



**Tiga Tahun Kegiatan RS Dr. Sardjito, Fakultas
Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM**

DI ACEH

30 Desember 2004 - 31 Desember 2007

PENGANTAR



Prof. Laksono berbincang-bincang dengan Wakil Bupati Aceh Barat.

Buku ini bertujuan untuk mencatat berbagai kegiatan RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran (FK UGM) dan Fakultas Psikologi UGM dalam misi kemanusiaan di Aceh. Sebagaimana diketahui pada akhir tahun 2004, tepatnya 26 Desember 2004 terjadi bencana *global* Tsunami di dunia dimana Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam merupakan tempat yang paling terkena dampaknya. Pada masa awal Tsunami terdapat 3 tim UGM dalam bidang kesehatan yang secara spontan, tanpa terkoordinasi, berangkat ke Aceh: Tim RS Dr. Sardjito dan FK UGM berada di Melaboh, Tim Fakultas Psikologi ke Banda Aceh, Tim S2-IKM dan PMPK ke RS Zainoel Abidin dan Dinas Kesehatan Propinsi.

Setelah 3 bulan berjalan struktur kegiatan diubah agar menjadi lebih terintegrasi dan terkoordinasi serta dikonsentrasikan ke Meulaboh, walaupun sebagian kegiatan di Banda Aceh tetap dipertahankan. Pada bulan Juli 2005, sistem operasi di lapangan berubah dan nama program menjadi "*Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province*" yang didanai terutama oleh *World Vision Australia*, disamping ada dana lain dari Bank Mandiri, Kedaulatan Rakyat dan lain-lain. Misi utama adalah membantu memulihkan sektor kesehatan di Aceh Barat dan pelayanan di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND) seperti sebelum Tsunami dengan penekanan pada pengembangan tenaga; dan meningkatkan semaksimal mungkin, agar melebihi pelayanan sebelum Tsunami.

Di bulan Juni 2005, kami diberi tugas oleh Dekan FK UGM dan Dekan Fakultas Psikologi UGM untuk menjadi koordinator proyek ini. Proyek ini merupakan kegiatan yang misinya mulia, namun sangat berat pelaksanaannya, paling kompleks dan lama yang pernah dilakukan FK UGM, dengan lokasi yang jauh sekali. Tim awal yang berangkat



ke Meulaboh harus menempuh perjalanan sulit dan berbahaya dari Medan ke Meulaboh dengan jalan darat berwaktu tempuh 16 jam. Saat itu masih genting dan keamanan masih rawan karena konflik bersenjata masih ada. Program ini seperti lari *marathon* karena berjalan selama 3,5 tahun dengan mobilisasi tenaga yang sangat besar.

Dari sudut pandang akademik, sejak awal disadari bahwa tugas Koordinator Proyek ini sangat berat karena harus mengkombinasikan tim klinik, psikologi, manajemen, sampai ilmu kesehatan masyarakat dalam satu kesatuan. Disamping itu program ini berada dalam *spot-light global*, dengan mitra lembaga internasional, yaitu pihak *World Vision Australia*, *Melbourne University* dan *Royal Children's Hospital*. Dalam perjalanannya, memang konflik dan ketidak-sesuaian pernah terjadi, namun syukur perbedaan dapat ditangani secara baik sehingga tidak merugikan program secara keseluruhan. Di dalam lingkup akademik, kombinasi ini baru pertama kali dilakukan di lapangan secara bersama.

Alhamdulillah, 3 tahun setelahnya proyek ini masih berjalan dengan baik dengan dukungan *Project Supporting Unit* (PSU). Mobilisasi tim UGM dan RS Dr. Sardjito berjalan lancar. Jumlah Pasien RS CND yang mendapatkan pelayanan medis dari tim UGM sejumlah 38.900 selama 2006 dan 2007. Walaupun demikian ada interupsi kegiatan karena kejadian alam yang tidak dapat dicegah. Gempa bumi terjadi pula di DIY dan Jawa Tengah. Di bulan Juni 2006, tim yang sudah sampai di Meulaboh terpaksa ditarik kembali, karena pada tanggal 25 Mei 2006 DIY terkena gempa bumi. Pada saat itu ada kebimbangan apakah program akan diteruskan atau tidak. Sebagai koordinator proyek saya menghubungi berbagai pusat pendidikan lain untuk menggantikan sementara. Namun respon yang didapat kurang menggembirakan sehingga ada kekosongan di bulan Juni 2006. Namun dengan keteguhan hati pada bulan Juli 2006 proyek di Aceh diteruskan kembali seperti semula.

Selama 3 tahun ini pula berbagai kegiatan telah dilakukan di UGM. Rapat mingguan setiap hari Jumat siang dilakukan sekitar 120 kali; Rapat *teleconference* dengan Australia: 18 kali; Rapat besar: 8 kali. Jumlah staf yang terlibat: mulai dari staf Dekanat, pengelola RS Dr.Sardjito, pegawai, sampai ke mahasiswa. Sebuah pertanyaan besar harus dijawab: Apa saja yang telah dicapai? Jika mengacu pada misi utama yang dicanangkan di tahun 2005, dapat dikatakan bahwa kegiatan telah tercapai.

Deskripsi kegiatan proyek dan pencapaiannya dapat dilihat pada buku ini. Bab pertama membahas secara kronologis kegiatan yang berjalan selama 3 tahun. Ada berbagai fase secara kronologis: mulai dari Fase Respon Akut, Transisi, Pemulihan, sampai ke Fase Pengembangan dan Persiapan. Bab kedua membahas secara rinci berbagai kegiatan yang ada: mulai dari divisi *Clinical Services*, divisi *Mental Health*, divisi IMCI, sampai ke divisi *Public Health*. Pada Bab ini dibahas pula peran *Project Supporting Unit*. Bab ketiga membahas penilaian dari seorang konsultan mengenai perjalanan program Aceh. Bab keempat membahas personalia yang terlibat dalam program Aceh. Keterlibatan staf sangat banyak. Jumlah staf divisi *Clinical Services* yang dikirim ke RS CND sekitar 450 orang, sedangkan lainnya sekitar 100 orang.

Dalam perjalanan kegiatan, selalu ada awal dan selalu ada akhir. Secara resmi program dengan episode pendanaan dari Australia sudah berakhir sejak 31 Desember 2007, dengan masa transisi sampai Juni 2008. Namun diharapkan program-program yang ada bisa diteruskan dengan episode lain yang bersumber dana dari berbagai pihak. Buku ini diharapkan dapat dijadikan pegangan bagi pihak-pihak lain yang akan meneruskan kegiatan ini. Pegangan ini dapat dilihat dari bagian yang membahas *Exit Strategy* pada Bab 1.

Semoga kegiatan yang direkam dalam buku ini dapat bermanfaat bagi saudara-saudara di Aceh, dan untuk kemajuan pembangunan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan Kabupaten Aceh Barat pada khususnya. Disamping itu juga bermanfaat bagi kita warga UGM, RS Dr. Sardjito, dan teman-teman Australia yang sudah bertahun-tahun bekerja bersama. Diharapkan buku ini menjadi catatan tertulis kegiatan kita di bumi Aceh untuk membantau saudara-saudara yang pernah menderita akibat gempa bumi dan Tsunami.

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD

Koordinator Proyek

*Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction
in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province*

DAFTAR ISI

- i **PENGANTAR**
- iii **DAFTAR ISI**
- v **KATA SAMBUTAN**

BAB 1 TIGA TAHUN PROGRAM UGM DI ACEH

- 2 **Tahun Pertama**
Fase Respon Akut periode Desember 2004 - Juni 2005 dan Fase Transisi periode Juli - Desember 2005
- 8 **Tahun Kedua**
Fase Pemulihan periode Januari - Desember 2006
- 13 **Tahun Ketiga**
Fase Pengembangan dan Persiapan periode Periode Januari - Desember 2007
- 17 **Tahun Keempat**
Fase Exit Strategy periode Januari - Juni 2008



BAB 2 RINCIAN PELAKSANAAN PROGRAM

- 34 **Divisi Clinical Services**
- 35 Komponen 1 Bantuan Tim Medis di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien Aceh Barat
- 41 Komponen 2 Pengembangan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Wilayah Pantai Barat NAD
- 52 Komponen 3 Sistem Manajemen Mutu RS Cut Nyak Dhien
- 63 Komponen 4 Peningkatan Kapasitas Staf RS Cut Nyak Dhien Melalui Pelatihan
- 75 Komponen 5 Pemberdayaan Masyarakat
- 82 Komponen 6 Budaya dan Etika Kerja
- 89 **Divisi Mental Health**
- 90 "Kesehatan jiwa sekarang menjadi primadona" Refleksi 3 tahun bakti Fakultas Psikologi UGM pasca tsunami 26 Desember 2004 di Aceh
- 121 Sistem Rujukan Kesehatan Jiwa. Kerjasama Multidisiplin dalam Pembangunan Kesehatan Jiwa di NAD

TIM EDITOR

Editor

Hardyanto Soebono
M. Noor Rochman Hadjam
Sofia Mubarika
Sofia Retnowati
Sri Endarini
Suhardjo
Sutaryo
Yati Soenarto
Laksono Trisnantoro
Mia Urbano

Editor Pelaksana

Guardian Y Sanjaya
Yvesta Putu Ayu

Lay Out

Guardian Y Sanjaya

Foto Cover

Kopi khas pantai Suak Ribee Aceh Barat "Kopi terbalik"
Foto: Guardian Y Sanjaya

- 127 **Divisi IMCI**
127 Implementasi Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Wilayah Aceh Barat
- 135 **Divisi Public Health**
137 Rencana Strategis Dinas Kesehatan dan RS Cut Nyak Dhien Aceh Barat 2006 - 2011
- 139 Pengembangan dan Studi Banding Sistem Informasi Kesehatan Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat
- 141 Hasil Pemantapan dan Evaluasi Penerapan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat
- 145 Pengembangan Manajemen Rekam Medis RS Cut Nyak Dhien Meulaboh
- 151 Implementasi Sistem Informasi di RSUD Cut Nyak Dhien Meulaboh
- 156 Pengembangan Sistem Manajemen Keuangan di RS Cut Nyak Dhien
- 158 **Project Supporting Unit**
- 165 **Rumah Sakit Cut Nyak Dhien: Rekonstruksi dan Rehabilitasi Pasca Tsunami**
- 172 **Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2006-2010**



BAB 3 EVALUASI PROYEK

- 184 **Laporan Pelaksanaan**
- 187 **Bagian 1 Evolusi Proyek**
- 191 **Bagian 2 Pelaksanaan Proyek**
- 194 **Bagian 3 Perencanaan Manajemen Proyek Baru**

- 197 **Bagian 4 Efektifitas Kerjasama**
- 201 **Bagian 5 Pencapaian Proyek Berdasarkan Logical Frameworks, Output, Dampak Langsung, Faktor Resiko dan Outcome Proyek**
- 219 **Bagian 6 Pembelajaran dan Rekomendasi**



BAB 4 STAF YANG DIBERANGKATKAN KE ACEH

- 224 Nama-nama staf dan tim RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran, Fakultas Psikologi UGM dan pihak Australia yang pernah berangkat ke Aceh
- 236 **STRUKTUR ORGANISASI PROYEK**
- 237 **DOKUMEN PERJANJIAN KERSJASAMA PROYEK**
- 242 **UCAPAN TERIMA KASIH**



Musibah gempa bumi tektonik yang berkekuatan 6,8 SR (BMG) atau 8.9 SR (US Geological Survey) serta diikuti musibah Tsunami yang telah terjadi di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) dan Sumatera Utara pada tanggal 26 Desember 2004, telah menimbulkan kerugian yang sangat besar baik nyawa, harta, benda, infrastruktur, lingkungan maupun ekosistem. Bencana dahsyat tersebut tidak hanya menimpa saudara-saudara kita yang ada di propinsi NAD dan Sumatera Utara saja, namun juga menimpa negara-negara tetangga seperti Thailand, Srilangka dan Maladewa. Kejadian tersebut merupakan bencana terbesar yang pernah terjadi dalam sejarah Negara Indonesia, sehingga Presiden pada waktu itu langsung mendeklarasikan sebagai bencana nasional yang artinya seluruh bangsa Indonesia juga ikut merasakahn adanya musibah tersebut.

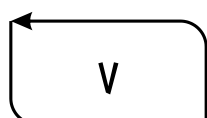
RSUP Dr Sardjito bersama Fakultas Kedokteran (FK) UGM serta didukung Fakultas Psikologi UGM saat itu juga segera mengambil kebijakan untuk mengirimkan bantuan kemanusiaan meliputi tenaga medis, paramedis, non medis pilihan beserta obat-obatan ke Aceh teapatnya di kota Meulaboh yang memang sangat parah kondisinya akibat gempa dan Tsunami. Pada awal penerjunan tak terbayangkan betapa sulitnya medan yang harus dilalui tim, namun berkat semangat kepedulian terhadap sesama serta pengorbanan yang tak kenal putus asa, akhirnya tim pertama berhasil membuka jalan untuk tim-tim seterusnya hingga saat ini guna merealisasikan bantuan RSUP Dr Sardjito-FK UGM serta Fakultas Psikologi untuk secepatnya merehabilitasi sarana prasarana pelayanan kesehatan, serta membantu pemulihan fisik serta mental para korban yang selamat. Pada saat itu tugas utama tim adalah untuk segera memulihkan fasilitas kesehatan utama yang ada yaitu RS Cut Nyak Dhien Meulaboh agar bisa beroperasi kembali dan bahkan dapat sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Pantai Barat-Selatan NAD.

Kami menyadari bahwa bantuan yang telah diberikan selama 3 tahun yang terdokumentasi secara lengkap ini dapat terlaksana berkat komitmen kita bersama untuk peduli kepada sesama.

Selanjutnya kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pemikiran, saran dan masukan untuk melengkapi buku ini, yang Insya Allah sangat bermanfaat untuk semua pihak dalam upaya meringankan penderitaan sesama.

Insya Allah langkah mulia ini selalu mendapat ridho dari Allah SWT, Amin.

dr. Sri Endarini, MPH
Direktur Rumah Sakit Dr. Sardjito
Yogyakarta





Tidak terasa tiga tahun telah berlalu. Bersama RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran UGM sudah menjalankan sebuah program besar di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam dalam membantu saudara-saudara kita yang terkena dampak bencana gempa bumi dan gelombang Tsunami pada 26 Desember 2004 lalu. Awal pasca bencana, RS Dr. Sardjito-FK UGM meresponnya dengan mengirimkan tim bantuan medis spesialis *emergency* yang saat itu dipimpin oleh dr. Hendro Wartatmo, SP.B-KBD tepatnya di Kabupaten Aceh Barat, salah satu kabupaten cukup parah terkena dampak Tsunami.

Seiring dengan perkembangannya, bantuan RS Dr.Sardjito-FK UGM diperluas dan dikembangkan menjadi sebuah bantuan yang komprehensif dalam merekonstruksi sistem kesehatan setempat. Rekonstruksi ini melibatkan banyak ahli dari berbagai disiplin dan bidang keilmuan. Tenaga medis, paramedis, tenaga non medis, ahli manajemen, ahli keuangan, ahli sistem informasi, psikolog dan lainnya dikirim ke Aceh secara bergantian terus menerus tanpa henti selama 3 tahun. Bahkan program ini menugaskan salah satu dosen senior untuk berada di lapangan sebagai wakil RS Dr. Sardjito-FK UGM dalam mengkoordinir kegiatan-kegiatan yang dilakukan.

Bantuan FK UGM terkonsentrasi pada peningkatan kapasitas sumber daya manusia. Sebuah tantangan besar bagi FK UGM dimana harus berada di tengah-tengah situasi pembangunan fisik pasca Tsunami yang dilakukan berbagai lembaga nasional maupun internasional. Pembangunan fisik mendapatkan perhatian lebih pada saat itu, namun berkat perjuangan dan pengorbanan yang tak kenal putus asa dan rasa kemanusiaan, program ini bisa mendapatkan kepercayaan penuh dari pemerintah setempat. Bahkan pemerintah setempat menghendaki kerjasama yang lebih luas dengan UGM tidak hanya di sektor kesehatan, namun sektor-sektor lainnya. Sebuah pengabdian masyarakat yang luar biasa bagi FK UGM yang sudah berusia 62 tahun. Kepada semua yang terlibat dalam program ini, saya sampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Tiga tahun adalah masa yang singkat. Ini merupakan langkah awal dalam merekonstruksi sistem kesehatan. Masih banyak pekerjaan belum selesai yang harus ditindak lanjuti. Buku "Tiga Tahun Kegiatan RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM di Aceh" yang telah disusun ini dapat dijadikan pelajaran berharga terhadap usaha-usaha pengembangan sistem kesehatan secara komprehensif dalam konteks bencana.

Semoga apa yang telah dilakukan kita semua dalam membantu meringankan penderitaan sesama, senantiasa mendapat ridho dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Amien.

Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K)
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada



Alhamdulillah, segala puji milik Allah yang Maha Penyayang, Dia yang telah mendatangkan cobaan dan memberi kenikmatan dan kekuatan kepada kita untuk menghadapi hidup dan kehidupan.

Bertahun-tahun Fakultas Psikologi UGM telah terlibat dalam berbagai penanganan bencana, dari kecelakaan massal, konflik antar suku, letusan gunung berapi, gempa dan banjir. Pengalaman Tsunami di Aceh merupakan pengalaman pertama Fakultas Psikologi UGM mengelola program pemulihan bencana jangka panjang, selama 3 tahun penuh! Selama tiga tahun itu pula berbagai prestasi yang dapat disebut "*landmark*" telah berhasil dirintis terutama di Aceh Barat.

Tim yang terlibat dalam program ini, maupun Fakultas Psikologi secara umum telah mendapatkan pengalaman berbagai pengalaman dan pelajaran melalui program ini. Dari pengalaman tersebut, Fakultas Psikologi telah mengembangkan *guideline* pemberian pelayanan kesehatan mental dalam situasi bencana maupun dalam sistem kesehatan secara umum. Semoga *guideline* tersebut dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak dan akan menjadi bola salju berkembangnya sistem manajemen bencana dari perspektif psikologi.

Selain itu hasil yang penting dari program ini adalah sumbangan sistematis untuk formalisasi psikolog klinis sebagai elemen profesi dalam sistem kesehatan. Hasil konkretnya, Pemda Aceh Barat mengontrak psikolog untuk bekerja di bawah Dinas Kesehatan. Inisiasi pendirian Program Studi Psikologi di bawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala, semoga juga menjadi investasi jangka panjang bagi rakyat Aceh, dengan harapan paling tidak 5 tahun kedepan Aceh akan memiliki tenaga-tenaga psikolog yang profesional.

Terimakasih kepada semua pihak yang telah terlibat dalam program panjang selama 3 tahun ini. Kepada World Vision Australia yang telah menjadi lembaga donor, Royal Children's Hospital dan Australian International Health Institute yang telah membantu dalam bidang pelaksanaan maupun manajemen sehingga program ini memiliki standar internasional. Terimakasih pula kepada Fakultas Kedokteran UGM yang telah bekerjasama dengan baik sepanjang program berlangsung dan terimakasih tak terhingga kepada seluruh rakyat Aceh yang telah bekerjasama dengan tim Crisis Center Fakultas Psikologi UGM.

Semoga Allah SWT membalas jasa semua pihak dengan kebaikan yang banyak.

Prof. Dr. M. Noor Rochman Hadjam, SU
Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Gadjah Mada



Professor Graeme Barnes
Royal Children's Hospital
Melbourne

Professor Garry Warne
Royal Children's Hospital International
Melbourne



December 26th 2004 will always be remembered by Australians as the day on which they heard the stories of the horror caused by Asian Tsunami through our news media. This cataclysmic event generated an unprecedented wave of compassion and an urgent desire to help in some way, in people from all walks of life throughout the nation. Health professionals were called upon to volunteer their services and over forty staff members from the Royal Children's Hospital Melbourne registered with the Department of Human Services in the first two weeks. The initial contact between Professor Graeme Barnes and Dr Yati Soenarto immediately after the Tsunami, occurred on the background of 30 years collaboration between RCH / University of Melbourne Department of Paediatrics, and the Department of Paediatrics at UGM. Initial uncertainty in Melbourne whether RCH could do anything practical to help, was swept aside by Dr Yati who welcomed any support that could be offered. Fortuitously, Prof Garry Warne had arranged a meeting with World Vision on January 7th 2005 for other reasons. The agenda was hijacked to enable discussion about a possible Tsunami response, with Rev Tim Costello (Head of WV Australia) and Dr Tony Cull (RCH CEO) present. Dr Trevor Duke from the University Centre for International Child Health at RCH visited Meulaboh from January 11th with UGM colleagues, and Graeme Barnes joined them in Yogyakarta on January 22nd.

World Vision had never worked with a public hospital before and the Royal Children's Hospital had never managed an international health project before, so there were many teething difficulties. Fortunately everyone in Melbourne and Yogyakarta was able to focus on the need, and so problems were solved with a minimum of fuss and with harmony being maintained throughout. The addition of AIHI to the management team was the beginning of much smoother operations and RCHI thanks the AIHI team for their wonderful contribution.

It has been a pleasure throughout the project to work closely with our colleagues in Yogyakarta and Meulaboh and the project represents a shining example of harmonious international relationships. The local project team, under the leadership of Professor Laksono Trisnantoro, has done a splendid job and can now be very proud of its professional achievements. Communication was facilitated by the introduction of internet-based videoconferencing technology made possible by the establishment of the TEIN-2 network by the European Commission.

The Royal Children's Hospital Melbourne very much wants the relationship with UGM and if possible, Meulaboh, to continue as so much has been achieved in terms of building understanding and personal friendships. This will require the identification of new collaborative projects and joint applications for funding. Collaborations could well focus on mental health as well as pediatrics, because this component of the project probably led to more exchanges of new information and new approaches than any other part of the project and this hard work, especially on the part of Technical Adviser Ruth Wraith, deserves to be further developed. Clinical Quality and Safety was also brought into the project with Dr Karen Dunn as Technical Adviser, and this too could be a fertile area for further collaboration.

The evaluation report in this book identifies the many successes of the project as well as its shortcomings.

Professor Garry Warne
Director
RCH International
Melbourne



Jules L. Frost
Head, Innovative Partnership
Policy and Programs
World Vision Australia

Louise Searle
Country Program Coordinator
Humanitarian & Emergency Affairs (HEA)
World Vision Australia

World Vision Australia has been pleased to collaborate in this innovative project. The commitment of all those involved in Aceh, in Yogyakarta and in Melbourne over the last three years has been exceptional. As a result, the project has made a substantial contribution to the recovery and development of health services in West Aceh. The project has encountered some of the classic development questions and dilemmas such as how to effectively transition from humanitarian assistance to sustainable development, how to balance grassroots innovation with adequate strategic planning and design, and how to effectively support and build the organisational development capacity of partners while focusing on implementing activities in a specific technical sector.

The book highlights a number of significant achievements with project staff providing a catalyst for the development of knowledge, services, and standards, and improvements in quality of care. Strong local government support for the project, integration of project activities within local systems and planning structures, and partnerships between local agencies, international donors and technical institutes provide a valuable model for future disaster response.

Louise Searle
Country Program Coordinator
Humanitarian & Emergency Affairs (HEA)
World Vision Australia



Mia Urbano
Senior Program Officer
Australian International Health Institute
The University of Melbourne

Krishna Hort
Director of Programs
Australian International Health Institute
The University of Melbourne

In leafing through the manuscript for this book, the resonance of “Untuk Aceh” (For Aceh), those few simple words on the banner outside UGM’s early, makeshift medical and psychological clinic in Meulaboh, struck a deep chord. It encapsulates the common purpose of the people involved in this project, and the thread through which a new partnership between Meulaboh, Banda Aceh, Yogyakarta and Melbourne was forged.

For AIHI’s part, we have been inspired by the example of our partners on this project. From the personal histories; the dedication and efforts of project colleagues to revitalizing the health sector in Aceh; the courage and selflessness to undertake work in uncertain circumstances, far from home; the professional openness to evaluate and acknowledge when approaches weren’t working, and responding with innovation or through collaboration; and the transcending of customary ways of working and relating, to support the realization of project goals, untuk Aceh.

AIHI greatly appreciated the collaboration with formal partners University of Gadjah Mada, Royal Children’s Hospital and World Vision Australia and the engagement with colleagues from Sardjito Hospital, CND Hospital, the Aceh Barat District Health Office, Balee Zaitunna and Rumoh Seurunee.

Reminiscing, with some relief, about the management challenges and tipping points for the project, a senior academic at UGM said recently, “What will matter is when our grandchildren learn about the tsunami and the number of people who died, and they turn to us and ask, ‘what did we do?’. We can all tell them, we did this.”

Mia Urbano
Senior Program Officer
Australian International Health Institute
The University of Melbourne

BAB 1

Tiga Tahun Program UGM di Aceh

Tanggal 26 Desember 2004 pukul 07.58 WIB, gempa tektonik berkekuatan 8,9 SR terjadi di lautan India, 66 Km sebelah barat Aceh. Gempa tersebut disusul gelombang Tsunami setinggi 12 meter dengan kecepatan 500-900 Km/jam yang menerjang pesisir pantai barat Aceh.

Bencana tersebut menyebabkan kerusakan fisik maupun non fisik. Tidak hanya fasilitas infrastruktur tetapi juga ratusan ribu jiwa manusia meninggal dunia, terluka dan hilang. Sementara ratusan ribu jiwa lainnya terpaksa mengungsi.

Rumah Sakit Dr. Sardjito dan Universitas Gadjah Mada merupakan salah satu lembaga yang turut berpartisipasi dalam rekonstruksi dan rehabilitasi di sektor kesehatan pasca Tsunami, terutama di Kabupaten Aceh Barat. RS Dr. Sardjito dan UGM memulai program bantuannya sejak fase awal pasca bencana Tsunami terjadi. Paparan di bagian ini menggambarkan kegiatan-kegiatan RS Dr. Sardjito dan UGM di Aceh mulai dari fase respon akut, fase transisi, fase pemulihan, fase perkembangan dan persiapan serta fase *exit strategy* yang melibatkan banyak lembaga dan sumber daya manusia.

TAHUN PERTAMA

FASE RESPON AKUT

Periode Desember 2004 - Juni 2005

Pasca terjadinya Tsunami di Aceh dan sekitarnya, Direktur RS Dr. Sardjito-Dekan Fakultas Kedokteran UGM meresponnya dengan membentuk tim bantuan medis untuk Aceh yang dikoordinasi Prof. Dr. dr. Sutaryo, Sp.A(K). Tim ini terdiri dari 26 orang anggota, diantaranya dokter ahli, *chief resident*, dokter Brigade Siaga Bencana (BSB), perawat mahir, ahli gizi, ahli sanitasi dan ahli teknik. Tim dipimpin komandan lapangan dr. Hendro Wartatmo SpB-KBD, staf ahli bedah digesti yang juga ahli manajemen bencana. Tim tersebut diberangkatkan pada tanggal 29 Desember 2004 dan sempat transit di Medan karena kesulitan transportasi.

