungguh untuk mengembangkan teknologi IT. Kedepan dalam dunia kesehatan selain teknologi telemedicine, juga akan dikembangkan sosial network yakni *you meet me*.

Penyebaran ilmu berbasis website sangat konsen dikembangkan, hal ini mulai dilakukan ketika ada pertemuan workshop atau rapat koordinasi, semua peserta diharapkan untuk mengakses semua materi dengan membuka website yang dikelola oleh PKMK untuk membiasakan mitra-mitra baik RS Mitra A, B maupun Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten agar terbiasa untuk membuka website sehingga dapat melihat atau mengakses informasi-informasi paling update yang terjadi di dunia kesehatan ataupun informasi terkait dengan perkembangan kesehatan ibu dan anak. Adapun website yang biasa digunakan oleh pihak PMKM adalah www.mutukia-ntt.net, www.kesehatanibuank.net dan www.manajemenrumahsakit.net.

b. PEMBENTUKAN DAN PENGUATAN P2K3 UNDANA

P2K3 ini dirintis Agustus 2012 dan baru disahkan pada 17 Oktober 2012 sesuai dengan SK Rektor No. 604/KL/2012 dan bergerak bergerak dalam lingkup Penelitian Kebijakan Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran. P2K3 dalam kegiatannya melibatkan semua fakultas yang terkait yang ada di Undana terutama Fakultas Kedokteran & Fakultas Kesehatan Masyarakat dan beriansi dengan PKMK UGM. Awalnya lembaga ini dibentuk untuk tujuan handover Program Sister Hospital namun dalam perjalanannya juga mengambil bagian dalam Project Health Sistem Strengthening (HSS) yakni penelitian Health Seeking Behavior (HSB) dan Health Expenditure Tracking Study (HETS) yang melibatkan peneliti dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana. Dalam Sister Hospital sendiri P2K3 sudah berperan dalam 4 kali monev yakni Monev VII, Monev VIII, Monev IX, Monev X, Monev XI, dan terakhir adalah Monev XII. Selain itu juga berperan dalam pengumpulan data dan analisis data Sister Hospital yang diterima dari RS Mitra. Berikut adalah rincian kegiatan P2K3 Undana sejak didirikan hingga sekarang :

Tabel 7 Kegiatan Penguatan P2K3 Undana

No	Kegiatan	Tanggal kegiatan	Peserta	Tempat kegiatan
1	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH) dan Performance Management & Leadership (PML) VII	30 Oktober-1 November 2012	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti muda	11 RSUD Kabupaten di NTT (Atambua, Kefamenanu, Soe, Waingapu, Waikabubak, Maumere, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores Timur dan Lembata)
2	Lokakarya Diseminasi Hasil Kegiatan Sister Hospital dan Performance Management Leadership Provinsi NTT: Periode Juni - Oktober 2012	18-19 Desember 2012	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti muda	Hotel Grand Paradise Sanur Bali
3	Penelitian Health Expenditure Tracking Study (HETS)	Desember 2012	4 Orang peneliti dari FKM Undana	4 Kabupaten (Ngada, Flores timur, TTU dan Sumba barat daya)
4	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH) dan Performance Management & Leadership (PML) VIII	30 April-8 Mei 2013	2 orang peneliti muda	11 RSUD Kabupaten di NTT (Atambua, Kefamenanu, Soe, Waingapu, Waikabubak, Maumere, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores timur dan Lembata)
5	Lokakarya Evaluasi Sister Hospital dan Performance Management Leadership Periode VIII, serta Finalisasi Manual Rujukan Provinsi NTT	28-30 Mei 2013	Kepala P2K3 Undana, Sekretaris dan 2 orang peneliti muda	Hotel Meritus Bali
6	Penelitian Health Seeking Behaviour (HSB)	Juni-Juli 2013	8 Orang peneliti dari FKM Undana	8 Kabupaten di NTT (TTU, TTS, Ngada, Nagekeo, Flores timur, Lembata, Sumba barat daya dan Sumba Tengah)
7	Peningkatan Implementasi Billing Sistem RSUD	28 Oktober-1 November 2013	Sekretaris	Hotel Grenia Kupang
8	Pelatihan Quality Improvement di RSUD	8-9 November 2013	Kepala P2K3 Undana, Sekretaris dan 2 orang peneliti muda	Hotel On The Rock Kupang
9	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH)	17-27 Maret 2014	Kepala P2K3 Undana dan 2	11 RSUD Kabupaten di NTT (Atambua, Kefamenanu, Soe,

	dan Performance Management & Leadership (PML) IX		orang peneliti muda	Waingapu, Waikabubak, Maumere, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores timur dan Lembata)
10	Diseminasi Hasil Evaluasi Sister Hospital-PML & Manual Rujukan Periode IX	22-23 Mei 2014	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti muda	Hotel Garden Palace Surabaya
11	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH) dan Performance Management & Leadership (PML) X	3-12 November 2014	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti muda	9 RSUD Kabupaten di NTT (Kefamenanu, Soe, Waingapu, Waikabubak, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores timur dan Lembata)
12	Lokakarya Evaluasi Akhir Sister Hospital-PML Periode X	4-5 Desember 2014	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti muda	Hotel Bali Dynasti Resort Denpasar
13	Penelitian Pembayaran Bidan dan Sistem Rujukan Maternal Neonatal	Feb-Mei 2015	2 orang peneliti dan 3 orang asisten peneliti	4 Kab (Sumba Timur, Bajawa, Lembata, dan TTU)
14	Penelitian Sistem Remunerasi Dokter	Feb-Mei 2015	Kepala P2K3 Undana, 1 orang peneliti dan 2 orang asisten peneliti	4 Kab (Sumba Timur, Bajawa, Ende, dan TTS)
15	Pendampingan AMP	Feb-Mar 2015	2 orang peneliti	3 Kab (TTS, Sumba Timur, dan Manggarai Barat)
16	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH) dan Performance Management & Leadership (PML) XI	20-28 April 2015	2 orang peneliti muda	11 RSUD Kabupaten di NTT (Atambua, Maumere, Kefamenanu, Soe, Waingapu, Waikabubak, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores timur dan Lembata)
17	Monitoring dan Evaluation Program Sister Hospital (SH) dan Performance Management & Leadership (PML) XII	19-31 Oktober 2015	2 orang peneliti muda dan 1 orang sekretaris	9 RSUD Kabupaten di NTT (Kefamenanu, Soe, Waingapu, Waikabubak, Ende, Bajawa, Ruteng, Flores timur dan Lembata)

Untuk mendukung kegiatan-kegiatan tersebut maka PMPK sebagai “ibu asuh” dari P2K3 memberikan beberapa pelatihan untuk meningkatkan kapasitas dari P2K3 yakni :

Tabel 8 Kegiatan Pelatihan Peningkatan Kapasitas P2K3 Undana

No	Kegiatan	Waktu	Peserta	Materi yang diberikan
1	Pelatihan Pengembangan Pusat Penelitian	23-25 Oktober 2012	2 orang peneliti muda	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur Organisasi Penelitian - Introduction on Measuring Health Equity and Financial Protection - Organisasi, SDM & Manajemen Proyek - Manager Operasional Lembaga Penelitian - Pengolahan data primer dengan Stata
2	Pelatihan Enumerator HSB dan HETS	26-28 November 2012	2 orang peneliti muda dan 12 orang staf dosen FKM	<ul style="list-style-type: none"> - Health seeking behavior - Metode penelitian kualitatif - Manajemen data kualitatif dan kuantitatif - Metode FGD dan wawancara mendalam - Public Health Expenditure Tracking Study
3	Pelatihan Jarak Jauh Tata Kelola dan Rencana Bisnis P2K3	21-23 Januari 2013	Ketua Lembaga Penelitian, Dekan FK, Dekan FKM, Ketua P2K3, Staf Dosen FK dan FKM, dan Staf Lembaga Penelitian	<ul style="list-style-type: none"> - Memahami Manajemen Pendidikan Tinggi dan Kepemimpinan - Tata Kelola Universitas berdasarkan UU Pendidikan Tinggi dan Badan Layanan Umum - Perencanaan Business Plan Unit Penelitian
4	Pelatihan Kegiatan Kesekretariatan	31 Januari-4 Februari 2013	Sekretaris P2K3 dan Sekretaris IAKMI	<ul style="list-style-type: none"> - Memahami Fungsi Manajerial dalam Pengelolaan Lembaga Penelitian - Manajemen Proyek - Manajemen keuangan dan standar keuangan
5	Pelatihan Tata Kelola dan Rencana Business	4 Februari 2013	Ketua Lembaga Penelitian, Dekan FKM, dan Ketua P2K3	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan Business Plan dari Peserta - Pembahasan Mengenai BLU - Pembahasan Cash Flow - Pembahasan Potensi Penelitian - Respon Terhadap kebutuhan lingkungan, struktur lembaga penelitian, dan cara mendapatkan Client
6	Pelatihan	4 Februari 2013	2 orang peneliti	<ul style="list-style-type: none"> - Memahami Sistem Kesehatan, Ilmu

	Penulisan Proposal		muda	<p>Kebijakan dan Penelitian Kebijakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metode Riset untuk Kebijakan - Mengkomunikasikan hasil-hasil riset kebijakan kepada pengambil keputusan
7	Pelatihan Pengelolaan Monev Program Sister Hospital, Finalisasi Rencana Business dan Peningkatan Capacity Building Pengelola P2K3 Undana	16-18 Mei 2013	Tim Monev Klinis dari RSUD W. Z. Yohanes (5 orang), Tim Monev Manajemen dari Dinas Kesehatan Provinsi (3 orang), Tim Monev Kualitatif dari Undana (5 orang), 2 orang peneliti muda, Ketua P2K3, Dekan FK, Ketua Lemlit beserta staf, dan sekretaris.	<ul style="list-style-type: none"> - Posisi Lembaga P2K3 Undana Didalam Program Sister Hospital dan PML NTT - Pengelolaan Personil Dan Kegiatan Monitoring Evaluasi Program Sister Hospital dan PML - Pengalaman PKMK Dalam Pengelolaan Kegiatan Monitoring Dan Evaluasi Program Sister Hospital dan PML - Format laporan kegiatan monitoring dan evaluasi program sister hospital - Capacity Building lembaga P2K3 Undana : Pembentukan Tim Pendampingan RSUD di NTT Menuju penerapan PPK-BLUD
8	Pembekalan Monev VIII	29 April 2013	Seluruh Tim Monev (Klinis, Manajemen, dan Kualitatif)	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring -Evaluasi Program Sister Hospital: peran dinkes sebagai regulator pelayanan kesehatan - Proses Monev Kualitatif Sister Hospital - Instrumen dan Laporan Tim Kualitatif - Monev PML RS
9	Pelatihan Pengelolaan Monev Program Sister Hospital	16-18 Mei 2013	P2K3 Undana, Peneliti dari FK dan FKM Undana, dan Dinas Kesehatan Provinsi NTT	<ul style="list-style-type: none"> - Posisi Lembaga P2K3 Undana Didalam Program Sister Hospital dan PML NTT - Pengelolaan Personil Dan Kegiatan Monitoring Evaluasi Program Sister Hospital dan PML - Pengalaman PKMK Dalam Pengelolaan Kegiatan Monitoring Dan Evaluasi Program Sister Hospital dan PML
10	Pelatihan Metode Kualitatif Untuk	15-17 Juni 2013	2 Orang Peneliti Muda P2K3 UNDANA, Peneliti	<ul style="list-style-type: none"> - Review metode penelitian kualitatif - Paparan keterampilan interview - Paparan teknik penulisan transkrip

	Monitoring dan Evaluasi		FK dan FKM UNDANA	<ul style="list-style-type: none"> dan pembuatan matriks - Paparan teknik penulisan laporan penelitian kualitatif - Praktek pembuatan matriks dan penulisan laporan
11	Pelatihan Penggunaan Epi Data Untuk Data Penelitian Health Seeking Behaviour	11 Oktober 2013	8 orang Peneliti FKM UNDANA	<ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan tentang Epi Data - Pembuatan set data input dalam Epi Data - Praktek menginput data ke dalam system dan analisis

Selain dari capacity dalam bentuk tatap muka seperti yang telah dipaparkan diatas, capacity building juga berjalan dengan metode pelatihan jarak jauh dengan memanfaatkan website PKMK yang sudah tersedia, didukung dengan peralatan yang memadai, seluruh pelatihan jarak jauh ini sudah berjalan dengan baik.

Selain daripada itu P2K3 juga dilibatkan dalam pertemuan, forum, seminar, dan workshop yang melibatkan akademisi-akademisi atau peneliti-peneliti dari seluruh Indonesia untuk memperkenalkan institusi ini dan membuka jaringan kerjasama antar instansi. Beberapa pertemuan yang sudah diikuti oleh P2K3 antara lain :

No	Kegiatan	Tanggal Pelaksanaan	Peserta	Tempat Kegiatan
1	Forum mutu IHQN 9 "Meningkatkan Daya Saing Kesehatan Berbasis Manage Care"	19-20 November 2013	Kepala P2K3 Undana dan 1 orang peneliti muda	Hotel Alila Jakarta
2	Forum Kebijakan Kesehatan Indonesia (FKKI) IV "Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG4 dan MDG5 dan Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS"	4-7 September 2013	Kepala P2K3 Undana (Sebagai salah satu Keynote Speaker), Sekretaris dan 2 orang peneliti muda	Hotel On The Rock Kupang
3	Forum mutu IHQN 10 Re-Design Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer Dan Rujukan Di Era Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional"	19-21 Agustus 2014	Kepala P2K3 Undana	The Sunan Hotel, Surakarta
4	Forum Kebijakan Kesehatan Indonesia V "Monitoring Pelaksanaan Kebijakan JKN di Tahun 2014"	24-26 September 2014	Kepala P2K3 Undana dan 2 orang peneliti	Hotel Trans Luxury Bandung

	Kendala, Manfaat, dan Harapannya”		muda	
5	Forum Kebijakan Kesehatan Indonesia VI “Upaya Pencapaian UHC 2019 : Kendala, Manfaat, Dan Harapannya”	24-25 Agustus 2015	Kepala P2K3 Undana (Sebagai salah satu Keynote Speaker)	Hotel Trans Luxury Bandung

c. RENCANA TINDAK LANJUT DARI RS MITRA

d. Setelah selesainya program ini kegiatan yang masih dilanjutkan oleh RS Mitra untuk Januari 2016 dan seterusnya antara lain peningkatan kapasitas institusi dan personel dalam pelayanan dan mutu rujukan; penguatan manajemen klinis; pengadaan fasilitas, obat-obatan dan alat medik; kegiatan monev dan supervise; pengiriman dokter spesialis; dan capacity building. Sumber dana dari kegiatan ini hampir semua berasal dari berasal dari APBD dan BLUD RSUD, namun perlu diperhatikan bahwa dana APBD ini masih sebatas usulan dan menunggu persetujuan dari DPRD masing-masing Kabupaten (Data diambil dari hasil wawancara pada saat Monev XII bulan Oktober 2015).

e. Berikut adalah rincian rencana tindak lanjut dari masing-masing RSUD :

f.

	Ende	Bajawa	Larantuka	Lembata	Soe	Waikabubak	Kefamenanu	Ruteng
	1.260.000.000							
	840.000.000	1.188.000.000	1.020.000.000	720.000.000	1.440.000.000	1.800.000.000	1.080.000.000	1.200.000.000
	49.500.000	36.360.000	40.000.000	-	-	-	-	-
	100.000.000	663.559.000	170.000.000	-	80.000.000	-	420.055.000	350.000.000
	-	145.000.000	-	-	-	-	-	25.000.000
	49.000.000	30.000.000	-	37.000.000	-	-	-	165.000.000
	-	64.000.000	-	5.800.000	-	40.000.000	-	142.000.000

	2.298.500.000	2.126.919.000	1.230.000.000	762.800.000	1.520.000.000	1.840.000.000	1.500.055.000	1.882.000.000
--	---------------	---------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

IV. CAPAIAN PROGRAM SISTER HOSPITAL

A. PELAYANAN PONEK 24 JAM

Tahap I

Pada tahap pra kegiatan SH dan kegiatan SH tahap I, cukup banyak yang sudah diraih oleh 6 RSUD peserta Program SH. Pada capaian indikator klinis, secara keseluruhan jumlah absolut kematian ibu, bayi, dan IUFD di 6 RSUD peserta Program SH menurun dibandingkan dengan data pra Program (Tabel 1). Jumlah total kematian ibu pra program 14, kemudian menurun menjadi 6 kasus (turun -57,14%) setelah 6 bulan. Jumlah total kematian bayi menurun di 6 RSUD intervensi dari 104 menjadi 62 (turun 40,38%). Dari perbandingan pencapaian indikator klinis tersebut, dapat diasumsikan bahwa penurunan jumlah kematian ibu dan neonatus di 6 RSUD peserta Program SH tidaklah terjadi secara kebetulan. Meskipun belum dapat dibuktikan secara tegas, program Sister Hospital NTT berpengaruh terhadap indikator tersebut.

Tabel 9. Hasil pencapaian 6 RS Mitra

Variabel	Intervensi												Intervensi		
	RSWS ¹		RSDS ²		RSSA ³		Sanglah ⁴		Panti Rapih ⁵		Bethesda ⁶		Total Pra	Total Pasca	%
	Pra	Pasca	Pra	Pasca	Pra	Pasca	Pra	Pasca	Pra	Pasca	Pra	Pasca			
Partus normal	728	430	206	251	280	288	119	193	502	409	355	447	2190	2018	-7,85
Partus per vaginal dengan komplikasi	6	21	0	26	52	24	31	19	13	22	11	26	113	138	22,12
Section Cesarea	121	94	0	94	133	136	133	177	252	170	92	190	731	861	17,78
Kematian Ibu	1	1	1	3	2	0	0	0	4	1	6	1	14	6	-57,14
Kematian Neonatus	32	4	9	7	5	9	10	14	25	15	23	13	104	62	-40,38
IUFD	27	8	22	26	4	7	10	22	33	26	20	0	116	89	-23,28

Keterangan:

1: Pra Program: 1 Januari – 14 Juli 2010; Pasca Program: 15 Juli 2010 – 15 Januari 2011

2: Pra Program: 1 Januari – 30 Juni 2010; Pasca Program: 1 Agustus 2010 – 31 Januari 2011

3: Pra Program: 1 Januari – 31 Juli 2010; Pasca Program: 1 Agustus 2010 – 28 Februari 2011

4: Pra Program: 1 Januari – 31 Juni 2010; Pasca Program: 1 September 2010 – 28 Februari 2011

5: Pra Program: 1 Januari – 31 Juli 2010; Pasca Program: 1 Agustus – 31 Januari 2011

6: Pra Program: 1 Februari – 31 Juli 2010; Pasca Program: Agustus – 31 Januari 2011

Jumlah total IUFD juga menurun di 6 RSD intervensi. Dalam hal IUFD ini, banyak sedikitnya kasus IUFD lebih menunjukkan kinerja sistem rujukan dari masyarakat atau puskesmas ke RSD, bukan pada kinerja RS Mitra di RSD. Jika kasus yang dirujuk

terlambat, dan atau dengan mutu rujukan yang buruk, maka penanganan di RSUD tidak akan banyak membantu.

Pada tahap pra kegiatan SH dan kegiatan SH tahap I sebenarnya cukup banyak yang sudah diraih oleh 6 RSUD peserta Program SH.

Dari aspek sistem kesehatan Program SH telah berhasil mendukung penguatan sistem kesehatan yang ada dalam hal adanya kesadaran pengelola RSUD untuk berubah, adanya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan adanya peningkatan perhatian dari Pemda setempat. Perhatian Pemda salah satunya dapat ditunjukkan dari adanya pemberian insentif yang memadai bagi dokter umum dan dokter spesialis. Begitu juga dengan didukungnya program pengiriman dokter untuk sekolah spesialis. Program SH juga sudah berhasil melakukan reformasi sistem kerja dan akuntabilitas melalui penataan sistem pelayanan RSUD, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan perubahan budaya kerja. Dapat dilihat bahwa sebenarnya SDM di RSUD memiliki potensi untuk berkembang menjadi lebih baik namun mereka kekurangan sarana untuk belajar dan tidak adanya *role model*. Semangat tenaga kesehatan untuk berubah memang belum merata karena *capacity building* masih diperuntukan bagi bagian perinatal dan kebidanan saja, walaupun untuk program KIA ini juga melibatkan bagian lain seperti OK dan BDRS. Perbaikan budaya kerja dapat terlihat dari meningkatnya kedisiplinan pegawai dalam bekerja. Tenaga kesehatan juga lebih patuh terhadap SOP dan lebih rapi dalam hal administrasi, seperti pemisahan administrasi untuk register ibu hamil dan bayi baru lahir. Walaupun kadang kelengkapan rekam medik masih belum memadai.