Ditengah kesimpang-siuran berita pada saat itu, tim medis yang dikirim memutuskan untuk ke Meulaboh dengan beberapa alasan. Pertama, bangunan rumah sakit di Meulaboh masih berdiri tetapi kegiatan tidak ada. Kedua, tim medis jauh lebih dibutuhkan di Meulaboh dibandingkan di Banda Aceh yang sudah penuh dengan tim medis lain dari berbagai organisasi. Pertimbangan keamanan pun terpaksa dikesampingkan. Walaupun sudah ada pernyataan bahwa kota Meulaboh sudah dikontrol oleh TNI, namun sejauh mana pengertian terkontrol tidak begitu jelas.

Kondisi itu menyebabkan sebagian anggota tim merasa keberatan karena tujuan mereka semula adalah kota Banda Aceh. Sementara sebagian lagi setuju untuk ke Meulaboh dan sisanya hanya pasrah pada komandan lapangan. Namun karena keadaan memaksa untuk tidak berlama-lama di Medan dan kesempatan mendapatkan

transportasi dengan helikopter *Chinook* pemerintah Singapura yang membawa rombongan Menteri Sosial (Mensos), akhirnya semua anggota tim medis berangkat menuju Aceh tepatnya di kota Meulaboh pada tanggal 31 Desember 2004. Dalam perjalanan, kondisi terasa lebih mencekam lagi ketika tim harus diantar dengan menggunakan kendaraan lapis baja korps marinir karena jalur Bandara-Meulaboh merupakan jalur maut yang sering terjadi penghadangan bersenjata. Walaupun demikian tiga tim berturut-turut berikutnya tetap diberangkatkan dengan tujuan yang sama yaitu RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. RS ini bahkan menjadi lokasi tetap untuk misi bantuan kemanusiaan RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM meski tim harus tinggal di gudang farmasi, *meunasah* (musholla) dan tempat parkir yang disulap menjadi barak selama beberapa bulan,

Dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K) dari bagian Anak RS Dr Sardjito yang pernah menjabat sebagai supervisor tim memperoleh banyak pesan baik melalui SMS maupun via *e-mail* terkait pengiriman tim medis ke Aceh. Dr. Yati juga sering melakukan komunikasi dengan beberapa kolega baik di dalam negeri maupun di luar negeri, diantaranya adalah Prof. Graeme Barnes yang menyampaikan dukungan dana dari masyarakat Australia melalui *World Vision Australia* (WVA) untuk penanganan bencana Tsunami di Aceh melalui kerjasama dengan UGM. Pada minggu kedua Januari 2005, Dr. Trevor Duke, konsultan dari *Royal Children's Hospital* (RCH) juga datang ke Yogyakarta untuk bersama-sama melakukan *rapid assessment* di Meulaboh, Aceh Barat yang didampingi oleh dr. Ida Safitri,



Sp.A. Hasil *rapid assessment* menyimpulkan bahwa pada fase akut hampir seluruh upaya medis dilakukan oleh tenaga relawan dari dalam maupun luar negeri. Dengan demikian dalam jangka menengah dan jangka panjang diperlukan suatu kegiatan untuk meningkatkan kapasitas petugas kesehatan di fasilitas kesehatan dasar maupun rumah sakit. Diantaranya dalam melakukan tatalaksana anak sakit, khususnya pada kelompok umur rentan seperti balita. Program dilakukan dengan menggunakan pendekatan terpadu serta merekomendasikan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di NAD, terutama Aceh Barat.

Aksi spontan pengiriman relawan juga dilakukan oleh tim S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) Fakultas Kedokteran UGM dalam membantu rekonstruksi dan rehabilitasi di Aceh. Lokasi yang dipilih adalah Banda Aceh sebagai ibukota propinsi NAD. Tim pertama melakukan *assessment* di bulan Januari 2005 kemudian memutuskan untuk membantu RS Zainoel Abidin (RS ZA) dalam merestrukturisasi kembali sistem manajemen, rekam medis, perbaikan sistem administrasi dan komunikasi antar relawan yang juga berada di RS ZA. Puluhan orang (termasuk pengetik) dikirim oleh PMPK dan MMR dengan biaya sendiri ke RS ZA selama dua bulan.

Fakultas Psikologi UGM ikut andil dalam proses rekonstruksi dan rehabilitasi pasca bencana dengan membentuk *Crisis Center* (CC) di penghujung tahun 2004 sebagai wadah bagi pengorganisasian dan penyaluran bantuan psikologis. Langkah awal CC adalah menyebarkan informasi tentang dahsyatnya bencana ditengah-tengah persiapan dan perayaan tahun baru 2005 dengan berbagai cara baik melalui media cetak, elektronik, bahkan melalui demonstrasi. Minggu pertama bulan Januari 2005 CC terlibat dalam tim *Rapid Assessment* Departemen Kesehatan RI bagian kesehatan jiwa di Banda Aceh dan sekitarnya. CC memperkenalkan model *5 ring* (zona) untuk pemetaan dampak psikologis bencana gempa bumi

dan Tsunami. Selain itu CC membuat dan menyebarkan leaflet tentang "*Cara Memberikan Sentuhan Psikologis Bagi Korban Bencana dan Panduan Singkat Ketrampilan Konseling bagi Konselor Non Psikolog*" kepada para relawan-relawan yang berangkat ke NAD sebagai panduan dalam memberikan pelayanan psikologis.

Akhir Januari 2005, bertempat di kediaman dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K), semua tim yang pernah melakukan *assessment* di Aceh diundang untuk mendiskusikan kemungkinan kerjasama dengan *Royal Children's Hospital/ University of Melbourne* dan *World Vision Australia* sebagai penyandang dana. Prof. Graeme Barnes dan Trevor Duke yang bertandang ke Yogyakarta turut hadir dalam pertemuan tersebut. Sebagai hasil rekomendasi pertemuan, dibentuk beberapa tim untuk merumuskan draft proposal kerjasama. Tim bantuan medis diwakili Prof. Dr. dr. Sutaryo, Sp.A(K), tim perbaikan manajemen rumah sakit diwakili oleh Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc. PhD, tim untuk pengembangan kapasitas tenaga kesehatan terkait manajemen anak sakit diwakili oleh dr. Yati Soenarto, Ph.D, Sp.AK dan dr. Ida Safitri, Sp.A, serta tim *Mental Health* diwakili oleh Rahmat Hidayat, S.Psi, MSc. Tim ini menghasilkan proposal kerjasama "*Supporting Human Resource and Health Services Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam Province*" yang terbagi menjadi 4 sub-program yaitu *Clinical Services* (CS), *Mental Health* (MH), *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) dan *Public Health* (PH).

Bulan Maret 2005 WVA mengundang secara resmi delegasi dari UGM dan RCH ke kantor *World Vision Indonesia* di Jakarta untuk mendiskusikan mekanisme kerjasama dan manajemen antara UGM, RCH dan WVA serta pembuatan *Term of Reference* (TOR) dan *Logical Framework* (*log frame*) masing-masing sub-program.



Foto: Nurcholid Umam

Selama masa tanggap darurat, banyak bantuan terhambat karena terbatasnya akses ke lokasi bencana. Seorang anak terpaksa dibawa menggunakan gerobak pasir karena rusaknya fasilitas pendukung.

TAHUN PERTAMA

FASE TRANSISI

Periode Juli - Desember 2005

Perubahan besar terjadi di bulan Juli 2005. Berdasarkan laporan *fact-finding mission* yang dilakukan Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD, maka dilakukan restrukturisasi organisasi program Aceh agar kegiatan dapat berjalan efektif. Dekan FK UGM bersama direktur RS Dr. Sardjito dan Dekan Fakultas Psikologi kemudian menyepakati untuk membentuk sebuah unit baru bernama *Project Supporting Unit* (PSU) untuk mengkoordinasi semua kegiatan sekaligus menunjuk Prof. Laksono sebagai *Project Coordinator* dalam membantu berjalannya Program Aceh.

Re-assessment tim Clinical Services (CS)

Untuk lebih mempertajam tujuan program, CS melalui beberapa stafnya melakukan *re-assessment* ke RS Cut Nyak Dhien (RS CND). Dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD melakukan *re-assessment* untuk program pelatihan bagi

staf RS CND, manajemen bencana, kegawat-daruratan medis dan sistem rujukan. Sedangkan dari bagian gizi Nur Dwi Handayani, S.SiT mulai merencanakan rekonstruksi dan rehabilitasi unit gizi RS CND sekaligus peningkatan kapasitas di bagian unit gizi. Dari bagian Patologi Klinik Dr.Med. dr. Soewarso, Sp.PK(K) melakukan *assessment* di unit laboratorium RS CND. Sementara untuk memperlancar implementasi program dan memfasilitasi tim medis dalam melakukan pelayanan di RS CND, CS menunjuk manajer lapangan khusus sebagai fasilitator implementasi program *clinical services* di Meulaboh.

Tim Bantuan Medis Clinical Services (CS)

Di tahun pertama ini setidaknya sudah 23 tim medis didatangkan ke Meulaboh dalam rangka membantu pelayanan kesehatan. Sebanyak 68 dokter spesialis/residen senior, 27 dokter umum, 4 psikolog, 66 perawat,



Dokumen Clinical Services

dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD (kiri), komandan lapangan tim medis pertama dan dr. Nurcholid Umam (kanan), program manajer divisi Clinical Services pertama, melakukan penilaian ulang di RS Cut Nyak Dhien dalam rangka penataan kembali program clinical services di Aceh Barat.



Dokumen Clinical Services

Supervisi bagian Ilmu Kesehatan Anak RS Dr. Sardjito dan Royal Children's Hospital di RS Cut Nyak Dhien. Dari kiri dr. Ida Safitri, Sp.A, Trevor Duke, dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K) dan dr. Haris Marta Saputra, Sp.A, Kepala Badan Pengelola RS Cut Nyak Dhien.



Foto: Nurcholid Umam

Fakultas Psikologi UGM dan Bagian Psikiatri RS Dr. Sardjito mendirikan klinik psikososial di RS Cut Nyak Dhien. Klinik ini kemudian dikembangkan menjadi Klinik Psikiatri tetap di RS CND yang dinamai Klinik Zaitun.

14 nutritionis, 4 orang tenaga teknis, 4 orang tenaga sanitasi, 11 orang tenaga rekam medis, 3 orang ahli manajemen, dan 1 orang tenaga farmasi terlibat dalam rekonstruksi dan rehabilitasi bidang kesehatan di RS CND. Banyak korban pasca Tsunami dan pasien lain telah mendapatkan pelayanan kesehatan dan operasi dari tim medis RS Dr. Sardjito-FK UGM, termasuk bantuan di unit rekam medis, gizi, sanitasi dan sistem manajemen.

Program CS terus dikembangkan sesuai dengan *log frame*. Tim bantuan medis mulai difokuskan terhadap pelayanan dokter spesialis yang dikirim dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta. Supervisor setiap bagian pun ditunjuk untuk melakukan supervisi dan monitoring pelayanan medis serta penunjang medis. Sejak bulan Oktober 2005 terdapat 9 supervisor yang tergabung dalam program Aceh, dan sudah 1 kali melakukan supervisi ke RS CND.

Peningkatan Kapasitas Staf RS CND

Sebagai tindak lanjut pengembangan program, CS mulai mengimplementasikan program peningkatan kapasitas staf RS CND dengan mengirimkan staf RS CND untuk mengikuti *On Job Training* di RS Dr. Sardjito Yogyakarta. Di Yogyakarta para peserta *On Job Training* mendapatkan kesempatan untuk belajar di RS Dr. Sardjito sesuai dengan kapasitas masing-masing peserta. Selain itu para peserta juga dibekali ketrampilan penunjang seperti penggunaan komputer, pelatihan komunikasi dan kepemimpinan serta materi-materi manajemen. Di tahun pertama ini, sejak bulan Agustus 2005 sudah 2 angkatan *On Job Training* dikirim ke RS Dr. Sardjito selama 1-2 bulan. Antara lain 1 perawat bedah, 1 perawat ICU, 1 perawat psikiatri, 1 perawat anak, 1 perawat UGD, 1 staf unit gizi dan 5 orang staf manajemen RS CND.

Selain *On Job Training*, tahun pertama CS juga melakukan

On Site Training bagi staf RS CND. Diantaranya pada bulan September 2005 *clinical services* melakukan pelatihan Manajemen Gizi dengan peserta semua staf unit gizi RS CND (7 orang), pelatihan *General Emergency Life Support* (GELS) untuk dokter umum, pelatihan Penanganan Pertama Gawat Darurat (PPGD) untuk staf paramedis dan PPGD untuk staf non medis dengan melibatkan 18 dokter, 40 staf paramedis, dan 20 staf non medis.

Khusus untuk staf keperawatan pada bulan November dan Desember 2005, CS bekerjasama dengan komite keperawatan RS Dr. Sardjito melatih 50 staf fungsional keperawatan dan kepala ruang RS CND dalam pelatihan Standar Asuhan Keperawatan, pelatihan Pengendalian Infeksi Nosokomial dan pelatihan Manajemen Kepala Ruang.

Bulan November 2005 Dr.Med. dr. Soewarso, Sp.PK(K) dari bagian Patologi Klinik Fakultas Kedokteran UGM yang dibantu Untung Asmudi dari Unit Patologi Klinik RS Dr. Sardjito melakukan *assessment* di unit laboratorium RS CND. Kegiatan ini sekaligus melakukan mini *training* kepada staf laboratorium, terutama penggunaan alat laboratorium bantuan dari berbagai pihak yang sampai saat itu belum bisa difungsikan.

Evaluasi dan *monitoring* di RS CND mulai dilakukan secara berkala terutama di unit gizi dan bagian keperawatan. CS secara khusus mengirimkan staf keperawatan RS Dr. Sardjito yang juga tergabung dalam tim medis rutin untuk melakukan evaluasi pasca pelatihan yang sudah dilakukan.

Persiapan Pelayanan Psikologis

Untuk mempersiapkan sistem kerja dan standar operasional program *Mental Health* (MH) di lapangan,

Fakultas Psikologi bersama dengan bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran UGM/ RS Dr. Sardjito melakukan *re-assessment* pada bulan Juli 2005. Sebagai tindak lanjutnya, 2 rumah disewa untuk membentuk *Center for Psychological Support* (Pusat Dukungan Psikologis) masing-masing di Banda Aceh dan Meulaboh, serta mengirimkan *Area Manager*, Zulkarnaen S.Psi untuk mempersiapkan pendiriannya. Sementara di Yogyakarta *Crisis Center* (CC) terus mengembangkan *software/konsep* kegiatan MH, *log frame*, *center guideline*, modul pelatihan, dan sebagainya yang akan menjadi pegangan bagi operasional masing-masing pusat.

Grand opening untuk *Center for Psychological Support* di bulan September 2005 menandai mulainya aktivitas MH secara resmi di masing-masing pusat, baik Balee Zaituna (BZ) di Meulaboh maupun Rumoh Seuronee (RS) di Banda Aceh. Langkah awal MH adalah sosialisasi program kepada masyarakat dan mencari kader sebagai perpanjangan tangan di masyarakat. MH melakukan pelatihan *Individual and Group Counseling* dan *Psychosocial Support* kepada 58 peserta di Meulaboh dan 47 peserta di Banda Aceh, yang kemudian menjadi kader untuk masing-masing pusat.

Program terus berlanjut dengan melakukan pelayanan psikologi di Pusat Dukungan Psikologis dan barak-barak pengungsian. Pusat ini mendirikan satelit *center* di beberapa barak sekitar Meulaboh dan Banda Aceh. Di berbagai kesempatan masing-masing pusat terus melakukan sosialisasi dengan melibatkan diri dalam berbagai aktivitas masyarakat yang secara tidak langsung melakukan terapi psikologis bagi para pengungsi korban tsunami.

Disisi lain CC melakukan *monitoring* dan evaluasi secara berkala terhadap kedua pusat. Secara bertahap CC memperkuat kapasitas staf di lapangan. Antara lain menginduksi staf dengan visi dan misi MH, diskusi internal

terutama untuk mengaplikasikan kegiatan sesuai *log frame* dan membuat manual manajemen standar untuk Pusat Dukungan Psikologis sehingga masing-masing dapat beroperasi sesuai standar.

Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas

Tim IMCI mempersiapkan pelatihan MTBS di 3 kabupaten yaitu Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya dengan melakukan penilaian pelatihan pre-MTBS, yaitu koordinasi dengan dinas kesehatan dan observasi di lapangan yang dilakukan pada tanggal 11-13 Juli 2005. Tim IMCI menunjuk 2 orang koordinator lokal Afrizal dan Elly sebagai penghubung.

Persiapan dilakukan dengan melatih delapan orang dari Bagian Ilmu Kesehatan Anak (IKA) dan Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) yang belum pernah mendapatkan pelatihan MTBS. Mereka mengikuti pelatihan MTBS yang dilaksanakan pada 22-26 Agustus 2005. Kemudian dilanjutkan dengan semiloka bagi fasilitator (*training for trainer*) pada 29-30 Agustus 2005. Instrumen untuk evaluasi program MTBS dibuat dengan mengadaptasi instrumen yang pernah dipakai sebelumnya di negara lain. Penilaian metodologi dari instrumen evaluasi dilakukan oleh beberapa ahli, yakni Prof. T. Sadjimin, dr. Yati Soenarto dan Dr. Trevor Duke, agar penggunaannya bisa tepat dan sesuai.

Pelatihan MTBS pertama kali dilaksanakan tanggal 12-17 September 2005 bertempat di Aceh Barat tepatnya hotel Meuligo, Meulaboh yang juga merupakan satu-satunya hotel di Aceh Barat yang masih berfungsi pada saat itu. Sementara disisi lain instrumen evaluasi selesai direview oleh Prof. T. Sadjimin, dr. Yati Soenarto dan Dr. Trevor Duke, pada bulan Oktober 2005. Pelatihan MTBS kedua di tempat yang sama dilaksanakan tanggal 27 November 2005 – 3 Desember 2005. Total peserta yang sudah dilatih di tahun pertama ini sebanyak 35 orang



Foto: Nurcholid Umam

Seorang anak berdiri di depan barak pengungsian yang disediakan oleh lembaga-lembaga nasional maupun internasional. Para korban selamat terpaksa tinggal di tempat-tempat pengungsian tersebut.



Pelatihan MTBS di hotel Meuligo Aceh Barat melibatkan peserta dari 3 kabupaten, yaitu Aceh Barat, Nagan Raya dan Aceh Jaya. Foto disamping memperlihatkan para peserta sedang belajar menggunakan diagram MTBS.

Dokumen IMCI

yang berasal dari 3 kabupaten; Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya.

Monitoring dan evaluasi pasca pelatihan MTBS angkatan 1 mulai dilakukan di bulan November 2005 bersamaan dengan pelatihan MTBS angkatan kedua. Monitoring dan evaluasi dilanjutkan secara terus menerus dan berkesinambungan menggunakan instrumen evaluasi yang ada. Bahkan beberapa staf lokal seperti Aziz Bustari dkk dari bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Aceh Barat juga ditunjuk sebagai tim evaluasi MTBS untuk beberapa puskesmas di wilayah Aceh Barat.

Kegiatan Public Health (PH)

Sebagai langkah awal pada bulan Oktober 2005 divisi Public Health mengirimkan 2 stafnya Abdullah dan Arief

Kurniawan, masing-masing selama 3 bulan dan 6 bulan. Abdullah melakukan pemetaan fasilitas kesehatan di Aceh Barat dan membantu sistem surveilans Dinas Kesehatan Aceh Barat dengan mengumpulkan data-data rutin untuk ditampilkan dalam bentuk sistem informasi geografis, sedangkan Arief Kurniawan membantu menata sistem rekam medis di RS CND. Secara bertahap PH melakukan transfer ilmu untuk Dinas Kesehatan Aceh Barat maupun RS CND dan mulai menyusun rencana strategis (renstra) untuk keduanya.

Sejak bulan September 2005 renstra untuk Dinas Kesehatan (Dinkes) dan RS CND mulai dikembangkan. Beberapa staf dari Dinkes dan RS CND termasuk kepala Dinkes Aceh Barat dan direktur RS CND terlibat dalam pembuatan renstra. Satu orang staf divisi PH dr. Ronny Novianto, M.Kes ditunjuk khusus untuk membantu penyusunan renstra di keduanya. Pelatihan dan diskusi dengan Kepala Dinkes, direktur RS CND dan divisi *clinical services* untuk menyamakan visi-misi dengan program-program yang akan diimplementasikan.

Sosialisasi untuk mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah dilakukan dengan menyelenggarakan semiloka dan seminar tentang rencana strategis dan sistem informasi kesehatan. Semiloka dihadiri perwakilan Pemerintah Daerah (Pemda) Aceh Barat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Dinas Kesehatan Propinsi dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) nasional maupun internasional.



Dokumen Public Health

Sejak September 2005, divisi Public Health melakukan intervensi perbaikan sistem manajemen rekam medis di RS Cut Nyak Dhien.

TAHUN KEDUA

FASE PEMULIHAN

Periode Januari - Desember 2006

Tahun kedua diawali dengan semiloka sistem rujukan wilayah Aceh bagian barat dan selatan pada 12 Januari 2006 yang dihadiri oleh sebagian besar kepala Dinas Kesehatan dan direktur rumah sakit dari 9 kabupaten Propinsi NAD. Semiloka membahas konsep sistem rujukan di wilayah pantai Aceh barat dan selatan sesuai dengan konsep Dinas Kesehatan Propinsi yang akan membentuk 3 pusat rujukan di Propinsi NAD yaitu Meulaboh untuk wilayah barat, Takengon untuk wilayah tengah dan Kota Langsa untuk wilayah timur. Selain itu juga dibahas persiapan sumber daya manusia di RS CND, rencana strategis Dinas Kesehatan Aceh Barat dan RS CND, sistem informasi kesehatan daerah serta memperkenalkan sistem rujukan kesehatan jiwa di Aceh Barat dan NAD. Terlebih dengan adanya dukungan rencana pendirian Bangsal Zaitun (Bangsal Psikiatri) di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh kerjasama dengan Bank Mandiri, Pusat Studi Bencana Alam (PSBA) UGM dan Fakultas Kedokteran UGM.

Pengiriman Tim Medis

Ditahun kedua divisi *Clinical Services* (CS) terus mengirimkan tim medis yang berasal dari 9 Staf Medis Fungsional (SMF) RS Dr. Sardjito. SMF Anestesi, Ilmu Kesehatan Anak (IKA), Ilmu Penyakit Dalam (IPD), Radiologi, Bedah, Patologi Klinik, Jiwa, Mata dan Obstetri dan Ginekologi (Obsgin). Setidaknya terdapat 12 tim medis yang terlibat di tahun kedua ini, mulai dari tim 24 sampai tim 35 yang terdiri dari 5 perawat dan 73 spesialis/residen senior. Jumlah staf yang dikirim antara lain dari SMF Bedah 12 orang, Radiologi 12 orang, Mata 11 orang, Anestesi 10 orang, Telinga Hidung dan Tenggorokan (THT) 8 orang, Jiwa 2 orang, Patologi Klinik 5 orang, IPD 3 orang, Neurologi 3 orang, IKA 1 orang dan Obsgin 1 orang. SMF THT RS Dr. Sardjito mengirimkan tenaga medisnya mulai bulan April 2006 dan SMF Neurologi sejak Agustus 2006. Dengan adanya pengiriman itu maka terjadi pergantian dan penambahan supervisor menjadi 11 orang terhitung



Dokumen Public Health

Pasca bencana Tsunami 2004 di Aceh, pemerintah Indonesia mendirikan BRR (Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi Aceh-Nias) yang identik dengan rekonstruksi infrastruktur di Aceh dan Nias. Tim UGM yang dikoordinasi Prof Laksono (kanan) dan anggota DPRD Aceh Barat melakukan pertemuan koordinasi dengan pimpinan BRR dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD di Banda Aceh, terhadap kemungkinan pendanaan pendidikan spesialis bagi dokter lokal. Pertemuan tersebut mengawali program BRR khusus untuk pendidikan spesialis di seluruh NAD.

Seorang pasien dioperasi oleh salah satu anggota tim medis RS Dr. Sardjito-UGM (kedua dari kanan) bersama staf lokal. Sejumlah operasi dilakukan di RS Cut Nyak Dhien sejak fase awal pasca Tsunami di Aceh.



Foto: Guardian Y Sanjaya

sejak bulan Juni 2006 yang disahkan langsung oleh dekan Fakultas Kedokteran UGM dengan pembuatan surat tugas bagi masing-masing supervisor.

Selain tim medis yang dikirim atas nama FK UGM-RS Dr. Sardjito, CS memfasilitasi dokter-dokter spesialis muda untuk mengikuti program Wajib Kerja Spesialis (WKS) di RS CND selama 6 bulan. Tercatat 4 orang dokter spesialis Obstetri dan Gynekologi dan 2 orang dokter spesialis Anak mengambil WKS di RS CND pada tahun 2006. CS juga membantu dokter-dokter umum di Meulaboh dan sekitarnya untuk mengikuti program Pendidikan dan Pelatihan Dokter Spesialis (PPDS) di RS Dr. Sardjito-FK UGM. Di tahun 2006 tercatat 2 orang dokter umum dari Aceh Barat yang sudah mengikuti program PPDS di bagian Ilmu Penyakit Dalam dan Patologi Klinik RS Dr. Sardjito-FK UGM.

Sistem Rujukan dan Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

Sebagai tindak lanjut semiloka sistem rujukan pada 12 Januari 2006, serangkaian persiapan dilakukan melalui pelatihan, *workshop* sosialisasi, dan advokasi di level propinsi maupun nasional untuk membentuk Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) di wilayah Aceh Barat-Selatan dengan pusat rujukan di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Bulan Mei 2006 SPGDT Aceh Barat-Selatan terbentuk dengan ditandatanganinya MoU bersama antar 6 kabupaten dengan dr. Haris Marta Saputra, Sp.A sebagai ketua SPGDT yang kemudian dinamai tim Basel 118. Para peserta dari 6 kabupaten tersebut juga mengikuti pelatihan gawat darurat yang difasilitasi oleh tim 118 Yogyakarta.

Di tahun 2006 setidaknya 4 kali semiloka dilaksanakan untuk memberikan pemahaman mengenai manajemen penanggulangan bencana, khususnya di sektor kesehatan. Pendekatan kesehatan masyarakat dipakai untuk mempersiapkan para peserta baik dari sisi ketrampilan

maupun manajerial dalam membuat perencanaan penanggulangan bencana sesuai keadaan daerah dan fungsinya masing-masing. Selain itu pembentukan draft struktur organisasi penanganan bencana di masing-masing kabupaten disepakati dan akan diterapkan dengan dukungan pemerintah daerah masing-masing.