Dalam Program SH ini, dilakukan kegiatan pengiriman dokter residen senior dan spesialis ke 6 RSUD peserta Program SH, dari RS mitranya. Dengan adanya kesediaan dokter spesialis ini baik obgyn, anak dan anestesi, pelayanan PONEK di 6 RSUD menjadi lebih optimal. Memang tidak semua RSUD mengalami peningkatan, misalnya RSUD Larantuka yang pada saat kegiatan SH, dokter spesialis obgin PNS yang dimilikinya pindah tugas ke salah satu kota di Jawa Timur sehingga kinerjanya mengalami penurunan. Kondisi ini berbeda dengan bagian anak yang mengalami peningkatan kinerja karena ada kiriman residen senior dari RS Wahidin Sudirohusodo.

Selain itu, ketersediaan dokter ahli di RSUD peserta Program SH juga meningkatkan kepercayaan masyarakat dan Puskesmas yang ditandai dengan meningkatnya jumlah rujukan ibu dengan komplikasi obstetrik dari Puskesmas. Rujukan ke luar RSUD juga menurun. Konsekuensinya terjadi peningkatan kematian di RSUD karena sebelumnya ada kematian yang tidak tercatat, menjadi tercatat lebih baik. Ada juga kematian yang memang terjadi karena kasus komplikasi yang rumit dan rujukan yang terlambat dan kurang baik. Selain itu, ada juga kasus ibu hamil dengan HIV/ AIDS yang harus dirujuk ke RS lain karena RSUD tidak siap dengan peralatan khusus untuk merawat pasien sesuai protap. Rujukan juga kadang terjadi atas permintaan pasien maupun keluarganya. Residen senior atau dokter spesialis yang dikirim ke RSUD juga melakukan fungsi pelayanan dan pengembangan sistem PONEK. Tidak hanya memberi

pelayanan saja, seperti yang terjadi di RSUD Waikabubak dengan dokter spesialis yang dikontrak dari FK Udayana.

Adanya dokter ahli ini membuat pelayanan PONEK di RSUD dapat berlangsung selama 24 jam walaupun masih menerapkan sistem *on call* karena keterbatasan SDM. Dengan adanya sistem ini, *respond time* juga semakin menurun di beberapa RSUD walaupun ada juga kejadian keterlambatan tenaga datang ke RSUD saat dibutuhkan untuk pelayanan. Ini terjadi karena keterbatasan SDM. Di beberapa RSUD, untuk menjamin berlangsungnya pelayanan PONEK 24 jam, bila dokter spesialis tidak ada ditempat maka pelayanan dipasrahkan ke dokter umum yang mahir PONEK.

Untuk mendukung pelayanan PONEK disediakan pula kelengkapan peralatan kesehatan dan obat-obatan sesuai standar PONEK oleh AIPMNH. Pada Program SH Tahap I ini masih belum banyak peralatan dan obat yang tersedia untuk pelayanan PONEK. Fasilitas untuk Gedung PONEK juga belum maksimal tersedia. Belum banyak juga RSUD yang mengajukan dokter untuk sekolah spesialis walaupun di beberapa RSUD sudah ada dokternya yang diterima sekolah spesialis. Dari aspek ketertiban laporan, beberapa RSUD masih sering terlambat mengirim laporan mingguan bahkan ada yang sangat sulit dimintai untuk mengirim laporan walaupun sudah diminta secara khusus.

Capacity building cukup rutin dilakukan oleh keenam RSUD ini dan dilakukan juga bagi tenaga Puskesmas di Puskesmas masing-masing walaupun masih ada juga kegiatan *capacity building* yang terhambat karena kurangnya dukungan dan koordinasi Dinkes Kabupaten dan DPC AIPMNH setempat. *Capacity building* juga kadang dilakukan dalam bentuk magang. Namun, kegiatan *capacity building* ini tidak disertai dengan evaluasi keberhasilan pelatihan. Misalnya tenaga kesehatan yang sudah dilatih tidak ditindaklanjuti apakah materi yang diterimanya sudah diserap baik atau bahkan tidak terserap sama sekali. Tidak ada pula evaluasi secara berkala untuk mengetahui apakah ilmu dari pelatihan yang diberikan sudah diimplementasikan dengan baik atau bahkan kadarnya sudah memudar. Dengan adanya *capacity building* ini, tenaga kesehatan merasa senang, karena yang dulunya tidak tahu menjadi tahu. Yang dahulu tidak bisa menggunakan dan merawat alat-alat kesehatan, sekarang jadi bisa.



Di tengah berbagai keterbatasan peralatan dan teknologi kedokteran di RSUD, tingginya kasus BBLR di Propinsi NTT disiasati dengan Metode Kanguru. Dengan metode ini, bayi dengan BBLR “dirawat” dengan cara didekap di badan orang tuanya, “skin-to-skin” atau tanpa terhalangi oleh pakaian. Metode ini dalam banyak kasus berhasil meyelamatkan bayi dengan BBLR sehingga bisa tumbuh dan meningkat berat badannya dengan cepat. Yang luar biasa, aplikasi metode itu bukan hanya tanggung jawab ibu, tapi juga bapak si bayi!!

Untuk menjamin lancarnya pelaksanaan Program SH di RSUD, beberapa RSUD secara rutin menggelar koordinasi internal, namun ada juga yang tidak rutin menggelar pertemuan internal atau ada informasi tentang Program SH yang belum tersosialisasi dengan baik dengan pihak RSUD. Akibatnya Program SH kurang optimal dijalankan di RSUD tersebut. Koordinasi yang baik juga diperlukan untuk mengikis resistensi yang ada di RSUD. Tim PONEK kadang tidak lengkap sehingga pelayanan PONEK jadi kurang optimal. Dokter-dokter ahli yang dikirim ke RSUD kadang tidak melakukan dokumentasi kegiatan dengan baik sehingga proses serah terima ke rekan-rekan mereka yang baru datang juga kurang optimal. Pada Tahap I ini, karena merasa keberatan dengan pengiriman dokter spesialis untuk bertugas di RSUD, RS Bethesda mengundurkan diri sebagai mitra dari RSUD Bajawa. Peran RS Bethesda diambil alih oleh RS Sardjito.

Agar Program SH dapat berjalan dengan baik, faktor kepemimpinan dan hubungan dengan dinas kesehatan juga memegang peranan penting. Kepemimpinan dalam hal ini dapat dilihat dari kemampuan pimpinan RSUD untuk mengarahkan staf RSUD dalam menyukseskan Program SH atau program lain di RSUD seperti menuju BLUD. Selain itu, kepemimpinan dibutuhkan juga dalam proses lobi dalam pengadaan peralatan kesehatan. Di beberapa RSUD peran kepemimpinan sudah dijalankan dengan baik oleh kepala RSUD. Namun ada juga kepala RSUD yang jarang turun langsung untuk memantau permasalahan yang ada di rumah sakit sehingga mendorong terjadinya demo

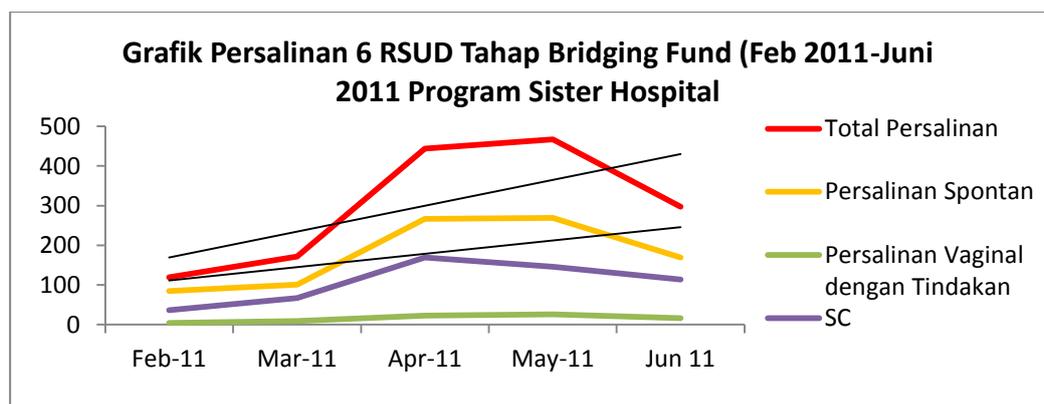
dan kurang semangat bekerja. Koordinasi dengan dinas kesehatan juga penting, bila dinas kesehatan setempat mendukung penuh Program SH, maka pengadaan alat kesehatan dan fasilitas pendukung PONEK dapat berjalan lancar. Pengiriman dokter untuk sekolah spesialis juga dapat dilakukan. Namun ada kalanya koordinasi dengan dinas kesehatan tidak berjalan baik sehingga beberapa kebijakan yang dibutuhkan RSUD tidak bisa diputuskan atau adanya ketidaksearahannya kegiatan yang dilakukan oleh RSUD dengan dinas kesehatan setempat.

Tahap Bridging Fund

Berikut adalah capaian untuk 6 RSUD pada tahap Bridging Fund ini adalah sebagai berikut :

1. Persalinan

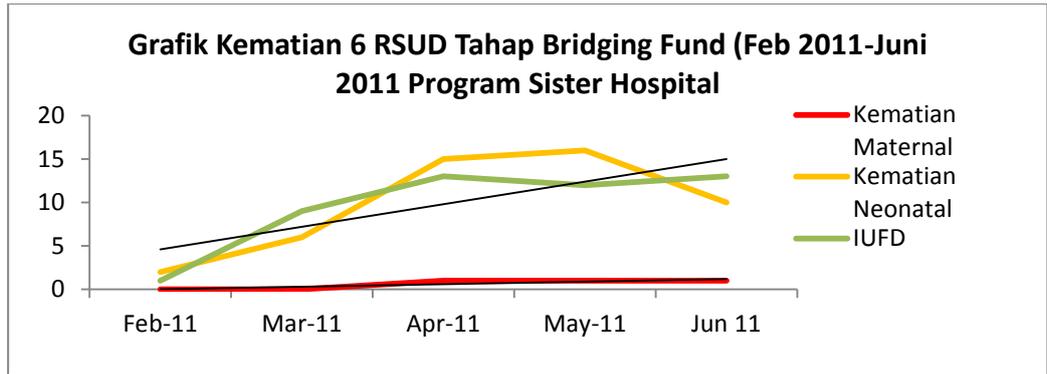
Pada tahap ini terjadi peningkatan pada jumlah persalinan, baik itu persalinan spontan, maupun SC, sedangkan untuk persalinan vaginal dengan tindakan peningkatan terjadi namun tidak terlalu banyak



Gambar 4 Grafik Persalinan di 6 RSUD Peserta Program SH Periode Februari – Juni 2011

2. Kematian

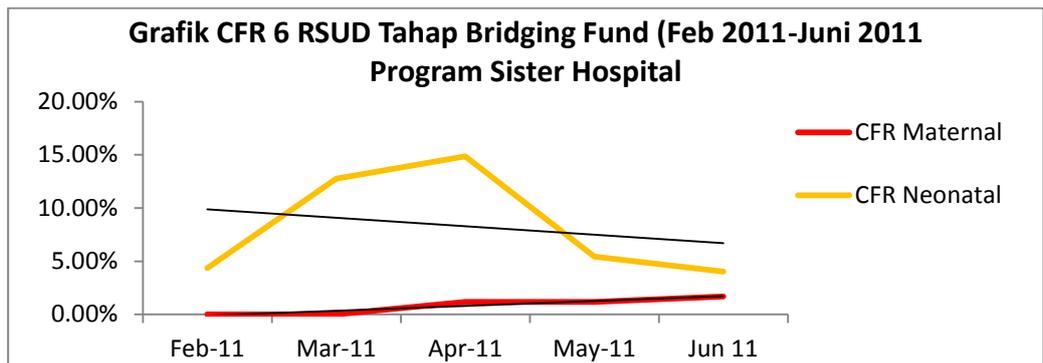
Peningkatan kematian pada tahap ini terjadi pada kematian neonatal dan IUFD, pada kematian maternal juga terjadi peningkatan tetapi jumlahnya tidak terlalu banyak.



Gambar 5 Grafik Kematian di 6 RSUD Peserta Program SH Periode Februari – Juni 2011

3. Case Fatality Rate (CFR)

Kalau dilihat pada tahap ini justru CFR Neonatal mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka kematian hal ini disebabkan karena terjadi penurunan pada 1 bulan terakhir sedangkan untuk CFR Maternal hamper sama dengan jumlah kematian ada peningkatan namun tidak signifikan.



Gambar 6 Grafik CFR di 6 RSUD Peserta Program SH Periode Februari – Juni 2011

Tahap II dan Tahap Pengembangan

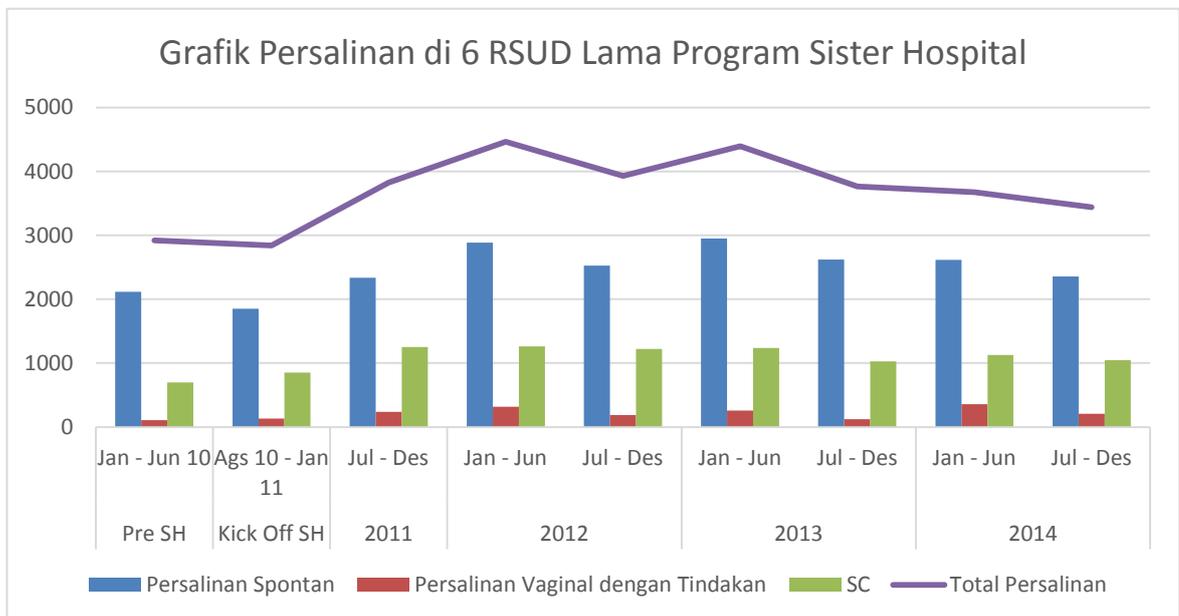
CAPAIAN KEGIATAN SH DI 11 RSUD

6 RSUD Lama

Capaian untuk 6 RSUD Lama adalah sebagai berikut :

1. Persalinan

Berdasarkan data yang ada untuk total persalinan terjadi peningkatan sejak awal program sampai dengan tahun 2013 selanjutnya cenderung menurun. Persalinan vaginal dengan tindakan juga mengalami peningkatan walaupun jumlahnya sedikit. Presentasi SC juga mengalami peningkatan dari 23% menjadi 30 – 32%. Hal ini disebabkan karena tersedianya pelayanan PONEK 24 jam yang semakin baik dengan bantuan dari RS Mitra sehingga banyak rujukan dari puskesmas, klinik bersalin, bahkan dari luar kabupaten ke rumah sakit semuanya bisa tertangani, ditambah lagi rumah sakit sudah jarang untuk merujuk ke atas karena semua sudah bisa ditangani oleh rumah sakit. Selain karena peran dari tim Mitra hal ini juga didukung dengan peningkatan skill dan keterampilan dari bidan di RSUD hasil dari capacity building yang diberikan oleh tim Mitra.

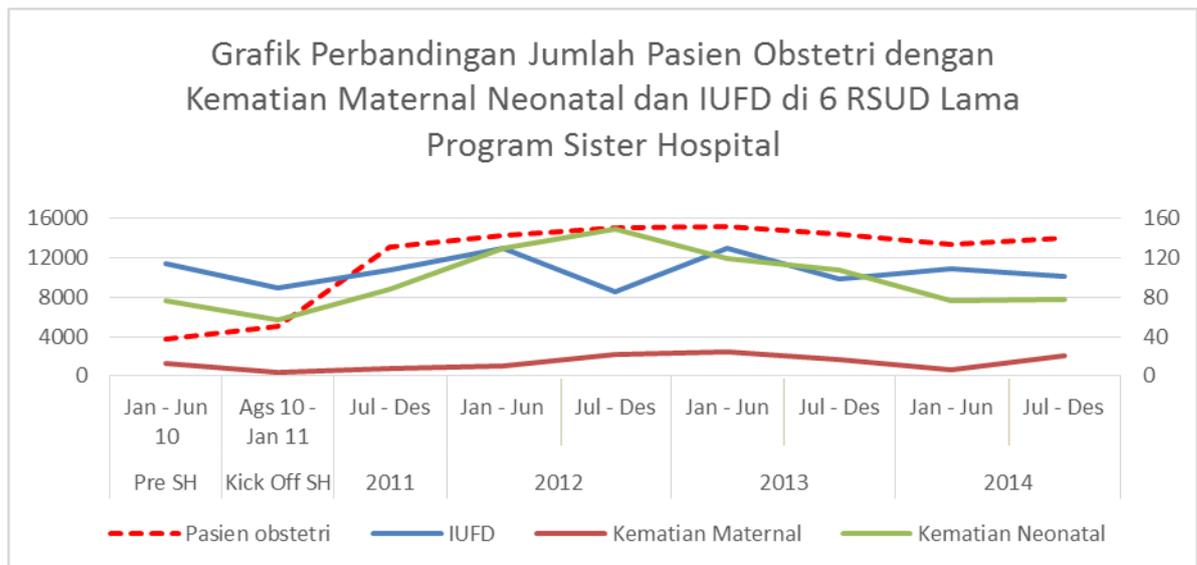


Gambar 7 Grafik Persalinan di 6 RSUD Lama Peserta Program SH Periode Jan 2010 – Des 2014

2. Kematian

Dengan tersedianya PONEK 24 jam pada 6 RSUD dan juga dokter spesialis yang siap melayani maka jumlah pasien obstetri meningkat secara tajam, bisa dilihat dari grafik yang ada jumlah pasien obstetric sejak awal program mengalami peningkatan hampir 3 kali lipat. Hal ini membuktikan bahwa kapasitas RSUD untuk menangani kasus-kasus obstetric dan neonatal juga meningkat berkat adanya program ini. Dengan banyaknya jumlah pasien obstetric ini maka bisa dilihat pada kematian neonatal 2 tahun pertama terjadi peningkatan yang cukup tajam namun sejak 2 tahun terakhir mengalami penurunan.