Sistem Manajemen Mutu RS CND

Khusus untuk program sistem manajemen mutu, CS menunjuk dr. Rukmono Siswishanto, M.Kes, SpOG (K) sebagai ketua tim mutu dan 2 orang konsultan lain dr. Tjahjono Koentjoro, MPH, Dr.PH dan dr. Hanevi Djasri, MARS. Tim ini mulai merumuskan kerangka kerjanya sejak bulan April 2006. Serangkaian pertemuan dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait dilakukan yang akhirnya membentuk tim kecil yang dinamakan *Clinical Quality team* (tim CliQ) dengan konsep *sister-relationship* antara RS Dr. Sardjito dan RS CND.

Langkah awal tim ini adalah mensosialisasikan sistem manajemen mutu, konsep *sister-relationship*, standar manual mutu (SMM), Pedoman Pelayanan Medis (PPM) melalui kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) dan semiloka mutu di Meulaboh. Draft SMM dan SPM mulai dikompilasi sejak bulan Mei 2006. Bulan Juli 2006 tim CliQ sudah dapat menyediakan buku register yang digunakan di semua instalasi medis dan penunjang medis di RS CND. Selain itu sejak bulan September 2006, 8 orang staf RS CND ditunjuk melalui surat tugas oleh Direktur RS CND sebagai anggota tim Mutu RS CND.

Peningkatan Kapasitas Staf RS CND

Sedikit berbeda dengan tahun pertama, di tahun kedua peningkatan kapasitas staf RS CND dilakukan lebih terarah. *On Job Training* tetap diteruskan, namun selain perawat fungsional, staf CND dari unit penunjang medis yaitu unit radiology, laboratorium dan farmasi juga dikirim dengan konsep yang sama seperti *On Job Training* sebelumnya. Setidaknya 9 staf RS CND antara lain 1 perawat bangsal

interna, 1 perawat bangsal bedah, 1 perawat bangsal obsgyn, 1 perawat bangsal VIP, 1 perawat kamar operasi, 1 perawat ICU, 1 staf laboratorium, 1 staf farmasi dan 1 staf radiologi RS CND mengikuti program *On Job Training* di RS Dr. Sardjito-FK UGM Yogyakarta. Perubahan lain adalah diterapkannya program *mentoring* yaitu pendampingan staf fungsional RS CND dalam melakukan aktivitas rutinnnya oleh tim mentor khusus yang dikirim dari RS Dr. Sardjito-FK UGM. *Mentoring* bertujuan untuk menjabarkan uraian tugas pegawai secara operasional, memfasilitasi pegawai untuk mengembangkan ketrampilan guna melaksanakan tugas secara efektif dan efisien. Pendampingan juga berfungsi untuk menumbuhkan motivasi, membantu menemukan masalah praktis di tempat kerja dan mendorong pemecahan masalahnya. *Mentoring* pertama dilaksanakan pada bulan September 2006 di unit Farmasi dan unit Gizi, masing-masing selama 1 bulan.

RS CND sendiri mulai melakukan pertemuan ilmiah dan pertemuan koordinasi yang difasilitasi oleh *Liaison Officer* (LO) atau staf penghubung tim CliQ yang ditunjuk khusus oleh CS. Beberapa pertemuan koordinasi dan pertemuan ilmiah dihadiri oleh hampir semua perwakilan unit RS CND. Pertemuan ini menghasilkan kesepakatan-kesepakatan bersama, beberapa protap (petunjuk operasional tetap), sekaligus sebagai media komunikasi antara staf lokal dan tim medis yang dikirim ke RS CND.

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Divisi *Mental Health* (MH) mengembangkan sistem rujukan kesehatan jiwa di NAD khususnya Aceh Barat bersama Dinas Kesehatan. Secara kebetulan Dinas Kesehatan saat itu sedang menjalankan program *Comprehensive Mental Health Nursing (CMHN)* kerjasama dengan WHO. Berbagai semiloka dilakukan untuk mensosialisasikan sistem rujukan kesehatan jiwa dengan menghadirkan pemegang kebijakan dan berbagai pakar kesehatan jiwa. Sebuah studi banding di Kabupaten Sleman dilakukan sebagai contoh untuk mengembangkan sistem kesehatan jiwa di NAD. Konsepnya adalah sebuah sistem kesehatan jiwa terpadu dan terintegrasi, baik dari dinas kesehatan, rumah sakit, LSM maupun berbagai elemen masyarakat dengan mengintegrasikan tenaga kesehatan jiwa formal, maupun non formal menjadi satu-kesatuan kerja yang tidak terpisahkan. Advokasi penting didalamnya adalah memasukkan tenaga psikologi sebagai salah satu tenaga formal sistem kesehatan jiwa di propinsi NAD dengan konsep penempatan tenaga psikolog di puskesmas-puskesmas.

Pelayanan Psikologi

Selain tetap melakukan pelayanan di satelit *center*, barak dan *home visit*, pelayanan psikologi sesuai konsep sistem rujukan pelayanan kesehatan jiwa mulai dikembangkan di tingkat puskesmas bekerjasama dengan Dinas Kesehatan. Beberapa pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan WHO dilakukan untuk memantapkan konsep kerjasama tersebut. Kerjasama dituangkan dalam



Dokumen Mental Health

Pertemuan koordinasi dalam mendirikan program studi Psikologi di Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala dihadiri oleh tim Fakultas Psikologi UGM; Fathul Himam, wakil dekan (kiri); Noor Rachman, Dekan Psikologi (ketiga kiri) dan tim Unsyah dr. Yani (kedua kiri).



Dokumen IMCI

Peserta pelatihan MTBS berdiskusi tentang prosedur MTBS pada sesi praktek lapangan di sebuah Puskesmas.

MoU antara Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat dan Fakultas Psikologi UGM. Tahun 2006 sudah 6 puskesmas di Meulaboh dan 4 puskesmas di Banda Aceh dan Aceh Besar yang dibantu dalam melakukan pelayanan psikologi secara berkala. Untuk memudahkan puskesmas dalam melakukan pelayanan psikologi, diselenggarakan pelatihan *Psychological Support and Mental Health Early Detection* bagi staf puskesmas dengan total peserta di tahun 2006 sebanyak 84 staff puskesmas wilayah Meulaboh dan 82 staf puskesmas di wilayah Banda Aceh. Selain pelayanan, psikolog yang ditugaskan juga mensosialisasikan program *Community Mental Health Service (CMHS)*.

Sosialisasi kesehatan jiwa juga dilakukan di sekolah-sekolah dan organisasi masyarakat. Sebagai ujung tombaknya adalah guru dan tokoh masyarakat. Bekerjasama dengan Dinas Pendidikan dan Kantor Wilayah Departemen Agama setempat serta adanya penandatanganan MoU dengan Fakultas Psikologi UGM, *Crisis Center (CC)* kemudian melakukan pelatihan *Psychological Support and Mental Health Early Detection* bagi guru-guru dan tokoh masyarakat (pada umumnya adalah tokoh spiritual). Dari sinilah diharapkan mereka mampu mendeteksi gangguan jiwa yang ada di wilayah kerja masing-masing dan diharapkan mampu merujuk klien ke pusat pelayanan psikologi yang ada. Di tahun 2006, 55 guru di Meulaboh dan 95 guru di Banda Aceh berpartisipasi dalam program *Mental Health (MH)*. Sedangkan di tingkat masyarakat terdapat 55 tokoh masyarakat di Meulaboh dan 86 tokoh masyarakat di Banda Aceh terlibat dalam program MH.

Dengan melibatkan diri di berbagai kegiatan masyarakat seperti acara pengajian, arisan, posyandu, kegiatan pesantren, kegiatan panti asuhan, masing-masing pusat secara tidak langsung melakukan sosialisasi dan terapi komunitas dengan model FGD yang membahas topik-topik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa. Di tahun

2006 sudah 38 kali pertemuan dengan komunitas baik di Meulaboh maupun Banda Aceh. Bahkan beberapa kelompok masyarakat/ organisasi lokal sengaja meminta langsung kepada pusat pelayanan psikologi untuk melakukan sosialisasi di salah satu agenda kegiatan mereka.

Untuk mempermudah sosialisasi program MH, CC, BZ dan RS bersama-sama membuat media dalam bentuk *leaflet*, brosur, buletin, yang berhubungan dengan kesehatan jiwa dan disebar di berbagai kelompok masyarakat, guru, sekolah, dan barak-barak. Bahkan divisi MH juga diberi kesempatan untuk mengisi rubrik konsultasi psikologi di media cetak lokal "*Kontras*" satu kali seminggu secara cuma-cuma.

Kerjasama pelayanan psikologi juga merangkul LSM-LSM yang berada di wilayah kerja pusat dukungan psikologis. Antara lain Psikodista, Turkish's Red Crescent, Yayasan Balee Inong, untuk bersama-sama menyelenggarakan kegiatan *psychosocial support* dan menjadikan kedua pusat sebagai tempat rujukan pelayanan psikologi. Di tahun 2006 terdapat 623 klien yang sudah terlayani konsultasi psikologi baik dari satelit center, barak, puskesmas, maupun rujukan dari tempat lain.

Kerjasama Instansi Pendidikan

Dalam rangka penyediaan tenaga psikologi di NAD, Fakultas Psikologi melalui CC dan RS membantu pembentukan program studi Psikologi di bawah Fakultas Kedokteran Unsyiah. Dengan adanya kerjasama antara Universitas Syah Kuala, HIMPSI, LSM APiH, IOM dan RS Jiwa Banda Aceh berbagai pertemuan dilakukan untuk mempersiapkan program studi tersebut. Mulai dari proposal, pembuatan kurikulum, dan bahkan penyediaan tenaga dosen yang akan mengajar di prodi tersebut. Serangkaian sosialisasi pun juga dilakukan untuk mendapatkan dukungan dari berbagai pihak, terutama pemerintah daerah dan Departemen Pendidikan RI,

agar lebih memantapkan lagi pendirian prodi Psikologi di Unsyiah yang diharapkan dalam 5 tahun kedepan kebutuhan SDM di bidang psikologi akan dipenuhi secara internal oleh Pemda NAD.

Pelatihan MTBS Puskesmas

Di tahun kedua ini divisi *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) sudah melakukan pelatihan MTBS bagi tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dasar sebanyak 6 kali sesuai dengan targetnya setiap 2 bulan sekali. Tahun 2006 divisi IMCI sudah melatih 132 orang dari 3 kabupaten; Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Sementara pelatihan MTBS terus berjalan, *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan dr. Ida Safitri, Sp.A juga terus dilaksanakan secara serial di masing-masing pusat kesehatan dasar (Puskesmas), dengan temuan-temuan yang bervariasi di tiap fasilitas.

Dalam rangka peningkatan kapasitas lokal, maka dilakukan *Training for Trainers* (ToT) MTBS bagi staf lokal untuk menjadi fasilitator MTBS yang nantinya dapat melakukan *monitoring* dan evaluasi pasca pelatihan MTBS serta menjadi fasilitator untuk pelatihan selanjutnya. Implementasi ToT dilakukan pada 13-17 Maret 2006 dan 17-20 Desember 2006 dengan memilih calon fasilitator dari peserta yang sudah mendapatkan pelatihan MTBS sebelumnya. Pemilihan calon fasilitator dilakukan secara selektif berdasar beberapa kriteria seperti keaktifan saat pelatihan, cakap, sudah menjadi pegawai tetap, serta mendapatkan rekomendasi dari masing-masing Dinas Kesehatan. Dari pelatihan akhirnya terpilihlah 25 orang fasilitator dari Kabupaten Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Fasilitator ini berperan aktif dalam *monitoring* MTBS di masing-masing unit kerjanya dan sekaligus sebagai fasilitator pelatihan-pelatihan MTBS selanjutnya.

Rencana Strategis RS CND dan Dinas Kesehatan

Bulan Maret 2006 2 staf dari Dinkes dan 2 staf dari RS CND termasuk Kadinkes dan Direktur CND mengikuti pelatihan rencana strategis selama 2 hari di Yogyakarta. Draft akhir rencana strategis Dinas Kesehatan dan RS CND disetujui dan dipublikasikan dalam semiloka di Meulaboh bulan Juli 2006 yang juga dihadiri oleh Pemda Aceh Barat, Bappeda Aceh Barat dan instansi lain terkait. Sebagai tindak lanjut semiloka tersebut dikirim 5 staf Dinas Kesehatan untuk mengikuti pelatihan Komunikasi dan Kepemimpinan di Yogyakarta bersama-sama dengan staf RS CND yang baru melakukan studi banding ke RS Tabanan Bali. Sedangkan untuk menunjang sistem informasi di Dinkes Aceh Barat, salah satu staf divisi *Public Health* (PH) Jhon H. Rido Damanik dikirim ke Meulaboh bulan September 2006 untuk memasang jaringan LAN di kantor Dinkes.



Dokumen Public Health

Staf rekam medis RS Cut Nyak Dhien studi banding sistem rekam medis manual di RS Dr. Sardjito Yogyakarta.

Rekam Medis dan Sistem Keuangan di RS CND

Sebagai tindak lanjut semiloka 12 Januari 2006 untuk perbaikan sistem keuangan RS CND, maka bulan Maret 2006 dr. Gogot Suyitno, Sp.Rad, SpKN dari Bagian Keuangan RS Dr. Sardjito melakukan *assessment* sistem keuangan di RS CND dan mulai mengembangkan konsep perbaikan di bagian tersebut. Sebagai langkah awal untuk pengembangan sistem keuangan di RS CND, maka sejak bulan Juli 2006 PH mengirimkan satu staf lagi Amelia, SE untuk membantu pendampingan dan pengembangan sistem keuangan di RS CND. Di tahun kedua ini sudah 2 staf PH ditempatkan di Meulaboh untuk melakukan pendampingan di Rekam Medis dan Bagian Keuangan RS CND.

Bulan Juli 2006 beberapa staf bagian keuangan RS CND dikirim ke Bali untuk mengikuti *short course* dan studi banding di RS Tabanan Bali, yang dilanjutkan dengan pelatihan komunikasi dan kepemimpinan bersama-sama staf dinas kesehatan Aceh Barat yang sudah berada di Yogyakarta. Selanjutnya bagian keuangan RS Dr. Sardjito mengirimkan 2 orang staf Tri Wahyu Yulianto, SE, Akt dan Yulis Quarti, SE, Akt, MSi untuk melakukan pemetaan sistem keuangan di RS CND dan sekaligus mengembangkan sistem manajemen keuangannya.

Disisi lain bagian rekam medis terus mengembangkan sistem standar rekam medis dan peningkatan kapasitas staf rekam medis di RS CND. Salah satunya dengan memulai pelatihan komputer pada bulan Agustus 2006 yang diikuti semua staf rekam medis RS CND. Selain itu PH membantu unit rekam medis RS CND dengan menyediakan map rekam medis dan *filling cabinet*. Implementasi sistem rekam medis yang terpusat dan uji coba *billing system* secara manual secara bersamaan, pertama kali dilaksanakan di bulan Oktober 2006 di semua klinik rawat jalan RS CND.

TAHUN KETIGA

FASE PENGEMBANGAN DAN PERSIAPAN

Periode Januari - Desember 2007

Tidak banyak perubahan yang terjadi di tahun ketiga ini. Paling menonjol adalah implementasi program budaya kerja tim *Clinical Services* (CS) dan implementasi elektronik *billing system* di RS Cut Nyak Dhien (RS CND). RS CND merupakan salah satu dari sedikit rumah sakit daerah yang sudah menggunakan sistem elektronik di NAD. Tahun ketiga juga merupakan tahun terakhir program UGM di Aceh sehingga masing-masing program menyusun *exit strategy* untuk periode Januari-Juni 2008.

Pengiriman Tim Medis Tahun Ketiga

Sampai Desember 2007, 12 tim medis sudah dikirim ke RS CND dengan agenda yang sama dengan tim-tim sebelumnya. Setidaknya 78 dokter spesialis/ residen sudah ditugaskan. Masing-masing dari SMF Bedah 6 orang, Anestesi 12 orang, Mata 9 orang, Patologi Klinik 9 orang, Radiologi 10 orang, Jiwa 17 orang, Neurologi 5 orang, Telinga Hidung Tenggoraakan (THT) 2 orang, Ilmu Kesehatan Anak (IKA) 3 orang, Obstetri dan Ginekologi (Obsgin) 3 orang dan Ilmu Penyakit Dalam (IPD) 1 orang.

Dengan adanya dokter spesialis tetap di RS CND dari bagian Bedah dan Penyakit Dalam serta dokter spesialis muda yang menjalankan WKS di RS CND antara lain dari THT 1 orang, Neurologi 1 orang, IKA 1 orang dan Obsgyn 2 orang, CS mengurangi jumlah anggota tim medisnya yang dikirim ke RS CND, mengingat kebutuhan akan dokter spesialis sudah mulai terpenuhi. Sebanyak 4 orang dokter umum dari Aceh Barat tahun ini justru akan menempuh pendidikan spesialis di RS Dr. Sardjito-FK UGM di bagian IKA, Bedah, Anestesi dan Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.

Sistem Rujukan dan Penanggulangan Gawat Daruratan Terpadu (SPGDT)

Melanjutkan program SPGDT sebelumnya, serangkaian semiloka dan pelatihan yang melibatkan semua tim Basel 118 yang sudah terbentuk terus dilakukan. Di tahun ketiga setidaknya 2 kali semiloka dilakukan, di Meulaboh pada bulan Juni 2007 dan di Banda Aceh pada bulan Agustus. Selain itu 1 kali simulasi kasus bagi tim Basel 118 untuk lebih memantapkan kekompakan tim. Kegiatan ini



Dokumen Clinical Services

Tim Ambulans Gawat Darurat yang dinamai Basel 118 dari 6 kabupaten pesisir pantai barat berpose setelah mendapatkan pelatihan kegawat daruratan dan mengikuti semiloka sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang diselenggarakan di Meulaboh.



Mentoring di salah satu bangsal RS Cut Nyak Dhien. Seorang perawat memberikan obat dengan pengawasan langsung kepada pasien.

Dokumen Clinical Services

ditujukan untuk advokasi ke pemerintah kabupaten dan propinsi untuk kesinambungan program melalui anggaran pemerintah daerah (APBD).

Sistem Manajemen Mutu RS CND

Salah satu perkembangan yang cukup pesat di divisi CS tahun ketiga adalah Sistem Manajemen Mutu RS CND. Setidaknya 3 dokumen manual Pedoman Pelayanan Medis (PPM), Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Manual Mutu (SMM) yang sudah disetujui dan disahkan pada Bulan Juni 2007 di acara semiloka *Sistem Kesehatan Aceh Barat 2008-2010* di Meulaboh. RS CND juga secara rutin melakukan pertemuan internal, studi kasus klinis, dan koordinasi antar bagian yang difasilitasi oleh LO, manajer lapangan *Clinical Services* dan tim medis yang sedang bertugas di RS CND.

Bulan Juni 2007 CS memfasilitasi studi banding ke Australia. Lima 5 orang staf RS CND dan 1 orang dari Universitas Syah Kuala (Unsyah) mengikuti studi banding ini. Tiga orang staf RS CND diikutkan pada pelatihan mutu rumah sakit dalam forum *International Health Quality Network (IHQN)* di Surabaya pada bulan Juli. Pelatihan ini dilanjutkan dengan studi banding di RS Tabanan Bali sekaligus pelatihan manajemen mutu dan manajemen logistik. Pada bulan Agustus 2007 serangkaian agenda kegiatan tim CliQ dilaksanakan seperti *monitoring* dan evaluasi tim mutu, *mentoring* manajemen, memperkenalkan *Hospital Bylaws* (peraturan internal rumah sakit) dan perubahan anggota tim Mutu RS CND yang sekarang terdiri dari 11 orang.

Peningkatan Kapasitas Staf RS CND

Tahun ketiga *clinical services* lebih memfokuskan program *mentoring* di beberapa unit medis dan penunjang medis RS CND. Di tahun ini 2 tahap *mentoring* dilaksanakan

masing-masing pada bulan Januari dan April 2007 di 7 bagian yaitu unit Radiolog, Laboratorium, IGD, ICU, Kamar Operasi, bangsal rawat inap dan *mentoring* khusus pengendalian infeksi nosokomial. Supervisi secara berkala juga dilakukan pasca *mentoring* ke semua unit tersebut.

Budaya Kerja

Dengan semakin berkembangnya program *Clinical Services* melalui *log frame* terbarunya, dibentuklah tim *Work Ethics* yang terdiri dari Drs. Sumaryono, M.Si, Psi sebagai ketua tim, Dra. Anita Lestari, M.Si, Psi, Drs. Haryanto, FR, MA dan Arief Bachtiar S.Psi, Psi sebagai *field consultant* yang akan bertugas di lapangan sampai akhir 2007. Tim ini bertugas untuk meningkatkan budaya kerja dan etika kerja di RS CND yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan di RS CND.

Implementasi program budaya kerja di RS CND mulai pada bulan Maret 2007. Sepuluh kali *outbound* untuk semua staf RS CND dilakukan di Meulaboh yang tujuan utamanya memperlancar sosialisasi dan komunikasi antar unit. Selain itu dihasilkan pula kesepakatan bersama terhadap tata nilai dalam disiplin bekerja. Evaluasi dan tindak lanjutnya dilakukan oleh *field consultant* untuk mendampingi staf RS CND dalam mengimplementasi budaya kerja di unitnya masing-masing.

Kegiatan Tim Mental Health

Tahun 2007 pelayanan psikologi terus dilanjutkan dengan target yang sama dan terus dilakukan berbagai penyempurnaan. Salah satunya dengan pembuatan rekam psikologis untuk setiap klien baik di pusat pelayanan psikologi, satelit *center* dan puskesmas. Di tahun 2007 pelayanan psikologis mencakup 10 satelit *center*, 10 Puskesmas dan 1 Rumah sakit dengan jumlah kader 18



Dokumen Clinical Services

Staf RS Cut Nyak Dhien mengikuti kegiatan outbound dan pelatihan kepemimpinan. Kegiatan ini merupakan salah satu usaha Clinical Services untuk membangun komunikasi antar staf dan antar unit di RS Cut Nyak Dhien.

orang baik di Banda Aceh maupun Meulaboh.

Konsep sistem rujukan pelayanan kesehatan jiwa terus disosialisasikan baik melalui semiloka, pertemuan rutin dengan lembaga terkait maupun sosialisasi langsung di puskesmas-puskesmas yang menjadi wilayah kerja masing-masing pusat pelayanan psikologi. Sosialisasi ini juga mencakup promosi kesehatan jiwa dengan menyebarkan leaflet, brosur, pamphlet dan membuat 2 banner di Banda Aceh dan Meulaboh yang terkait dengan kesehatan jiwa.

Puncaknya dilakukan semiloka Sistem Rujukan Kesehatan Jiwa di Aceh Barat dan Propinsi NAD pada bulan Juni 2007 di Meulaboh dan bulan Agustus 2007 di Banda Aceh.

Kerjasama dengan berbagai LSM lokal dan internasional pun terus dilakukan, antara lain LSM Flower Aceh, pondok pesantren dan panti asuhan. Sampai bulan Juni 2007 setidaknya terdapat 57 kali pertemuan dengan kelompok masyarakat yang secara langsung maupun tidak langsung



Dokumen Mental Health

Manajer Rumah Seurune M. Syafii (kiri), mempresentasikan laporan perkembangan kegiatan mental health Banda Aceh di depan Louise Searle (kanan), Krishna Hort (kedua kanan), Drs. Subandi (kedua kiri) dan dr. Tribaskoro (ketiga kiri).

dilakukan terapi psikologi.

Salah satu program MH yang menggembirakan di tahun ini adalah diresmikannya program studi psikologi dibawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala. Angkatan pertama 2007/2008 memulai studinya pada bulan Oktober 2007 dengan didukung Fakultas Psikologi UGM.

Pelatihan MTBS di Rumah Sakit

Pelatihan MTBS terus dilanjutkan sesuai dengan target awal sebanyak 220 orang di 3 kabupaten. Setidaknya sataf dari 31 fasilitas kesehatan dasar/ puskesmas ikut serta dalam pelatihan tersebut. Setelah pelatihan, diharapkan masing-masing puskesmas tersebut bisa menerapkan prosedur MTBS untuk menangani balita sakit. Di tahun ketiga ini hanya 3 kali pelatihan MTBS dilaksanakan. Secara keseluruhan sebanyak 234 tenaga kesehatan dasar sudah terlatih MTBS atau sekitar 109% dari target semula.

Pasca pelatihan MTBS puskesmas, divisi IMCI melakukan semiloka internal tanggal 28-29 Juli 2007 di Yogyakarta dalam rangka evaluasi program pelatihan MTBS Fasilitas Kesehatan Dasar dan persiapan pelatihan MTBS di fasilitas rujukan/ rumah sakit. Hasil dari semiloka ini ditindaklanjuti dengan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) di Meulaboh pada tanggal 06 Juni 2007 terkait kesinambungan program MTBS di kabupaten Aceh Barat serta sosialisasi *exit strategi* dan rencana kedepan yang sudah diformulasikan pada saat semiloka internal di Yogyakarta.

Bulan Agustus 2007 divisi IMCI melaksanakan pelatihan pre-MTBS rumah sakit tahap pertama di fasilitas kesehatan rujukan; RS Cut Nyak Dhien dengan jumlah peserta 75 orang staf, baik tenaga dokter, perawat maupun bidan di unit-unit terkait. Pelatihan MTBS untuk rumah sakit ini dimulai pada Desember 2007 untuk yang pertama kalinya di Indonesia. Pelatihan diikuti staf RS CND yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit rujukan MTBS di wilayah pesisir pantai barat dan Selatan Aceh.

Kegiatan Tim Public Health (PH)

Di tahun ketiga tim PH fokus terhadap pengembangan sistem informasi RS CND. Dalam pengembangannya sistem informasi rumah sakit diarahkan ke pengembangan rekam medis dan *billing system* secara elektronik. *Public Health* secara khusus mengirimkan staf ahli sistem informasi ke Meulaboh untuk mengatur dan mempersiapkan *hardware* dan *software* pendukung sekaligus mempersiapkan SDM-nya.

Kegiatan PH antara lain membangun jaringan LAN di rumah sakit dan melakukan serangkaian pelatihan komputer kepada staf keuangan, staf administrasi dan staf rekam medis RS CND. Tiga orang staf RS CND ditunjuk sebagai staf khusus IT dan mendapatkan pelatihan khusus IT di Yogyakarta. Tahap pertama implementasi registrasi pasien secara elektronik dilaksanakan pada bulan Maret 2007 untuk pasien umum rawat jalan. Tahap kedua dimulai bulan Oktober 2007 mencakup semua pasien rawat jalan, pasien UGD, laboratorium, radiologi dan 1 bangsal Kelas Utama. Program pengembangan ini masih berlanjut di masa *exit strategi* periode Januari-Juni 2008.



Pendaftaran pasien rawat jalan di RS Cut Nyak Dhien yang sudah menggunakan sistem komputerisasi.

Dokumen Public Health

TAHUN KEEMPAT

FASE EXIT STRATEGY

Periode Januari - Juni 2008

Chusniyani Febriyanti, Laksono Trisnantoro

PENDAHULUAN

Pada akhir tahun 2007 pelaksanaan program yang telah berjalan selama 3 tahun berakhir atau menghadapi masa terminasi. Sebagai program *multi-years* diharapkan kegiatan-kegiatan yang telah berjalan selama 3 tahun dapat menjadi kegiatan yang bermanfaat bagi *stakeholder* di Aceh Barat dan Propinsi Aceh setelah program ini berakhir. Dalam manajemen proyek (Cleland, 1999), berbagai kegiatan yang dilakukan pada masa terminasi antara lain: (1) membantu transfer hasil proyek; (2) transfer sumber daya manusia dan non sumber daya manusia ke institusi lain; (3) menutup proyek; (4) memberikan *reward* kepada personel proyek, dan (5) melengkapi komitmen yang telah dibuat oleh proyek.

Pada masa terminasi ini, program mengembangkan *exit strategy* yang bertujuan untuk menjamin kesinambungan (*sustainability*) suatu program atau kegiatan setelah proyek berhenti sehingga dapat menjamin output program menjadi lebih baik. *Exit strategy* penting untuk disusun untuk meningkatkan komitmen *stakeholder* terhadap kesinambungan program.

Kegiatan penyusunan *exit strategy* ini bertujuan untuk (1) Mengidentifikasi *stakeholders* program dan syarat-syarat manfaat proyek untuk misi dan aktivitas *stakeholders*, (2) Menganalisis hasil kegiatan-kegiatan yang ada, dan (3) Menganalisa evaluasi dalam perpindahan komitmen dan pembiayaan dari *World Vision* ke berbagai pihak setelah masa terminasi proyek.

Pelaksanaan kegiatan *exit strategy* melalui beberapa tahap pelaksanaan kegiatan yang dikelompokkan menjadi 3 yaitu (1) perencanaan dan persiapan untuk penilaian *exit strategy*, 2) tahap implementasi, dan (3) tahap pelaporan.

Pada tahap perencanaan awal ini kegiatan yang dilaksanakan berupa identifikasi berbagai *stakeholders* program *World Vision*. Kegiatan ini sudah dimulai sejak penulisan *log-frame* dan dibahas pada semiloka di Melaboh pada tanggal 5 dan 6 Juni 2007. Pertemuan tersebut membahas arah pembangunan sektor kesehatan yang sudah direncanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi, memahami arah pembangunan di Kabupaten Aceh Barat, khususnya sektor kesehatan, menilai kemajuan berbagai kegiatan dalam fase rekonstruksi dan mendiskusikan persiapan untuk kelangsungan kegiatan pasca bantuan dari luar, termasuk dari *World Vision*.

Tahap kedua adalah menyiapkan kegiatan detail untuk perpindahan komitmen dan pembiayaan. Ada 4 model penutupan proyek dalam arti kata pemindahan komitmen dan pembiayaan yang disiapkan yaitu: (1) Memindahkan ke pemerintah melalui APBN atau APBD. Pendekatan ini merupakan suatu pemasukan ke arus besar pembangunan yang istilahnya adalah *mainstreaming*; (2) Mencari donor lain untuk kegiatan di masa depan; (3) Mengarahkan kegiatan menjadi unit usaha swasta atau komersial; dan (4) Menutup program. Pendekatan yang dipilih merupakan hasil analisis mendalam dan berbagai wawancara dengan *stakeholder* terkait.

Tahap ketiga adalah merumuskan secara rinci jalur *exit strategy* program *World Vision*. Secara garis besar disimpulkan bahwa ada kegiatan masa transisi mulai Januari 2008 sampai Juni 2008, dan pengembangan kegiatan ke depan sejak tahun 2008. Hasil ini didapatkan dari pertemuan di Meulaboh pada akhir bulan Januari 2008.

RENCANA EXIT STRATEGY TIAP DIVISI

A. DIVISI CLINICAL SERVICES (CS)

Sebagai salah satu divisi dalam program “*Supporting Human Resource Development and Health Services Reconstruction in West Aceh and Aceh Province*”, divisi *clinical services* mempunyai tujuan untuk meningkatkan kualitas dan jenis pelayanan Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND) dan menjadikannya sebagai rumah sakit rujukan di wilayah pantai barat Aceh. Sebagai upaya untuk mencapai tujuan tersebut program *clinical services* dibagi menjadi 6 komponen, antara lain:

1. Peningkatan kualitas SDM dalam pelayanan klinik dan persiapan staf lokal permanen sesuai kebutuhan standar rumah sakit tipe C
2. Pembentukan sistem penanggulangan bencana dan gawat darurat terpadu.
3. Peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit.
4. Pendidikan dan pelatihan manajemen dan pelayanan klinik.
5. Memperkuat masyarakat untuk mengakses pelayanan klinik yang tersedia di RS CND.
6. Membangun budaya dan etika kerja

Komponen-komponen diatas telah dilaksanakan dalam berbagai bentuk kegiatan di wilayah pantai barat Aceh selama 3 tahun terakhir. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan rumah sakit, program *clinical services* menyusun suatu *exit strategy planning* sebagai langkah untuk mengakhiri program dengan baik.

Exit Strategy Planning Divisi Clinical Services

Divisi *clinical services* mempunyai rencana kesinambungan program untuk 5 komponen kegiatan dari 6 komponen yang telah dilaksanakan. Kelima komponen tersebut antara lain:

Komponen 1

Peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam pelayanan klinik dan persiapan staf lokal permanen sesuai kebutuhan rumah sakit.

Berbagai kegiatan untuk mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia di RS CND telah dilaksanakan untuk mencapai tujuan eksistensi pelayanan medik spesialistik di RS CND. Salah satu bentuk kegiatannya adalah dengan menambah staf lokal permanen di RS CND untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia. Selain itu RS CND yang akan dikembangkan menjadi rumah sakit tipe C juga berusaha memenuhi kebutuhan staf lokal permanen seperti pengadaan dokter spesialis. Sejak tahun 2004, beberapa dokter umum lokal di RS itu telah menempuh program pendidikan dokter spesialis (PPDS) di beberapa universitas.

Tabel 1 menunjukkan bahwa mulai tahun 2008 ada dokter spesialis yang menyelesaikan pendidikannya. Dengan selesainya beberapa dokter menempuh program spesialis, maka akan ada ketersediaan dokter spesialis baru di RS CND. Tabel 2 berikut menunjukkan ketersediaan dokter spesialis di RS CND dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2012. Pada tabel 2 juga menunjukkan bahwa sampai



Unit Farmasi RS Cut Nyak Dhien dipersiapkan menjadi sumber pendapatan bagi rumah sakit. Karyawan di Unit Farmasi sudah mempersiapkan semua kebutuhan pendukung dengan dibantu oleh tim UGM.

Foto: Guardian Y Sanjaya

Exit Strategy Matrix Divisi Clinical Services

Komponen Program	Aktivitas	Pendekatan Exit Strategy Planning dan rute penutupan proyek	Mitra dan Rencana Sumber Pembiayaan
<p>Komponen 1: Peningkatan kualitas SDM dalam pelayanan klinik dan persiapan staf lokal permanen sesuai kebutuhan rumah sakit.</p>	<p>Eksistensi pelayanan medik spesialistik di RS CND melalui Program Pendidikan Dokter Spesialis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Main-streaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • RS Cut Nyak Dhien • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat • Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat <p>Rencana sumber pembiayaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APBD
<p>Komponen 2: Pembentukan sistem penanggulangan bencana dan gawat darurat terpadu</p>	<p>Kegiatan ini meliputi: (1) pembentukan model sistem penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat; (2) terbentuknya kru ambulans gawat darurat. Pelaksanaan kegiatan ini melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Propinsi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Main-streaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • RS Cut Nyak Dhien • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat • Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat <p>Rencana sumber pembiayaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APBD
<p>Komponen 3: Sistem Manajemen Mutu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan standar manual mutu • pengembangan manajemen SDM untuk meningkatkan standar mutu pelayanan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Main-streaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • RS Cut Nyak Dhien • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat • Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat <p>Rencana sumber pembiayaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APBD
<p>Komponen 4: Pendidikan dan pelatihan manajemen dan pelayanan klinik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan komunikasi dan koordinasi staf RS CND. • Pengembangan pedoman pelayanan medis untuk 10 besar penyakit. • Pengembangan prosedur tetap dalam pemberian pelayanan medis. • Pengembangan profesional berkelanjutan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Main-streaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • RS Cut Nyak Dhien • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat • Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat <p>Rencana sumber pembiayaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APBD
<p>Komponen 5: Pemberdayaan Masyarakat (Community Empowerment)</p>	<p>Peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai pelayanan rumah sakit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Main-streaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • RS Cut Nyak Dhien • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat • Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat <p>Rencana sumber pembiayaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APBD

masa terminasi proyek WVA, ketersediaan dokter spesialis untuk persyaratan rumah sakit tipe C dapat dipenuhi oleh RS CND. Namun masih ada beberapa pelayanan di rumah sakit yang belum ada dokter spesialisnya, seperti pelayanan untuk kesehatan jiwa dan radiologi.

Dengan semakin banyaknya dokter umum yang menempuh pendidikan dokter spesialis akan memberikan manfaat yang luas bagi rumah sakit dalam mengembangkan jenis pelayanan yang disediakan oleh RS CND bagi masyarakat sekitar dan 6 kabupaten lain di pantai barat NAD.

Kesinambungan Program Komponen 1 CS

Perlunya komitmen dari pemerintah daerah dan rumah sakit CND untuk dapat memberikan *reward* (insentif) kepada dokter-dokter spesialis yang kompetitif dengan

daerah lain. Hal ini dimaksudkan agar dokter spesialis betah bekerja di RS CND.

- Rumah sakit CND memberikan dorongan kepada dokter umum untuk menempuh program pendidikan dokter spesialis melalui pendanaan dari pemerintah untuk melengkapi ketersediaan dokter spesialis yang belum ada di RS CND seperti psikiatri dan radiologi.
- Kebijakan nasional mengenai WKS tidak ada, maka rumah sakit perlu menyediakan dokter spesialis yang belum ada dengan melakukan *contracting out* bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat dan pemerintah daerah. Karena hal ini membutuhkan komitmen dalam hal pembiayaan dan fasilitas penempatan.

Tabel 1. Perkiraan selesainya Masa Studi Dokter Spesialis RS CND.

Tahun	Dokter Spesialis Anak	Selesai Masa Studi
2008	Anak Saraf Mata	Oktober : 1 September : 1 September : 1
2009	Obsgin (Obstetri dan Ginekologi)	Juni : 1
2010	Patologi Klinik Penyakit Dalam Anestesi	Juli : 1 Juli : 1 Juli : 1
2011	Anak	Januari : 1
2012	Bedah THT (Telinga Hidung Tenggorokan)	Januari : 1 Desember : 1
2013	Kulit dan Kelamin	Desember : 1

Sumber: Data Divisi Clinical Services

Tabel 2. Ketersediaan Dokter Spesialis di RS CND.

No.	Dokter Spesialis	Jenis Ketersediaan					
		Spesialis Tetap	Tambahkan Dokter Spesialis dan yang akan selesai menjalani PPDS				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.	Anak	1	1			1	
2.	Penyakit Dalam	1			1		
3.	Bedah	1					1
4.	Saraf	-	1				
5.	Mata	-	1				
6.	Obsgin	-	1	1			
7.	Patologi Klinik	-			1		
8.	Anestesi	-			1		
9.	THT	-					1
10.	Paru	1					

Sumber: Data Divisi Clinical Services



Pembekalan tim medis dan pemaparan perkembangan program clinical services di ruang komite medis RS Dr Sardjito dilakukan sebelum tim diberangkatkan ke Aceh Barat.

Dokumen Clinical Services

Komponen 2

Pembentukan sistem penanggulangan bencana dan gawat darurat terpadu.

Pantai Barat Aceh merupakan salah satu daerah yang rawan bencana. Bekerjasama dengan 6 kabupaten di wilayah pantai Barat dan Selatan NAD, disusunlah program sistem penanggulangan bencana dan gawat darurat terpadu. Program ini bertujuan untuk membangun model sistem penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat serta membentuk kru ambulans gawat darurat. Pada tahun 2006 terbentuklah Barat Selatan Ambulan Gawat Darurat 118 atau Basel 118. Basel 118 menunjuk RS CND sebagai pusat rujukan dalam melaksanakan pelayanan gawat darurat terpadu dari 6 kabupaten dan salah satu dokter umum RS CND sebagai koordinator Basel 118 selain 1 orang lagi dari Aceh Jaya.

Berbagai kegiatan seperti pelatihan, *workshop*, telah dilakukan untuk membekali sumber daya manusia dan Basel 118 sebagai bagian dari sistem manajemen bencana di wilayah Aceh Barat dan Selatan. Begitu pula dengan kegiatan sosialisasi dan pertemuan untuk memantapkan struktur organisasi dan advokasi keberadaan Basel 118 di tingkat kabupaten dan propinsi.

Basel 118 telah melakukan kerjasama dengan organisasi lokal. Basel 118 yang beranggotakan dari 6 kabupaten, melaksanakan advokasi ke pemerintah daerah dan pemerintah propinsi agar program yang akan dijalankan mendapat dukungan dana dari pemerintah daerah.

Advokasi yang dilakukan saat ini adalah ke Dinas Kesehatan Propinsi NAD karena dinas tersebut mempunyai rencana untuk membentuk 3 rumah sakit di NAD sebagai pusat rujukan. RSUD Meulaboh untuk wilayah barat, RSUD Takengon untuk wilayah tengah dan RSUD Langsa untuk wilayah timur.

Pembiayaan Basel 118 masih mendapat dukungan dari *World Vision* Australia. Dukungan pendanaan dari pemerintah daerah dan pemerintah propinsi sangat diperlukan untuk kelangsungan Basel 118 dalam sistem manajemen bencana termasuk dalam hal advokasi pemerintah daerah dan pemerintah propinsi.

Kesinambungan Program Komponen 2 CS

- a. Advokasi ke pemerintah propinsi untuk mendapatkan payung hukum pendanaan untuk organisasi Basel 118 untuk kelanjutan organisasi ini.
- b. Adanya kegiatan pelatihan berkelanjutan untuk memantapkan keahlian dokter, perawat dan non perawat dalam bidang emergensi untuk mendukung sistem manajemen bencana di daerah, seperti pelatihan GELS dan PPGD di sarana pelayanan kesehatan.
- c. Basel 118 dapat menyusun pedoman-pedoman atau standar-standar yang dapat mendukung jalannya Basel 118. Pedoman atau standar yang disusun tersebut dapat digunakan oleh staf Basel 118 dalam menjalankan tugas-tugasnya. Sehingga tugas-tugasnya dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, tepat waktu, dan tidak salah sasaran.
- d. *Blue print* sistem penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat sangat dibutuhkan oleh

Propinsi Nangroe Aceh Darussalam sebagai pedoman dalam penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat.

Komponen 3

Sistem manajemen mutu.

Implementasi sistem manajemen mutu diharapkan agar RS CND dapat meningkatkan mutu pelayanan, mampu bersaing, dan meningkatkan produktivitas. Hal ini dapat berjalan secara bersamaan sehingga kesejahteraan staf rumah sakit meningkat.

Wakil manajemen telah ditunjuk oleh RS CND dalam rangka implementasi sistem manajemen mutu. Tugas wakil manajemen ini bertanggung jawab dalam kelangsungan kegiatan implementasi sistem manajemen mutu di RS CND. Untuk mendukung sistem manajemen mutu, CS juga telah menyusun Pedoman Pelayanan Medis (PPM), dan Standar Manual Mutu (SMM), prosedur tetap (SOP) dan uraian tugas di masing-masing unit. Kegiatan-kegiatan untuk mendukung jalannya sistem manajemen mutu di RS CND telah dilakukan, seperti *training need assessment* yang dilakukan untuk mengetahui pelatihan apa yang dibutuhkan di RS CND, komunikasi internal, dan sebagainya. Implementasi sistem manajemen mutu tidak mengubah RS CND secara spontan, namun akan berjalan seiring dipeliharanya sistem manajemen mutu.

Sehingga komitmen staf dan karyawan di RS CND sangat diperlukan untuk kelangsungan sistem manajemen mutu di rumah sakit.

Selain itu RS CND memerlukan suatu standar pelayanan minimum untuk memenuhi harapan minimum dari setiap pihak yang berkepentingan. Pihak-pihak tersebut antara lain pasien, staf dan karyawan, pemerintah daerah, dan *stakeholder* terkait lainnya. Dengan adanya standar pelayanan minimum, kegiatan pelayanan di rumah sakit dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Sistem manajemen mutu merupakan suatu proses yang berkesinambungan dan berkelanjutan. Sehingga setiap perencanaan akan diikuti dengan implementasi dan evaluasi untuk memastikan bahwa sistem manajemen mutu yang dijalankan telah berjalan dengan baik. Tujuan kegiatan implementasi sistem manajemen mutu di RS CND adalah agar semua kegiatan dapat diukur, dianalisis, dan ditingkatkan mutunya secara terus menerus.

Kesinambungan Program Komponen 3 CS

- Perlu nya struktur organisasi dan tupoksi serta dikomunikasikan kepada setiap staf dan karyawan sehingga setiap staf dan karyawan mengetahuinya.
- Implementasi sistem manajemen mutu perlu diukur, dianalisis dan dievaluasi untuk menjamin akuntabilitas dan efektifitas kegiatan implementasi sistem manajemen mutu di RS CND.



Dokumen Clinical Services

Pada bulan Januari 2008 bersamaan dengan semiloka akhir, dr. Haris, Krishna Hort (AIHL) dan Louise Searle (WVA) mengunjungi salah satu bangsal RS Cut Nyak Dhien untuk melihat langsung perkembangan rumah sakit setelah dibantu oleh UGM selama 3 tahun.

- c. Kegiatan komunikasi internal perlu ditingkatkan untuk memastikan bahwa antara *top* manajemen dan staf/karyawan tidak terdapat jarak dalam mendapatkan informasi.
- d. Untuk menghadapi RS CND menuju Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) perlu adanya kejelasan dari pemerintah daerah mengenai bentuk kelembagaan RS CND, pengelolaan keuangan yang *accountable* agar dapat di audit oleh auditor independen, peningkatan pemberdayaan masyarakat dengan menyusun media komunikasi dengan masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan di RS CND.

Komponen 4

Pendidikan dan pelatihan manajemen dan pelayanan klinik.

Komponen ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keahlian staf RS CND dalam menunjang pelayanan di rumah sakit. Berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan telah dilaksanakan sehingga banyak staf rumah sakit telah mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas staf rumah sakit melalui pendidikan dan pelatihan yang bekerjasama dengan RS Dr. Sardjito Yogyakarta, Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM. Program pendidikan dan pelatihan manajemen dan pelayanan klinik ini juga mendukung tercapainya sistem manajemen mutu di rumah sakit.

Kesinambungan Program Komponen 4 CS

- a. Perlu adanya struktur organisasi dan tupoksi yang jelas di rumah sakit agar dapat membantu *top* manajemen dalam memetakan kebutuhan pendidikan dan pelatihan dokter dan staf rumah sakit.
- b. Hasil pendidikan dan pelatihan perlu dievaluasi oleh *top* manajemen agar berjalan efektif.

Komponen 5

Pemberdayaan masyarakat (Community Empowerment).

Pelayanan kesehatan merupakan hubungan timbal balik antara rumah sakit yang merupakan pihak penyedia dan pasien (sebagai wakil masyarakat) yang merupakan pihak pengguna. Sehingga perlu adanya informasi mengenai pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dapat digunakan oleh pasien. Namun, di rumah sakit Cut Nyak Dhien belum tersedia media untuk memberikan informasi kepada pasien mengenai pelayanan kesehatan, tarif dan informasi lainnya. Tujuan pemberdayaan masyarakat ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai pelayanan rumah sakit.

Kesinambungan Program Komponen 5 CS

Adanya ketersediaan media informasi bagi pasien seperti tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit, pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit, kotak saran bagi pasien, jadwal pelayanan kesehatan di rumah sakit, dan sebagainya.



Dokumen Clinical Services

Dua orang mentor dari RS Dr Sardjito (kiri) berdiskusi dengan karyawan bagian Instalasi Perawatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRS).

B. DIVISI MENTAL HEALTH (MH)

Divisi *mental health* yang dikoordinasi *Crisis Center (CC)* Fakultas Psikologi UGM bertujuan untuk meningkatkan kesehatan psikologis di masyarakat akibat pengaruh bencana Tsunami di Kota Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Barat. Selain itu tujuan program *mental health* juga meliputi pengembangan pelayanan kesehatan jiwa secara komprehensif, *sustainable*, dan terintegrasi di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh dan membangun kemampuan masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan jiwa. Kegiatan *mental health* dilaksanakan di Kota Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Barat dengan

mendirikan Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee yang memberikan pelayanan konseling dan konsultasi psikologi.

Divisi *mental health* menghasilkan 5 *output* dalam kegiatannya, antara lain:

1. Adanya program yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan jiwa di propinsi, kebijakan nasional, dengan program, kebijakan, pelayanan dan institusi kesehatan jiwa lain yang relevan.
2. Adanya pusat pelayanan kesehatan jiwa untuk masyarakat di Banda Aceh dan Meulaboh.
3. Meningkatkan *local capacity* dalam manajemen dasar dan administrasi pelayanan kesehatan jiwa.

Exit Strategi Matrix Divisi Mental Health

Komponen Program/ Output Program	Aktivitas	Pendekatan Exit Strategi dan rute penutupan proyek	Mitra dan rencana sumber pembiayaan
Output 1: Adanya program yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan mental di propinsi, kebijakan nasional, dengan program, kebijakan, pelayanan dan institusi kesehatan jiwa lain yang relevan.	Pengembangan sistem kesehatan mental secara komprehensif, melalui: <ol style="list-style-type: none"> 1. Program kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan 2. Advokasi psikolog dalam sistem kesehatan jiwa untuk menjadi bagian dalam Qanun kesehatan di Propinsi NAD 3. Pendidikan psikologi di Universitas Syah Kuala 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan <i>exit strategy</i>: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitas Syah Kuala NAD • Dinas Kesehatan Propinsi NAD • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Rencana sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • Universitas Syah Kuala • APBD
Output 2: Adanya pusat pelayanan kesehatan jiwa untuk masyarakat di Banda Aceh dan Meulaboh.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yaitu Bale Inong untuk meneruskan aktivitas psikososial Rumoh Seurunee di Kota Banda Aceh. 2. Bekerjasama dengan Universitas Syah Kuala untuk mendirikan crisis center dan menyerah terimakan Rumoh Seurunee sebagai laboratorium lapangan program Psikologi Unsyah. Dosen Psikologi Unsyah juga melanjutkan layanan di Puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan <i>exit strategy</i>: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitas Syah Kuala. • LSM Bale Inong Rencana sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • Universitas Syah Kuala. • LSM Bale Inong
Output 3: Meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan jiwa, sakit mental/jiwa, dan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.	Penempatan psikologi kontrak untuk memberikan pelayanan psikologi di masyarakat, puskesmas dan RS CND dan bekerjasama dengan dinas kesehatan, LSM, Dinas Pendidikan, Kanwil Departemen Agama dalam peningkatan program kesehatan jiwa di masyarakat.	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan <i>exit strategy</i>: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat. • Prodi Psikologi Unsyah Rencana sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • APBD

4. Meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan jiwa di daerah.
5. Meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan jiwa, dan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.

Pelaksanaan program MH yang telah berjalan selama 3 tahun telah mengalami perkembangan ke arah yang lebih baik. Hal ini dapat dilihat adanya kebutuhan akan psikolog yang dapat membantu dalam program MH di daerah. Menghadapi masa terminasi proyek, divisi MH mulai mentransfer program-programnya di organisasi lokal maupun pemerintah daerah.

Exit Strategy Planning Divisi Mental Health

Kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan oleh divisi MH telah terintegrasi di tingkat propinsi, kabupaten hingga rumah sakit. Hal ini terlihat adanya pelaksanaan kegiatan MH di berbagai pelayanan kesehatan dari tingkat puskesmas sampai dengan rumah sakit. Program MH diharapkan dapat menjadi sistem kesehatan jiwa di Propinsi NAD. Sehingga keberadaan program-program yang berhubungan dengan kesehatan jiwa dapat mendapatkan porsi pembiayaan maupun pengelolaan di pemerintah daerah dan instansi kesehatan.

Pada masa terminasi, ada beberapa program yang tidak dilanjutkan. Namun ada pula program yang dilanjutkan oleh Dinas Kesehatan NAD, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun Universitas Syah Kuala (Unsyah). Setelah melaksanakan kaji banding di Australia, program MH mempunyai kesempatan mengembangkan sistem

kesehatan jiwa di Propinsi NAD. Sehingga menghasilkan skenario pada setiap *output* program dalam melaksanakan *exit strategy planning*. Skenario untuk setiap *output* program antara lain:

Output 1

Adanya program yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan jiwa di propinsi, kebijakan nasional, dengan program, kebijakan, pelayanan dan institusi kesehatan jiwa lain yang relevan.

Dalam rangka menjamin kelanjutan program *mental health* dan pelayanan konseling di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh berbagai kegiatan telah dilaksanakan. Kesenambungan program menjadi perhatian yang sangat penting karena program kesehatan jiwa diperlukan oleh masyarakat. Untuk memenuhi ketersediaan tenaga psikolog sebagai bagian dalam menjalankan sistem kesehatan jiwa, maka *output* program ini akan dilanjutkan oleh Universitas Syah Kuala program studi psikologi bekerjasama dengan Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada dalam mengadakan tenaga psikolog di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam. Sedangkan sistem kesehatan jiwa dikembangkan berbasis komunitas atau *Community Mental Health System (CMHS)* dapat menjadi bagian dalam *Qanun* kesehatan di Propinsi NAD dan terintegrasinya dalam program kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan NAD.

Kesinambungan Program Output 1 MH

- a. Kelangsungan kegiatan program studi psikologi di Universitas Syah Kuala untuk 5 tahun yang akan

Sebuah pelatihan bagi staf Yayasan Balee Inong, LSM lokal bidang psikososial, dalam mempersiapkan yayasan tersebut setelah serah terima program Rumoh Seurunee di Banda Aceh saat program berakhir.