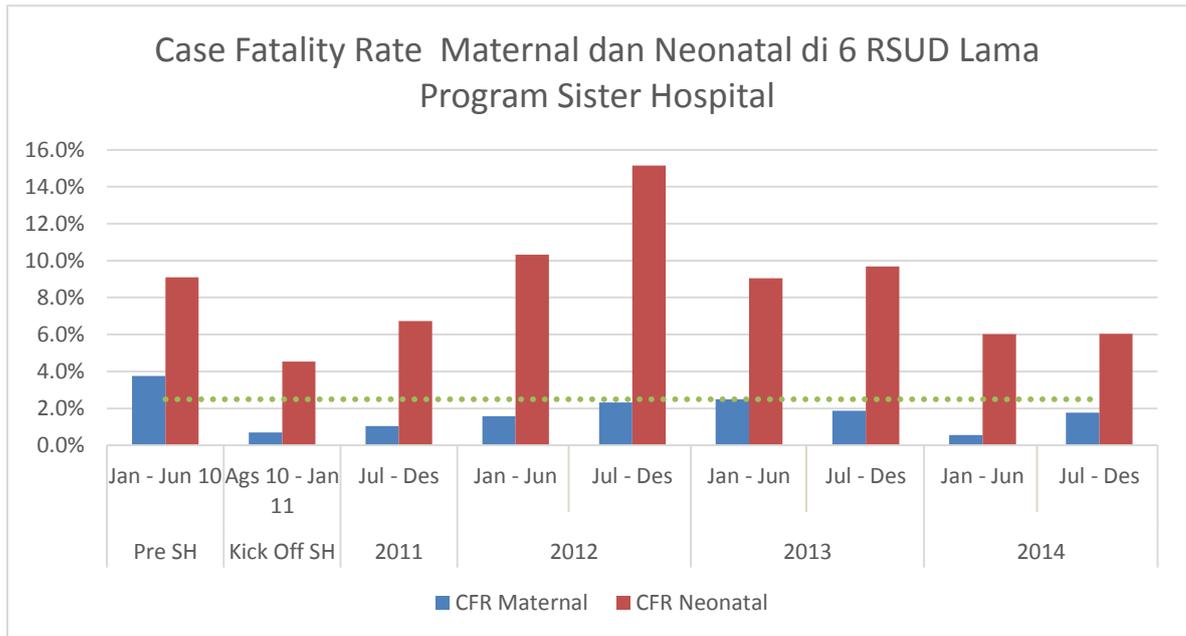
Meskipun rumah sakit memiliki keterbatasan SDM untuk mengelola pasien yang meningkat tajam semenjak program SH bergulir, ternyata dengan komitmen yang kuat jumlah kematian maternal bisa tetap terjaga meskipun terjadi sedikit peningkatan pada bulan Juli hingga Desember 2014. Sedangkan untuk kasus IUFD jumlahnya cenderung tetap sejak awal program.



Gambar 8 Grafik Kematian 6 RSUD Peserta Program SH Periode Jan 2010 – Des 2014

3. CFR

Pada awal program CFR maternal berada pada angka 3.8%, kemudian semenjak adanya program angka ini turun dibawah 2.5% sampai 2014 atau tidak melebihi threshold. Sedangkan untuk CFR neonatal masih tinggi.



Gambar 9 Grafik CFR di 6 RSUD Lama Peserta Program Sister Hospital Periode Juli 2011 – Des 2014

Untuk indikator input 6 RSUD lama rata-rata kehadiran RS Mitra sudah 100% dalam sebulan walaupun ada beberapa RSUD yang pergantian timnya dilakukan kadang-kadang tidak bersamaan, hal ini dikarenakan jadwal transportasi. Walaupun ada yang tidak bersamaan pelaporan kedatangan maupun kepergian tetap dilakukan secara rutin baik ke pihak RSUD maupun ke dinas kesehatan. Setiap bulannya ada pertemuan periodic dengan pihak RSUD baik itu untuk capacity building maupun untuk pembahasan AMP. Selain itu juga ada pertemuan antara RS Mitra dengan staf puskesmas yang terkait dengan rujukan namun belakangan sudah jarang dilakukan karena kesibukan.

Untuk kelengkapan peralatan terkait PONEK sudah hampir lengkap tetapi membutuhkan beberapa penambahan peralatan, seperti pulse oksimeter, timbangan, USG Portable, dan lain-lain. Namun demikian peralatan-peralatan ini masih ada yang belum sampai ke RSUD karena masih melalui sistem pengadaan oleh pihak ketiga. Sumber pendanaan dari peralatan ini bermacam-macam ada yang dari AIPMNH, dana APBD, dan lain sebagainya. Untuk ketersediaan obat-obatan relative tidak ada masalah dengan sistem e-katalog, bahkan ada RSUD yang sudah membuka kerjasama dengan perusahaan obat di daerah sehingga apabila ada kekurangan bisa langsung ditanggulangi. Untuk pendidikan dokter spesialis rata-rata 6 RSUD Lama sudah mengusulkan untuk pendidikan dokterspesialis sebanyak 1 – 2 orang kecuali Lembata yang tidak karena peminatnya kurang. Sementara untuk penyusunan laporan rata-rata semua RS Mitra melibatkan staf RSUD untuk penyusunan laporan.

Untuk pelayanan obstetric dan neonatal selama sebulan semua RSUD Lama sudah lebih dari 80%. Untuk respon time semua RSUD sudah baik sudah sesuai dengan

standar walaupun dengan sistem shift untuk perawat/bidan dan on call untuk dokter namun tindakan dapat segera dilakukan dengan cepat begitu pasien sampai di RSUD.

Untuk indicator outcome jumlah kasus komplikasi baik maternal maupun neonatal mengalami peningkatan hal ini disebabkan karena meningkatnya kasus rujukan. Untuk kematian sendiri baik maternal maupun neonatal secara persentase fluktuatif begitu pula dengan SC. Kalau dilihat data absolute yang ada memang terjadi peningkatan jumlah kematian baik itu maternal maupun neonatal, namun meningkatnya angka kematian ini bukan semata-mata karena faktor RSUDnya, berikut adalah hasil penelusuran tim kualitatif terkait dengan akar permasalahan kematian ibu dan bayi yang meningkat :

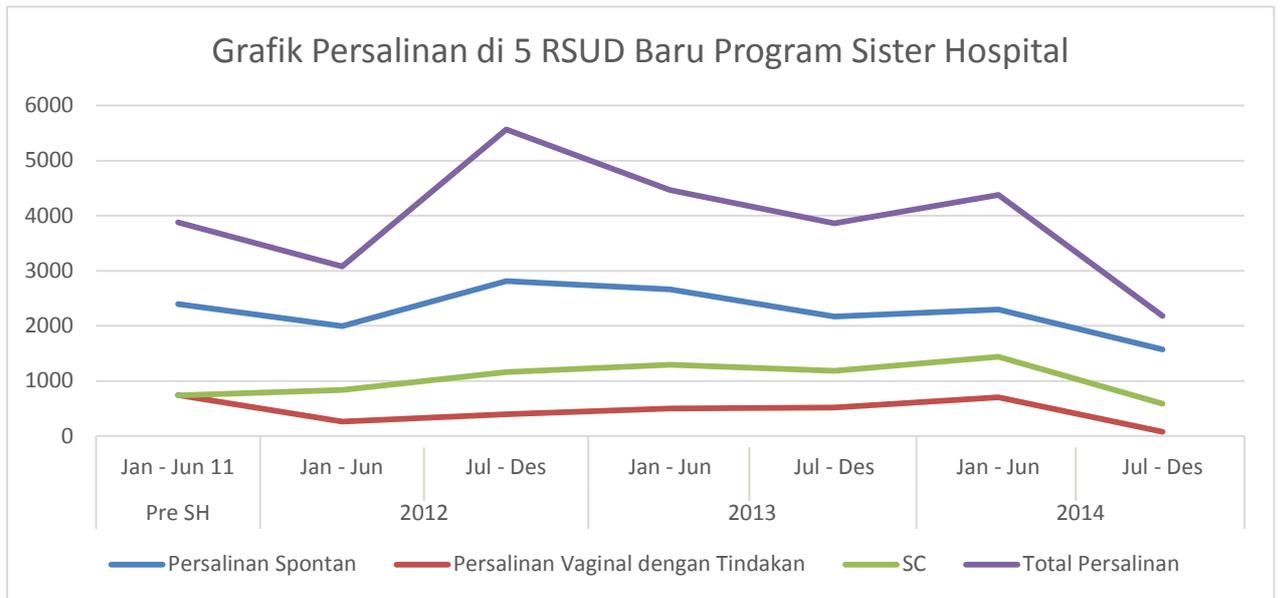
1. Faktor rujukan yang meningkat ditambah lagi dengan keterlambatan rujukan sehingga pasien yang sampai ke rumah sakit sudah dalam kondisi yang susah untuk ditolong,
2. Topografi daerah yang bergunung-gunung dengan kondisi jalan yang buruk,
3. Budaya masyarakat, bidan desa harus berugas di 7 desa sekaligus. Masyarakat selalu terlambat dalam mengambil keputusan karena menunggu anggota keluarga yang dituakan,
4. Faktor ekonomi, meski pasien sudah mendapat fasilitas Jampersal, Jamkesmas atau Jamkesda tapi kebutuhan keluarga selama mendampingi pasien di rumah sakit tidak sedikit, untuk itu keluarga perlu menyiapkan dana.
5. Masalah sebelum persalinan, misalnya ANC yang tidak teratur.

5 RSUD Baru

Berikut capaian 5 RSUD baru dari bulan Januari 2011 – Desember 2014:

1. Persalinan

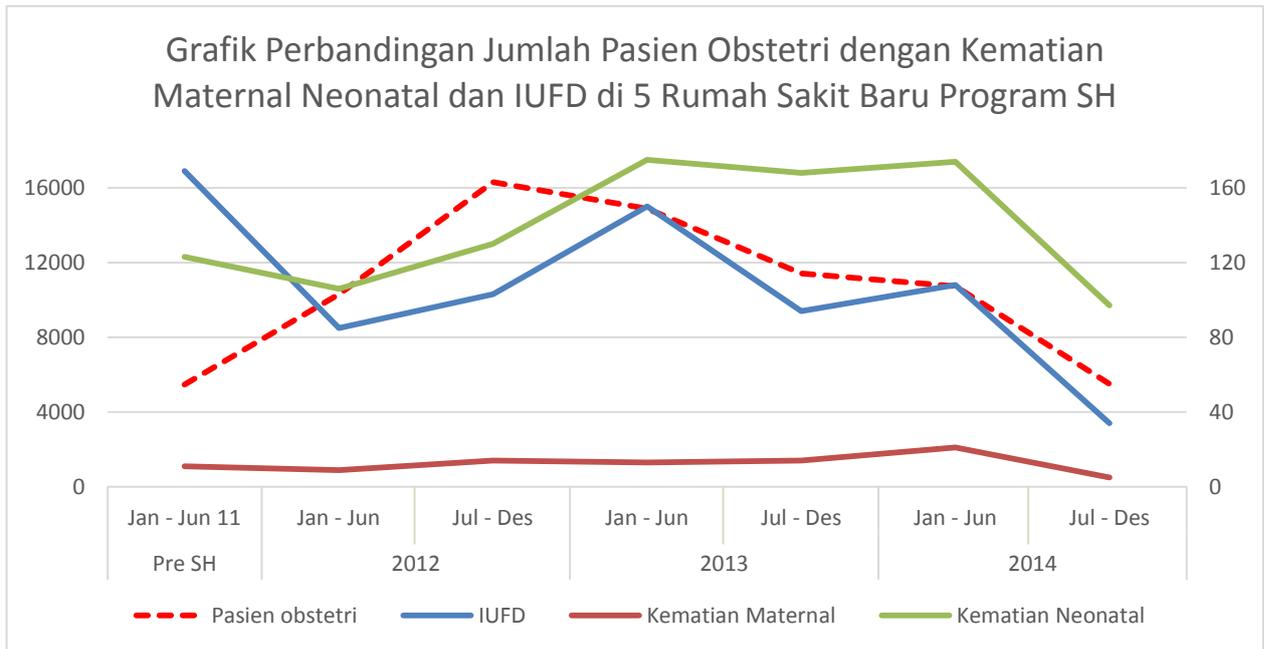
Persalinan di 5 RSUD baru secara umum menurun karena data yang diambil untuk pre SH hanya januari sampai juni 2011 sedangkan data Juli sampai Desember 2011 tidak diambil, selain itu data Januari – Juni 2012 masih rendah karena terdapat beberapa rumah sakit yang belum memulai SH pada periode tersebut. Data Juli sampai Desember 2014 berkurang juga karena tidak tersedia data dari beberapa rumah sakit misalnya RSUD Atambua dan Maumere karena pada periode tersebut 2 RSUD ini sudah dianggap layak dan mampu untuk melaksanakan pelayanan PONEK 24 jam.



Gambar 10. Persalinan 5 RSUD baru Januari 2011-Desember 2014 Program Sister Hospital

2. Kematian

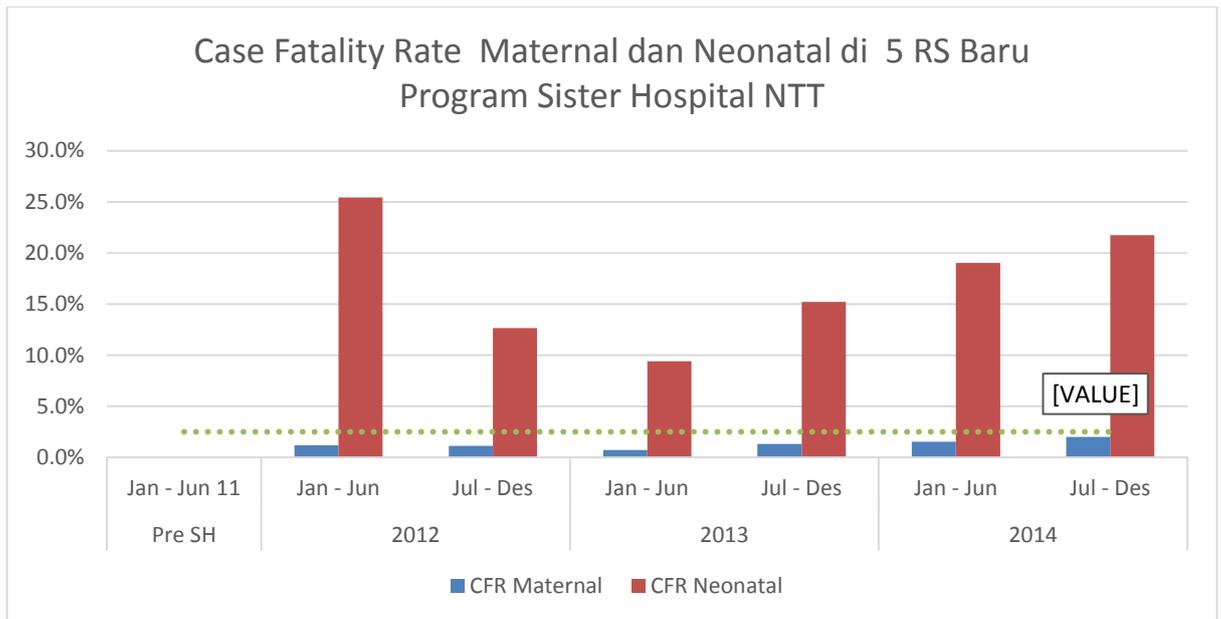
Kematian maternal neonatal di 5 RSUD baru meningkat. Hal ini karena data yang diambil untuk pre SH hanya Januari sampai Juni 2011 sedangkan data Juli sampai Desember 2011 tidak diambil karena ada rumah sakit yang tidak mempunyai data-data tersebut, selain itu data Januari sampai Juni 2012 masih rendah karena terdapat beberapa rumah sakit yang belum memulai SH pada periode tersebut dan data berkurang pada periode Juli sampai Desember 2014 karena berkurangnya data dari rumah sakit misalnya tidak ada data dari RSUD Atambua dan Maumere.



Gambar11.Kematian 5 RSUD Baru Januari 2011 – Desember 2014 Program Sister Hospital

3. CFR

Belum ada data case fatality rate pada periode pre sister hospital karena kurangnya data di beberapa rumah sakit, case fatality rate pada neonates masih tinggi, hal ini karena keterlambatan pengambilan keputusan merujuk misalnya masih menunggu keputusan dari keluarga besar, selain itu keadaan topografi dan akses jalan yang sulit dan meningkatnya rujukan dari kabupaten non SH, Sedangkan faktor internal RSUD seperti perubahan budaya kerja, yang meliputi kedisiplinan, performance, dan kecepatan dalam memberikan pelayanan sudah baik, dan SOP pelayanan yang sudah lengkap didukung dengan perubahan fasilitas yang memadai



Gambar12 Grafik CFR Maternal dan Neonatal di 5 RSUD Baru Peserta Program SH
Periode Januari 2011 – Desember 2014

Dalam perjalanan program SH, RSUD Atambua dan Maumere keluar dari program SH pada bulan Juni 2014 karena dianggap sudah mampu dan mandiri dalam melaksanakan pelayanan PONEK. Terkait indikator input, residen selalu melaporkan kehadirannya ke Direktur RSUD, kedatangan dokter ke RSUD juga ada yang bersamaan dan ada juga yang tidak bersamaan, ketidaksamaan ini karena jadwal penerbangan yang berbeda dan periode bertugas yang tidak sama dari masing-masing dokter. Pada saat bertugas, RSUD menyiapkan absensi khusus untuk mengontrol kehadiran dokter RS mitra di RSUD dan biasanya absensi ini dipegang oleh kepala ruangan. Pada saat bertugas, pertemuan internal RSUD secara periodik juga dilakukan namun sifatnya dadakan, hal ini disesuaikan dengan kesibukan pelayanan, sedangkan pembahasan sistem rujukan dan pelatihan-pelatihan peningkatan kapasitas staff selalu melibatkan puskesmas PONEK, Untuk handover tidak selalu melibatkan RSUD hal ini disesuaikan dengan jadwal transportasi udara misalnya delay atau penundaan penerbangan

Presentase kelengkapan peralatan obstetri dan neonatal sesuai dengan standar PONEK nasional untuk pelayanan PONEK RSUD sudah lengkap, pengadaan alat-alat itu antara lain CPAP, hating, USG 4 dimensi, dopler, tensi mobile, kuretase dll, selain itu ada penambahan fasilitas misalnya RSUD Ruteng ada penambahan ruangan di ruang perinatal. Khusus RSUD Waingapu sudah ada sparepart untuk mesin oksigen yang rusak dan juga pengadaan alat telpon di semua ruangan, selain itu jika ada mesin oksigen yang rusak selalu diperbaiki karena ada tenaga IPRS yang dikontrak. Presentase kelengkapan obat-obatan obstetric dan neonatal sesuai dengan standar PONEK nasional juga sudah lengkap. Namun dalam perjalanannya ada terjadi kekurangan obat karena proses

pengiriman obat dari PBF Surabaya lambat (terkendala di transport), biasanya jalan keluar yang diambil oleh RSUD yakni meminjam obat dari dinkes setempat.

Pelayanan obstetric dan neonatal di RSUD sudah dilakukan lebih dari 80% tetapi tidak dilakukan assessment menggunakan instrumen JNPK terhadap kompetensi dokter umum. Hal ini karena beberapa RSUD belum tahu bagaimana mendapatkan instrument itu dan ada RSUD juga yang sibuk dalam pelayanan. Untuk RSUD Kefamenanu, Kasus komplikasi obstetrik neonatal dan kasus komplikasi maternal yang ditangani di rumah sakit pada periode Juni 2014 sampai Desember 2014 menurun karena kurangnya pendampingan dari Mitra A.

RSUD baru juga sudah memiliki dokter dan perawat/bidan terlatih PONEK walaupun jumlah dari masing-masing RSUD berbeda-beda. Masalah yang dialami dari RSUD terkait staff PONEK adalah mutasi staff ke puskesmas dan juga ada dokter dan perawat yang pindah mengikuti suami keluar daerah.

B. CAPACITY BUILDING

Selama berjalannya Program SH, residen maupun dokter spesialis dari RS Mitra A yang datang ke RSUD tidak hanya memberikan pelayanan kepada pasien tetapi juga melakukan *transfer knowledge* kepada tenaga medis di RSUD. Di kelompok 6 RSUD lama peserta Program SH, pada tahap I belum terdata dengan baik sehingga jumlahnya tidak bisa dipastikan, pada tahap Bridging Fund menghasilkan 81 *capacity building*, dan tahap II menghasilkan 1027 *capacity building*. Sedangkan di kelompok 5 RSUD baru telah dilakukan 371 kegiatan *capacity building*. Metode penyampaian materi yang digunakan di 11 RSUD ini adalah presentasi, diskusi, simulasi, kuliah, seminar, workshop, bed side teaching, tutorial, pendampingan dan *on the job training*. Peserta kegiatan *capacity building* ini terdiri dari dokter dan perawat (dari bagian ICU, IGD, OK, perina dan VK), komite medik RSUD, bagian Bank Darah Rumah Sakit, bidan, staf bagian penunjang medik, petugas laboratorium, petugas IPSRS, tenaga medis dari Puskesmas dan PMI.