Dokumen Mental Health

Diana Setiyawati, Psi, MHSc



Manajer Program
Divisi Mental Health

“Saya berhutang budi pada rakyat Aceh. Saya belajar memahami luka hati dan harapan mereka ketika saya bolak-balik ke Banda dan Meulaboh (meski saya hamil atau harus membawa anak saya yang masih ASI). Saya juga belajar memahami cara berpikir mereka ketika menyusun modul pelatihan atau membuat leaflet promosi kesehatan mental. Saya belajar untuk menuliskan pengalaman-pengalaman berserakan menjadi sebuah laporan pertanggungjawaban, ketika WVA menuntut saya membuat laporan setiap bulan. Saya belajar tentang menjadi professional ketika Ruth, Louis, Kris dan tim AIHI atau WVA selalu bertanya mengapa saya melakukan ini dan itu. Saya belajar tentang keseriusan merancang strategi program ketika Prof Laksono menekankan harus ada yang kita tinggalkan dalam sistem kebijakan di Aceh. Saya belajar tentang mahalnnya kesetiaan terhadap sebuah cita-cita ketika bahkan jam 11 malam saya ditelpon untuk mengambil keputusan cepat atas dinamika program di Aceh (tak peduli tanggal di kalender sedang hitam ataupun merah). Saya takjub pada Allah yang telah mendatangkan Tsunami dan menyimpan rahasia-Nya untuk kita, hingga kita tiba di titik ini..... terimakasih ya Allah.....”

datang dapat berjalan dengan lancar dengan menyusun rencana strategis program studi psikologi di Unsyah.

- b. Dinas Kesehatan Propinsi NAD memasukkan program kesehatan jiwa dalam tupoksi di dinas itu dan menunjuk penanggungjawab dalam pelaksanaan program tersebut.
- c. Bekerjasama dengan Tim MH untuk kesinambungan program *mental health* berbasis masyarakat walaupun pendanaan dari WVA telah berakhir karena program *mental health* membutuhkan promosi untuk pendekatan ke masyarakat dan advokasi di pemerintah.

Output 2

Adanya pusat pelayanan kesehatan jiwa untuk masyarakat di Banda Aceh dan Meulaboh.

Divisi MH membangun 2 pusat pelayanan psikologi yaitu Rumoh Seurunee di Kota Banda Aceh dan Balee Zaituna di Kabupaten Aceh Barat. Pusat pelayanan ini memberikan pelayanan berupa konseling dan konsultasi psikologi bagi masyarakat Aceh terutama yang menjadi korban bencana alam Tsunami. Pada masa terminasi, pelayanan kesehatan jiwa mulai digantikan oleh organisasi yang ada di daerah. Kegiatan Rumoh Seurunee di Kota Banda Aceh digantikan oleh LSM lokal yaitu Bale Inong dan laboratorium lapangan bagi prodi psikologi Universitas Syah Kuala. Harapannya Prodi Psikologi UNSYAH dan LSM Bale Inong dapat mengembangkan kegiatan kesehatan jiwa di masyarakat. Balee Zaituna di Kabupaten Aceh Barat akan ditutup. Namun psikolog dikontrak oleh Dinas Kesehatan Aceh Barat untuk melanjutkan pelayanan kesehatan jiwa di Aceh Barat.

Kesinambungan Program Output 2 MH

- a. Prodi Psikologi UNSYAH dan LSM Bale Inong dapat menjadi partner pemerintah daerah dalam menjalankan program kesehatan jiwa di Propinsi NAD. Sehingga keberadaan kedua institusi tersebut menjadi bagian

dalam sistem kesehatan jiwa di Propinsi NAD. Selain itu pembiayaan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa dapat terbantu dari pemerintah. Karena pelayanan kesehatan jiwa ini membutuhkan dana yang tidak sedikit.

- b. Belum adanya dokter psikiatri di RS CND dapat menghambat pelayanan rawat jalan psikiatri. Hal ini membutuhkan komitmen dari RS dan pemerintah daerah Kabupaten Aceh Barat untuk menjadikan RS CND sebagai rumah sakit rujukan bagi kesehatan jiwa di wilayah pantah barat NAD.

Output 3

Meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan jiwa, sakit mental/jiwa, dan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga psikolog dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas dan rumah sakit, tim *Mental Health* dan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat telah melakukan perjanjian kerjasama untuk melaksanakan kegiatan dalam hal penempatan tenaga psikologi di beberapa puskesmas di Kabupaten Aceh Barat dan RS CND. Dengan adanya perjanjian kerjasama ini maka ada 5 tenaga psikologi yang akan ditempatkan di puskesmas dan RS CND. Tenaga psikologi yang ditempatkan ini bekerjasama dengan berbagai pihak antara lain Dinas Kesehatan NAD, Kantor Departemen Agama NAD, LSM, dan Dinas Pendidikan NAD untuk melaksanakan CMHS (*Community Mental Health System*). Penempatan tenaga psikologi belum dibarengi dengan penempatan dokter psikiatri yang bertugas di RS CND. Tenaga psikiatri yang ada di RS CND merupakan dokter umum yang dilatih di Bagian Psikiatri RS Sardjito.

Kesinambungan Program Output 3

- a. Pembiayaan terhadap penempatan tenaga psikologi. Pembiayaan ini terbagi menjadi 2, yaitu penggajian

dibebankan kepada APBD Kabupaten Aceh Barat dan tunjangan fungsional dibebankan kepada pendanaan tim *Mental Health* dengan dana dari WVA. Sudah ada kepastian pembiayaan melalui APBD dengan dikontraknya 3 psikolog oleh Dinkes selama 1 tahun periode Januari - Desember 2008. Tenaga psikologi ini bekerja di puskesmas dan rumah sakit.

- b. Perlunya kerjasama dengan tim *Clinical Services* untuk penempatan dokter psikiatri di RS CND. Karena di RS CND telah dibangun bangsal psikiatri untuk memfasilitasi pasien gangguan jiwa. Sehingga kerjasama juga perlu dijalin antara Dinas Kesehatan Kabupaten, RS CND, tim *Mental Health* dan tim *Clinical Services*.
- c. Perlunya komitmen dari Pemerintah Daerah, rumah sakit, dan *stakeholder* terkait untuk kelangsungan tenaga psikolog dan dokter psikiatri dalam rangka pembiayaan (gaji dan tunjangan) setelah proyek WVA tidak ada.

C. DIVISI PUBLIC HEALTH (PH)

Divisi *Public Health* memfokuskan pada perbaikan manajemen dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia di dinas kesehatan dan RS CND untuk mendukung efektivitas kegiatan organisasi.

Kegiatan *Public Health* mempunyai 2 komponen yaitu:

1. Memperkuat sistem perencanaan dan informasi kesehatan di RS CND. Komponen ini memperkuat rumah sakit dalam hal sistem manajemen rekam medis, sistem manajemen keuangan, pengembangan rencana strategis dan pengembangan sistem informasi rumah sakit.
2. Memperkuat Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat dalam hal pengelolaan sistem informasi kesehatan dan surveilans. Komponen ini untuk mendukung ketersediaan data di dinas kesehatan dalam mengambil keputusan atau menetapkan kebijakan. Selain itu juga mengembangkan rencana strategis bagi Dinas Kesehatan Kabupaten.

Exit Strategi Matrix Divisi Public Health

Komponen Program	Aktivitas	Pendekatan exit strategy dan rute penutupan proyek	Mitra dan Rencana Sumber Pembiayaan
Komponen 1: Memperkuat sistem perencanaan dan informasi kesehatan di RS CND	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperluas penerapan billing system di rumahsakit 2. Memasukkan pengelolaan sistem informasi manajemen (SIM) rumahsakit ke dalam struktur organisasi rumahsakit 3. Menunjuk pengelola SIM rumahsakit 4. Pelatihan sistem informasi manajemen rumah sakit jika penerapan billing system diperluas di unit-unit lain 5. Kegiatan rutin pemeliharaan SIM rumahsakit. 6. Monitoring dan supervisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	RS Cut Nyak Dhien Rencana sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • Rencana anggaran belanja rumah sakit • Pemerintah daerah melalui APBD.
Komponen 2: Memperkuat Dinas Kesehatan Kabupaten Meulaboh dalam hal pengelolaan sistem informasi kesehatan dan surveilan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan sistem informasi kesehatan dan surveilan. 2. Penguatan struktur di dinas kesehatan untuk mengelola Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) 3. Perumusan master plan SIKDA dan keterkaitannya dengan SIKNAS Online berdasarkan Kepmenkes No. 837 tahun 2007 tentang pengembangan jaringan komputer sistem informasi kesehatan nasional (SIK-NAS) online.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Rencana sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • Pemerintah daerah melalui APBD atau alokasi kegiatan untuk Dinas Kesehatan.

Exit Strategy Planning Divisi Public Health (PH)

Untuk menghadapi masa transisi dan selesainya waktu pengerjaan proyek yang didanai oleh WVA, Divisi *Public Health* telah menganalisis program-program yang terlaksana. Dari 2 komponen yang telah dilaksanakan, terdapat 2 program yang akan dilangggengkan (*be sustained*) agar dapat dimanfaatkan secara jangka panjang oleh RS CND maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Program-program yang dilangggengkan terdapat dalam 2 komponen, yaitu:

Komponen 1

Memperkuat sistem perencanaan dan informasi kesehatan di RS CND

Dari 3 (tiga) *output* yang dihasilkan oleh komponen ini, program yang dilangggengkan adalah pengembangan *billing system*. Hal ini dikarenakan 2 program yang lain telah *establish*, selain itu kebutuhan dasar rumah sakit untuk mendukung pencatatan transaksi keuangan sebagai bagian dari manajemen keuangan rumah sakit sangatlah penting untuk mendukung perencanaan rumah sakit. Implementasi *billing system* dilengkapi dengan adanya standar operasional prosedur dan tupoksi untuk manajemen keuangan serta penghitungan *unit cost* sebagai dasar penghitungan tarif dan jasa medis di RS CND.

Kerjasama antara rumah sakit dan *stakeholder* terkait, seperti pemerintah daerah dan DPRD telah terjalin dengan

difasilitatori oleh UGM melalui divisi *Public Health*. Kerjasama ini bertujuan untuk memberikan gambaran kepada pemerintah daerah mengenai kegiatan yang telah dilaksanakan di rumah sakit dan *output* yang telah dihasilkan dan diimplementasikan di rumah sakit. Dengan harapan adanya komitmen dan minat dari *stakeholder* agar *billing system* di RS CND tetap berjalan. Komitmen dari *stakeholder* ini dibutuhkan karena RS CND masih berada dibawah pemerintah daerah, sehingga kebijakan yang dilaksanakan di RS CND harus mendapat persetujuan dari DPRD dan pemerintah daerah. Hal ini termasuk adanya sistem manajemen keuangan rumah sakit yang menggunakan *billing system*.

Pembiayaan untuk pelaksanaan *billing system* dan sistem informasi manajemen rumah sakit masih bersumber dari divisi PH. Diharapkan pembiayaan program setelah masa transisi dapat melalui anggaran rutin rumah sakit untuk mendukung pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit, seperti untuk pelatihan, gaji pengelola SIM RS, dan perawatan rutin.

Kesinambungan Program Komponen 1 PH

- Rumah sakit secara organisasional belum cukup kuat untuk mengelola *billing system* berbasis komputer serta arah pengembangan SIM RS yang lebih luas. Sehingga masih memerlukan sosialisasi dan penguatan penggunaan *billing system* di unit-unit lain.
- Menunjuk pengelola sistem informasi manajemen rumah sakit dalam hal pengelolaan manajemen, pengembangan sistem, dan pemeliharaan rutin *hardware* dan *software*. Karena pemeliharaan program (*software*) masih harus mendatangkan ahli dari UGM.



Dokumen PSU

Penanda tangan serah terima aset Program Aceh RS Dr Sardjito - UGM ke pemerintah daerah Aceh Barat melalui Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Cut Nyak Dhien yang diketahui oleh Wakil Bupati Aceh Barat.

Pelatihan komputer bagi karyawan RS Cut Nyak Dhien sebagai persiapan dalam implementasi sistem informasi rumah sakit.



- c. Rumah sakit perlu didukung oleh sumber daya manusia yang memiliki kemampuan manajerial yang baik dalam mengelola proyek terkait sistem informasi. Akan tetapi di rumah sakit tidak tersedia staf yang memiliki kompetensi manajemen sistem informasi. Adanya kepastian sumber daya keuangan untuk mendukung implementasi sistem informasi baik yang bersifat investasi maupun pemeliharaan akan sangat menjamin implementasi yang lebih baik. Selain itu, sumber daya lain yang perlu disediakan adalah investasi dan pemeliharaan teknologi informasi maupun perbaikan manajemen dan prosedur.
- d. Diharapkan program akan dapat diteruskan dari anggaran rutin di rumah sakit atau pemerintah daerah

Komponen 2

Meningkatkan perencanaan dan sistem informasi kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Pengembangan sistem informasi kesehatan yang dikembangkan di Dinas Kesehatan Aceh Barat juga dimanfaatkan untuk mendukung program surveilans. Pengembangan sistem ini memberi dampak terhadap sumber daya manusia di dinas kesehatan. Dengan adanya sistem informasi kesehatan maka dibutuhkan sumber daya manusia yang terampil mengelola sistem tersebut. Sehingga peningkatan keahlian dan pengetahuan untuk mengelola sistem informasi dan surveilans dilaksanakan dalam bentuk pelatihan dan pendidikan formal. Diharapkan dengan adanya manajemen pengelolaan informasi kesehatan dan surveilans dapat membantu pembuat keputusan dalam mengambil kebijakan berdasarkan data.

Untuk pengembangan sistem informasi kesehatan dan surveilans ke depan, Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat telah mengirimkan 1 orang stafnya untuk mengikuti pendidikan S2 minat Sistem Informasi Kesehatan (Simkes) di Fakultas Kedokteran UGM. Pengembangan sistem informasi kesehatan dan surveilans telah mendapatkan respon yang sangat baik oleh dinas kesehatan dan pemerintah daerah.

Pembiayaan kegiatan dan pengelolaan sistem informasi kesehatan di dinas kesehatan bersumber pada APBD kabupaten yang dialokasikan untuk kegiatan di dinas kesehatan.

Kesinambungan Program Komponen 2 PH

- a. Pengembangan sistem informasi kesehatan dan surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat setelah masa transisi (tahun 2008) akan mendapatkan bantuan dana dari *Asian Development Bank*. Bantuan ini akan digunakan untuk meningkatkan keahlian staf dinas kesehatan dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan melalui pelatihan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA).
- b. Dinas kesehatan perlu didukung oleh sumber daya manusia yang memiliki kemampuan manajerial yang baik dalam mengelola proyek terkait sistem informasi. Di dinas kesehatan, hal ini akan terbantu dengan adanya salah satu staf yang disekolahkan S2 Simkes (Sistem Informasi Kesehatan).
- c. Perlunya *monitoring* dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan dan surveilans serta penggunaan data yang dilakukan di dinas kesehatan.
- d. Perlu adanya dana rutin untuk pemeliharaan *hardware* dan *software* sistem informasi kesehatan dan surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

D. DIVISI IMCI (INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS)

Program IMCI mempunyai tujuan untuk membangun kapasitas pegawai puskesmas dan staf klinis RS CND pada kasus manajemen anak terutama kelompok usia rentan dibawah 5 tahun. Divisi ini mengangkat program *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)* yang merupakan suatu pendekatan mengenai keterpaduan tata laksana kasus balita sakit. Program MTBS dilaksanakan di 3 kabupaten yaitu Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Tiga kegiatan utama yang dilaksanakan oleh divisi IMCI antara lain:

1. Dokter, perawat di Puskesmas Aceh Barat mampu menangani kasus anak sakit dibawah 5 tahun dengan menggunakan metode MTBS.
2. Staf klinis RS CND memiliki kompetensi untuk menangani kasus anak sakit dibawah 5 tahun dengan pendekatan MTBS.
3. Model yang terintegrasi untuk pengukuran secara ilmiah mengenai dampak pelatihan MTBS pada kualitas inovasi dan penerapan perawatan kesehatan

Exit Strategy Planning Divisi IMCI

Berbagai kegiatan untuk menghadapi masa berakhirnya proyek telah banyak dilakukan oleh divisi IMCI. Kegiatan dilaksanakan bekerjasama dengan berbagai pihak, seperti dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, puskesmas, Rumah Sakit Cut Nyak Dhien dan *stakeholder* lain yang telah terjalin. Divisi IMCI yang berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi anak-anak di bawah 5 tahun berharap dapat meningkatkan kapasitas staf puskesmas dan rumah sakit dalam memberikan pelayanan MTBS di wilayah Kabupaten Aceh Barat.

Komponen Divisi IMCI

Output 1: Dokter, Perawat di Puskesmas Aceh Barat mampu menangani kasus anak sakit dibawah 5 tahun dengan menggunakan metode MTBS dan output 2: Staf klinis RS CND memiliki kompetensi untuk menangani kasus anak sakit dibawah 5 tahun dengan pendekatan MTBS.

Pelatihan yang telah dilakukan oleh divisi IMCI dirasa belum cukup, karena masih banyak tenaga kesehatan yang menangani balita belum mendapatkan pelatihan MTBS. Sehingga program ini akan diteruskan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan rumah sakit. Selain kegiatan pelatihan, kegiatan yang masuk dalam komponen 1 dan 2 adalah kegiatan supervisi dan evaluasi. Tindak lanjut hasil

Exit Strategy Matrix Divisi IMCI

Komponen Program	Aktivitas	Pendekatan exit strategy dan rute penutupan proyek	Mitra dan Rencana Sumber Pembiayaan
Output 1: Dokter, Perawat di Puskesmas Aceh Barat mampu menangani kasus anak dibawah 5 tahun dengan menggunakan metode MTBS.	1. Pelatihan MTBS 2. Pelatihan materi adaptasi buku "WHO Pocket book of hospital care for small children" 3. Supervisi dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan • Rumah Sakit Cut Nyak Dhien • Puskesmas Rencana Sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • APBD • LSM • RBA rumah sakit
Output 2: Staf klinis RS CND memiliki kompetensi untuk menangani kasus anak dibawah 5 tahun dengan pendekatan MTBS.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan exit strategy: <i>Phasing out</i> • Rute penutupan proyek: <i>Mainstreaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan • Rumah Sakit Cut Nyak Dhien • Puskesmas Rencana Sumber pembiayaan: <ul style="list-style-type: none"> • APBD • LSM • RBA rumah sakit

pelatihan dimaksudkan dapat dipantau melalui kegiatan supervisi dan evaluasi bagi staf yang telah melaksanakan pelatihan, baik di puskesmas maupun di rumah sakit. Hal ini untuk menjamin mutu pelayanan MTBS yang diberikan kepada balita dibawah 5 tahun. Divisi IMCI juga menyusun materi pelatihan adaptasi dari buku "WHO pocket book of hospital care for small children". Materi buku adaptasi merupakan salah satu pedoman/pegangan penting untuk pelayanan kesehatan anak di RS kabupaten.

Pengembangan kerjasama dilakukan dengan membangun jejaring dengan institusi terkait seperti Dinas Kesehatan Propinsi/ Departemen Kesehatan Pusat sehingga kegiatan pelatihan MTBS diketahui dan dapat dimonitor aktivitas/ *outcome*-nya. Untuk menjaga kesinambungan program dalam hubungannya dengan pengadaan fasilitas dan anggaran, beberapa pertemuan koordinasi/ *semiloka* dilakukan untuk mensosialisasikan program ini ke pemerintah daerah. Pertemuan koordinasi juga melibatkan LSM yang bergerak di bidang kesehatan untuk ikut mengembangkan kegiatan yang sudah dimulai.

Divisi IMCI telah melakukan kegiatan advokasi ke Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mentransfer program yang telah dilaksanakan. 3 (tiga) program yang akan ditopang dalam program IMCI mempunyai skenario *exit strategy planning* yang berbeda-beda, skenario tersebut antara lain:

- a. Program pelatihan MTBS.
Dinas kesehatan mengajukan proposal kerjasama dengan LSM yang ada untuk menyelenggarakan pelatihan tambahan atau *refresh training* setelah 1 tahun atau melalui usulan APBD.
- b. Program supervisi dan evaluasi

Dinas kesehatan menyusun anggaran untuk pelaksanaan kegiatan ini melalui usulan APBD. Melakukan koordinasi dengan Dinkes Propinsi untuk melakukan kegiatan supervisi bersama dengan Dinkes Kabupaten.

- c. Pelatihan materi adaptasi buku "WHO Pocket book of hospital care for small children"
Mengusulkan agar pelatihan ini menjadi agenda rutin /tahunan RS yang biaya penyelenggaraannya diusulkan lewat RBA – RS.

Kesinambungan Program Divisi IMCI

- a. Dinas Kesehatan dapat menyiapkan tenaga yang ditunjuk untuk merencanakan hal-hal yang diperlukan untuk menjamin keberlangsungan program melalui: (1) Penetapan personel yang diberi tanggung jawab terhadap program melalui SK dari Kadinkes dan (2) Mengalokasikan anggaran khusus lintas program/ *renstra*.
- b. Sumber daya manusia yang memiliki pengalaman dan memahami konsep dan isi dari program MTBS. Sumber daya waktu yang cukup (seringkali terjadi program tidak berjalan karena sumber daya manusia yang terbatas dan dibebani terlalu banyak tugas).
- c. Program MTBS diharapkan menjadi program rutin di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat. Untuk itu, komitmen dari Dinas Kesehatan Kabupaten sangat diperlukan dalam rangka mendukung program tersebut agar berjalan baik. Dukungan tersebut juga akan mempengaruhi kesinambungan program MTBS di Kabupaten Aceh Barat. Dukungan yang dibutuhkan antara lain: program tersebut masuk dalam salah satu *tupoksi* di dinas kesehatan, adanya *monitoring* dan evaluasi terhadap jalannya program MTBS di wilayah kerja dinas kesehatan.

Semiloka sistem informasi daerah (SIKDA) dalam rangka persiapan menuju sistem informasi kesehatan nasional (SIKNAS Online) di Dinas Kesehatan Aceh Barat difasilitasi tim Public Health.



Foto: Arief Kurniawan



Foto: Guardian Y Sanjaya

Staf yang berada di lapangan harus kembali ke Yogyakarta saat program RS Dr Sardjito - UGM berakhir pada Desember 2007.

PENUTUP

Hampir seluruh kegiatan *exit strategy* adalah menempatkan program di masa mendatang dalam kerangka dana pemerintah (*mainstreaming*). Sumber pemerintah dapat berasal dari pusat, propinsi atau kabupaten/ kota. Hal ini logis karena pemerintah propinsi NAD mempunyai anggaran otonomi khusus yang dapat digunakan untuk sektor kesehatan.

Konsekuensi dari *exit strategy* yang *mainstreaming* adalah melakukan berbagai *lobby* dan komunikasi ke Pemerintah Propinsi NAD. Kegiatan ini perlu dilakukan oleh Dinas Kesehatan Aceh Barat bersama Pemerintah Daerah Aceh Barat.

Diharapkan materi yang tertulis di bagian *exit strategi* ini dapat dimanfaatkan untuk pengembangan di masa depan.

dr. Pudjo Hagung, Sp.A (K)

Supervisor Bagian Ilmu Kesehatan Anak
RS Dr Sardjito Yogyakarta

"Secara umum saya setuju program diakhiri Desember 2007, selain karena jarak yang terlalu jauh, biaya, dan keterbatasan jumlah SDM yang ada, tetapi juga karena sudah waktunya RS CND belajar mandiri, setelah 3 tahun didampingi UGM.

Saya sangat bersyukur program telah dapat dijalankan hingga akhir waktu dengan selamat, terlebih telah ada dokter spesialis anak yang akan menetap di RS CND. Meskipun hasil evaluasi pelayanan kesehatan anak di RS CND pada 1 tahun terakhir, Desember 2006 - Desember 2007, menunjukkan belum adanya perubahan yang berarti, semoga interaksi selama pelaksanaan pendampingan dapat menjadi sumber inspirasi bagi pengembangan Bagian Anak RS CND mendatang.

Pembenahan manajemen, peningkatan kapasitas SDM dan hubungan antar manusia seluruh personal di jajaran RS CND harus disegerakan dan selalu dikedepankan.

Mengetahui cara berpikir orang sering tidak sulit, tetapi mengajaknya bersama berpikir dan bekerja mewujudkannya merupakan bagian yang paling sulit, dianggap sebagai tamu adalah kemuliaan, diperlakukan sebagai kakak adalah kepercayaan, memandirikan adik dibatasi waktu agar tidak terjerumus memanjakannya. Tiga tahun adalah waktu yang cukup untuk bertanam biji pikiran, selanjutnya bergantung pada masyarakat Aceh Barat yang harus merawat-tumbuh-biakkannya agar bisa memetik sendiri buahnya. Akhirnya semua berpulang kepada mereka, setelah jejak kita terhapuskan oleh waktu"

BAB 2

Rincian Pelaksanaan Program



Bagian ini mendeskripsikan secara lebih rinci kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh semua tim yang tergabung dalam program “Supporting Human Resource Development and Reconstruction in West Aceh and Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) Province” selama lebih kurang 3 tahun antara tahun 2005 sampai dengan akhir tahun 2007. Bagian ini terbagi dalam beberapa sub-bab yaitu (1) Berdasarkan kegiatan divisi masing-masing yaitu *Clinical Services (CS)*, *Mental Health (MH)*, *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* dan *Public Health (PH)*; (2) Pengelolaan proyek dibawah suatu unit yang bernama *Project Supporting Unit (PSU)*; dan (3) Dua topik khusus: Perkembangan RS Cut Nyak Dhien (RS CND), Rekonstruksi dan Rehabilitas Pasca Tsunami dan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Aceh Barat.

Divisi Clinical Services

Divisi *Clinical Service* (CS) merupakan divisi terbesar dari 4 divisi di Program Aceh UGM. Semua program di divisi ini ditujukan untuk revitalisasi dan pengembangan RS Cut Nyak Dhien (CND) Meulaboh sebagai pusat rujukan di wilayah pantai barat-selatan NAD. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan divisi ini dibagi dalam 6 komponen, yaitu:

1. Bantuan tenaga medis, yang merupakan tulang punggung program secara keseluruhan, berupa pengiriman tim medis/ dokter spesialis secara rotasi ke RS CND selama tiga tahun berturut-turut baik pada fase respon akut, fase pemulihan maupun fase pengembangan dan persiapan.
2. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, perpaduan antara persiapan sumber daya manusia melalui pelatihan kegawat daruratan, pembentukan *networking* penanggulangan bencana atau dikenal dengan Basel 118, persiapan dan pengembangan Unit Gawat Darurat di wilayah pantai barat-selatan, semiloka manajemen bencana dan pembuatan modul masalah kesehatan pada manajemen bencana.
3. Sistem manajemen mutu yang diterapkan di RS CND merupakan satu kesatuan program dalam peningkatan kualitas pelayanan di RS CND. Program ini meliputi pengembangan dokumen mutu berupa standar manual mutu, pedoman pelayanan medis, standar prosedur operasional, semiloka manajemen mutu, supervisi dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta, membangun komitmen bersama dalam pengembangan mutu, *clinical quality and patient safety study tour* Australia dan kaji banding RS Cut Nyak Dhien serta *monitoring* dan evaluasi berkala melalui buku pencatatan pasien di rawat inap, bangsal dan penunjang medis.
4. Peningkatan kapasitas staf RS CND melalui pendidikan dan pelatihan melalui beberapa metode antara lain pengkajian, pelatihan *on site* dan magang di RS Sardjito Yogyakarta serta program *mentoring* sebagai sarana pembelajaran menuju kemandirian RS Cut Nyak Dhien.
5. Pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat terhadap jenis pelayanan yang ada di RS CND agar bisa lebih diakses masyarakat di Aceh Barat dan 5 kabupaten lain di sekitarnya. Survei kepuasan pasien dan staf juga dilakukan untuk mendapatkan masukan terhadap perbaikan pelayanan rumah sakit baik ke dalam maupun ke luar.
6. Budaya kerja dan etika kerja merupakan program yang mempunyai tantangan terbesar karena hal ini menyangkut suatu perubahan yang mendasar dari keadaan yang sudah bertahun-tahun. Dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk melihat dampaknya, namun wacana perubahan dasar dalam bentuk tata nilai bekerja sudah ditanamkan ke semua staf melalui program ini.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Komponen 1

Bantuan Tim Medis di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien Aceh Barat

Risalia Reni Arisanti

Pengiriman Tim Medis RS Sardjito-FK UGM

Dahsyatnya musibah bencana alam gempa dan Tsunami di Aceh pada tanggal 26 Desember 2004 ini selain menimbulkan korban nyawa manusia juga telah mengakibatkan kerusakan seluruh struktur dan infrastruktur di Aceh termasuk diantaranya Meulaboh. Seiring dengan terjadinya bencana tersebut, ratusan ribu pengungsi dan korban yang masih hidup sangat membutuhkan pertolongan gawat darurat terutama di bidang medis, sanitasi, gizi, listrik, sandang pangan dan sebagainya.

Untuk itulah RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) merasa ikut bertanggungjawab untuk dapat segera memberikan bantuan tanggap darurat pada masa kritis ini. Rabu, tanggal 29 Desember 2004 diputuskan untuk mengirim tim medis "Jogja Medical Rescue for Aceh" yang terdiri dari gabungan berbagai macam instalasi yang berasal dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta. Pembentukan ini dimotori oleh dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD salah seorang dokter bedah dan pakar di bidang penanganan bencana dan Prof. Dr. dr. Sutaryo, SpA(K), ketua komite medik RS Dr. Sardjito serta didukung penuh oleh jajaran direksi dan kepala staf medis fungsional (SMF)/Instalasi RS Dr. Sardjito-Dekan FK UGM. Hanya dalam tempo 30

menit, di ruang tim medis RS Dr. Sardjito terbentuk Tim Medis I yang terdiri dari 26 orang. Tim ini merupakan tim pertama yang bertugas memberikan bantuan gawat darurat kepada korban sekaligus melakukan *rapid assessment* terhadap kebutuhan di daerah bencana untuk dapat ditindaklanjuti oleh tim berikutnya.

Fase Respon Akut

Sampai bulan Desember 2005 setidaknya 23 tim medis dikirim ke Meulaboh. Masa tugas setiap tim yang dikirim kurang lebih 2 minggu. Gambaran personil dapat dilihat sebagai berikut: 27 dokter umum/BSB, 64 perawat, 9 spesialis bedah/residen senior, 2 residen senior obsgyn, 10 spesialis anak/residen senior, 8 residen senior penyakit dalam, 9 residen senior anestesi, 25 psikiatri/residen senior, 3 residen senior mata, 4 psikolog, 14 ahli gizi, 4 tenaga sanitasi, 4 teknisi, 1 farmasis, dan 11 tenaga rekam medis sehingga total keseluruhan personil mencapai 200 orang.

Setiap tim yang telah melaksanakan masa tugas memberikan laporan kondisi terakhir yang mereka hadapi di lapangan sehingga tim berikutnya yang menggantikan sudah siap menghadapi kondisi yang ada. Laporan dari



Foto: Nurcholid Umam

Pada fase gawat darurat, tim medis RS Dr Sardjito - UGM mengaktifkan kembali pelayanan medis dan operasi di RS Cut Nyak Dhien.

Pelayanan medis di RS Cut Nyak Dhien menjadi prioritas utama kegiatan *Clinical Services*. Sejumlah tenaga medis dan pendukungnya dikirim untuk membantu pelayanan rumah sakit yang lumpuh pasca Tsunami.



Foto: Guardian Y Sanjaya

tim-tim awal yang berangkat antara lain menyangkut:

1. Sumber daya manusia yang kurang baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Rata-rata perawat yang ada belum melakukan asuhan keperawatan yang standar.
2. Motivasi kerja yang kurang dari SDM yang ada. Rata-rata tenaga perawat yang ada masih honorer dengan gaji yang kurang memadai.
3. Obat maupun instrumen yang masih kurang. Masih belum adanya stok obat untuk kondisi darurat, belum adanya obat *parenteral*, belum adanya kelengkapan tempat tidur di bangsal dan lain sebagainya.
4. Rekam medik yang belum berjalan dengan baik, tidak berjalannya pencatatan dan penyimpanan rekam medis yang baik.
5. Sistem pembayaran dari pasien yang belum satu pintu.

Berdasarkan temuan yang ada di lapangan, tim manajemen merencanakan langkah-langkah lanjutan untuk memperbaiki kondisi yang ada dengan pengembangan *log frame* yang sudah dibuat sebelumnya. Sayangnya, untuk tahun pertama ini tim belum melaporkan jumlah pasien yang sudah dilayani sehingga tidak dapat dilaporkan jumlah keseluruhan pasien yang telah mendapatkan pelayanan oleh tim medis RS Dr. Sardjito-FK UGM.

Untuk mendukung pelaksanaan program maka dipilihlah supervisor dari tiap bagian untuk melakukan supervisi dan *monitoring* pelayanan medis dan penunjang medis. Pada pertemuan di bulan September 2005 telah dihasilkan beberapa kesepakatan mengenai tugas supervisor dalam mendukung program divisi *Clinical Services* (CS). Supervisor akan mempertimbangkan mengenai penghargaan secara akademik bagi residen yang menjadi bagian dari program CS. Terhitung sejak September 2005, telah ada 9 supervisor yakni: dr.Bambang Suryono, Sp.An,

KIC (anestesi); dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD (bedah); dr.Burham Warsito, Sp.OG (K.Onk) (obsgyn); dr. Tatang Talka Gani, Sp.M sebagai (mata); dr. Med. Soewarso, Sp.PK(K), Ph.D (patologi klinik); dr.Anita Ekowati, Sp.Rad (radiologi); Prof. dr. Purnomo Suryantoro, Sp.A(K) (anak); Prof. Dr. dr Soewadi, Sp.KJ(K) MPH (jiwa); dan Prof. dr. Ahmad Husein Asdie, Sp.PD (Interna). Supervisor yang diajukan tersebut telah melaksanakan 1 kali supervisi yang hasil supervisinya digunakan untuk pembenahan pelaksanaan program selanjutnya.

Fase Pemulihan

Tahun kedua program, 12 tim medis dikirimkan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan klinis, terutama pelayanan dokter spesialis. Satu tim medis, yakni tim 29 dengan sangat terpaksa tidak dapat memberikan pelayanan dan harus kembali ke Jogja sesampainya di Meulaboh. Pasalnya telah terjadi bencana gempa bumi di Jogja pada tanggal 27 Mei 2006 sehingga tim lebih dibutuhkan di Jogja. Sejak awal 2006 masa tugas tim yang bertugas menjadi 1 bulan dari yang sebelumnya hanya berlangsung selama 2 minggu. Pada fase pengiriman awal ada 9 bagian yang aktif terlibat, akan tetapi berdasarkan peningkatan kebutuhan dan permintaan direktur RS CND akan pelayanan spesialis THT (Telinga Hidung Tenggorokan) dan neurologi, maka pada bulan April 2006 dikirim residen dari bagian THT dan mulai bulan Agustus 2006 dikirim residen dari bagian neurologi.

Pada fase ini, program memfasilitasi dokter spesialis baru lulusan FK UGM untuk menjalankan program wajib kerja sarjana (WKS) selama 6 bulan terhitung mulai bulan Februari hingga Agustus 2006 di RS Cut Nyak Dien yakni dari 1 orang spesialis anak dan 2 orang spesialis obs-gyn. Sebulan pertama, dokter spesialis muda yang menjalankan WKS tersebut ikut sebagai anggota tim medis

program sambil beradaptasi dan mengurus surat-surat penempatan WKS. Setelah masa tugas WKS selesai maka dilanjutkan kembali oleh dokter WKS lain yakni 1 orang spesialis anak dan 2 orang spesialis obsgyn untuk periode September 2006-Februari 2007. Sebagai konsekuensinya, kedua bagian tersebut tidak lagi secara rutin mengirimkan residen sebagai anggota tim medis CS. Tapi pada perkembangannya, target 9 anggota tim medis yang dikirim setiap bulannya tidak bisa terealisasi. Hanya 3 hingga 8 dokter saja yang bisa dikirim karena beberapa bagian tidak dapat secara kontinyu mengirimkan residen/spesialis dengan berbagai macam kendala misalnya ujian akhir residen, keterbatasan jumlah residen dan lain sebagainya.

Selain bertugas memberikan pelayanan klinik, anggota tim medis tersebut juga memiliki peran dalam pengembangan mutu pelayanan RS CND. Sebagai realisasinya, beberapa kegiatan digelar seperti penyusunan prosedur tetap pelayanan medik di beberapa unit, baik ICU (*Intensive Care Unit*), instalasi radiologi, kamar operasi, UGD (Unit Gawat Darurat), maupun instalasi rawat inap. Selain itu juga menyelenggarakan seminar untuk dokter umum dan perawat serta menyelenggarakan pertemuan ilmiah mingguan.

Dari berbagai bentuk pelayanan medis spesialis melalui program *provision of staff* tersebut, ternyata menimbulkan berbagai dampak positif bagi RS CND. Karena berbagai kasus yang ada dapat ditangani sehingga secara langsung bisa meningkatkan jumlah pasien di RS CND.

Briefing sebelum pemberangkatan dan evaluasi setelah pelaksanaan tugas selalu dilakukan untuk tiap tim. Pada fase ini hasil evaluasi yang didapatkan antara lain:

1. Pelayanan

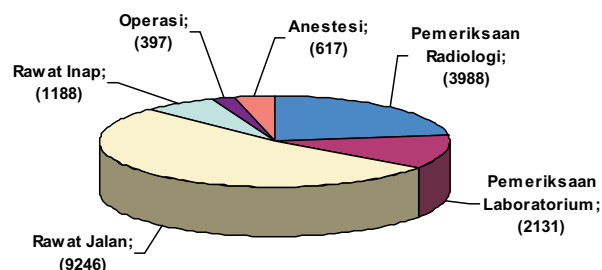
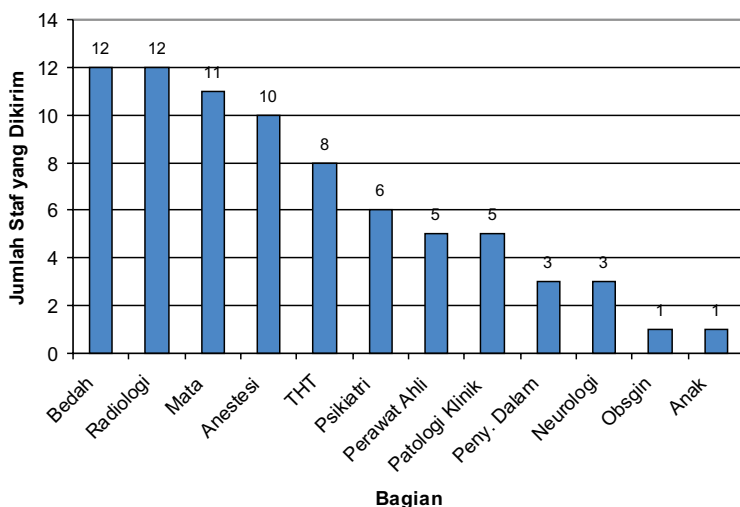
- Belum adanya standar pelayanan medis untuk te-

naga medis dan paramedis.

- Alur pelayanan pasien yang tidak tertata dengan baik.
 - Rekam medis yang belum berjalan dengan baik.
 - Asuhan keperawatan tidak sepenuhnya dilakukan.
 - Untuk pelayanan diluar jam kerja pelayanan pendukung diagnostik seperti laboratorium, radiologi dan rekam medis sering tidak berjalan.
2. Sumber Daya Manusia
 - Tenaga perawat dirasakan masih kurang, sehingga kadang dalam memberikan pelayanan kepada pasien sering memberdayakan keluarga pasien.
 - Motivasi kerja yang kurang dari SDM yang ada, terutama mengenai kedisiplinan waktu pelayanan.
 3. Sarana dan prasarana
 - Sistem inventaris dan logistik yang belum berjalan dengan baik sehingga sering terjadi keterlambatan pengadaan alat dan bahan pemeriksaan contohnya film, kontras, reagen dsb.
 - Pemeliharaan alat yang sering tidak berjalan terutama untuk alat-alat radiologi dan laboratorium yang jarang dilakukan kalibrasi, sedangkan untuk set alat di ruang operasi beberapa tidak layak digunakan.
 - Farmasi yang ada hanya melayani pasien askin sehingga sering pasien lain harus membeli di apotik luar dan hal ini seringkali memperlambat waktu pelayanan untuk pasien.
 4. Sistem keuangan

Status rumah sakit yang belum menjadi swadaya/BLU (Badan Layanan Umum) mempersulit untuk pengelolaan keuangan sehingga sering terjadi keterlambatan penerimaan gaji pegawai dan pemberian jasa medis

Bagan 1. Jumlah tenaga medis yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim UGM tahun 2006.





Prosedur anestesi dilakukan pada seorang pasien sebelum operasi.

Dokumen Clinical Services

kepada pegawai. Kondisi ini diperparah dengan tidak adanya transparansi pengelolaan keuangan yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap kinerja pegawai. Dampak lain yang ditimbulkan adalah masih sering terjadinya penarikan dana diluar ketentuan rumah sakit terhadap pasien.

Hasil-hasil evaluasi ini juga disampaikan pada pihak rumah sakit untuk membantu proses pembenahan kinerja rumah sakit. Pada pertengahan fase ini juga mulai dibentuk tim *clinical quality* (CliQ) sehingga proses pembenahan tersebut didampingi sepenuhnya dari program.

Berkaitan adanya pergantian jajaran kepengurusan di setiap bagian FK UGM, maka pada bulan Agustus dilakukan pergantian supervisor program. Pemilihan tersebut dilakukan oleh masing-masing bagian dan disahkan oleh Dekan FK UGM. Tim yang baru terdiri atas: dr. Birowo Yudo Pratomo, Sp.An (anestesi); dr. Cempaka Tursina, Sp.S dan dr. Pernodjo Dahlan, Sp.S(K) (neurologi); dr. Anita Ekowati, Sp.Rad (radiologi); dr. Tatang Talka Gani, Sp.M (mata); dr. Risanto Siswosudarmo, Sp.OG (obsgyn); dr. Pudjo Hagung, Sp.A (anak); Prof. dr. Soewadi, MPH, Sp.KJ (jiwa); dr. Hendro wartatmo, Sp.B-KBD (bedah); dr. Usi Sukorini, Sp.PK, M.Kes (patologi klinik); Prof. Dr. dr. Barmawi Hisyam, Sp.PD-KP (Interna); dan dr. Sutarno Atmohartono, Sp.THT (THT). Pada bulan September 2006 diadakan pertemuan yang menghasilkan beberapa kesepakatan antara lain supervisor akan mempertimbangkan mengenai penghargaan secara akademik bagi residen yang bersedia berangkat, supervisor diharapkan mengerti dan menyetujui untuk mengimplementasikan tugas super-

visor yang terkait dengan kebutuhan pemenuhan tenaga medis di RS CND (*provision of staffs*) maupun program mutu yang dikembangkan tim CliQ. Sebagai tindak lanjut dari kesepakatan tersebut, maka pada bulan November dan Desember 2006, sebanyak 8 orang supervisor melakukan kunjungan/ visitasi di RS CND. Pada bulan November, terdapat 4 supervisor yang melakukan visitasi tersebut. Diantaranya dr. Birowo Yudo Pratomo, Sp.An (anestesi), dr. Cempaka Tursina, Sp.S (neurologi), dr. Anita Ekowati, Sp.Rad (radiologi), dan dr. Tatang Talka Gani, Sp.M (mata). Sedangkan pada bulan Desember 4 orang supervisor, yaitu dr. Risanto Siswosudarmo, Sp.OG (obgyn), dr. Pudjo Hagung, Sp.A (anak), Prof. dr. Soewadi, MPH, Sp.KJ, dan dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD melakukan visitasi dengan didampingi dr. Ishandono, Sp.BP selaku ketua TKP-PPDS dan koordinator program CS. Visitasi tersebut menghasilkan beberapa rekomendasi yang terkait dengan peningkatan mutu pelayanan RS CND.

Untuk menjamin keberlangsungan pelayanan medis spesialis di RS CND secara permanen diperlukan adanya dokter spesialis di RS tersebut. Salah satunya adalah dengan memfasilitasi dokter umum lokal yang berasal dari puskesmas setempat maupun RS CND untuk menempuh program pendidikan spesialis (PPDS) di FK UGM. Karena itulah menurut dr. Atien Nurchamidah, *clinical services* kemudian menjadi fasilitator bagi dokter umum yang mengikuti program PPDS dengan cara mengajukan permohonan rekomendasi kepada dekan FK UGM. Dalam pelaksanaannya, dana yang dipakai untuk pembiayaan pendidikan diperoleh dari Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi (BRR). Dan berdasarkan penilaian akan kebutuhan

standar RS tipe C, dokter spesialis yang dibutuhkan adalah bedah, anestesi, anak, penyakit dalam, dan *obsgyn*. Karenanya pada tahun 2006, 5 orang dokter umum yang berasal dari puskesmas setempat dan RS CND mengikuti seleksi penerimaan mahasiswa PPDS. 2 orang berhasil masuk di bagian penyakit dalam dan patologi klinik serta memulai pendidikan sejak bulan Juli 2006. Sedangkan 3 orang lainnya masuk di bagian bedah, anestesi dan anak serta memulai pendidikan sejak bulan Januari 2007.

Fse Perkembangan dan Persiapan

Tahun ketiga pelaksanaan program, telah dikirimkan 13 tim medis dengan jumlah personel sebanyak 78 orang dari 11 bagian. Dari keseluruhan tim yang bertugas, hanya tim medis 48 bertugas selama 3 minggu (tim lain selama 4 minggu) dengan pertimbangan berakhirnya program yakni pada tanggal 31 Desember 2007. Pada bulan Februari 2007, RS CND mendapat seorang internis definitif tetap dan bulan Juli 2007 masuk juga seorang dokter bedah tetap. Sejak bulan tersebut tidak dikirim lagi residen dari bagian yang bersangkutan.

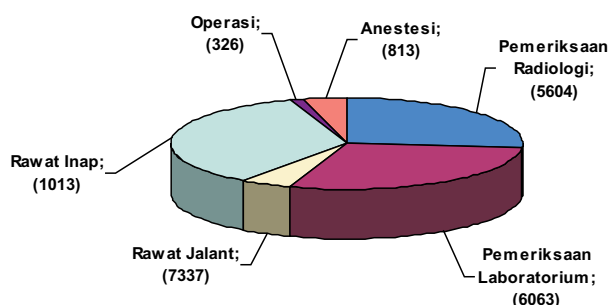
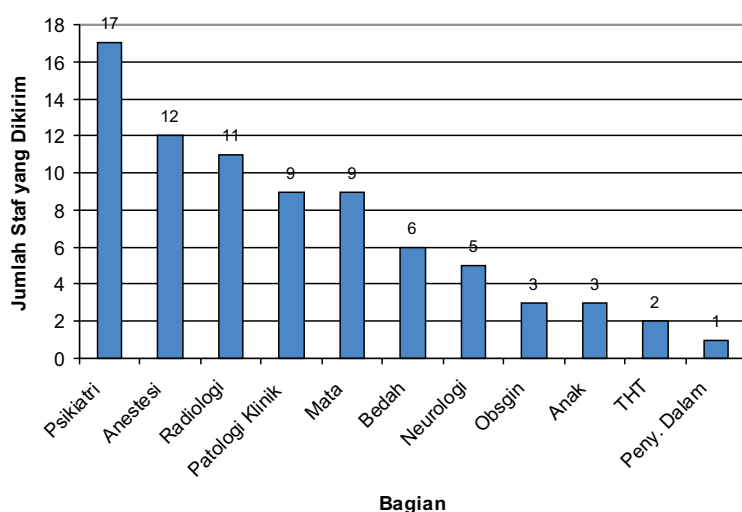
Selain tim medis ada beberapa orang lulusan UGM yang melaksanakan WKS untuk periode April – September 2007 yakni 1 orang spesialis anak, 2 orang spesialis kandungan, 1 orang spesialis THT dan 1 orang spesialis saraf. Hanya saja setelah teman-teman WKS periode ini bertugas, hingga saat ini belum ada lagi yang bersedia untuk melaksanakan WKS disana. Hal ini sehubungan dengan kebijakan dari departemen kesehatan bahwa WKS/PTT tidak wajib lagi dan ada beberapa pilihan untuk menjalankannya selain cara yang selama ini ditempuh. Selain kebijakan dari Depkes, permasalahan pemberian insentif dari Pemda Aceh Barat yang tidak lancar dan kurang

bersaing dari daerah lain menyebabkan teman-teman enggan untuk melaksanakan program WKS di Meulaboh. Hal ini menyebabkan pihak RS CND kembali menerbitkan permintaan untuk pengiriman residen senior atau spesialis untuk bagian *Obsgin*, Anak dan Syaraf. Untuk masalah pembiayaan pengadaan residen dari 3 bagian tersebut, pihak Pemda Aceh Barat bersedia membiayai walaupun belum sepenuhnya dan sebagian kecil masih dari dana World Vision. Pada pelaksanaannya penurunan dana dari pihak Pemda juga cukup terkendala karena sistem birokrasi yang cukup panjang sehingga sering terlambat dari waktu yang telah disepakati.

Dalam pengelolaan tim medis, terdapat beberapa peraturan baru yang dibuat lebih tegas secara tertulis sehingga seluruh tim yang bertugas melaksanakan tugas sesuai dengan peraturan yang ada. Contohnya adalah mengenai pelaksanaan ODC (One Day Care) yang belum secara resmi dilegalkan oleh pihak rumah sakit CND sehingga tim medis yang bertugas juga diharapkan untuk tidak melaksanakan hal tersebut. Mengenai ODC sendiri sudah pernah untuk diadvokasikan tapi rupanya pihak rumah sakit belum siap dalam pelaksanaannya dengan mempertimbangkan sistem yang ada saat ini. Dari evaluasi tim medis selama tahun 2007, masih terdapat beberapa permasalahan yang sama dengan tahun sebelumnya terutama mengenai budaya kerja SDM, logistik yang sering terlambat, inventori yang belum baik, pemeliharaan alat kurang baik dsb. Masukan dari tim medis yang bertugas selalu diinformasikan kepada pihak rumah sakit maupun tim dari divisi mutu untuk terus membantu rumah sakit dalam melakukan pembenahan-pembenahan.

Pada fase ini, ada 6 supervisor yang telah melaksanakan supervisi yakni dr.Bhirowo, Sp.An, dr.Anita, Sp.Rad,

Bagan 2. Jumlah tim medis yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim medis UGM tahun 2007.



Supervisi ke RS Cut Nyak Dhien terus dilakukan oleh supervisor masing-masing bagian yang sudah ditunjuk melalui SK Dekan Fakultas Kedokteran UGM. dr. Birowo, Sp.An (tengah) melakukan supervisi di Intensive Care Unit (ICU) RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.



Dokumen Clinical Services

dr.Cempaka, Sp.S dan dr.Tatang, Sp. M pada bulan April 2007, dr.Pudjo, Sp.A pada bulan November 2007 dan dr.Pernodjo, Sp.S (K) pada bulan Desember 2007. Masukan yang diperoleh dari supervisi tersebut dikomunikasikan dengan pihak rumah sakit dan tim mutu untuk memberikan gambaran perbaikan yang harus segera dilakukan. Selain melaksanakan supervisi, pada bulan April 2007 empat supervisor juga mengadakan sebuah pelatihan bertajuk "Training Emergency Case for General Practitioner and Nurses". Workshop tersebut digelar sebagai salah satu upaya untuk mempersiapkan kemandirian, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dari staf rumah sakit maupun puskesmas di wilayah rumah sakit. Workshop yang diikuti oleh 22 peserta yang terdiri atas 8 dokter umum dan 14 perawat dari rumah sakit dan puskesmas berlangsung selama 2 hari (24 -25 April 2007).

Hari pertama peserta dipaparkan materi mengenai kegawatdaruratan umum, kegawatdaruratan saraf, kegawatdaruratan mata dan pembacaan foto pada kasus gawat darurat. Untuk hari ke-2 peserta dibagi menjadi 2 kelompok untuk melaksanakan pelatihan lapangan di bidang neurologi dan pelatihan pembacaan foto. Peserta diajak melakukan praktek langsung di rumah sakit. Untuk bagian mata, peserta praktek adalah perawat yang membantu untuk operasi mata dan dalam pelatihan ini perawat tersebut diberikan pengetahuan asistensi operasi mata. Sedangkan untuk pelatihan praktek anestesi adalah penata anestesi yang dapat menanyakan pengetahuan yang selama ini belum dapat dimengerti dalam pelaksanaan tugas. Para peserta cukup antusias mengikuti pelatihan ini terbukti dengan peningkatan nilai *post test* (rata-rata 61%) dibandingkan *pretest* (rata-rata 47,5%) dan harapan mereka untuk lebih sering dilaksanakan pelatihan yang aplikatif langsung di lapangan.

Dalam rangka persiapan tenaga medis permanen, tahun ini ada 2 orang dokter umum dari Meulaboh yang menempuh pendidikan spesialis di UGM yakni dr. Cut Putri Yohana di bagian penyakit kulit dan kelamin (mulai pendidikan bulan Juni 2007) dan dr. Suherman di bagian THT (mulai pendidikan bulan Januari 2008). Selain menempuh pendidikan spesialis ada 1 orang dokter umum yang melaksanakan *on job training* di bagian psikiatri. Hal ini dilakukan untuk kesinambungan pelayanan psikiatri mengingat akan dibukanya bangsal jiwa "Klinik Zaitun" di RS CND yang saat ini sedang dalam proses pembangunan, sebelum adanya psikiater yang akan masuk di RS CND. *On job training* tersebut dilaksanakan mulai tanggal 22 Oktober – 17 November 2007.