Dari hasil Monitoring dan Evaluasi yang sudah diselenggarakan selama ini diketahui bahwa dari 11 RSUD hanya RSUD Soe, Atambua dan Bajawa yang sudah memiliki Surat Keputusan/SK untuk menentukan prioritas *capacity building* sedangkan RS yang lainnya disesuaikan dengan kebutuhan. Namun begitu para staf yang terkait PONEK di seluruh rumah sakit sudah menerima pelatihan dari RS Mitra. Pelatihan yang diberikan selain klinis juga manajemen seperti dalam hal pengembangan sistem termasuk pengadaan buku monitoring, pembenahan alur, penyiapan SOP, kelengkapan status, juga untuk sistem pencatatan dan pelaporan. Selain itu dalam hal budaya kerja RS Mitra membantu meningkatkan etos kerja, seperti kedisiplinan, rasa tanggung jawab, profesional dalam memberikan pelayanan pada pasien, sikap ramah dan sopan terhadap pasien dan pengunjung rumah sakit. Selain dilakukan di RSUD ada juga staf yang ke RS Mitra untuk menimba ilmu, misalnya dalam 3 bulan terakhir 8 petugas medic RSUD

Kefamenanu dikirim ke RSAB Harapan Kita untuk mengikuti capacity building, hal ini sangat baik karena mereka bisa melihat secara langsung bagaimana budaya kerja di RS Mitra.

Sebelum diberikan pelatihan peserta pelatihan diassessment terlebih dahulu namun ada beberapa RS yang tidak melakukannya karena jumlah tenaga yang terbatas sehingga tenaga yang ada langsung diikutkan dalam pelatihan. Assesment yang dilakukan sendiri dalam bentuk pre dan post test. Selain pelatihan setiap minggunya paling tidak satu kali, ada juga yang lebih dari satu kali dilakukan pertemuan internal klinis antara RS Mitra dan RSUD. Juga ada pertemuan koordinasi antara RS Mitra, Dinkes Kabupaten, dan Bidan desa yang dilakukan per bulan maupun per 3 bulan tergantung dari masing-masing RSUD, namun 3 bulan belakangan beberapa RSUD sudah jarang melakukan pertemuan ini.

Untuk staf Puskesmas sendiri juga dilibatkan dalam kegiatan capacity building ini misalnya pada saat merujuk pasien mereka dilibatkan dalam bedside teaching, selain itu juga ada magang untuk bidan/perawat Puskesmas di RSUD yang mana pada saat magang tersebut mereka bisa mengikuti pelatihan-pelatihan yang diberikan oleh RS Mitra. Bahkan ada dokter RS Mitra yang sebelum habis masa tugasnya melakukan supervise ke puskesmas, untuk melihat hasil dari proses capacity building yang telah mereka dapatkan. Selain dirumah sakit RS Mitra juga melakukan pelatihan kepada staf Puskesmas terkait dengan sistem rujukan.

Para bidan/perawat yang mendapat pelatihan pun merasa sangat senang dengan adanya capacity building ini. Menurut mereka transfer ilmu itu sangat berguna bagi mereka, karena selama ini sangat jarang mereka bisa mengikuti pelatihan-pelatihan. Meskipun butuh waktu mereka optimis bisa menerapkan ilmu-ilmu tersebut, karena pada dasarnya mereka sudah pernah mendapatkan hal tersebut. Mereka menganggap hal ini sebagai refreshing bagi teori yang pernah mereka dapatkan. Selain itu mereka juga sudah pernah atau terbiasa bekerja sama dengan dokter spesialis, sehingga walaupun ada tambahan baru, mereka tinggal menyesuaikan. Pada umumnya mereka merasa senang dengan kegiatan ini.

Dampak dari Program Sister Hospital ini adalah ketrampilan petugas meningkat dengan adanya pelatihan dan pembelajaran dari rumah sakit mitra (fungsi capacity building), misalnya pemasangan nutrisi melalui OGT, resusitasi bayi baru lahir, modifikasi siring pump pada bayi gangguan pernapasan, dan lain sebagainya. Selain itu juga membantu meningkatkan etos kerja, seperti kedisiplinan, rasa tanggung jawab, profesional dalam memberikan pelayanan pada pasien, sikap ramah dan sopan terhadap pasien dan pengunjung rumah sakit. Untuk system rujukan sendiri dengan adanya program sister hospital *respons time* dari petugas medis sangat bagus terbukti ketika pasien sudah belum sampai di rumah sakit saja dokter maupun petugas medis yang lain sudah siap.

Hingga Desember 2014, kegiatan capacity building masih rutin dilakukan di 9 RSUD yang masih tergabung dalam program Sister Hospital. Namun, data mengenai jumlah

dan topik apa saja yang disajikan dalam kegiatan capacity building tidak dapat direkap karena laporan bulanan dari RS Mitra A tidak lagi dikumpulkan per Juli 2013.

C. PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS

Sebelum ada program sister hospital sudah ada 16 orang dokter spesialis di 11 RSUD yang saat itu bergabung dengan sister hospital. Saat Program SH berlangsung ada masa dimana 2 RSUD sudah tidak bergabung sehingga tersisa 9 RSUD saja, pada perjalanannya terdapat penambahan 9 orang dokter spesialis yang telah menyelesaikan pendidikan spesialis sampai pada tahun 2013 dan bertambah 3 orang lagi pada akhir Tahun 2014. Jumlah dokter spesialis pada 9 RSUD kini akan bertambah lagi setelah menyelesaikan pendidikan dimana diprediksikan semua dokter yang saat ini sedang menempuh pendidikan akan kembali pada kisaran Tahun 2016 – 2017.

Pada awal program sister hospital anggaran untuk kesinambungan program sister hospital lebih banyak difokuskan pada dana-dana yang berasal dari dana AIPMNH, namun seiring berjalannya waktu, muncul kesadaran dari masing-masing Pemda wilayah sister hospital untuk melanjutkan kegiatan sister hospital secara mandiri baik komitmen untuk pengadaan dokter spesialis/residen, komitmen untuk menyekolahkan dokter PPDS maupun komitmen untuk memberikan pelatihan pada tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten masing-masing.

Salah satu alternatif exit strategy yang dilakukan adalah dengan membuat MOU dengan Fakultas Kedokteran diluar NTT untuk mengirimkan residennya bertugas di NTT seperti yang sudah dijalankan oleh FK Udayana, FK Unair untuk pengiriman residen bedah. Pemerintah daerah dalam MOU menawarkan insentif daerah, uang makan, dan tempat tinggal sehingga diharapkan dengan adanya tawaran tersebut dapat menarik residen untuk dapat memberikan pelayanan di NTT.

Tabel 10. Jenis Dan Jumlah Spesialis Di 9 RSUD

No	Keterangan	Spesialis													Total
		Anak	Obgyn	Anestesi	Radiologi	Bedah	Fisioterapi	IPD	Mata	TH T	Syaraf	PK	RM	Jiwa	
1	Sudah ada sebelum program SH	0	2	1	0	3		4	2	1	1				16
2	Sudah kembali ke RSUD saat program SH berlangsung	3	5	0	4	2		4							9
3	Sedang menempuh pendidikan	5	12	4	1	4	0	4			1	1	1	1	52

V. LAPORAN BELANJA DAN PENGELUARAN LAIN

Tahap I

Hasil kegiatan ini dianalisis dengan menggunakan pendekatan manajemen proyek dalam kerangka kebijakan reformasi pelayanan yang bersifat inovatif. Ada 4 fase dalam proyek yaitu:

1. Fase Konsepsualisasi
2. Fase Persiapan teknis
3. Fase Pelaksanaan (termasuk *monitoring* dan evaluasi)
4. Fase Peralihan

Sebagai kegiatan inovatif, program ini memerlukan upaya ekstra di fase konsepsualisasi program dan fase persiapannya. Tabel 12 menunjukkan estimasi biaya dalam fase konsepsualisasi.

Tabel 11 Kegiatan dan dan Estimasi Biaya dalam Fase Konseptualisasi

No	Tahapan	Kegiatan	Detail kegiatan yang sudah dilaksanakan	Jumlah
1	Pra-kegiatan	Advokasi/ Sosialisasi program kepada stakeholders provinsi	Pertemuan PKMK FK UGM dengan Dinkes NTT dan AIPMNH di Jogja 7 Juli 2009	12.000.000
			Pertemuan Dinkes NTT dengan Prof. Laksono Trisnantoro di Kupang 17 Maret 2010	-
		Rapat persiapan awal penyusunan grand design	Pertemuan awal antara Dinas Kesehatan Propinsi NTT, PKMK FK UGM dan AIPMHN AusAid di Hotel Harris Riverview Kuta Bali, 28-29 April 2010	300.000.000
		Sosialisasi kegiatan kepada calon RS Mitra	Sosialisasi Kegiatan dalam Pertemuan Pelkesi di Hotel Dhyana Pura Bali, 29 April 2010 oleh Prof. dr. Laksono T, MSc, PhD	-
			Sosialisasi Kegiatan dalam Studi Banding Rumah Sakit Keagamaan di Australia 2-7 Mei 2010 oleh Prof. dr. Laksono T, MSc, PhD	-
			Road show pendekatan terhadap calon rumah sakit "Sister Hospital" 3-6 Mei 2010 oleh Tim Dinkes Propinsi NTT	39.000.000
			Pertemuan antara Dinas Kesehatan Provinsi NTT, dengan PKMK FK UGM, Direktur RS Panti Rapih Yogyakarta, dan Direktorat Bina Kesehatan Anak Kementerian Kesehatan RI di Hotel Ina Garuda, 10 Mei 2010	-
		Sosialisasi kegiatan kepada stakeholders kabupaten	Sosialisasi Kegiatan oleh Dinkes Propinsi NTT kepada 9 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan 9 Direktur Rumah Sakit Kabupaten Propinsi NTT terpilih di Hotel Kartika Chandra Jakarta, 7 Mei 2010	10.000.000
			Penyampaian rencana kegiatan kepada Bupati dan DPRD oleh ke-9 Ka Dinkes Kabupaten dan Direktur RSD; serta sosialisasi internal di 9 RSD	-

10		Mengontrak konsultan dalam fase konseptual	PKMK FK UGM	13.000.000
----	--	--	-------------	------------

Dalam Tabel 12 terlihat bahwa proses konseptualisasi *Sister Hospital* NTT berlangsung relatif lama. Dimulai dari pertemuan di FK UGM antara pimpinan Dinas Kesehatan Propinsi NTT, AIPMNH, dan FK UGM pada tanggal 7 Juli 2009. Pertemuan ini membahas konsep sistem kontrak yang mempunyai proses cukup rumit dan mengandung risiko tinggi karena langsung memberikan pelayanan medik ke ibu dan anak. Biaya yang dikeluarkan cukup besar, karena harus mendatangkan banyak pihak ke Bali.

Dalam pertemuan besar ini disepakati konsep dasarnya dan digunakan sebagai dasar untuk mencari mitra RS yang bersedia datang ke NTT dalam tim. Terlihat berbagai kegiatan yang menggunakan anggaran yang relatif sedikit atau sukarela dilakukan oleh UGM dan DinKes Propinsi NTT.

Setelah fase konseptualisasi program *Sister Hospital* NTT mantap dan mendapatkan dukungan dari berbagai calon *Sister Hospital* maka, tahapan program masuk ke persiapan operasional. Tabel 7 menguraikan kegiatan dan estimasi biaya fase persiapan.

Tabel 12 Kegiatan dan Estimasi Biaya dalam Fase Persiapan

No	Tahapan	Kegiatan	Detail kegiatan yang sudah dilaksanakan	Jumlah
2	Persiapan	Rapat kerja persiapan pelaksanaan program <i>Sister Hospital</i>	Rapat Kerja Persiapan Kegiatan Pengembangan SDM Klinik melalui pendekatan Kontrak tenaga klinik dan Pendidikan Spesialis Di 7 RSD Kabupaten Propinsi NTT Tahun 2010-2014, Denpasar 21-22 Mei 2010.	300,000,000
			Launching website www.mutukia-ntt.net	Launching website www.mutukia-ntt.net
			Pertemuan Para Pemangku Kepentingan Program Kemitraan Rumah Sakit (<i>Sister Hospital</i>) RS dr. Soetomo-RSD Soe Kab. TTS di Surabaya tgl. 09 Juni 2010	20,000,000
			Fasilitasi awal Persiapan RSD Larantuka (26 Juni 2010) dan RSD Waikabubak (29-30 Juni 2010)	19.6000.000
		Pelatihan tim RS Mitra	Pelatihan manajemen program	165,000,000
			Pelatihan PONEK RS Bethesda	70,000,000
			Pelatihan Audit Maternal Perinatal bagi RS Bethesda dan RS Panti Rapih, Yogyakarta 15-16 September 2010	20.000.000
		Mengontrak konsultan dalam fase persiapan	PKMK FK UGM	43.000.000

Di Tabel 9 dapat dilihat bahwa biaya terbesar adalah pertemuan di Bali untuk mempertemukan seluruh *stakeholders* yang terlibat: mulai dari Kabupaten sampai ke Kementerian Kesehatan pusat. Disamping itu ada dana yang dipergunakan untuk melatih calon *Sister Hospital* di Yogyakarta, dan RS swasta yang perlu mengadaptasi diri dengan kegiatan KIA. Tahap berikutnya adalah fase pelaksanaan yang disajikan di Tabel 8.

Tabel 13 Kegiatan dan Estimasi Biaya dalam Fase Pelaksanaan

No	Tahapan	Kegiatan	Detail kegiatan yang sudah dilaksanakan	Jumlah
	Pelaksanaan	Pengiriman tim advance	Penyusunan kerangka acuan dan rencana anggaran Pengiriman tim advance	960.000.000 (160,000,000/RS)
		Kesepakatan kerjasama berbagai pihak	MoU antara Dinkes Provinsi NTT dengan konsultan (PKMK FK UGM)	-
		Pengiriman tim regular	Penyusunan SoS (Scope of Service) RS Mitra/AIPMNH	3.300.000.000
			Penyusunan proposal untuk Perbaikan dan Pengadaan Peralatan Kesehatan RSD	2.400.000.000

Dalam fase pelaksanaan, anggaran terbesar diberikan ke RS Mitra untuk pengiriman tim-*advance* dan tim regular. Disamping itu ada dana yang disiapkan untuk perbaikan dan pengadaan peralatan kesehatan. Total anggaran yang dikelola langsung oleh ke-6 RS Mitra adalah Rp. 4.590.000 yaitu untuk biaya tim *advance*; tim regular; penugasan tenaga elektromedik; dan kegiatan evaluasi 6 bulan di masing-masing RSUD. Fase pelaksanaan ini sekaligus dilakukan *monitoring* dan evaluasi yang sangat rapat frekuensinya (Lihat Tabel 11).

Tabel 14 Kegiatan dan Estimasi Biaya dalam Fase Pelaksanaan dengan Monitoring dan Evaluasi

No	Tahapan	Kegiatan	Detail kegiatan yang sudah dilaksanakan	Jumlah
4	Monev	Penyusunan mekanisme monev dan tools	Lokakarya Mekanisme Monitoring, Pelaporan, dan Pertanggungjawaban Keuangan RS Mitra dalam Program Sister Hospital, Denpasar 20-21 Agustus 2010	215,000,000
		Kesepakatan kerjasama berbagai pihak	MoU antara Dinkes Provinsi NTT dengan konsultan (PKMK FK UGM)	371.600.000
		Mengontrak konsultan monev Untuk mutu klinik. Monitoring proses mingguan	Penyusunan SoS PKMK FK UGM/AIPMNH-Dinkes Prop. NTT Pembuatan kontrak PKMK FK UGM/AIPMNH Memonitor pengiriman data klinis oleh RS Mitra melalui website/ sms.	584.350.000
		Field monitoring	Kegiatan Monitoring (Administrasi dan Klinis) di ke-6 RSD 20-26 September 2010 dan Sosialisasi Kegiatan	152,000,000
		Pertemuan monitoring&evaluasi akhir	Pertemuan Monitoring Proses ke-1 Program Sister Hospital, Kupang 4-8 Oktober 2010	365,000,000

			Pertemuan Monitoring Proses ke-2 Program Sister Hospital, Denpasar 8-12 Desember 2010	514.480.000
			Pertemuan Evaluasi 6 Bulan Program Sister Hospital, di ke-6 RSD	360.000.000
			Mobilisasi tim evaluasi 6 bulan RS Mitra	300.000.000
		Kegiatan kontingensi sebagai tindak lanjut hasil monev	Penyusunan draft SoS Pengiriman Tenaga Elektromedik RS Mitra ke RSD	30,000,000
			Monitoring Kesiapan RSD dalam implementasi program Sister Hospital	80,000,000
		Kegiatan Mitigasi Risiko	Mediasi dalam kasus antara RSUP Sanglah dengan RSD Waikabubak, Sumba Barat 19-21 Juli 2010	8.800.000
			Pertemuan Manajemen Risiko, Bali 24 Januari 2011	132.410.000
			Lokakarya Orientasi AMP Tim AMP Propinsi NTT pada 26-28 Januari 2011 di Kupang	108.380.000
			AMP Dalam Program Sister Hospital di 6 RSD Kabupaten di Propinsi NTT, Kupang 23-25 Pebruari 2011	237.040.000
			Pertemuan Rencana Tindak Lanjut Program Sister Hospital RSSA-RSD Lewoleba di Malang 29 Maret 2011	72.120.000
			Pertemuan upaya mediasi pemecahan masalah kasus RSUP Sanglah-FK UNUD dengan RSD Waikabubak, Denpasar, 26-27 Juli 2010	55.000.000
			Visitasi ke RSD SoE TTS 7 Agustus 2010	300.000

Kegiatan yang mencolok adalah pertemuan-pertemuan untuk *monitoring*. Hal ini mencerminkan kehati-hatian dan kekawatiran yang terjadi sejak fase konsepsualisasi di tahun 2009. Pertemuan *monitoring* dilakukan berbasis kunjungan *monitoring* lapangan oleh tim PKMK yang tersusun atas tim *monitoring* sistem kontrak dan klinik. *Monitoring* I dilakukan di Kupang pada bulan Oktober 2009 untuk memastikan apakah tidak ada dampak negatif dalam kegiatan *Sister Hospital* NTT ini. Pertemuan *Monitoring* II dilakukan di Bali untuk memastikan keberlangsungan proyek, dan diteruskan dengan *Monitoring* III di RSD untuk kelanjutan dan peningkatan komitmen. Secara keseluruhan, total estimasi dalam fase-fase tersebut selama 6-9 bulan adalah sebesar Rp 11.667.780.000

Sebagai catatan khusus, analisis biaya ini menunjukkan bahwa program *Sister Hospital* NTT ini masih berada dalam kategori kegiatan inovatif. Banyak anggaran dipergunakan untuk fase konsepsualisasi dan persiapan dengan mengundang berbagai *stakeholder* yang banyak. Disamping itu fase *monitoring* yang sangat ketat, membutuhkan dana yang relatif besar. Hal ini menunjukkan rancangan yang sangat memperhatikan kehati-hatian karena menyangkut nyawa manusia. Dengan demikian, apabila program *Sister Hospital* ini diperluas, tentu biaya yang dibutuhkan dapat lebih rendah karena pembelajaran sudah banyak dilakukan dalam periode ini.

Tahap II & Pengembangan

Memasuki Juni 2011 sampai dengan Juni 2013, kegiatan yang berjalan lebih fokus pada pelaksanaan monitoring dan evaluasi (monev) di 11 RSUD. kegiatan diawali dengan lokakarya fasilitasi monitoring dan evaluasi yang bertujuan untuk memperkenalkan konsep dan metode *self assessment*, mengidentifikasi dan menyepakati peran berbagai pihak di Kabupaten dan Provinsi, melakukan standarisasi dalam proses pelaporan data klinis dan memperkenalkan template laporan mingguan, bulanan dan triwulan, serta format laporan akhir dalam kegiatan monitoring & evaluasi. Dengan adanya pemahaman mendalam materi *monitoring&evaluasi* pada kegiatan ini diharapkan monev kedepan dapat mulai dialihkan kepada tim provinsi, IDAI-POGI Kupang dan Undana. Hal ini diperlukan sebagai salah satu upaya untuk menunjang keberlanjutan Program *Sister Hospital*. Berikut adalah penjelasan mengenai fase peralihan.