Materi yang diberikan pada *on job* ini antara lain pengenalan kasus-kasus psikiatri yang datang ke rumah sakit, *schizofrenia* dan gangguan psikotik lainnya, kegawatdaruratan jiwa, *anxiety* dan depresi, NAPZA, teknik konseling dan wawancara, *training* pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit daerah dan psikoterapi serta rehabilitasi pasien kronis. Selain pemberian materi, peserta juga langsung diajak mengaplikasikan materi yang didapat dengan mengikuti kegiatan di bangsal dan poli. Tempat pelaksanaan pelatihan ini selain di rumah sakit Sardjito juga dilaksanakan di RS Ghrasia, RSUD Wonosari, RSUD Wates, panti wreda, SLB dan RSJ Magelang dengan penyesuaian materi yang diberikan di masing-masing tempat. Kendala yang dihadapi selama pelaksanaan adalah masalah penggunaan bahasa daerah dalam komunikasi dokter pasien sehingga peserta kadang-kadang kurang memahami dan waktu yang dirasa terlalu singkat untuk menyerap ilmu yang diberikan. Tapi secara umum pelaksanaan *on job training* berjalan dengan baik.

Komponen 2

Pengembangan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Wilayah Pantai Barat NAD

Risalia Reni Arisanti

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu sistem koordinasi yang diharapkan dapat mengarahkan unit pelayanan kesehatan di suatu daerah maupun skala nasional, sehingga pertolongan yang diberikan bagi korban gawat darurat dapat berjalan secara optimal. SPGDT dimulai dan dikembangkan oleh Departemen Kesehatan RI sejak beberapa tahun yang lalu, dan dipertegas melalui Deklarasi Makasar yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada peringatan Hari Kesehatan Nasional ke 36 pada tgl 12 Desember 2001. Sistem ini dimaksudkan menjadi bagian dari manajemen bencana di Indonesia dan terintegrasi dengan Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana (Bakornas PBP) dan Menteri Kesehatan menjadi salah satu anggotanya. Penderita gawat darurat dapat dijumpai setiap saat, tidak hanya pada keadaan bencana saja. Penderita serangan jantung atau stroke, serta korban kecelakaan lalu lintas adalah

contoh penderita gawat darurat dalam keadaan sehari-hari. Dalam hal ini Ambulan Gawat Darurat (AGD) dan Unit Gawat Darurat (UGD) adalah satuan kerja yang merupakan ujung tombak dalam menjalankan SPGDT untuk kejadian sehari-hari. Keberadaan AGD dan UGD yang didukung oleh personil yang berkemampuan memadai serta prasarana dan sarana yang cukup akan sangat menentukan tingkat keberhasilan pertolongan yang diberikan. Namun demikian, masih ada satu hal lagi yang diperlukan, khususnya bila diperlukan kerja sama antar beberapa unit kerja, yaitu sistem yang baik. Untuk tujuan inilah SPGDT sehari-hari dikembangkan.

Dalam keadaan bencana, secara teknis medis penanganan korban gawat darurat sama dengan penderita gawat darurat sehari-hari. Yang membedakan adalah bahwa pada keadaan bencana kuantitas maupun kualitas korban melebihi kemampuan unit kesehatan lokal untuk menanganinya. Adanya jumlah korban yang banyak mengakibatkan beban kerja jadi meningkat, sedangkan tingkat cedera yang berat akan membuat



Korban Tsunami mendapatkan perawatan dari tim gawat darurat 118 Yogyakarta yang tergabung dalam tim medis RS Dr Sardjito - UGM. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu sudah ada di beberapa kota di Indonesia. UGM mengadopsi sistem tersebut untuk diterapkan di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, terutama di pesisir pantai barat.



Foto: Nurcholid Umam

tingkat kesulitan kerja yang lebih tinggi. Secara singkat dapat dikatakan bahwa SPGDT untuk keadaan bencana adalah eskalasi atau peningkatan SPGDT untuk keadaan sehari-hari. Oleh karena itu untuk dapat menjalankan SPGDT dalam keadaan bencana, syarat yang harus dipenuhi adalah adanya SPGDT untuk keadaan sehari-hari yang sudah berjalan baik. Dengan kata lain, tidak mungkin SPGDT untuk keadaan bencana dapat berjalan baik apabila belum pernah ada SPGDT sehari-hari yang sudah mapan.

Dalam penanganan korban bencana tsunami di Aceh dan Nias yang lalu, walaupun belum optimal tim medis dari beberapa daerah seperti Makasar, Jakarta, Bandung, Manado, Surabaya, dan Yogyakarta sendiri bergerak sesuai sistem dalam SPGDT. Di Aceh sendiri, sebelum dan sesudah bencana tsunami belum ada sistem penanggulangan gawat darurat yang memadai. Sistem rujukan pelayanan kesehatan yang sudah ada pun belum berfungsi seperti yang diharapkan. Berbagai persoalan yang muncul akhirnya membuat tim *emergency DR Sardjito* dan FK UGM mencoba membentuk sistem penanggulangan gawat darurat yang terpadu di Aceh.

Semiloka SPGDT dan Pelatihan Kru Ambulans 118 Wilayah Aceh Barat dan Selatan.

Pengenalan awal SPGDT di Aceh oleh tim UGM dilakukan melalui semiloka sistem rujukan wilayah pantai Barat-Selatan NAD pada 12 Januari 2006. Semiloka yang dihadiri oleh kepala dinas kesehatan dan direktur rumah sakit di 6 kabupaten pantai barat NAD, ditindak lanjuti dengan kesepakatan bersama pembentukan SPGDT untuk wilayah pantai barat NAD dalam sebuah semiloka lanjutan tanggal 7-9 Mei 2006. Semiloka tersebut digelar untuk membentuk sistem rujukan pelayanan kesehatan di wilayah Aceh Barat Selatan dengan pusat rujukan di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Strategi yang dipakai dalam

semiloka ini adalah meningkatkan kemampuan (*capacity building*) sumber daya manusia setempat, mengingat bahwa prasarana dan sarana di wilayah tersebut tersedia dalam jumlah dan kualitas yang cukup serta pelatihan kru AGD 118 untuk semua peserta.

Pada hari pertama pelatihan, materi yang disampaikan adalah dinamika kelompok dan komunikasi oleh instruktur dari Pusbankes (Pusat Siaga Bantuan Kesehatan) 118 DIY. Peserta pelatihan sebanyak 12 tim yang berasal dari 6 kabupaten yaitu Kab. Aceh Jaya, Kab. Aceh Barat, Kab. Nagan Raya, Kab. Aceh Barat Daya, Kab. Aceh selatan dan Kab. Aceh Singkil. Setiap tim terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang perawat dan 1 orang sopir ambulans. Sementara pada hari kedua materi yang disampaikan tentang penanggulangan penderita gawat darurat, diantaranya meliputi materi Basic Life Support, stabilisasi transportasi, syok dan perdarahan, balut bidai, standard operating procedure ambulans gawat darurat 118.

Dan pada siang harinya, seluruh dokter bersama dinas kesehatan 6 kabupaten, anggota DPRD komisi B dan komisi D Kab. Aceh Barat, Direktur RSUD 6 kabupaten, dan Puskesmas perwakilan dari 6 kabupaten mengikuti semiloka. Materi yang disampaikan berupa SPGDT, AGD 118 dan kebijakan Depkes tentang penanganan gawat darurat. Pembicara yang dihadirkan antara lain Wakil Departemen Kesehatan RI, Prof. DR. Aryono P, SpB-KBD (AGD 118 Jakarta), dr. Adam Suyadi, SpB (Pusbankes 118 DIY), dr Hendro Wartatmo, SpB-KBD (AGD 118 DIY), dr Harris Martasaputra, SpA (Direktur RS CND), perwakilan PUSKESMAS dari wilayah Aceh Barat-Selatan dan perwakilan dinas kesehatan wilayah Aceh Barat-Selatan. Hari ketiga semiloka membahas draft *memorandum of understanding* (MOU) tentang SPGDT dan sistem rujukan dengan RS CND sebagai pusat rujukan. Sedangkan pelatihan kru AGD 118 membahas materi tentang SPGDT

bagi perawat dan paramedik serta standarisasi ambulans gawat darurat.

Hasil yang dicapai dalam pelatihan dan semiloka tersebut sangat beragam, diantaranya:

- a. Disepakatinya pelayanan gawat darurat di wilayah pantai Barat dan Selatan yang meliputi wilayah Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil. Kesepakatan tersebut dibuat atas dasar kemanusiaan semata, non profit, tidak membedakan suku, agama, ras, tingkat sosial dan golongan.
- b. Organisasi AGD 118 yang ada untuk sementara di beri nama Badan Kerjasama Aceh Barat-Selatan 118 (BASEL 118). Selanjutnya dr Harris Marta Saputra, SpA sebagai direktur RS CND diangkat sebagai koordinator tim AGD 118 wilayah pantai Aceh Barat dan Selatan. Keputusan ini diketahui oleh bupati Aceh Barat diwakili oleh sekretaris daerah wilayah Aceh Barat. Untuk selanjutnya akan diadakan pertemuan rutin bagi seluruh tim AGD 118 agar memperkuat pelayanan gawat darurat untuk masyarakat.

Kesepakatan tersebut ditandatangani oleh seluruh perwakilan untuk ditindaklanjuti pada masa yang akan datang. Usai penandatanganan kesepakatan, acara ditutup dengan penempelan sticker 118 pada ambulans peserta pelatihan sekaligus meresmikan terbentuknya BASEL 118. Seluruh program yang telah dilaksanakan merupakan tahap awal pembentukan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu dengan RS CND sebagai pusat rujukan. Program tersebut merupakan unsur penting untuk

memperkuat RS CND dengan melibatkan seluruh elemen kesehatan di wilayah Aceh Barat-Selatan.

Evaluasi dan Tindak Lanjut Basel 118

Menindak lanjuti semiloka yang telah dilaksanakan sebelumnya maka perlu dilaksanakan evaluasi untuk menilai sejauh mana perkembangan yang telah dilaksanakan oleh Tim Basel 118 serta untuk memelihara tim yang telah terbentuk tersebut. Semiloka lanjutan ini baru dapat dilaksanakan pada tanggal 23 Mei 2007 sebab terjadi gempa Jogja pada tanggal 27 Mei 2006 sehingga seluruh tenaga dan pikiran tim konsultan tercurah untuk penanganan gempa di Jogja.

Acara ini diikuti oleh 41 peserta terdiri atas dokter, perawat dan sopir ambulans yang berasal dari 6 wilayah yakni Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Singkil, Aceh Barat, Aceh Jaya, dan Nagan Raya. Pembukaan acara dilaksanakan oleh dr. Amir Hamzah, Sp.PD, M.Kes selaku Kepala dinas kesehatan Kabupaten Aceh Barat. Evaluasi ini dilaksanakan dengan memberikan kuesioner dengan hasil sebagai berikut:

- a. Peserta yang mengikuti semiloka ini hanya 28% yang ikut pada semiloka sebelumnya (semiloka Mei 2006). Hasil ini menunjukkan *turn over* peserta yang tinggi.
- b. 54% peserta yang menyatakan bahwa rumah sakit belum mempunyai sistem antisipasi bencana.
- c. 59% peserta menyatakan belum ada kerjasama dengan rumah sakit lain untuk antisipasi bencana.



Sesi praktek tindakan pada pelatihan kegawat daruratan medis di RS Cut Nyak Dhien yang difasilitasi oleh tim UGM dan tim 118 Yogyakarta.



Dokumen Clinical Services

Diskusi kelompok terarah (FGD) pada semiloka penerapan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) di pesisir pantai barat NAD. FGD difasilitasi oleh dr. Bowo (kanan), seorang dokter Brigade Siaga Bencana (BSB) dari Yogyakarta.

- d. 25% peserta yang menyatakan bahwa pernah diadakan latihan bersama antar rumah sakit dalam penanggulangan bencana.
 - e. 53% dokter yang sudah dilatih dan merasa mampu menangani kasus-kasus UGD.
 - f. 51% perawat yang sudah dilatih dan merasa mampu menangani kasus-kasus UGD.
 - g. 55% peserta menyatakan bahwa ambulans mereka secara fisik mendekati standart tapi tidak memiliki perlengkapan *life saving* yang sesuai standart.
 - h. 19% peserta menyatakan bahwa mereka memiliki sarana komunikasi baik di UGD dan di ambulans.
- Hasil-hasil evaluasi ini digunakan sebagai salah satu pertimbangan menyusun rekomendasi.

Acara dilanjutkan dengan kuliah dengan materi meliputi: *conceptual framework of disaster*, standar kompetensi dokter dan perawat, standar ambulans, komunikasi medik, dan *emergency networking*. Kemudian dilanjutkan dengan diskusi kelompok dan penyusunan rekomendasi. Hasil-hasil diskusi dan rekomendasi untuk Basel 118 adalah sebagai berikut;

1. Visi : Terbentuknya sistem *networking* Aceh Barat – Selatan dalam suatu organisasi Basel 118
2. Misi : Dalam pelayanan *prehospital*
 - memberikan pelayanan gawat darurat
 - memberikan pelayanan ambulans
 - meningkatkan SDM dari masing-masing anggota.
3. Struktur organisasi:
 - Ketua : RS CND
 - Sekretaris : RS Teuku Umar
 - Bendahara : RS Nagan Raya
 - Bidang pelayanan: Koordinator RS CND/RS Abdya
 - Bidang pengembangan SDM: RS Singkil dan Nagan Raya
 - Bidang manajerial: RS Tapak Tuan/ Aceh Jaya

4. Protap yang disusun:
 - Prosedur tetap sistem aktivasi
 - Prosedur tetap sistem komando
 - Pelaporan
 - Pertanggungjawaban
5. Standarisasi SDM dan sarana
 - Dokter dan perawat belum mengikuti pelatihan tentang gawat darurat. Solusinya antara lain: sosialisasi pada kru ambulans dan direktur, pengajuan proposal pelatihan, *monitoring* proposal, pelaksanaan pelatihan, evaluasi kinerja
 - Ambulans tidak standar, RS dan puskesmas tidak memiliki ambulans khusus gawat darurat. Solusinya: sosialisasi kepada kepala/direktur.
 - Ambulans tidak memiliki surat izin/surat izin mengemudi sopir yang baku untuk ambulans. Solusi: mengurus surat izin kendaraan, surat izin mengemudi untuk sopir disesuaikan.
 - Ambulans tidak memiliki peralatan *life saving* yang memadai, solusi: sosialisasi kepada direktur, mengajukan proposal pada dinkes dan pemda setempat.
 - Akan dilakukan penyusunan protap untuk ambulans diantaranya: protap kru ambulans, protap fisik ambulans, protap operasional ambulans, protap tindakan medis, protap peralatan medis/non medis, protap tentang obat-obatan gawat darurat.

Semiloka *Networking in Emergency Response*

Mengkaji semiloka yang telah dilaksanakan sebelumnya maka hal yang dipandang perlu ditindaklanjuti adalah bagaimana menumbuhkan motivasi, pembinaan sumber daya manusia dan kebersamaan yang akan menjalankan sistem tersebut. Selain itu, dengan semakin banyak bantuan dari luar yang akan berhenti termasuk dari UGM dan World Vision Australia/Melbourne University

dan adanya dana otonomi khusus dari Pemerintah akan disampaikan ke propinsi NAD pada tahun 2008 maka Dinas Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan Basel 118 bekerja sama dengan Universitas Gadjah Mada menyelenggarakan "Networking in Emergency Response Workshop". Dalam semiloka ini dibahas mengenai masalah teknis dan pendanaan untuk menjaga kesinambungan program tersebut.

Semiloka yang berlangsung tanggal 3-5 Agustus 2007 di Banda Aceh diikuti oleh 53 peserta yang terdiri atas tim Basel 118 yang dulu pernah hadir pada acara evaluasi dan tindak lanjut Basel 118 pada bulan Mei 2007 (dokter, perawat dan supir ambulans dari puskesmas dan RS) ditambah dengan perwakilan dari Dinas Kesehatan, PEMDA dan PMI. Pembukaan acara dilakukan oleh Kadinkes Propinsi NAD Bapak Anjar Asmara.

Acara kemudian dilanjutkan dengan pemberian materi tentang *networking* pada saat bencana terutama tentang beberapa *lesson learned* dari bencana yang pernah dialami di Yogyakarta dan Aceh yang disampaikan oleh Prof.Laksono Trisnantoro, PhD. Yang perlu digarisbawahi pada sesi ini adalah perlu dilakukan pengembangan kegawatdaruratan di Aceh Barat dan Selatan. Sehubungan dengan hal tersebut tentunya memerlukan dukungan Pemerintah Aceh. Dukungan tersebut dapat berupa pembelian peralatan untuk kelengkapan tim, latihan bersama dan pertemuan tahunan untuk terus meningkatkan semangat. Catatan penting dari Kadinkes sehubungan dengan materi ini adalah untuk pelatihan seperti ini sektor-sektor lain/program terkait di pemerintahan juga

harus diikuti sehingga mereka harus siap, Bappeda sebagai kaki tangan di bagian keuangan juga diikuti dalam tim. Selain itu Basel 118 ini dapat menjadi satu contoh untuk beberapa daerah lain ketika propinsi akan mengadakan satu pertemuan untuk melanjutkan ini dengan melibatkan beberapa pihak diantaranya PEMDA, Satkorklak, Satlak, Bagian Pembangunan untuk tiap-tiap Kabupaten.

Selanjutnya pada sesi 2 dilakukan *outbond training* yang dipimpin oleh Drs.Sumaryono. Pada outing ini dilaksanakan beberapa permainan untuk pembentukan tim *building*. *Outing* berlangsung selama 2 hari dengan mengambil lokasi di Pantai Lhok Nga Banda Aceh. Selain permainan-permainan, pada hari kedua juga dilakukan simulasi kasus "emergency response". Simulasi ini dilaksanakan dengan membagi peserta menjadi 3 kelompok besar yakni: *observer*, pasien dan penolong. Pada simulasi ini ditampilkan 1 kasus *emergency* yang mengakibatkan banyak korban luka dan meninggal. Diharapkan penolong dapat menunjukkan kerjasama tim yang baik untuk melakukan triase dengan metag dan melakukan transportasi ke rumah sakit dengan menggunakan ambulans. Nantinya kelompok –kelompok tersebut melakukan *rolling* peran. Ketika simulasi kasus dilakukan dengan proses tiga tahap, tampak bahwa ada peningkatan kualitas pelaksanaan.

Dari hasil *outing* didapatkan beberapa temuan penting diantaranya adalah proses OMT ini merupakan pemicu semata dan sebagai "trigger" bagi semua tim ambulans 118 untuk mengembangkan pola seperti ini secara

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD, dr. Anjar Asmara M.Kes, berdiskusi dengan tim Basel 118 pada kesempatan semiloka akhir di Aceh Barat.



Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Service

Mobil ambulans, salah satu aset bergerak, dalam waktu dekat akan dikelola oleh badan khusus di bawah Pemerintah Daerah.

berkesinambungan. Di akhir sesi ada kesepakatan antar peserta untuk melakukan proses latihan bersama secara terjadwal di masa yang akan datang. Sebuah kesadaran bersama untuk meningkatkan diri dan melakukan “preparedness” atau persiapan sebagai kunci kebersamaan yang telah terjadi. Rekomendasi yang didapat antara lain:

- a. kesepakatan yang telah dibangun oleh para peserta perlu didukung dan difasilitasi oleh pihak pengambil keputusan dalam hal ini Pemerintah Propinsi NAD dan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kodya di wilayah Barat Selatan NAD.
- b. kesepakatan para peserta harus ditindaklanjuti dengan program pelatihan teknis secara terjadwal. Hal ini penting sebagai cara untuk meningkatkan kompetensi dalam hal-hal teknis dan membangun kebiasaan untuk memecahkan permasalahan secara tim. Selain itu, kebiasaan untuk latihan bersama akan meminimalisasi hambatan-hambatan psikologis yang mungkin akan terjadi jika harus menangani permasalahan.

Pada hari ke-3 acara diisi dengan pemberian materi dasar-dasar pembentukan jejaring pelayanan gawat darurat, *succes story* Pusbankes 118 di Yogyakarta dan 118 Makasar, serta *volunters in disaster* yang dilanjutkan dengan diskusi kelompok. Dari hasil diskusi dihasilkan beberapa rekomendasi antara lain:

- a. Basel AGD 118 adalah suatu tim ambulans untuk penanganan pre rumah sakit, yang merupakan bagian dari penanganan terhadap pasien gawat darurat untuk wilayah Barat – Selatan, yang terdiri dari 6 Kabupaten, yaitu Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil.
- b. Struktur organisasi masih sama dengan kesepakatan sebelumnya hanya saja pada pertemuan ini langsung ditentukan personelnnya:
 - Ketua: RS CND (dr.Furqansyah)
 - Sekretaris : RS Teuku Umar
 - Bendahara : RS Nagan Raya (Broto)
 - Bidang pelayanan: Koordinator RS CND (dr. Agustia Sukri) / RS Abdya (dr.Malahayati)
 - Bidang pengembangan SDM: RS Singkil (dr.Tri Sari) dan Nagan Raya (dr.Hendra)
 - Bidang manajerial: RS Tapak Tuan (dr. Cut Dewi Kartika)/ Aceh Jaya (dr.Ira Silvia)
- c. Diadakan sosialisasi no telepon 118 melalui telkom dengan target waktu 1 bulan *post* semiloka.
- d. Diadakan pertemuan dan pelatihan secara reguler.
- e. Dadakan pertemuan lanjutan pada tanggal 4 November 2007 di Abdya untuk pembahasan proposal pelatihan
- f. Untuk lebih menguatkan komitmen anggota Basel 118, maka dari masing-masing anggota mengumpulkan iuran sebesar Rp.50.000,00 sebagai dana pelaksanaan kegiatan selanjutnya.

dr. Birowo Yudoprato, Sp.An



Supervisor Bagian Anestesi
RS Dr. Sardjito

“Merupakan suatu bukti bahwa daerah miskin, terpencil dan daerah perbatasan di Indonesia tidaklah sedikit dan permasalahannya sangatlah kompleks. Fakultas Kedokteran UGM sebagai pusat pendidikan dokter harus bisa peduli dan bertanggung jawab sebagai bagian tri darma perguruan tinggi. Untuk itu diperlukan pemikiran strategis dan prospektif dalam membantu daerah terpencil. Program Aceh ini bisa dijadikan model kerja sama dengan sumber dana pemerintah daerah setempat atau sumber dana lainnya dalam membantu dan mengembangkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Selamat atas keberhasilan RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran UGM dan Fakultas Psikologi UGM, semoga bermanfaat dan sukses.”

Seluruh rangkaian acara ditutup oleh course director dengan pesan bahwa ini merupakan awal kegiatan untuk memberi pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan. Bahwa meski bekerja di gawat darurat harus siap untuk tidak dapat apa-apa (sukarela), hal itu tidak akan membatasi gerak langkah tim dan diharapkan para anggota Basel 118 dapat membawa hasil semiloka selama 3 hari sebagai bahan advokasi ke daerah masing-masing.

Persiapan dan pengembangan UGD di wilayah Pantai Barat dan Selatan

Dalam rangka meningkatkan pelayanan medis di wilayah Pantai Barat dan Selatan khususnya RS Cut Nyak Dhien Meulaboh, yang diharapkan sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Aceh Barat, maka pelayanan yang profesional dan berkualitas menjadi program utama yang harus dilaksanakan di rumah sakit dan jaringan pelayanan kesehatan di sekitarnya. Unit gawat darurat sebagai pintu gerbang pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit harus memiliki kualitas pelayanan yang baik yang sesuai dengan standar. Untuk itu perlu disosialisasikan standar-

standar pelayanan maupun pendukung pelayanan yang harus dilaksanakan di unit gawat darurat sesuai yang ditetapkan oleh Dirjen Yanmed Depkes RI. Untuk itu diadakan semiloka untuk pengembangan UGD yang berlangsung pada tanggal 22 Mei 2007. Semiloka ini diikuti 20 peserta dari 6 RS di wilayah Pantai Barat dan Selatan. Penyajian acara ini antara lain dengan metode kuliah dengan materi tentang sistem penanggulangan gawat darurat terpadu dan materi yang mengacu pada ketetapan Dirjen Yanmed Depkes RI tentang standar-standar pelayanan dan pendukung pelayanan di unit gawat darurat dilanjutkan diskusi dan penyusunan rekomendasi. Hasil diskusi yang dihasilkan antara lain:

- Dari ke-5 rumah sakit yang didata, SDM yang bisa dipenuhi baru kurang lebih 40% baik dari segi kualitas maupun kuantitas (RS Teuku Umar belum dapat berfungsi mengingat operasional post tsunami bersama dengan RS CND).
- Untuk standar sarana dan prasana: pembagian ruang medis yang belum optimal, belum tersedianya *X-ray mobile*, ruang observasi belum optimal, belum adanya ruang operasi minor, peralatan *life saving*



RS Cut Nyak Dhien belum optimal, tampak pada foto rumah sakit pada waktu-waktu tertentu sepi pengunjung.

Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Services

dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD memberikan pengarahannya pada simulasi penanggulangan kegawatdaruratan di Banda Aceh. Simulasi dihadiri oleh semua tim Basel 118 dari 6 kabupaten di pesisir pantai barat.

belum memadai, obat-obatan emergency juga belum memadai, alur pasien yang masih bervariasi antar rumah sakit.

Diharapkan dari hasil semiloka ini dapat memberi gambaran bagi perwakilan masing-masing rumah sakit tentang standar pelayanan sesuai ketentuan yang ada dan dapat dijadikan bahan advokasi pada institusi yang terkait.

Penerbitan Buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY

Untuk mendokumentasikan berbagai pengalaman yang dirasakan atas terjadinya bencana di Aceh dan DIY, maka diterbitkanlah buku yang membahas tentang masalah kesehatan manajemen bencana. Buku tersebut bisa dijadikan sosialisasi aktifitas pengabdian masyarakat dari para staf pengajar di FK UGM mengenai bencana yang terjadi, khususnya di Aceh dan DIY. Pembuatan buku tersebut juga dimaksudkan sebagai sarana sosialisasi model pusat *Preparedness* bencana pada saat terjadinya bencana dan pelayanan gawat darurat. Isi buku terdiri dari tiga bagian, diantaranya pengantar yang berisi *pre event, event, damage, change of social function; responses* yang berisi *role of government, emergency response, emergency treatment, logistic, administration back up, leadership, surveillans*, promosi kesehatan dan *mental health*; dan bagian ketiga merupakan kesimpulan dari keseluruhan topik.