Selama fase peralihan tim konsultan terus melakukan koordinasi dengan AIPMNH dalam penyusunan SOS kegiatan dan anggarannya. Kontrak lanjutan dalam tahap kedua ini dibagi dalam 3 periode waktu, yaitu:

1. Periode Juli 2011 – Agustus 2012

Pada periode ini kegiatan utama yang dilakukan adalah monev dengan mulai melibatkan lebih banyak tim dari daerah. Pelaksanaan monev di periode ini 50% sudah dilakukan oleh tim provinsi, IDAI-POGI Kupang dan Undana, pendamping dari HOGSI, kualitatif UGM dan PKMK FK UGM lebih banyak memberikan supervisi. Selain monev kegiatan koordinasi berupa lokakarya masih dilanjutkan untuk menjaga kesinambungan program sister hospital, baik dengan RS Mitra A melalui supervisi, RS Mitra B, dan juga koordinasi antara Provinsi, Konsultan serta AIPMNH.

2. Periode September 2012 – Februari 2013

Periode ini kegiatan utamanya adalah *capacity building* untuk tim Undana. Diharapkan Undana dapat menjadi motor penggerak untuk kelanjutan monev program *Sister Hospital* di Provinsi NTT ini. Pada kegiatan *capacity building* ini Undana telah membentuk satu unit penelitian untuk melanjutkan program *Sister Hospital* dengan nama P2K3 yang terdiri dari ketua, peneliti dan sekretaris. Kegiatan lainnya adalah penyusunan manual rujukan di 11 RSUD melalui telekonferensi ataupun *skype* yang cukup intensif.

3. Periode Maret – Juni 2013

Pada periode ini yang juga merupakan periode terakhir dalam tahap kedua program *Sister Hospital*, kegiatan monitoring dan evaluasi hampir mencapai 100% dilakukan oleh tim provinsi, IDAI-POGI Kupang dan Undana sampai dengan penulisan laporan hasil monev di masing-masing RSUD. Lokakarya sebagai sarana koordinasi dilakukan lebih intensif juga dalam rangka evaluasi program sister hospital secara keseluruhan yang kemudian akan disusun sebagai laporan keseluruhan (*overall report*) program *Sister Hospital* tahun kedua ini.

Berikut tabel kegiatan dan estimasi biaya di tahun kedua Program *Sister Hospital* Provinsi NTT :

Tabel 15. Kegiatan dan estimasi biaya di tahun kedua program sister hospital provinsi NTT (Juni 2011-Juni 2013)

No	Tahapan	Detail kegiatan yang sudah dilaksanakan	Jumlah
4	Masa Transisi (Juni 2011)	Lokakarya Fasilitas Monitoring dan Evaluasi Program Sister Hospital Propinsi NTT	220.000.000
	Kontrak periode Juli 2011 s/d Agustus 2012	Lokakarya Evaluasi Program & Workshop Koordinasi dengan PHO, AIPMNH, PKMK, DHO, RS Mitra A & RS Mitra B, periodik 6 bulan	204.600.000
		Monitoring & Evaluasi Tim Klinis dengan Tim Pendamping dari PHO, IDAI-POGI Kupang	475.000.000
		Monitoring & Evaluasi Tim Kualitatif	160.000.000
		Workshop Koordinasi Hasil Monev & Supervisi	168.000.000
		Workshop Internal Penyusunan Laporan Monev	46.000.000
	Kontrak periode September 2012 s/d Februari 2013	Pertemuan Koordinasi Rutin Penyusunan Manual Rujukan & Teleconference/Skype ke 11 RSUD	108.000.000
		Capacity Building Undana :	
		Persiapan, Rekrutmen, & Magang	89.000.000
		Pelatihan Tata Kelola, Rencana Bisnis & Magang bagi Pengelola, Peneliti & Tenaga Pendukung Unit Penelitian	153.000.000
	Kontrak periode Maret s/d Juni 2013	Pertemuan koordinasi Program Sister Hospital (PHO, AIPMNH, PKMK, DHO, RSUD, RS Mitra) di Surabaya, 5 Maret 2013	280.000.000
		Exit Strategi: Seminar ASM KIA, 6-7 Maret 2013	155.000.000
		Workshop Persiapan Monev & Pelatihan Capacity Building Lanjutan untuk Tim Pendamping (Undana, IDAI, POGI, PHO NTT) di Kupang, 29/4, 16-18/5, 15-17/6	60.000.000
		Monitoring dan Evaluasi Tim Klinis & Manajemen, Mei 2013	300.000.000
		Monitoring dan Evaluasi Tim Kualitatif, Mei 2013	35.000.000
		Workshop Neonatal & Seminar Evaluasi Hasil Akhir di Surabaya, 28-30 Mei 2013	900.000.000

Tahap Exit Strategy

Pada tahap *exit strategi* ini, PKMK FK UGM berupaya agar sistem yang sudah dibangun tidak kembali lagi ke semula, sehingga perlu ada perhatian serius terkait bagaimana *sustainability* program *sister hospital* kedepan. Adapun exit strategi yang dilakukan adalah sbb:

- a) Dimulai dengan membentuk pusat studi yakni Pusat Kebijakan Kesehatan dan Kedokteran (P2K3) yang diharapkan mampu untuk menggantikan peran dari PKMK nantinya di Provinsi NTT. Selain untuk menghemat biaya, dengan adanya pusat studi ini juga memberdayakan putra/putri daerah untuk membangun daerahnya sendiri. Sehingga terbentuklah Lembaga Penelitian dibawah Universitas Nusa Cendana dengan SK Rektor no 604/KL/2012 pada tanggal 17 Oktober 2012.

- b) Terkait Pelaksanaan monev di periode transisi, 50% sudah dilakukan oleh tim provinsi, IDAI-POGI Kupang dan Undana, pendamping dari HOGSI, kualitatif UGM dan PKMK FK UGM lebih banyak memberikan *supervise*. Hal ini dilakukan dengan memberikan pembekalan kepada tim NTT terkait instrumen yang digunakan saat Monev, memberikan pemahaman mengenai interpretasi instrumen dan panduan untuk menyusun instrumen baru (bila diperlukan) sesuai perkembangan program dan kondisi di RSUD, memberikan pembekalan mengenai tata cara pelaksanaan evaluasi di RSUD. memberikan pembekalan mengenai tata cara konfirmasi dan diskusi lanjut dengan RS Mitra A terkait data dan informasi yang didapat selama pelaksanaan Monev, memberikan pembekalan mengenai pembuatan laporan dan rekomendasi hasil Monev.

Tabel 16 Tahapan dan Estimasi Biaya untuk Pembentukan P2K3 dan Peralihan Monev Tim Provinsi NTT

No	Tahapan	Kegiatan	Jumlah
1	Infrastruktur undana	Menyiapkan perlengkapan untuk mendukung kegiatan operasional P2K3 Undana	40.000.000
2	Capacity Building Undana	Persiapan, Rekrutmen, & Magang Pelatihan Tata Kelola, Rencana Bisnis & Magang bagi Pengelola, Peneliti & Tenaga Pendukung Unit Penelitian	89.000.000 153.000.000
		Workshop Persiapan Monev & Pelatihan Capacity Building Lanjutan untuk Tim Pendamping (Undana, IDAI, POGI, PHO NTT) di Kupang, 29/4, 16-18/5, 15-17/	60.000.000
3	Monitoring	Monitoring dan Evaluasi Tim Klinis & Manajemen Tim Kualitatif,	335.000.000

VI. PERMASALAHAN

A. PERMASALAHAN KLINIK

Keberhasilan mutu pelayanan PONEK pada dasarnya adalah kemampuan manajemen dan kompetensi sumber daya manusia yang ada di suatu Rumah Sakit untuk melaksanakan prosedur standar dan menjaga mutu PONEK sehingga mampu memberikan *outcome* yang diharapkan (pasien sembuh/selamat atau masalah kesehatan dapat teratasi).

Pelayanan PONEK dalam program *sister hospital* ini ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan oleh tim RS Mitra terkait dengan Keberhasilan pelayanan PONEK 24 yang diberikan, pada dasarnya keberhasilannya ditentukan oleh faktor pelaksana pelayanan (SDM yang bersangkutan) dan faktor pendukungnya. Dari faktor pelaksana ada 3 hal penting yaitu kompetensi, sikap, dan pengalaman. Dari faktor pendukung ada 5 hal penting yaitu (1) ketersediaan peralatan kesehatan, obat-obatan, dan bahan habis pakai; (2) kesiapan tim pendukung (kamar operasi, laboratorium, UTD); (3) SOP (*Standard Operating Procedure*); (4) kepatuhan AMP; dan (5) rujukan yang terencana.

Tercapainya keselarasan antara faktor pelaksana dan faktor pendukung tidak terlepas dari adanya komitmen yang kuat dari jajaran Manajemen hingga pemberi pelayanan kesehatan. Namun kenyataan dilapangan ada beberapa hal yang masih saja menjadi masalah klasik yang selalu muncul dari tahun ke tahun dari awal pelaksanaan program *sister hospital* tahun 2010 – 2011 hingga 2012 – 2014, misalnya dilihat dari aspek kompetensi, ada residen senior yang diragukan kompetensinya oleh staf RSUD dalam hal PONEK namun ada pula permasalahan staf Rumah Sakit yang merasa diawasi ruang gerakannya sehingga antara residen dan staf Rumah Sakit agak kurang harmonis. Dokter RSUD merasa bahwa rumah sakitnya mirip dengan Rumah Sakit pendidikan. Pada saat laporan kasus atau selesai jaga, dokter umum merasa seperti diadili oleh tim mitra A. Kondisi seperti inilah yang mengakibatkan perasaan tidak nyaman muncul, meski di tempat kerja sendiri tapi pengawasan dari mitra dirasa menghambat ruang gerak staf rumah sakit.

Dari aspek pengalaman, dari tahun ke tahun tim mitra A sudah berusaha mengirimkan residen senior yang terbaik, bahkan residen yang dikirimkan adalah residen senior yang tinggal menunggu jadwal wisuda. Sehingga dari segi pengalaman sebenarnya sudah tidak diragukan lagi, namun masalah muncul ketika residen sudah dilapangan dengan masih menyandang status residen, hal ini memunculkan *opini public* bahwa dokter residen yang memberi pelayanan adalah dokter yang masih praktek/magang sehingga ketika terjadi ketidaktepatan indikasi maka hal itu akan menjadi masalah yang besar hingga harus berurusan dengan aparat yang berwajib, contoh kasus pemukulan dokter residen yang terjadi di Atambua.

Kemudian apabila dilihat dari faktor sikap dan perilaku, adanya kecenderungan ketidakdisiplinan tenaga kesehatan dalam hal pelayanan, merasa bahwa bekerja hanya karena menjalankan tugas sehingga tidak ada inisiatif untuk menjadi lebih baik, masalah

yang terkait dengan sikap dan perilaku ini selalu muncul dalam hasil monitoring dari waktu ke waktu yakni perilaku sehat oleh tenaga kesehatan itu sendiri dalam pencegahan infeksi (PI), sehingga hal ini menjadi isu yang diangkat menjelang akhir program *sister hospital* 2013, hal ini akan menjadi fokus pembenahan dalam periode selanjutnya.

Ketersediaan peralatan kesehatan, obat-obatan, darah dan bahan habis pakai dalam pelayanan PONEK khususnya saat SC, kepatuhan AMP, keterlambatan merujuk seringkali menjadi kendala karena topografi yang sulit. Kurangnya peralatan masih menjadi masalah hampir disemua Rumah Sakit, contohnya di RSUD Soe karena kurangnya inkubator mengharuskan 2 bayi dirawat dalam 1 inkubator, sebenarnya inkubator yang tersedia ada 10 tapi yang bisa berfungsi dengan baik hanya 3 saja. Kondisi ini dimungkinkan karena tidak adanya staf yang bertugas khusus untuk melakukan pemeliharaan alat. Namun, sejak 2014, di beberapa RSUD sudah ada yang memiliki staf khusus yang bertugas untuk melakukan pemeliharaan alat seperti di RSUD Bajawa, Ende, Ruteng, dan Kefamenanu. Di RSUD Soe, sudah ada pelatihan elektromedik namun belum ada petugas yang ditunjuk khusus untuk melakukan perawatan secara berkala karena keterbatasan SDM. Untuk mengatasi hal ini kadangkala rumah sakit menugaskan IPSRS untuk melakukan perbaikan peralatan, seperti yang terjadi di RSUD Waingapu. Peralatan untuk perawatan obstetri juga semakin lengkap (sekitar 80 – 90 %) di seluruh rumah sakit peserta Program Sister Hospital hingga Desember 2015 ini.

Obat-obatan emergensi sering kali habis sehingga RS Mitra atau para dokternya membawa sendiri obat-obatan yang dibutuhkan. Untuk kasus biasa saja masih ada kendala, apalagi dalam kasus khusus seperti calon pasien SC penderita HIV/AIDS. Ketika kasus tersebut muncul, tim RS Mitra yang bertugas di salah satu RSD terpaksa merujuknya ke RSD di kabupaten lain karena sarana dan prasarana untuk SC dengan kasus HIV/AIDS belum tersedia. Penolakan penanganan SC ini akhirnya sempat menimbulkan ketidakpuasan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten setempat. Hingga Desember 2014, permasalahan yang muncul terkait obat-obatan adalah seperti berikut: pengadaan obat via e-catalog, obat-obatan dan reagen yang habis saat dibutuhkan bahkan sampai mengharuskan rumah sakit meminjam dari rumah sakit swasta atau pasien harus membeli di luar rumah sakit (seperti di RSUD Larantuka). Di RSUD Lembata bahkan ada kejadian saling meminjam infus diantara pasien.

Terkait dengan kesiapan tim pendukung khususnya kamar operasi, sudah mulai mengalami perubahan namun tetap masih menyisakan permasalahan pelayanan. Semua RSUD sudah siap 24 jam namun masih dengan sistem shift. Berbeda dengan periode SH sebelumnya dimana pada awal periode SH tidak bisa membagi dalam sistem shift dikarenakan kekurangan SDM namun sekarang sistem shift sudah bisa dilaksanakan tetapi bermasalah pada ketidakmampuan karena petugas jaga hanya seorang perawat sehingga tidak bisa mengambil keputusan. Ketersediaan darah juga menjadi permasalahan pelengkap tidak maksimalnya kamar operasi, kesulitan untuk mencari pendonor darah, bahkan pihak Rumah Sakit terkadang harus mempromosikan semacam

doorprize agar masyarakat mau berpartisipasi dalam aksi donor. Belakangan beberapa Kabupaten membentuk kelompok-kelompok donor yang terdiri dari PNS di instansi-instansi Pemerintah, TNI/POLRI bahkan dari kalangan mahasiswa dan pelajar untuk menanggulangi kekurangan darah di PMI dan Bank Darah RSUD.

Pelayanan PONEK 24 jam membutuhkan SOP yang disepakati dan diterapkan secara konsisten. Semua tim RS Mitra mencoba memfasilitasi penyusunan SOP masing-masing RSUD sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada. Setiap periode SH sudah mulai ada perbaikan tentang penerapan SOP tapi permasalahannya tidak semua lini sudah menerapkan sehingga masih ada lini yang masih berupaya bekerja sesuai dengan prosedur yang ada. Hingga Desember 2015 ini hampir semua rumah sakit sudah memiliki SOP PONEK. Kendala yang umum dijumpai dalam penerapan SOP PONEK ini adalah kurang sosialisasi SOP yang sudah disusun serta fasilitas (seperti alat-alat kesehatan dan obat-obatan) dan jumlah SDM yang kurang memadai. Kemudian beberapa SOP yang sudah disusun tidak direview secara berkala oleh pihak RSUD sehingga ada beberapa SOP yang sudah tidak terupdate.

Untuk formularium obat pada awal program *sister hospital* sempat mengalami kendala terkait dengan penyesuaian obat yang dibutuhkan oleh dokter Mitra namun kini permasalahan tersebut sudah mulai bisa diatasi untuk di 10 RSUD kecuali untuk RSUD Larantuka karena dokter spesialis yang baru saja pulang selesai pendidikan tidak menggunakan formularium yang sudah disepakati dengan RS Mitra, sehingga perawat maupun bidan di RSUD mengalami kesulitan untuk penyesuaian. Hingga Desember 2015 ini Seluruh RSUD sudah menyusun atau melakukan penyesuaian formularium obat. Salah satu kendala umum yang dijumpai dalam penerapan formularium ini adalah kurangnya kepatuhan terhadap formularium yang telah disusun karena masalah kebiasaan pemberian obat. Ketidapatuhan dalam pemberian obat ini juga mungkin disebabkan oleh ketidaksediaan obat saat akan digunakan (terkait masalah pengadaan obat yang sering terlambat).

Keberadaan dokter spesialis/residen senior di beberapa RSUD meningkatkan *demand* masyarakat terhadap pelayanan medis spesialis. Masyarakat ingin langsung dilayani oleh dokter spesialis. Sebagian RS Mitra mencoba memenuhi *demand* masyarakat tersebut dengan melakukan pelayanan langsung di poliklinik. Permasalahan yang muncul adalah ketergantungan terhadap dokter spesialis menjadi tinggi padahal tidak semua kasus harus ditangani oleh dokter spesialis. Peran dan kepercayaan kepada dokter umum yang selama ini memberikan pelayanan langsung di poliklinik dikhawatirkan menjadi berkurang sehingga ada beberapa dokter umum plus yang sudah dilatih obstetri di beberapa RSUD namun tidak diberdayakan lagi.

Kepatuhan dalam pengisian AMP belum bisa dilaksanakan secara maksimal oleh semua RSUD, namun sudah ada sebagian RS Mitra yang sudah aktif melaksanakan AMP namun belum maksimal dilaksanakan 2 kali dalam 24 jam karena keterbatasan waktu, tenaga dan terkadang menunggu kasus yang sama baru setelah itu dilakukan AMP. Adapula permasalahan terkait dengan ketidaktersediaan dana juga menjadi

pemicu rasa malas dari dokter untuk melakukan AMP. AMP juga hanya sampai internal rumah sakit dan tidak melibatkan Dinkes Kabupaten. Terjadi pengulangan kasus AMP serta ada pengulangan rekomendasi AMP yang di beberapa RSUD dikarenakan tidak adanya tindak lanjut dari rekomendasi AMP sebelumnya karena permasalahan dana dan proses pengajuan yang memakan waktu. Saat ini 11 RSUD peserta Program SH sudah memiliki SK Bupati untuk Tim AMP. Hingga tahun 2015, masih saja RSUD Bajawa dan RSUD Ende yang konsisten melakukan kegiatan AMP di rumah sakit sesuai kejadian kematian maternal dan neonatal. Rekomendasi AMP yang sudah dilakukan adalah peningkatan standar pelayanan sedangkan yang belum ditindaklanjuti adalah terkait peralatan.

Selama berjalannya Program SH, diketahui bahwa RSUD menjadi tempat perpindahan kematian akibat rujukan yang belum sesuai SOP, misalnya pasien tidak distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk. Selain itu, seringkali rujukan datang terlambat akibat keinginan keluarga pasien atau akibat pengambilan keputusan terhadap pasien yang lambat dilakukan (karena harus menunggu keputusan dari keluarga yang dituakan). Sarana untuk merujuk juga sering tidak tersedia (tidak ada mobil ambulans di Puskesmas). Walaupun ada transport yang tersedia, biasanya berupa mobil bak terbuka yang dirasa kurang nyaman untuk membawa pasien. Alur rujukan juga kurang memadai, yaitu tidak adanya alur yang baik antara Puskesmas, dinas dan rumah sakit. Kurang kuat payung hukum untuk melindungi bidan kadang membuat bidan sering over diagnosis dan ketakutan berlebihan sehingga memilih untuk merujuk pasien dari pada menangani sendiri. Selain dikarenakan wilayah topografi NTT yang sulit. Terkait dengan rujukan yang terencana, pada pertengahan 2012 sudah dipersiapkan manual rujukan untuk menjangkau ibu dan anak yang membutuhkan pertolongan segera dan terencana. Hingga 2015 ini, masing-masing kabupaten yang sudah memiliki manual sistem rujukan sudah menjalankan sistem rujukan dengan baik. Sebagian besar masalah terkait rujukan sudah dapat diselesaikan dengan baik. Masalah yang masih sering terjadi adalah terkait pengambilan keputusan di keluarga untuk merujuk karena ini menyangkut budaya masyarakat. Beberapa kegiatan dalam penanganan rujukan juga masih bermasalah karena ketidaklengkapan fasilitas dan minimnya kesediaan tenaga kesehatan kompeten di fasilitas kesehatan. Masalah lainnya adalah kesulitan rujukan karena masalah topografi dan akses jalan.

B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD

Terkait dengan program *sister hospital* di NTT, ketersediaan dokter residen/spesialis merupakan faktor penentu terlaksananya program ini. Merekalah yang akan membina, memberikan pelayanan maupun *refreshing* untuk para dokter RSUD, Perawat maupun bidan, sehingga penting memberikan rasa aman dan kenyamanan bagi para dokter, serta komunikasi yang baik perlu dibangun agar apa yang menjadi permasalahan dapat disampaikan dengan benar.

Terkait dengan rasa kenyamanan, beberapa hal sudah berusaha disediakan oleh pihak RSUD termasuk fasilitas Rumah maupun Mobil khusus yang hanya digunakan oleh residen, namun terkadang masih terkendala dengan ketersediaan air. Kemudian menyangkut rasa aman hal ini sebelumnya masih menjadi masalah karena Dokter spesialis/residen dari *Sister Hospital* tidak terlindung secara hukum, bahkan dinas pun tidak memberi perlindungan pada mereka, namun seiring berjalannya waktu dengan adanya kasus Ayu di Manado menjadikan perlindungan bagi dokter residen yang bertugas di daerah harus diperhatikan dengan memastikan siapa yang akan menjadi dokter penanggungjawab. Komunikasi juga ada yang kurang baik antara dokter umum RSUD dengan spesialis/residen yang datang dalam konteks melakukan tindakan *emergency* misal SC,

Pergantian yang sebulan sekali dirasakan terlalu cepat, padahal setiap petugas RS mitra yang dikirim memiliki cara yang berbeda-beda dalam menjalankan tugas, sehingga hal ini membuat kelelahan bagi petugas lokal dalam menyesuaikan diri. Faktor lain adalah masalah komunikasi antara petugas lokal dengan petugas RS mitra yang terjadi di beberapa Rumah Sakit.

Pernah terjadi kekosongan pelayanan spesialistik di Rumah Sakit karena alasan di RS Mitra kekurangan dokter di rumah sakit, hal ini menimbulkan gangguan pelayanan di RSUD, misalnya dalam pengiriman pelayanan terkadang ada yang tidak dikirim secara bersamaan, misalnya mengirimkan obsgin terlebih dahulu setelah itu mengirimkan anasthesi, padahal diketahui bahwa diantara kedua spesialis tersebut saling ketergantungan antara satu sama lainnya.

C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING

Capacity building merupakan kegiatan RS mitra dalam membangun kompetensi para staf RSUD maupun pihak terkait seperti Puskesmas, Posyandu, Dinas Kesehatan dan sebagainya. Kegiatan bisa dalam bentuk pelatihan, diskusi workshop, penyusunan SOP/Modul/Pedoman, presentasi, diskusi, simulasi, kuliah, seminar, bed side teaching, tutorial, pendampingan dan *on the job training*. Peserta kegiatan *capacity building* ini terdiri dari dokter dan perawat (dari bagian ICU, IGD, OK, perina dan VK), komite medik RSUD, bagian Bank Darah Rumah Sakit, bidan, staf bagian penunjang medik, petugas laboratorium dan petugas IPSRS.

Capacity building akan berhasil baik jika prasyarat teknis dan non teknis terpenuhi. Secara teknis, ada sejumlah prasyarat yaitu kejelasan tentang: (1) standar kompetensi yang akan dicapai; (2) kurikulum (termasuk materi, metode, dan evaluasinya); (3) kompetensi pelatih; (4) ketepatan dan kesiapan peserta; (5) penyelenggara; dan (6) fasilitas pendukung.

Dalam pelaksanaan *capacity building* di 11 RSUD kegiatan *capacity building* dilaksanakan oleh semua RS Mitra di ke-11 RSUD dengan berbagai variasi sesuai kebutuhan dan “selera” masing-masing. Akibatnya, sulit untuk diukur sejauh mana

keberhasilannya meskipun secara umum memang terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan para peserta.

Dari aspek non teknis, keberhasilan penyelenggaraan *capacity building* terutama bagi tenaga puskesmas, sangat tergantung pada dukungan dan koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten setempat, dan juga DPC AIPMNH setempat. Di beberapa tempat, aspek non teknis ini kurang baik sehingga penyelenggaraan *capacity building* bagi tenaga puskesmas tidak berjalan optimal.

Dalam pelaksanaan *capacity building* bagi tenaga RSUD yang relatif berjalan lancar di semua RSUD, namun dokter umum di sejumlah RSUD tidak aktif dalam kegiatan *capacity building* dikarenakan waktu yang tidak cocok. Hal ini menyebabkan transfer ilmu terkait PONEK tidak berjalan optimal sehingga pengembangan Tim PONEK RSUD menjadi terkendala. Kurangnya motivasi tenaga kesehatan turut menjadi pemicu dalam mengembangkan kemampuan karena merasa sudah banyak mengikuti pelatihan-pelatihan. Namun ada pula kecemburuan tenaga kesehatan di RSUD bahwa refreshing hanya dilakukan kepada pendukung sistem ponek saja.

Ada tim mitra yang kurang memberi bekal yang cukup bagi tim yang dikirim, akibatnya ada dari mereka yang belum paham tugas-tugasnya, adapula tim Mitra yang hanya mengetahui tugas dan tanggungjawabnya adalah memberi pelayanan saja tanpa adanya *capacity building* sehingga kurang ditanggapi dengan baik. Adapula Residen yang dikirim ada yang kurang mampu untuk bekerja secara tim di lapangan sehingga pendekatan yang dipakai terasa kurang pas. Hal ini ada yang berakibat *capacity building* menjadi tidak berjalan. Tim lokal lebih menginginkan dokter yang dikirim ke rumah sakit mereka adalah dokter yang berkepribadian baik, suka bekerjasama, dan suka bekerja di daerah.

Hingga Desember 2015 ini, dampak dari *capacity building* adalah adanya peningkatan keterampilan dan kinerja petugas kesehatan. Dampaknya, petugas kesehatan jadi lebih percaya diri, lebih sering tersenyum, lebih rajin menyapa, lebih luwes, dan sopan. Permasalahan yang timbul dalam proses *capacity building* adalah kejenuhan dalam pelatihan karena topiknya sama, mendorong perlunya penyegaran dengan mendatangkan motivator. Lebih lanjut, pelatihan dan pemagangan bagi tenaga kesehatan masih diperlukan karena baru sedikit yang mengikuti.

D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA

Salah satu sifat sistem *contracting* yang dapat menjadi hal negatif adalah ketidakcocokan antar mitra dalam hal budaya kerja, dan ketidakcocokan dengan budaya lokal maupun ketidakcocokan terhadap personal dalam tim kerja. Dalam kegiatan ini telah dilakukan antisipasi untuk pencegahan konflik antar budaya kerja dari RS Mitra dan RSUD di NTT. Dalam pelaksanaannya ada berbagai masalah dalam kaitannya dengan budaya kerja di organisasi, hubungan dengan instansi lain, dan sensitivitas proyek pada budaya lokal, antara lain:

Sister Hospital dan Hubungan antara Rumah Sakit yang Bermitra

1. Permasalahan bahwa ada salah satu Rumah Sakit yang menganggap mitra A hanya sekedar memberi pelayanan saja tanpa memberikan *capacity building*. Adapula RS yang mengetahui tugas dan fungsi dari tim mitra yang datang yakni selain memberikan pelayanan juga memberikan *capacity building*, namun terkadang ada mitra yang tidak memberikan pembekalan atau pengarahan terkait dokter spesialis/residen yang akan dikirim ke RSUD sehingga tidak melaksanakan fungsi pengembangan kapasitas kemampuan kepada tenaga kesehatan baik yang ada di RS, Puskesmas, posyandu maupun dinas kesehatan setempat.
2. Intervensi yang berlebih dari mitra A terkadang membuat RSUD menjadi tidak nyaman sehingga merasa selalu diawasi yang pada akhirnya muncul pemikiran-pemikiran ingin mengakhiri kerjasama.
3. Permasalahan terkait dengan Etika dari dokter spesialis/residen yang dikirim, yang cenderung merasa bahwa RSUD tidak berbuat banyak untuk melakukan perbaikan yang menjadi rekomendasi dari RS Mitra, padahal RSUD sendiri sudah berupaya untuk melakukan perubahan, namun apabila terkait dengan pendanaan selalu menjadi urusan yang sangat lama penyelesaiannya dikarenakan menunggu persetujuan dari pemerintah daerah setempat.
4. Kurang dilibatkannya dokter umum plus yang sudah dilatih didalam pelayanan, semenjak adanya pengiriman dokter spesialis/residen dari Mitra, terkesan dokter RSUD yang ada jarang dilibatkan sehingga memunculkan anggapan bahwa merasa sudah tidak dianggap lagi dan tidak dibutuhkan oleh RSUD.
5. Permasalahan terkait pergantian Direktur RSUD yang terjadi hampir di semua RSUD, hal ini sangat memiliki berdampak yang cukup berpengaruh terhadap hubungan antara mitra A karena mitra harus menyesuaikan kembali dengan gaya kepemimpinan yang baru.
6. Tidak hanya pergantian pada level top manager yakni Direktur, namun ada RSUD yang mengalami pergantian pada level middle manager yakni kepala bidang yang selama ini sangat kuat dalam membantu kesiapan pengiriman residen dalam program sister hospital juga mengalami pergantian sehingga menyebabkan penurunan semangat dan staf lainnya harus kembali menyesuaikan dengan gaya kepemimpinan yang baru

Sister Hospital dan Budaya Kerja di RSD

1. Dahulu saat awal Program *Sister Hospital* sebagai sebuah program baru ternyata menimbulkan kejutan budaya bagi pihak Pemda, pemerintah/birokrat, rumah sakit maupun masyarakat. Hal ini dikarenakan tatanan baru baik menyangkut nilai-nilai, disiplin, cara kerja, SOP, UTW, *capacity building*, maupun manajemen dikenalkan oleh RS mitra terhadap RSD. Ada Beberapa RSD belum siap untuk menerima perubahan sehingga muncul penolakan atau perubahan tidak maksimal. Ada beberapa penolakan yang muncul dari pihak birokrat (dinkes), direktur, tim medis (dokter umum) atau paramedis, namun sekarang berangsur-angsur semakin

membalik, namun ada beberapa rumah sakit yang hanya patuh pada SOP hanya pada saat tim mitra mendampingi.

2. Pada umumnya budaya kerja yang berlaku di RSD adalah budaya kerja PNS dimana irama kerja cenderung lambat, tidak efisien, *reward* dan *punishment* tidak ada, disiplin kerja rendah serta kerja sekedar menjalankan tugas. Sejak awal program SH Panti Rapih adalah Mitra yang memang tidak pernah berhenti untuk selalu motivasi tim RSUD, sampai dengan dipenghujung program panti rapih tetap konsisten menerapkan perubahan dengan tak henti-hentinya menggalakkan nilai kedisiplinan yang tinggi, *reward* dan *punishment* diberlakukan, bekerja selalu didasarkan pada SOP, motto kerja adalah 5 R (rapi, rajin, rawat, resik, ringkas) dan bekerja dengan hati. Dalam waktu sekitar 4 Tahun masa pendampingan yang dilakukan terlihat RSUD Ende mengalami perubahan yang signifikan baik dalam budaya kerja, semangat untuk berubah, kedisiplinan dan perbaikan manajemen bahkan pergantian direktur yang terjadi berkali-kali tidak mengurangi semangat perbaikan karena Tim Panti Rapih memegang *middle management* sebagai pemain kunci untuk melakukan perbaikan. Dari 11 kabupaten terlihat bahwa antara RSUD Ende dan Panti Rapih seakan-akan merupakan mitra yang cocok karena keduanya memiliki semangat yang sama untuk menjadi lebih baik. Di RSUD lain seperti Bajawa, disiplin kerja sudah mulai kelihatan baik, selalu diterapkan cuci tangan, rutin diberikan pelatihan budaya kerja baik melalui kunjungan langsung ataupun materi diberikan melalui teleconference oleh pihak RS Sardjito bahkan komunikasi jarak jauh semakin baik dengan menggunakan Webinar sehingga tim dari RS Sardjito lebih maksimal memberikan pelatihan jarak jauh. Ketakutan bahwa pelatihan ataupun pendampingan oleh mitra A hanya aktif ketika masih didampingi mejadi ketakutan besar dikarenakan tidak adanya inisiatif yang datang dari dalam diri pegawai RSUD.
3. Muncul kecemburuan sosial diantara dokter RSUD terhadap dokter Mitra terkait dengan perbedaan *reward* maupun tindakan yang berkurang atau hilang semenjak progam sister hospital berjalan yang berakibat pada menurunnya jasa pelayanan yang diterima. Akibatnya dokter umum kurang merespon kedatangan tim mitra.
4. Paramedis mengeluh dengan bertambahnya beban kerja tanpa diikuti *reward* yang memadai. Akibatnya motivasi untuk berubah menjadi kurang.
5. *Bedsite teaching* untuk perawat dan bidan sudah berjalan dengan baik, tetapi mitra harus selalu mengingatkan dan mengawasi, jika tidak maka akan kembali ke kebiasaan sebelumnya. Misal, pemasangan oksigen bagi pasien pasca operasi yang mau dipindah ke ruang perawatan, kebiasaan cuci tangan, dsb. Jika tidak ada instruksi dan diingatkan, maka mereka tidak melaksanakan dengan baik.
6. *Bedsite teaching* untuk dokter umum tidak berjalan di beberapa rumah sakit karena terkendala jadwal yang tidak cocok antara dokter mitra dan dokter rumah sakit. *Visite* oleh dokter spesialis dilakukan sesuai waktunya dengan keinginan dokter spesialis/residen yaitu pada jam pelayanan rawat jalan, sehingga dokter umum masih sibuk dan tidak dapat mengikuti *visite* dokter spesialis.

7. Ada tim mitra yang kurang memberi bekal yang cukup bagi tim yang dikirim, akibatnya ada dari mereka yang belum paham tugas-tugasnya. Residen yang dikirim ada yang kurang mampu untuk bekerja di lapangan secara tim. Hal ini berakibat *capacity building* menjadi tidak berjalan. Di sebuah RS Mitra pada tahap pertama dan ke dua yang dikirim adalah senior yang sudah biasa bekerja di lapangan.
8. Beberapa tim mitra tidak melakukan proses handover di RSUD sehingga mitra tidak dapat memberitahukan tentang kebijakan yang diambilnya kepada tim yang menggantikan sehingga apa yang dilakukan satu tim dengan tim berikutnya bisa berbeda. Hal ini membingungkan bagi staf RSD. Misalnya, tim pertama/*advance* dokter obgin mengizinkan dokter umum yang sudah terlatih dan biasa melakukan SC sebelum program *Sister Hospital*, untuk melakukan SC, tetapi tim berikutnya tidak mengizinkan, sehingga terjadi sedikit gejolak dan sikap apatisme dokter umum terhadap program *Sister Hospital*.
9. Perubahan budaya kerja, nilai-nilai dan disiplin serta cara kerja mungkin dapat dilakukan dengan relatif lebih cepat dengan penambahan berbagai fasilitas dan alat. Akan tetapi penambahan alat, obat-obatan dan *budget* tidak bisa diubah dengan cepat karena membutuhkan proses pengajuan ke Pemerintah daerah setempat. Misal, alat dan obat-obatan yang dikehendaki mitra tidak dapat tersedia dengan cepat, sehingga untuk mempercepat ketersediaan, mitra akan membawa sendiri peralatannya. Tetapi hal tersebut tidak selalu terjadi. Lebih sering mitra terlalu mendesak pihak rumah sakit untuk menyediakan kebutuhan tersebut. Kadang-kadang mitra tidak dapat memahami kesulitan pihak rumah sakit sehubungan dengan permintaan alat, obat, dan mekanisme yang tidak dapat dipenuhi sehingga muncul anggapan bahwa RSUD terkesan tidak serius padahal dari RS sendiri sudah mulai berproses tapi tidak serta merta dapat dikabulkan oleh pihak Pemda.

Sister Hospital NTT dan Hubungan Kerja dengan Dinas Kesehatan

1. Kerjasama antara RSUD dengan dinas kesehatan, pemda maupun DPRD setempat dari waktu ke waktu sudah mulai memperlihatkan keseriusannya terhadap keberlanjutan program *sister hospital* karena dampaknya sudah mulai dirasakan. Namun belum ada mekanisme penginformasian yang jelas terkait dengan pelaksanaan monitoring yang akan dilaksanakan oleh tim penilai eksternal.
2. Bagi mereka yang sudah mengenal program *Sister Hospital* ekspektasinya terlalu tinggi sehingga kekurangan pelayanan dokter spesialis dianggap sebagai cela bagi program *Sister Hospital*. Contohnya kasus HIV/AIDS ibu hamil di suatu RSD yang dirujuk ke RSD kabupaten lain akibat RSD tersebut belum siap dengan peralatan kesehatan khusus HIV/AIDS oleh masyarakat dan dinas kesehatan dianggap sebagai ketidakmampuan dokter mitra. Demikian juga kasus infeksi di RSD lainnya dimana saat operasi benang habis dipercaya oleh dinas kesehatan sebagai kekurangan dari dokter spesialis. Padahal yang terjadi adalah akibat

- rujukan yang tinggi dari RSD tetangga sehingga persediaan benang di RSD tersebut kosong ataupun karena pola pengadaan persediaan habis pakai yang tidak diprediksikan dengan baik.
3. Masalah Jasa Medik yang belum keluar. Di beberapa RS Daerah terjadi ketidakpastian mengenai jasa medik dan ada RSD masih menggunakan system poin untuk menentukan jasa medis.
 4. Kesadaran masyarakat yang meningkat terhadap sistem rujukan tidak diimbangi dengan peningkatan sistem pelayanan mulai dari fasilitas sarana dan prasarana serta sumber daya manusia serta akses. Dana yang disediakan oleh pemda lebih dari cukup tetapi tidak dimanfaatkan secara maksimal.
 5. Sinergi dengan puskesmas yang ada di wilayah kabupaten sangat kurang dirasakan karena pembinaan puskesmas adalah hak wewenang dari dinas kesehatan kabupaten, dan permasalahannya adalah masih ada Dinkes yang kurang peduli. Sehingga puskesmas tidak bisa dipaksakan keikutsertaannya karena tidak ada garis koordinasi antara RSUD yang memiliki program *sister hospital* dan puskesmas, sehingga peran dinas sangat dibutuhkan.
 6. Ada peraturan dari Dinkes Kabupaten yang dirasa tidak sesuai dalam mendukung fungsi PONEK 24 jam, dan secara tidak langsung akan membebankan PONEK dikarenakan banyaknya rujukan. Dokter yang berjaga di puskesmas PONEK diberi keleluasaan untuk bekerja di puskesmas hanya pada jam kerja saja, sehingga pada saat ada pasien diluar jam kerja maka tidak bisa dilayani. Hal ini perlu menjadi perhatian pihak Dinkes untuk mengembalikan fungsi PONEK 24.
 7. Alur rujukan belum tertata dengan baik, masih ada pasien yang dibawa ke RS Swasta yang tidak memenuhi standar sehingga ketika tidak dapat ditangani kemudian pasien baru dirujuk di RS PONEK.

Sister Hospital dan Politik

Hubungan politik dalam perkembangan *sister hospital* di Rumah sakit juga sangat berperan karena komitmen dari pemegang kekuasaan di Kabupaten seperti Bupati, Wakil Bupati, Sekda maupun komisi DPR sangat diperlukan dalam keberlangsungan *program sister hospital*, namun ketidakstabilan politik juga bisa menyebabkan terganggunya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, misalnya adanya pergantian puncak pimpinan yang juga berpengaruh pada komitmen yang sudah dibangun sebelumnya serta adanya mutasi tenaga kesehatan. Terkadang tenaga kesehatan RSUD yang sudah dilatih dipindahkan dengan alasan yang tidak jelas, hal ini sangat mengganggu pelayanan dan RSUD harus mempersiapkan dana extra untuk kembali memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan lainnya yang mungkin tidak sekompeten sebelumnya.

Sister Hospital NTT dan budaya masyarakat

1. Ada tradisi masyarakat yang cukup kuat di NTT dalam kehamilan, nifas (tabu makanan, budaya panggang diri) perawatan bayi (rumah bulat) maupun pengambilan keputusan oleh keluarga besar (*naketi* atau doa bersama seluruh

keluarga besar agar pasien terhindar dari tindakan operasi/tindakan berat lainnya. Juga ada budaya dimana pasien diminta meminta maaf kepada seluruh kerabat yang hadir. Berbagai budaya lokal ini berimplikasi pada kondisi BBLR, luka pada punggung ibu, pneumonia pada bayi dan pada keterlambatan (3T). Situasi ini terkait dengan pandangan mereka bahwa kesulitan persalinan adalah akibat kesalahan mereka kepada kerabat atau leluhurnya. Akibatnya selalu muncul pengambilan keputusan yang terlambat, *informed consent* untuk tindakan pada pasien umumnya masih menunggu keputusan keluarga besar padahal pasien sudah gawat janin.

2. Kebiasaan menunggu pasien oleh kerabat besar menjadikan rumah sakit kurang bersih dan mengganggu petugas rumah sakit. Para penunggu tidak disiplin karena menunggu sepanjang hari, memenuhi lorong/selasar rumah sakit, memasak, makan, mencuci, dan menjemur di tempat yang tidak seharusnya hingga membuang sirih sembarangan. Larangan melalui aturan pembatasan jam kunjung maupun jumlah penunggu belum dipatuhi oleh penunggu.
3. Hal yang memberatkan dan membuat masyarakat enggan untuk dirujuk adalah masalah biaya di rumah sakit dan transport untuk rujukan serta letak topografi wilayah yang sangat jauh dari Rumah Sakit. Walaupun pelayanan dikatakan gratis tetapi kenyataannya mereka harus menyiapkan uang karena banyak obat yang harus mereka beli sendiri, biaya transport yang mahal, serta biaya makan yang memberatkan karena harus menunggu di rumah sakit dalam jangka waktu yang tidak dapat diprediksikan. Sehingga biaya hidup menjadi lebih besar.
4. Watak dan karakter keras dari masyarakat NTT sehingga, seringkali terjadi benturan-benturan kultur, yang dapat memicu konflik apabila tidak dipahami dengan baik. Pentingnya mempelajari karakter masyarakat NTT sangat diperlukan agar memudahkan ketika berkolaborasi di Kabupaten.

E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY

Exit Strategy di masing-masing daerah berbeda namun pada umumnya RSUD dan Pemda belum memikirkan secara konkrit *exit strategy* dan masih menunggu perkembangan (*wait and see*). Mereka masih ingin menjalankan kegiatan-kegiatan yang sudah ada sebelumnya dan belum punya rencana mengenai apa yang harus dilakukan atau dari mana mencari sumber dana alternatif untuk menyokong kegiatan-kegiatan tersebut bila sudah tidak didukung oleh AIPMNH. Walaupun demikian sudah ada kabupaten yang melakukan *workshop* multi sektor untuk membahas terkait *exit strategy*. Beberapa juga telah menganggarkan tahun 2013 untuk perpanjangan kontrak dokter spesialis. Kerja sama dengan lebih dari 1 rumah sakit juga ada yang sudah menyiapkan serta meningkatkan reward bagi dokter spesialis dan umum. Bahkan ada juga yang usul ke Kemenkes untuk perpanjangan Program SH tapi belum ada tanggapan. Kabupaten lain masih berharap Program SH diperpanjang sampai beberapa tahun ke depan. Ada juga yang berharap bahwa dokter ahli yang didatangkan ke RSUD bukan hanya memberi konsultasi tetapi juga memberi pelayanan di RSUD.

Hingga Desember 2015, exit strategy yang disusun oleh masing-masing RSUD sudah mulai nampak detil. Sumber dana untuk keberlangsungan program sister hospital selain diharapkan berasal dari dana Dekon dan APBD, diharapkan juga dapat berasal dari dana kompensasi BPJS dan dana dari proyek PERMATA. Dana kompensasi BPJS diharapkan dapat digunakan untuk membiayai pengiriman dokter ahli ke daerah dan belanja alat-alat kesehatan. Sedangkan dana dari proyek PERMATA diharapkan dapat menjadi sumber dana untuk membiayai keberlangsungan program Sister Hospital. Kegiatan utama yang akan tetap dilanjutkan adalah pengiriman residen untuk semua kabupaten.

Permasalahan yang muncul dalam rencana exit strategy ini umumnya masih sama. Beberapa daerah masih belum mengalokasikan dana untuk kegiatan Monev eksternal. Kegiatan ini memang sudah coba diusulkan untuk didanai dari dana APBD, namun masing-masing RSUD belum yakin bahwa dana untuk kegiatan Monev eksternal tersebut dapat cair. Harapan satu-satunya untuk pembiayaan kegiatan Monev ini adalah dari AIPMNH.

F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV

Pelaksanaan monev adalah merupakan rutinitas yang dilaksanakan selama 3 bulan sekali, untuk mengoptimalkan pencarian data terkait dengan masalah-masalah dan perkembangan yang terjadi di RSUD maka tim PKMK membagi tim menjadi tim manajemen, kualitatif dan tim klinis, hal ini dimaksudkan agar permasalahan dapat tergal dari berbagai aspek baik terkait dengan manajemen pengelolaan rumah sakit, pengelolaan klinik maupun pengelolaan untuk mencari informasi lebih mendalam terkait perubahan perilaku petugas pelayanan dan karyawan (perubahan budaya kerja dan budaya organisasi), pengaruh sosio kultural, peran rumah sakit mitra, tingkat kepuasan pasien, koordinasi lintas sektor, leadership, kemungkinan konflik, rencana exit strategy dan rencana BLU.

Hal tersebut diatas perlu dimatangkan terlebih dahulu agar materi maupun instrument yang digunakan saat kunjungan lapangan dapat menangkap segala permasalahan yang ada, serta dapat dicarikan penyelesaiannya. Pokok permasalahan yang diangkat tidak selalu sama dari waktu ke waktu khususnya tim monev kualitatif karena harus mampu menangkap permasalahan yang ada baik didalam internal rumah sakit itu sendiri maupun stakeholder luar sebagai pengguna jasa pelayanan. Permasalahan terjadi ketika penggalian masalah oleh tim kualitatif terlalu bersifat emosional pribadi sehingga terkadang materi terlepas dari *guideline* yang ada dikarenakan pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan oleh tim kualitatif bersifat *open question*. Sehingga pernah terjadi permasalahan terkait dengan wawancara mendalam yang dilakukan oleh tim kualitatif, data yang terekap dalam hasil wawancara seolah menjadi sebuah ajang curahan hati dari seorang responden kepada si pewawancara. Hal seperti ini harus dihindari guna mendapatkan data-data yang benar-benar dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Data monev sebagai data primer yang didapat langsung dari lapangan merupakan data yang harus dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan sebagai bahan untuk melakukan analisa data, namun permasalahan pernah terjadi ketika data mentah yang

belum diolah secara benar dan final oleh tim kualitatif tersebar, sehingga menimbulkan permasalahan karena transkrip tersebut sangat menyudutkan salah satu pihak oleh responden yang diwawancarai, hal ini perlu dihindari karena melanggar etika peneliti. Adapula permasalahan yang terjadi terkait dengan pengelolaan data monev yakni sulitnya tim monitoring dan evaluasi yang terlibat dalam monev untuk mengumpulkan laporan, hal ini membutuhkan usaha extra ketat untuk mengingatkan deadline pengumpulan laporan kepada tim monev, khususnya tim monev klinis dikarenakan alasan kesibukan dari tim. Selain itu, pengolahan data hasil Monev juga membutuhkan waktu lama karena masih diolah secara manual.

G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR

Ketertinggalan dari segi infrastruktur di Provinsi NTT memang menjadi persoalan yang hingga kini masih tetap menjadi masalah. Keterbatasan infrastruktur yang ada di daerah menjadikan wilayah timur khususnya NTT menjadi wilayah yang kurang diminati oleh dokter residen/spesialis yang dikirim. Masalah topografi yang sulit dengan keadaan tanah yang bergelombang, berbukit-bukit dengan kemiringan yang sangat tajam. Adapula masalah terkait dengan kondisi iklim yang tidak menentu sehingga ada kecenderungan tidak tersedianya air bersih di beberapa wilayah NTT, hal ini dipengaruhi oleh iklim kemarau yang lebih panjang dibandingkan dengan musim hujan sehingga air menjadi sulit di beberapa RSUD serta pasokan listrik menjadi sangat langka.

VII. PEMBAHASAN

A. PERMASALAHAN KLINIK

Dalam mengatasi permasalahan klinik yang timbul, diperlukan motivasi kerja dari masing-masing individu termasuk manajemen rumah sakit. Dengan adanya motivasi diharapkan setiap individu bekerja keras dan antusias untuk mencapai hasil kerja yang tinggi. Motivasi kerja secara umum dapat diidentifikasi sebagai serangkaian kekuatan penggerak yang muncul dari dalam dan diluar diri masing-masing individu. Kedua kekuatan itu menimbulkan minat kerja dan berhubungan dengan tingkah laku dan menentukan arah, intensitas dan durasi tingkah laku atau kebiasaan individu sehingga tenaga kesehatan yang bekerja di NTT memiliki motivasi dalam menjalankan tugas dan lebih disiplin sehingga dapat terwujud seperti apa yang dikemukakan oleh Hasibuan M.S.P (2001)¹ dengan motivasi dapat meningkatkan gairah dan semangat kerja, meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan, mempertahankan loyalitas dan kestabilan pegawai, menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik, meningkatkan kreativitas, partisipasi dan kesejahteraan karyawan serta meningkatkan produktifitas kerja dan meningkatkan efisiensi kerja.

Lingkungan kerja dalam suatu perusahaan juga sangat penting untuk diperhatikan manajemen. Meskipun lingkungan kerja tidak serta merta langsung memberikan proses pelayanan pada sebuah RSUD, namun lingkungan kerja mempunyai pengaruh langsung terhadap para tenaga kesehatan yang melaksanakan proses pelayanan tersebut. Lingkungan kerja yang memusatkan bagi karyawannya dapat meningkatkan kinerja. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak memadai akan dapat menurunkan kinerja. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak memadai akan dapat menurunkan kinerja dan akhirnya menurunkan motivasi kerja karyawan.

Ketersediaan peralatan kesehatan dan pendukung pelayanan kesehatan lainnya harus mampu disediakan oleh pihak penyedia pelayanan kesehatan agar dapat meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam proses interaksi antara satu individu dengan individu lainnya tidak ada jaminan akan selalu terjadi kesesuaian atau kecocokan antara individu pelaksananya. Setiap saat ketegangan dapat saja muncul, baik antar individu maupun antar kelompok dalam organisasi. Banyak faktor yang melatar belakangi munculnya ketidakcocokan atau ketegangan, antara lain sifat-sifat pribadi yang berbeda, perbedaan kepentingan, komunikasi yang “buruk”, perbedaan nilai, dan sebagainya. Perbedaan-perbedaan inilah yang akhirnya membawa ketidaknyamanan yang membawa institusi ke dalam suasana konflik.

¹ Hasibuan S.P Manajemen Sumber Daya Manusia, penerbit: Bumi Aksara, 2002

Agar institusi dapat tampil efektif, maka individu dan kelompok yang saling tergantung itu harus menciptakan hubungan kerja yang saling mendukung satu sama lain, menuju pencapaian tujuan organisasi. Namun, sebagaimana dikatakan oleh Gibson, *et al.* (1997:437)², selain dapat menciptakan kerjasama, hubungan saling tergantung dapat pula melahirkan konflik. Hal ini terjadi jika masing-masing komponen organisasi memiliki kepentingan atau tujuan sendiri-sendiri dan tidak saling bekerjasama satu sama lain. Sehingga sangat penting dibentuk hubungan kerjasama yang saling membutuhkan antara tim Mitra A dan pihak RSUD sehingga dapat membentuk suasana kerja yang nyaman.

B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD

Terkait dengan rasa aman dalam lingkungan kerja, faktor kerjasama merupakan landasan utama agar pekerjaan bisa berhasil dengan baik dan minimal bisa mencapai sesuai yang diinginkan. Sering kita tidak menyadari keberhasilan karir kita sebenarnya akibat dorongan dan peran dari teman kerja, oleh karena itu membina hubungan dengan kebersamaan yang baik kepada sesama rekan kerja dan tunjukkan diri kita adalah bagian tak terpisahkan dari mereka. Dengan memperlakukan teman sejawat sebaik mungkin dengan kesan bahwa dirinya sangat berarti bagi kita maka akan membawa hasil yang lebih baik dalam membina kelanjutan hubungan teman sekerja dan menciptakan iklim kerja yang nyaman dan damai. Hal seperti ini terkadang kurang disadari oleh tim mitra sebagai hal yang perlu ditanamkan dalam diri pribadi sehingga mendapat respek yang baik dari pihak lokal Kabupaten sehingga apa yang menjadi ketakutan ketidakamanan dan ketidaknyamanan saat bertugas dilapangan dapat diminimalisir.

Rotasi residen yang demikian cepat memicu kebingungan dari pegawai di RSUD karena masing-masing residen memiliki karakter yang berbeda dan pola kerja yang berbeda meskipun tetap dalam batasan kerja sesuai SOP. Meskipun rotasi menurut Robbins (2006)³ mampu mengurangi kebosanan dan meningkatkan motivasi melalui menganeekaragaman kegiatan karyawan, namun rotasi seperti itu memunculkan permasalahan dalam model *contracting out* meskipun memiliki semangat *partnership* yang kuat namun di beberapa RSUD selalu menginginkan orang-orang yang konsisten bekerjasama dalam satu organisasi agar sistem yang sudah dibangun dapat terserap. Tapi perlu diketahui pula bahwa model rotasi yang dilakukan oleh mitra A dilakukan karena residen dikirim adalah mahasiswa PPDS senior dan masih memiliki tanggungjawab laporan kepada Dosen di fakultas kedokteran (FK). Seringkali rotasi juga dapat menciptakan gangguan karena pegawai atau kelompok kerja harus kembali menyesuaikan diri dengan adanya karyawan baru dan memahami karakter dari pegawai baru tersebut.

² James L. Gibson, Organisasi dan Manajemen, Erlangga, 1997

³ Robbins, S.P, Perilaku Organisasi: edisi 10, PT. Indeks Kelompok Gramedia, 2006

Pernah terjadi kekosongan pelayanan hal ini berdampak pada tidak maksimalnya pelayanan kesehatan bagi warga disuatu Kabupaten serta proses handover di RSUD tidak dijalankan oleh beberapa RSUD sehingga mitra tidak dapat memberitahukan tentang kebijakan yang diambilnya kepada tim yang menggantikan sehingga apa yang dilakukan satu tim dengan tim berikutnya bisa berbeda. Ekspektasi pasien yang berlebihan terhadap keberadaan dokter residen. Ekspektasi pasien yang diekspresikan dalam bentuk keluhan bahwa pasien yang datang dalam keadaan sakit harus sembuh atau tidak boleh meninggal, hal seperti ini tidak didukung oleh peran serta masyarakat karena banyak pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit sudah dalam keadaan darurat sehingga menyulitkan bagi dokter untuk memberikan tindakan atau upaya penyelamatan. Namun organisasi yang baik seharusnya mendengar keluhan yang disampaikan oleh pasien karena dapat digunakan sebagai alat evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan agar apa yang diinginkan oleh pasien terhadap keberadaan dokter spesialis sesuai dengan harapan pasien, seperti yang dikemukakan oleh Tjiptono (2005)⁴ mengungkapkan bahwa kepuasan konsumen merupakan respon emosional terhadap pengalaman-pengalaman yang berkaitan dengan produk atau jasa, sehingga reaksi positif maupun negatif yang datang dari pasien dijadikan bahan evaluasi untuk perubahan yang lebih baik. Dalam lingkungan kerja kerjasama merupakan landasan utama agar pekerja bisa berhasil dengan baik dan minimal bisa mencapai hasil sesuai dan memperlakukan orang sekitar yang lebih nyaman.

C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING

Penyelenggara capacity building masih kurang menjadi perhatian, hal ini pentingnya untuk diperhatikan agar ada yang bertanggungjawab terhadap keberlangsungan kegiatan sehingga penyelenggara dapat melakukan persiapan baik mengenai materi yang akan diambil maupun mempersiapkan target sasaran dalam pelaksanaannya siapa saja agar kegiatan yang dilakukan dapat tepat sasaran.

Agar memiliki daya saing yang tinggi penting dilakukan *transfer of knowledge* dari dokter residen kepada dokter Ponek yang ada di RSUD, hal ini dikarenakan oleh perubahan yang sangat cepat sehingga pengalaman maupun keterampilan dari dokter yang berada di kabupaten sebaiknya bisa terupdate dengan adanya dokter residen yang bertugas di RSUD NTT. Agar dapat menghasilkan inovasi yang berkelanjutan untuk menghadapi lingkungan yang selalu berubah.

Pentingnya persiapan untuk membekali residen untuk melakukan *capacity building* merupakan suatu keberhasilan sistem yang di dalamnya terdapat berbagai komponen yang saling berinteraksi dan bekerjasama dalam mencapai tujuan terlaksananya *capacity building* yang terencana dengan baik. Oleh karena itu agar tujuan tercapai dengan baik, semua komponen yang terlibat dalam proses persiapan harus diorganisasikan sebaik mungkin dalam format perencanaan yang matang, sehingga

⁴ Tjiptono, Fandy, Service Management Mewujudkan Layanan Prima, andi jogjakarta Edisi 1, Jakarta

ketika proses persiapan berlangsung dapat diketahui apa yang akan dilakukan dilapangan oleh para residen yang dikirim.

Kejenuhan yang timbul akibat topik yang mirip pada tiap kegiatan capacity building dapat diakali dengan membuat variasi topik atau dengan cara penyajian materi yang berbeda. Agar kegiatan capacity building dapat terus berjalan, perlu dialokasikan dana yang memadai yang dapat berasal dari APBD. Advokasi terkait pentingnya capacity building kepada Pemda perlu dilakukan. Upaya advokasi ini memerlukan keterampilan dari pimpinan rumah sakit.

D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA

Banyak sekali pihak yang terlibat dalam Program SH. Ada masyarakat lokal, tenaga kesehatan dari suku yang sama dengan masyarakat lokal dan ada juga pihak luar yang memiliki kebudayaan berbeda dengan penduduk setempat. Adanya perbedaan budaya ini sering menimbulkan ketidaknyamanan antara RS Mitra A dan B saat berinteraksi bahkan menimbulkan ketersinggungan. Adanya perbedaan pendapat antara RS Mitra A dan B tentang peran yang diampu oleh masing-masing pihak juga menimbulkan ketegangan tersendiri. Perbedaan budaya ini menimbulkan gesekan karena kurangnya rasa saling menghargai antara pihak yang bermitra. Selain budaya semata, adanya perbedaan *reward* antara dokter dari RS Mitra A dan B juga menimbulkan ketidaknyamanan. Kondisi ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa walaupun beberapa atribut budaya dapat dilihat dalam seluruh organisasi, atribut lain mungkin mencolok dalam satu seksi organisasi. Hal ini menyebabkan munculnya perbedaan budaya, misalnya didalam kelompok kerja atau kelompok profesional yang berbeda. Kelompok-kelompok ini bahkan mencari cara untuk membedakan dirinya dengan kelompok lain melalui kebudayaan maupun nilai-nilai mereka. Beberapa sub kultur dapat berasosiasi dengan perbedaan tingkat kekuasaan dan pengaruh dalam organisasi.

Rasa bersaing dan kompetisi antar kelompok nampak sebagai fitur kunci dari seluruh budaya organisasi (Davies dkk., 2000). Masih kuatnya budaya masyarakat lokal juga memberi dampak kurang baik bagi kesehatan ibu dan bayi. Masyarakat juga kadang enggan untuk dirawat di rumah sakit. Ini dimungkinkan disebabkan oleh terbatasnya waktu pelayanan kesehatan sehingga tidak sesuai dengan jadwal kerja masyarakat, proses birokratik yang menciptakan ketakutan pasien untuk diusir bila ada hal yang tidak lengkap serta waktu tunggu yang lama. Selain itu juga ada masalah pasien terhadap dokter spesialis dan perawatan berlanjut (misalnya kontrol) (Betancourt dkk., 2013).

E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY

Secara garis besar, menjelang berakhirnya kegiatan AIPMNH pihak Kabupaten khususnya RSUD sudah mulai memperlihatkan keseriusan dalam menyusun exit strategy, hal ini terlihat dari beberapa kegiatan dalam paket program *sister hospital* sudah mulai diambil alih pembiayaannya dari dana APBD serta alternative pembiayaan lainnya, namun demikian masih ada beberapa Kabupaten lain yang masih berharap Program SH diperpanjang sampai beberapa tahun berikutnya.

Saat ini Program SH sudah berada pada fase akhir. Fase dimana para RS Mitra A kembali dan kegiatan dilanjutkan oleh para spesialis yang dididik pada paruh pertama. Untuk melanjutkan program ini, diperlukan support oleh RS Mitra A dan peningkatan kemampuan memimpin oleh tim klinik. Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam exit strategy yaitu: 1) phasing down/ program ditutup secara bertahap; 2) phasing out/ program dihentikan dan 3) phasing over. Dalam phasing over, program SH diserahkan ke lembaga-lembaga dalam sistem kesehatan Indonesia, NTT dan atau ke masyarakat (Trisnantoro, 2012). Saat ini program SH sedang melakukan pendekatan phasing over sebagai exit strategy. Persiapannya sudah mulai menunjukkan komitmen yang positif dari pengambil kebijakan dan ini perlu didukung agar lebih semangat dan mandiri dalam meneruskan program ini.

F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV

Dalam pelaksanaan Monev, seringkali hasil Monev tidak ditindaklanjuti dengan optimal sehingga temuan pada Monev periode sekarang ada kemungkinan untuk muncul lagi pada periode selanjutnya. Pengumpulan laporan Monev juga sering tertunda. Bahkan ada “musibah” kebocoran transkrip hasil Monev. Pemahaman mengenai panduan/ instrumen Monev juga kurang dikuasai oleh sebagian Tim Monev.

Tahap pelaksanaan Monev secara tradisional adalah sebagai berikut: mengidentifikasi masalah, merencanakan respon terhadap masalah, memonitor implementasi respon, mengumpulkan dan menganalisis data untuk meninjau kembali respon yang dibutuhkan dan menilai efektivitas respon. Pada Monev yang dilakukan Tim Monev SH, pelaksanaan Monev (proses identifikasi data) di lapangan, umumnya berjalan baik. Kendala mulai muncul saat pengumpulan laporan dan pengolahan data untuk menyimpulkan rekomendasi respon terhadap permasalahan yang ada.

Fungsi Monitoring dan Evaluasi (Monev) dalam intervensi kesehatan akan berdampak bila tanggung jawab Monev disandarkan kepada institusi seperti Kementerian Kesehatan yang sebenarnya bertanggung jawab penuh dalam Monev pada aspek kesehatan. Lebih lanjut, fungsi terintegrasi Monev akan memfasilitasi integrasi perencanaan dan fungsi pemerintahan karena data Monev akan tersedia bagi pembuat keputusan skala lokal dan nasional untuk merencanakan program, manajemen dan pengasawan (Atun dkk., 2010). Seringnya, rekomendasi hasil Monev Program SH tidak ditindaklanjuti secara optimal. Ini dimungkinkan karena kurangnya integrasi

peran anggota Tim Monev dalam pelaksanaan Monev Program SH. Saat ini pihak yang cukup aktif dalam pelaksanaan Monev SH adalah pihak PKMK FK UGM. Sedangkan pihak lain yang terlibat seperti Dinas Kesehatan Provinsi NTT masih perlu didorong dan lebih banyak dilibatkan dalam pelaksanaan Monev. Sebenarnya Monev bisa saja tidak diintegrasikan secara menyeluruh kepada pemangku kebijakan. Bisa saja dilakukan pembagian peran antara institusi pemerintah dan mitra internasional (Reynold dan Sutherland). Sistem Monev semacam ini yang dilakukan dalam Program SH. Namun, lanjut Reynold dan Sutherland, fungsi Monev yang terintegrasi akan lebih memfasilitasi integrasi dalam penyelenggaraan pelayanan, perencanaan dan fungsi pemerintah. Bila ada integrasi yang baik, rekomendasi hasil Monev dapat diimplementasi dengan baik. Rekomendasi tersebut juga kemudian dapat dievaluasi bila ada yang kurang baik implementasinya atau ternyata tidak diperlukan.

G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR

Beberapa permasalahan yang muncul terkait infrastruktur adalah: topografi jalan yang berliku atau permukaan jalan yang tidak rata sehingga menyulitkan proses rujukan, ketersediaan air bersih yang kurang memadai, listrik yang sering mati serta jaringan telpon selular dan internet yang tidak stabil. Kondisi infrastruktur semacam ini di wilayah NTT masih sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ketimpangan dan kesenjangan kemakmuran antara lain bisa dilihat dari perbandingan tingkat kemiskinan. Didapatkan bahwa tingkat kemiskinan di Kawasan Timur Indonesia (KTI) masih relatif lebih tinggi daripada Kawasan Barat Indonesia (KBI). Keteringgalan pembangunan dapat disebabkan oleh tingkat aktivitas ekonomi yang rendah disuatu daerah, yang ditunjukkan oleh jumlah investasi yang ditanamkan didaerah tersebut. Oleh sebab itu, diperlukan upaya untuk meningkatkan investasi di KTI dan seterusnya apabila diperlukan proses pengolahan lebih lanjut maka proses pengolahan itu harus dilakukan didaerah atau lokasi yang bersangkutan. Selama ini pengelolaan sumber daya alam di KTI lebih banyak pada proses eksplorasi dan eksploitasi sedangkan pengelolannya (baik sekunder maupun tersier) kebanyakan dilakukan diluar KTI (Bulohlabna, 2008).

Upaya penyejahteraan masyarakat adalah tugas pemerintah. Untuk dapat melakukan hal ini, pemerintah akan melakukan pengeluaran belanja pembangunan sebagai langkah untuk menjalankan fungsi-fungsinya tersebut. Keejahteraan masyarakat dapat diwujudkan dengan pemenuhan kebutuhan dasar seperti kesehatan, pendidikan dan infrastruktur (Dumairy, 1999).

Menurut Deni Friawan (2008), ada tiga alasan utama mengapa infrastruktur penting dalam sebuah integrasi ekonomi: 1) ketersediaan infrastruktur yang baru merupakan mesin utama pembangunan ekonomi, 2) untuk memperoleh manfaat yang penuh dari integrasi, ketersediaan jaringan infrastruktur sangat penting dalam memperlancar aktivitas perdagangan dan investasi, serta 3) perhatian terhadap perbaikan

infrastruktur juga penting untuk mengatasi kesenjangan pembangunan ekonomi antar negara.

Para ekonom sepakat bahwa peran infrastruktur cukup signifikan dalam mengakselerasi pembangunan secara umum. Infrastruktur terbagi atas infrastruktur ekonomi berupa *public utilities* (tenaga listrik, telekomunikasi, air, sanitasi, gas), *public work* (jalan, bendungan, jembatan, kanal, irigasi dan drainase), dan sektor transportasi (rel kereta api, terminal bus, pelabuhan, bandar udara); infrastruktur sosial seperti pendidikan, kesehatan, perumahan, dan rekreasi; dan infrastruktur administrasi. Namun, hal yang perlu diperhatikan selanjutnya adalah bahwa penyediaan sarana infrastruktur harus dilakukan secara tepat karena pengaruh sarana infrastruktur adalah berbeda untuk tiap jenis layanan infrastruktur untuk wilayah yang berbeda berdasarkan tipologi dan struktur perekonomian wilayah tersebut (Bulohlabna, 2008).

VII. REKOMENDASI UNTUK ARAH KE DEPAN

A. PERMASALAHAN KLINIK

Mitigasi risiko yang diusulkan:

1. Mitra harus aktif mensosialisasikan bahwa residen yang dikirimkan adalah residen senior yang tinggal menunggu wisuda, dan dapat memperkuat Fungsi PONEK beserta sistem pendukung lainnya; dan mendukung sistem PONEK dan sistem rujukannya.
2. Selain pembekalan teknis medis, para dokter spesialis dan residen perlu dibekali dengan pengetahuan budaya lokal; keterampilan hubungan antar manusia; dan komunikasi yang efektif.
3. *Telemedicine system* agar dapat kontak dengan *supervisor* di RS Mitra A. *Monitoring* dan konsultasi klinik *via teleconference* secara berkala (misalkan 1-2 minggu/sekali) dan insidental.
4. Pemberdayaan kembali dokter plus yang sudah dilatih agar dapat membantu pelayanan dan memperkuat PONEK RSUD.
5. Meningkatkan kapasitas bidan/perawat yang di puskesmas dengan melakukan magang di PONEK RSUD.
6. Mitra agar dapat meningkatkan kinerja sistem PONEK RSUD misalnya dengan meningkatkan *response time*. Dengan adanya pelayanan PONEK 24 jam ini maka jumlah rujukan pun semakin meningkat.
7. Mengingat masih adanya kasus HIV/AIDS terus meningkat di NTT, fasilitas PONEK harus disiapkan agar tim RS Mitra di RSUD dapat menangani kasus persalinan atau SC dengan HIV/AIDS.
8. Kasus ibu hamil dengan anemia juga meningkat sehingga pentingnya bagi rumah sakit untuk memperhatikan ketersediaan darah.
9. Perbaikan dan penambahan peralatan medik serta *stock* obat-obatan perlu dikoordinasi dengan DinKes Propinsi dan Kementerian Kesehatan. Peningkatan motivasi staf pendukung di RSUD dan kerjasama dengan dokter umum perlu ditingkatkan.
10. Lebih aktif dalam menggalakkan pencegahan infeksi dengan melakukan semacam perlombaan antar ruangan.
11. Mendorong Dinas kesehatan setempat untuk aktif mensosialisasikan pengisian AMP 2 kali 24 jam.
12. Fasilitas pendukung seperti jaringan internet perlu disediakan untuk mempermudah proses belajar jarak jauh untuk petugas kesehatan yang ada di RSUD.

B. PERMASALAHAN TERKAIT KETERSEDIAAN DOKTER DI RSUD

Mitigasi Resiko yang usulkan:

1. Pemberian payung hukum oleh pemda setempat kepada dokter mitra yang dikirim, agar ada jaminan keselamatan ketika terlibat kasus di daerah.
2. Agar residen yang bertugas menjalankan tugas minimal 2 bulan, baru setelah itu dilakukan pergantian residen kembali.

3. Agar bagian sekretariat Mitra untuk pengiriman residen mampu mengatur penjadwalan untuk residen yang bertugas sehingga tidak terjadi kekosongan residen.
4. Keputusan dalam pencarian Residen yang akan dikirimkan dilakukan dengan segera sehingga dapat dipastikan jadwal keberangkatn serta handover.
5. Informasi mengenai ketidaktersediaan dokter spesialis dapat diinformasikan kepada Mitra secepat mungkin.
6. Kompetensi dari dokter spesialis/residen agar di update.
7. Fasilitas pendukung seperti jaringan internet perlu disediakan untuk mempermudah proses belajar jarak jauh dari residen yang dikirim.

C. PERMASALAHAN CAPACITY BUILDING

Mitigasi resiko yang diusulkan:

1. Para residen senior (dan dokter spesialis) perlu dibekali dengan keterampilan melatih (*capacity building*).
2. Perlu ada pemetaan ulang kegiatan yang sudah dilakukan dan melakukan *need-assessment* kembali agar pengembangan kapasitas yang dilaksanakan sesuai kebutuhan di RSUD.
3. Perlu ada standar kompetensi yang harus dicapai sehingga dapat disusun kurikulumnya.
4. Perlu ada modul pembelajaran dalam kegiatan *capacity building*.
5. Manajemen penyelenggaraan *capacity building* perlu lebih ditingkatkan agar kegiatan dapat berjalan lancar. Misalnya terkait dengan waktu penyelenggaraan; panggilan peserta; penyediaan fasilitas/bahan praktek pendukung; dan biaya penyelenggaraannya.
6. Minat dan semangat belajar peserta perlu ditingkatkan. Kejenuhan dalam pelatihan bisa terjadi karena topiknya sama sehingga mendorong perlunya penyegaran dengan mendatangkan motivator.
7. Matrikulasi singkat oleh tim Mitra sebelum mengirimkan residen agar memberikan *capacity building* saat ada dilapangan
8. Keterlibatan dokter umum RSUD harus ditingkatkan.
9. Perlu peningkatan koordinasi dan kerja sama antara dinas kesehatan kabupaten, RSUD, dan DPC AIPMNH setempat agar pelaksanaan *capacity building* bagi tenaga puskesmas dapat dilaksanakan.
10. Dokter RS Mitra yang sebelum habis masa tugasnya melakukan supervise ke Puskesmas, untuk melihat hasil dari proses *capacity building* yang telah mereka dapatkan.

D. PERMASALAHAN BUDAYA DAN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA

Mitigasi risiko yang diusulkan:

1. Pepatah “dimana bumi dipijak, disitu langit dijunjung” harus ditanamkan sekali kepada setiap dokter ahli atau tim RS Mitra A yang datang sehingga perilaku dapat disesuaikan dengan budaya setempat.

2. Perlu ditetapkan peran-peran yang sesuai dengan kompetensi dan *Scope of Services* program, sehingga semua pihak yang terlibat di dalamnya dapat berperan dengan baik. Tidak ada yang merasa jadi raja, maupun jadi anak tiri.
3. Prinsip pemberian reward harus berdasar asas keadilan.
4. Budaya kerja yang dibawa ke RS Mitra B hendaknya tidak berganti begitu cepat mengingat untuk memantapkan satu budaya di satu tempat saja memakan waktu yang panjang.
5. Perlunya good political will untuk sama-sama menyukseskan Program SH.
6. Perlunya penguatan edukasi ke masyarakat mengenai kesehatan ibu dan bayi.

E. PERMASALAHAN TERKAIT EXIT STRATEGY

Mitigasi risiko yang diusulkan:

1. RSUD dan Kabupaten harus didorong untuk mandiri agar kegiatan yang telah berjalan tetap dapat terlaksana tanpa bantuan AIPMNH. Terkait ini, perlu adanya peningkatan keterampilan advokasi pimpinan rumah sakit kepada Pemda agar dapat mendorong Pemda untuk mengalokasikan dana untuk pembiayaan program sister hospital.
2. Perlu keaktifan dari manajemen RSUD untuk mendekati perguruan tinggi pencetak dokter untuk dapat merekrut dokter agar mau ditempatkan di daerah sulit seperti NTT.
3. Perlu adanya advokasi lebih lanjut ke Kemenkes agar kegiatan SH terutama dalam pengadaan dokter spesialis di RSUD agar tetap berjalan.
4. Dokter ahli yang didatangkan ke RSUD perlu dibekali dengan keterampilan melatih (capacity building) dan juga membangun sistem PONEK yang baik di RSUD.

F. PERMASALAHAN TERKAIT PENGELOLAAN DATA HASIL MONEV

Mitigasi risiko yang diusulkan:

1. Instrumen hasil Monev perlu diupdate sesuai dengan kebutuhan evaluasi sehingga dapat menangkap dengan baik situasi yang ada di lapangan sesuai tujuan evaluasi.
2. Transkrip wawancara hasil Monev kualitatif harus dijaga benar agar tidak sampai bocor sehingga tidak menimbulkan ketidaknyamanan bagi pihak-pihak yang terlibat.
3. Perlu diberikan ketegasan dalam penetapan deadline pengumpulan laporan Monev dan sanksi sehingga tidak tertunda pengumpulannya sampai Monev berikutnya.
4. Perlu dibangun sistem olah data hasil Monev terkomputerisasi sehingga lebih memudahkan dan mengoptimalkan proses olah data.

G. PERMASALAHAN INFRAKSTRUKTUR

Mitigasi risiko yang diusulkan:

1. Perlu adanya perbaikan jalur transportasi sehingga memudahkan proses rujukan.
2. Perlu disiapkan alternatif sumber air bersih sehingga tidak mengganggu pelayanan sehari-hari di RSUD. Selain itu, sebagai sarana cuci tangan, dapat dibuatkan *hand sanitizer*.
3. Perlu disiapkan sumber listrik alternatif. Misalnya menggunakan sumber energi terbarukan dengan memanfaatkan sinar matahari yang berlimpah, dengan memasang panel surya.
4. Pembuatan BTS yang memadai sehingga dapat menunjang kebutuhan telekomunikasi.
5. Perlu adanya advokasi ke PU terkait pembangunan infrastruktur serta dinas terkait lainnya.

VIII. KESIMPULAN

1. Secara umum program *sister hospital* provinsi NTT sudah berjalan baik, angka kematian secara *absolut* juga mengalami penurunan, terhitung mulai tahun 2010 – 2015 AKB dan AKI sudah mulai mengalami penurunan meskipun pada AKB tidak ada terlihat penurunan yang berarti. Dibandingkan standar nasional AKB dan AKI pada tahun 2007 yakni AKB 228 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI 34 per 1000.
2. Secara keseluruhan program *sister hospital* ini layak untuk diteruskan, meskipun terjadi peningkatan jumlah kematian pada masing-masing RSUD *Sister Hospital* namun ini dikarenakan oleh pencatatan yang semakin membaik, rujukan yang tidak terencana dan jumlah persalinan di rumah sakit juga mengalami peningkatan dibandingkan periode sebelum adanya *sister hospital*..
3. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam Program SH membawa dampak bagi RS, Puskesmas, Dinkes, Pemda, dan masyarakat. Pelayanan PONEK 24 jam di RSUD dapat berjalan karena dukungan tenaga ahli dari RS mitra dan didukung penyediaan alkes, obat-obatan, pembangunan gedung, maupun penataan ruang yang memadai.
4. Dengan adanya pelatihan, skill tenaga kesehatan di RSUD maupun Puskesmas meningkat. Keramahan, sikap profesional, pola pikir tenaga kesehatan juga berubah. Dokter spesialis semakin banyak tersedia di RS. Sistem rujukan membaik. Adanya jaringan internet membantu proses pembelajaran jarak jauh. Kerja sama lintas sektor mempengaruhi keberhasilan Program SH di RSUD.
5. Bila dilihat dari pola kematian ibu dan bayi di masing-masing rumah sakit, di beberapa rumah sakit terjadi fluktuasi kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh:
 - a. Peningkatan rujukan ke RSUD peserta Program SH.
 - b. Rujukan yang tiba ke RSUD seringkali dalam keadaan terlambat karena faktor sosial budaya (harus menunggu pihak yang dituakan untuk mengambil keputusan), faktor infrastruktur yang kurang memadai (jalan jelek), sarana dan sistem rujukan yang masih kurang baik.
 - c. Penolong pertama persalinan memiliki kompetensi yang kurang memadai sehingga saat dirujuk, pasien sudah dalam kondisi jelek.
 - d. Penanganan pasien kurang optimal karena kurang memadainya bahan dan peralatan yang diperlukan.
 - e. Peralatan yang tersedia di RSUD kadang sudah rusak atau kualitasnya buruk.
 - f. Kapasitas tenaga kesehatan yang menjaga perawatan lanjutan (misalnya ICU/ NICU) untuk kasus-kasus komplikasi juga kurang memadai padahal sudah diberi pelatihan.

- g. Terdapat juga penyebab kematian yang merupakan penyakit atau kelainan yang tidak dicegah.

IX. PENUTUP

Demikian laporan akhir ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban PKMK FK UGM selaku Konsultan Penyedia Jasa Koordinasi, *Monitoring*, Evaluasi dan Verifikasi Bantuan Teknis Kegiatan *Outsourcing* Klinis Program *Coordination Consultan* di NTT dalam program sister hospital NTT 2010 – 2015.

Yogyakarta, Desember 2015
Penanggung jawab
Program Sister Hospital
PKMK FK UGM