Tabel 1. Kontributor buku *Buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY*

No.	Nama Kontributor
1.	Agus Priyanto, SKM,Mkes
2.	Ali Ghufron Mukti, Prof. dr, MSc, Ph.D
3.	Andreasta Meliala, dr, Dipl.PH.
4.	Anis Fuad, S.Ked, DEA
5.	Bambang Suryono S, dr, Sp.An. KIC, M.Kes.KNA
6.	Bondan Agus Suryanto, dr, SE,MA,AAK
7.	Carla Raymondalexas Marchira, dr, Sp.J
8.	Endang L. Budiarti, Dra, M.Farm, Apt
9.	Hari Kusnanto, Prof. dr, DrPH
10.	Haripurnomo K, dr, MPH, DrPH
11.	Hendro Wartatmo, dr, SpB, KBD
12.	Julita Hendartini, Drg, Mkes
13.	Laksono Trisnantoro, Prof. dr, MSc.,Ph.D
14.	Mubasysyir Hasanbasri, dr, MA
15.	Riris Andono Ahmad, dr, MPH
16.	Sitti Noor Zainab, dr, M.Kes
17.	Subagyo Pramuwijoyo, DR, Ir, DEA
18.	Sulanto Saleh Danu, dr, Sp.FK
19.	Tri Baskoro Tunggul Satoto, dr, MSc, PhD
20.	VJ (Key Win)
21.	Winnie Setyonugroho, S.Ked.,MT
22.	Yayi Suryo Prabandari, Dra, Msi, PhD

Para kontributor modul manajemen bencana mempresentasikan masing-masing topik sesuai pengalaman bencana di Aceh dan Yogyakarta. Dari kanan dr. Hendro Wartatmo, dr. Sulanto Saleh, dan dr. Hariipurnomo.



Dokumen Clinical Services

Semiloka Manajemen Bencana di Sektor Kesehatan

Berdasarkan pengamatan dan partisipasi dalam usaha penanggulangan bencana selama ini, didapatkan kesan bahwa sampai saat ini belum ada pola penanganan yang jelas. Pendekatan usaha penanggulangan bencana dari aspek ilmiah pun belum dilakukan secara luas. Sementara pada sektor kesehatan, bencana sebagai *public health problem* belum banyak dikaji karena perhatian lebih banyak ditujukan pada *emergency medicine*. Karena permasalahan itulah, maka diperlukan usaha penanggulangan bencana agar diperoleh hasil yang baik. Pengembangan manajemen bencana dibutuhkan untuk menunjang *emergency medicine* agar usaha penanggulangan bencana dapat mencapai hasil yang lebih baik.

Salah satu usaha yang dilakukan adalah melalui penyelenggaraan semiloka. Tujuannya adalah memberikan pemahaman mengenai jenis-jenis bencana, memberikan pemahaman mengenai manajemen penanggulangan bencana, khususnya pada sektor kesehatan dengan pendekatan kesehatan masyarakat. Selain itu untuk menyiapkan peserta supaya dapat membuat perencanaan penanggulangan bencana sesuai keadaan daerah dan fungsinya masing-masing. Dalam rangka pengembangan modul, pada 30-31 Oktober 2006 diadakan *Training for Trainer (ToT)* di Kaliurang, Yogyakarta. TOT dihadiri 20 orang yang merupakan kontributor pada buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY. Pada TOT ini dihasilkan beberapa kesepakatan, antara lain dibentuknya 6 kelompok latihan *tabletop* yang meliputi *governance*, *medical emergency*,

logistic medik, *surveilans*, *promosi kesehatan* dan *mental health*.

Masing-masing *tabletop* berisi skenario-skenario berdasarkan pengalaman kejadian pada saat terjadinya bencana gempa di DIY dan pertanyaan-pertanyaan kunci yang berkaitan dengan skenario tersebut. Untuk lebih memantapkan modul yang digunakan pada semiloka ini maka diadakan *try out* untuk masing-masing *tabletop*. *Try out* berlangsung pada tanggal 13-21 November 2006 di laboratorium kepemimpinan yang terletak di gedung IKM lantai 3. *Try out* melibatkan mahasiswa S2, staf PMI, staf RS Bantul, staf Dinkes Bantul dsb. Dari kegiatan tersebut dihasilkan masukan-masukan untuk lebih menyempurnakan skenario-skenario yang ada di dalam *tabletop* dan masukan untuk para *trainer* bagaimana seharusnya cara untuk membawakan suatu latihan *tabletop*. Di wilayah Aceh semiloka Manajemen Bencana dilaksanakan dalam 2 tahap yakni pada tanggal 15 – 17 Desember 2006 dan 24 – 26 Mei 2007

Semiloka pertama diikuti 22 peserta dari 3 kabupaten yang meliputi 11 orang dari Kab Aceh Barat, 5 orang dari Kab Nagan Raya, 6 orang dari Kab Aceh Jaya dan 1 orang perwakilan WHO Banda Aceh. Semiloka dibuka oleh Hasan Abdullah selaku Asisten 2 Bupati Kabupaten Aceh Barat. Pada hari pertama diberikan pengantar pelaksanaan semiloka oleh dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD selaku *course director* dan kerangka konsep manajemen bencana yang dibawakan oleh dr. Hariipurnomo, MPH, DrPH. Setelah itu peserta dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kabupaten. Masing-masing kelompok membahas *tabletop exercise I* yakni *governance* di saat *preparedness* yang memberikan situasi yang nyata terjadi dalam salah satu bencana yang

Sesi diskusi kelompok pada sebuah semiloka Penggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) di sektor kesehatan.



Dokumen Clinical Services

telah lewat. Pada hari kedua peserta semiloka dibagi menjadi 5 kelompok berdasarkan *tabletop exercise* yang ada. Tiap-tiap kabupaten memiliki perwakilan diskusi di 5 kelompok *exercise*. *Tabletop exercise* antara lain membahas mengenai *medical emergency*, logistik medik, surveilans, promosi kesehatan dan *mental health*.

Akhirnya dari diskusi tersebut, hasil pada hari 1 dan 2 yang telah dilakukan dibawa untuk kemudian disusun rekomendasi berdasarkan wilayah kabupaten masing-masing di hari ke 3. Diantara rekomendasi tersebut terdapat kesepakatan kelompok mengenai definisi bencana. Hal tersebut penting untuk dirumuskan mengingat banyaknya cakupan definisi bencana dan apa saja yang nantinya bisa ditindak lanjuti dan didanai oleh masing-masing kabupaten.

Selain itu terbentuk pula draft struktur organisasi penanggulangan bencana yang berbeda-beda untuk masing-masing kabupaten. Secara umum organisasi ini diketuai oleh Satlak yang dalam hal ini adalah Bupati. Khusus untuk sektor kesehatan dibentuk struktur organisasi yang diketuai oleh Kadinkes yang membawahi 5 bidang seperti *medical emergency*, logistik medik, surveilans, promosi kesehatan dan bidang *mental health* dengan uraian tugas masing-masing. Satu bagian yang masih menjadi wacana adalah bagian aktifasi yang berperan penting untuk menggerakkan berbagai komponen pada saat terjadinya bencana. Mengenai masalah pendanaan, didapat dari APBN/APBD, NGO, WHO dan donor lain yang tidak mengikat. Sedangkan *networking* dilakukan dengan menjalin komunikasi yang baik dengan pemda dan struktur kesehatan yang lain di tempat tersebut seperti RS dan puskesmas.

Dari rekomendasi-rekomendasi yang telah dibuat akhirnya dapat disusun beberapa *Plan of Action* yang dilaksanakan dalam waktu 3 bulan. Seperti penyempurnaan hasil semiloka untuk dapat menjadi pedoman yang memperoleh kesepakatan bersama (2 minggu setelah semiloka), sosialisasi tingkat kecamatan dengan sasaran keuchik, guru, toga/toma (bulan I s/d bulan II), penyelenggarakan pelatihan penanggulangan bencana yang diikuti oleh 3 kabupaten (Aceh Jaya, Aceh Barat dan Nagan Raya) dengan narasumber tim penanggulangan bencana Jogja (bulan III). Sebagai sumber dana untuk kegiatan tersebut adalah BRR, NGO/WHO/UNDP, PMI dan pemda.

Berbeda dengan semiloka pertama, semiloka kedua yang dilakukan pada tanggal 24 – 26 Mei 2007 diikuti oleh 43 peserta dari 6 kabupaten yakni Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Singkil, Aceh Barat, Aceh Jaya, dan Nagan Raya. Diantaranya Kepala dinas kesehatan, Kepala bidang surveilans Dinkes Kabupaten, Kepala bidang logistik medik Dinkes Kabupaten, Kepala bidang yang menangani kesehatan jiwa Dinkes Kabupaten, Kepala bidang promosi kesehatan Dinkes Kabupaten, Ketua PMI, Direktur RSUD, Kepala perawat RSUD, Ketua Satlak Penanggulangan Bencana Kabupaten Aceh Selatan, dan kepala puskesmas terpilih.

Semiloka ini disajikan dengan metode kuliah, diskusi kelompok, dan penyusunan rekomendasi. Hari pertama semiloka, acara dibuka oleh Bapak Hasan Abdullah selaku Asisten 2 Bupati Kabupaten Aceh Barat. Peserta untuk hari pertama terdiri atas 3 Kabupaten yakni Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil. Untuk pembahasan hari pertama diberikan secara singkat materi tentang *ekstrahospital* yang terdiri atas 6 *tabletop*: peran pemerintah di masa persiapan, respon

dr. Risalia Reni Arisanti



Program Manajer
Divisi Clinical Services

“Bergabung dalam program kemanusiaan UGM-WVA-RS CND memberikan banyak pembelajaran bagi saya. Pembelajaran mengenai manajemen proyek, manajemen rumah sakit dan pembelajaran untuk mengharmonisasikan antara dua budaya yang berbeda. Semoga apa yang telah kita lakukan secara sinergis bersama teman-teman di wilayah aceh barat dan selatan dapat memberikan kemanfaatan yang tidak akan terputus dan silaturahmi yang telah kita jalin akan terus dapat berjalan

Seulamat bejuang syeidara lon yang na di Aceh Barat ngoen Selatan, semoga jeut ta cipta status kesehatan di sienan leu beih geit dari yang ka.”

medis akut, logistik medik, surveilans bencana, promosi kesehatan, dan kesehatan jiwa. Kemudian peserta dibagi menjadi 6 kelompok untuk mendiskusikan masing-masing materi tersebut.

Pada hari kedua workshop diberikan materi mengenai intrahospital secara singkat yang meliputi: *the management hierarchy, the clinical hierarchy, the nursing hierarchy*. Kemudian acara dilanjutkan dengan penyusunan konsep *disaster plan* untuk masing-masing kabupaten. Acara semiloka ini diakhiri dengan penyusunan rekomendasi bersama dari semua peserta semiloka dengan hasil sebagai berikut:

1. Setiap RS dan Dinkes harus membuat *disaster plan*.
2. Setiap kabupaten mengupayakan biaya untuk penyusunan dan pelaksanaan *disaster plan* sesuai dengan Kepmenkes 1653/Menkes/SK/XII/2005 untuk tahun 2007/20083.

3. UGM dapat memfasilitasi advokasi *disaster plan* ke 6 kabupaten dengan dana World Vision
4. Ke 6 Kabupaten (Aceh Jaya Aceh Barat, Nagan Raya, Abdy, Aceh Selatan, Aceh Singkil) membentuk forum jejaring dalam penanggulangan bencana (Perjanjian kerjasama menyusul) dan diusulkan pendanaan dari Propinsi.
5. Peserta semiloka akan dipanggil kembali untuk presentase hasil yang telah dibuat di masing-masing kabupaten

Dari seluruh rangkaian kegiatan yang telah dilaksanakan, masih menyisakan pekerjaan rumah yang cukup besar untuk menjaga kesinambungan tim Basel 118 yang telah terbentuk. Selain itu pematangan konsep *disaster plan* dari masing-masing wilayah Barat Selatan juga harus selalu dipantau demi tercapainya usaha penanggulangan bencana secara komprehensif.

Presentasi masing-masing kelompok latihan table top pada semiloka SPGDT sektor kesehatan. Semiloka dilakukan di Aceh Barat dengan melibatkan peserta dari 6 kabupaten pesisir pantai barat NAD.



Clinical Service Document

Komponen 3

Sistem Manajemen Mutu RS Cut Nyak Dhien

Atien Nur Chamidah

Pengembangan Dokumen Mutu RS Cut Nyak Dhien

Dalam rangka kegiatan pengembangan sistem manajemen mutu RS Cut Nyak Dhien, *Clinical Services Division* membentuk sebuah tim yang diberi nama tim CliQ (Clinical Quality). Tim yang dikoordinir oleh dr. Rukmono Siswishanto, M.Kes, Sp.OG (K) ini melakukan pengembangan berbagai dokumen manual mutu klinik. Dokumen-dokumen tersebut adalah Pedoman Pelayanan Medis, Prosedur Tetap Pelayanan Klinik, Indikator Pelayanan Minimal, uraian tugas, Hospital bylaws, dan Standar Manual Mutu. Dokumen-dokumen tersebut diadopsi dari dokumen-dokumen yang sudah tersedia kemudian dilakukan penyesuaian dengan kondisi RS Cut Nyak Dhien.

Kegiatan pengembangan dokumen mutu di RS Cut Nyak Dhien diawali dengan sosialisasi draft Pedoman Pelayanan Medis dan Standar Manual Mutu yang telah disusun oleh tim CliQ (Clinical Quality) pada bulan Juli 2006 yang dilanjutkan dengan berbagai kegiatan sosialisasi lanjutan dan proses revisi. Sosialisasi pedoman pelayanan medis terutama dilakukan oleh residen yang tergabung dalam tim medis setiap angkatan. Pertemuan rutin setiap hari

Kamis banyak dimanfaatkan untuk kegiatan ilmiah berupa presentasi mengenai pedoman pelayanan medis maupun prosedur tetap pelayanan medis suatu unit. Pada kesempatan inilah diharapkan adanya masukan-masukan dari staf lokal RS CND yang bermanfaat bagi proses revisi.

Salah satu kendala dalam penyusunan dokumen ini adalah tidak adanya dokter definitif di semua unit pelayanan RS Cut Nyak Dhien. Proses revisi dan koreksi selanjutnya dilakukan oleh supervisor masing-masing bagian di FK UGM/RS Sardjito yang telah melakukan supervisi ke RS CND. Semua proses ini ternyata tidak mudah dan memerlukan waktu yang cukup lama, hingga akhirnya pada bulan Agustus 2007, tim CliQ berhasil menyelesaikan proses ini dan menyerahkan draft Pedoman Pelayanan Medis RS Cut Nyak Dhien untuk sepuluh besar penyakit di sembilan unit pelayanan, yaitu: penyakit dalam, anak, bedah, obgyn, anestesi, mata, THT, syaraf, dan jiwa. Namun, dokumen pedoman pelayanan medik ini tetap masih memerlukan revisi, terlebih lagi jika RS CND telah memiliki dokter definitif di masing-masing unit yang nantinya akan menggunakan dokumen ini sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Tim Manajemen Representatif (MR) RS Cut Nyak Dhien dibentuk dalam rangka mendukung perbaikan mutu pelayanan rumah sakit. Tim ini sudah secara langsung dibimbing oleh tim CliQ (Clinical Quality) Program Aceh RS Dr Sardjito - UGM sejak tahun 2006.



Clinical Service Document

Proses revisi selanjutnya akan menjadi tanggung jawab komite medik RS Cut Nyak Dhien.

Dokumen lain yang penting sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan klinik adalah prosedur tetap. Proses penyusunan dokumen yang diadopsi dari dokumen RS Sardjito ini banyak melibatkan peran mentor yang melakukan aktivitas mentoring di unit-unit penunjang. Selain melakukan aktivitas *mentoring*, mentor juga mendapat tugas untuk menyusun prosedur tetap bersama dengan staf lokal di masing-masing unit. Sebelum diserahkan dan ditetapkan oleh Direktur RS CND, draft prosedur tetap yang telah tersusun terlebih dahulu dikoreksi oleh supervisor di setiap unit. Bersamaan dengan penyerahan dokumen pedoman pelayanan medik, tim CliQ juga menyerahkan sembilan dokumen prosedur tetap, yaitu: farmasi, gizi, radiologi, IGD, laboratorium, kamar operasi, ICU, keperawatan, dan rehabilitasi medik.

Seperti halnya dokumen pedoman pelayanan medik, dokumen prosedur tetap ini tentunya masih memerlukan berbagai revisi yang berkelanjutan.

Indikator pelayanan minimal RS CND merupakan salah satu dokumen yang dihasilkan dalam acara *workshop* manajemen yang diselenggarakan pada bulan Agustus 2007. Peserta *workshop* yang terdiri dari staf manajemen RS CND dari semua level merumuskan bersama indikator-indikator minimal yang harus dipenuhi dalam pemberian pelayanan. Penyusunan indikator ini berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Indikator yang telah disusun adalah indikator pada tingkat unit kerja maupun indikator tingkat rumah sakit. Indikator yang telah disusun adalah indikator pada tingkat unit kerja maupun indikator tingkat rumah sakit yang secara jelas terlihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Indikator kinerja rumah sakit RS Cut Nyak Dhien Aceh Barat

Unit Kerja	Nama Indikator
Rumah Sakit Keseluruhan	<ul style="list-style-type: none"> Rasio jumlah perawat/bed Rasio jumlah paramedis (perawat) terhadap jumlah pasien Cost recovery
Pelayanan Kamar Operasi	Waktu tunggu operasi elektife
Pelayanan Rawat Jalan	<ul style="list-style-type: none"> Pemberi pelayanan di klinik spesialis Waktu tunggu di rawat jalan Buka pelayanan sesuai ketentuan
Instalasi Gawat Darurat	<ul style="list-style-type: none"> Jam buka pelayanan gawat darurat Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Kepuasan pelanggan pada IGD
Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap
Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Rehabilitasi Medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi/fisioterapi yang direncanakan
Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Pelayanan Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Jumlah pelayanan Gakin dalam 1 bulan
Pelayanan Pengolahan Limbah	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Instalasi Gizi	Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet
Pelayanan Transfusi Darah	Angka Kejadian reaksi transfusi
Pelayanan Rekam Medis	Waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat inap
Pelayanan Ambulans/Kereta jenazah	Kecepatan pelayanan Ambulans/Kereta jenazah
Pelayanan Adiministrasi Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Instalasi Perawatan Sarana dan Prasarana RS (IPSR)	Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Masing-masing indikator mempunyai periode analisis yang berbeda-beda dan memerlukan waktu pengumpulan data yang berbeda-beda. Hingga saat ini proses pengumpulan data dan analisis belum dilakukan, namun ke depan diharapkan RS CND melalui tim Manajemen Representatif mempunyai komitmen untuk melakukan proses ini, sehingga nantinya ada tolok ukur jelas mengenai kualitas pelayanan RS CND.

Dari sisi manajemen ada beberapa dokumen yang bisa dijadikan pedoman dalam mengelola manajemen RS CND, yaitu Sistem Manual Mutu, *Hospital Bylaws*, dan uraian tugas masing-masing staf. SMM dan *Hospital Bylaws* telah disosialisasikan kepada jajaran manajemen RS CND pada bulan Agustus 2007 oleh dr. Hanevi Djasri, MARS dan dr. Tjahjono Kuntjoro, MPH, Dr.PH selaku konsultan dalam pengembangan dua dokumen ini.

Sistem Manual Mutu (SMM) adalah dokumen yang membahas tentang uraian singkat mengenai manajemen mutu, tanggung jawab manajemen, pengelolaan sumber daya, realisasi pelayanan, serta pengukuran, analisis, dan perbaikan. Pada dokumen ini juga telah dijelaskan tugas dan fungsi tim *Management Representative* dalam mengimplementasikan sistem mutu yang telah didokumentasikan.

Hospital Bylaws (Peraturan Internal Rumah Sakit) merupakan salah satu bentuk aturan tertulis yang berlaku khusus di suatu rumah sakit dengan tujuan untuk melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan rasa keadilan. Peraturan Internal Rumah Sakit ini terdiri dari

dua bagian utama, yaitu *corporate by laws* yaitu peraturan yang mengatur rumah sakit secara umum dan *medical staff by laws* yaitu peraturan yang mengatur tentang tata kelola tenaga medis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Meningkatnya kesadaran masyarakat akan hukum akhir-akhir ini, menyebabkan banyak tuntutan hukum terhadap rumah sakit, sehingga aturan tertulis ini akan menjadi acuan tertulis yang sangat penting dan berfungsi sebagai dasar dalam menyusun peraturan operasional sehari-hari di lingkungan RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Penyusunan uraian tugas masing-masing staf difasilitasi oleh mentor yang melakukan program *mentoring* di unit-unit penunjang. Adanya uraian tugas yang jelas dari masing-masing staf di suatu unit ini diharapkan dapat meningkatkan profesionalitas staf dan keteraturan manajemen RS CND. Dalam implementasinya dokumen ini memerlukan proses pengawasan yang berkesinambungan dari pihak manajemen serta perlu adanya sistem *reward* dan *punishment*, serta pendidikan tingkat lanjut kepada staf yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya staf RS CND.

Membangun Komitmen Bersama dalam Pengembangan Mutu Pelayanan

Dalam mewujudkan komitmen bersama, kegiatan yang pertama kali diselenggarakan oleh tim CliQ adalah serangkaian sosialisasi dan *Workshop* Manajemen Mutu yang dilaksanakan pada tanggal 3-5 Juli 2006. Pada tahap selanjutnya, untuk mempermudah koordinasi dengan RS CND, tim CliQ meminta direktur RS CND



Dokumen Clinical Services

Setiap karyawan rumah sakit mempunyai peran dan tanggung jawab yang berbeda. *Hospital Bylaws* atau tata kelola rumah sakit adalah dokumen resmi dalam mengatur tanggung jawab tersebut.



Clinical Service Document

Pendaftaran pasien di fasilitas rawat jalan sudah menggunakan sistem yang terpusat. Sistem ini sangat membantu dalam mentertibkan registrasi pasien di rumah sakit.

membentuk sebuah tim yang kemudian bernama tim *Management Representative* (MR). Tim ini akan bertugas sebagai motor penggerak perubahan di RS CND. Berdasarkan SK no.... tim MR terdiri dari 7 orang staf yang berasal dari jajaran manajemen RS dan unit-unit penunjang pelayanan. Namun, pada pelaksanaannya tim ini tidak dapat menjalankan fungsinya dengan baik karena belum adanya penjabaran tugas dan fungsi yang jelas serta terjadinya mutasi tugas anggota MR dari RS CND ke Dinas Kesehatan.

Pada acara *workshop* manajemen bulan Agustus dilakukan perombakan tim MR. Kali ini, anggota tim MR dianggap cukup mewakili seluruh staf RS CND karena langsung dipilih oleh peserta *workshop* yang berasal dari perwakilan manajemen semua unit. Tim kedua ini terdiri dari 11 orang yang dikoordinir oleh dr. Akbar Siregar, Sp. PD. Berdasarkan SK Kepala BP RS CND No: 445/1163/IX/2007, anggota tim MR mempunyai tugas utama sesuai Tupoksi yang ditetapkan dalam Perda dan mempunyai tambahan tugas sebagai Wakil Manajemen (*Management Representative*), antara lain:

- Bertanggung jawab akan implementasi dan tinjauan yang efektif dari sistem manual mutu dan sistem mutu lainnya yang didokumentasikan.
- Merencanakan dan memantau program audit mutu internal.
- Mengidentifikasi dan mengelola program untuk perbaikan sistem mutu yang berkelanjutan.
- Menentukan apakah kebijaksanaan dan penerapan yang diajukan telah memenuhi persyaratan standar, sesuai dengan jasa yang ditawarkan, ditetapkan dengan benar dan ketidaksesuaian telah diperbaiki.

- Mengkoordinir pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen.
- Bertanggung jawab dan melaporkan kepada direktur perihal status penerapan sistem manajemen mutu minimal satu bulan sekali.
- Sebagai penghubung dengan pihak luar dalam hal penerapan sistem manajemen mutu RS Cut Nyak Dhien.
- Dalam menjalankan tugasnya, MR bersifat independen diluar struktural rumah sakit dan berhak atas kewenangan yang bertujuan kepada peningkatan mutu RS.

Beberapa perubahan baru yang telah difasilitasi oleh tim MR antara lain pengaktifan pertemuan mingguan dengan agenda yang telah ditetapkan, pembenahan sistem logistik, pengaktifan kembali komite medik, dan pembentukan komite keperawatan. Ke depan tim ini masih mempunyai suatu tugas yang cukup berat yaitu untuk mempersiapkan RS CND menuju badan hukum baru yaitu Badan Layanan Umum.

Studi Banding *Clinical Quality* dan *Patient Safety* di Australia

Setelah sempat timbul keraguan apakah urusan visa ke Australia bisa selesai semuanya sebelum tanggal 20 Juni, akhirnya tim bisa agak lega. Semua visa dan urusan SKCK dapat diselesaikan. Tiket pesawat yang semula belum jelas akhirnya dapat dipastikan dan tim berangkat menggunakan Qantas pada tanggal 22 Juni 2007 pukul 01 dinihari dari Jakarta, transit di Perth. Tim *study tour* ini terdiri dari 8 orang, yaitu: dr. Haris, , dr. Akbar, Drs. Adnan, Drs. Muharir, dan Dahliana AMK dari RS Cut Nyak

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit harus didukung dengan karyawan yang profesional dan penuh tanggung jawab.



Dokumen Clinical Services

Dhien; dr. Yani dari FK Unsyahi; serta dr. Rukmono dan dr. Atien dari FK UGM.

Hari pertama *study tour* diawali dengan bertemu Mia Urbano yang menjemput tim di lobby. Sesampai di *Royal Children Hospital*, mereka bertemu dan berkenalan dengan dr. Karen Dunn yang akan menjadi fasilitator *study tour* ini. Dr. Karen Dunn memberikan penjelasan tentang tujuan program *study tour* dan pengertian mengenai *quality&safety* yang merupakan bidang keahliannya di RCH. Tujuan utama *study tour* ini adalah untuk meningkatkan semangat dan kemampuan para peserta untuk memajukan RS CND. Karena itu diharapkan para peserta dapat aktif dan bila perlu mengusulkan topik-topik yang lebih sesuai dengan kebutuhan. Tim ingin RS CND dapat menjadi RS yang unggul di kawasan Aceh Barat karena dapat memberikan pelayanan terbaik dan mencapai hasil terbaik bagi masyarakat pelanggannya.

dr. Karen Dunn mengenai *quality* dan *safety* menjelaskan mengenai masalah *quality* (mutu) dan *safety* (keselamatan) menjadi isu yang penting karena ternyata banyak kejadian di RS tak diharapkan berupa cedera dan komplikasi akibat pelayanan klinis yang semestinya bisa dicegah atau tidak perlu terjadi manakala *quality & safety* dikelola dengan sebaik-baiknya. *Safety* berarti pasien dan keluarganya terbebas dari cedera atau komplikasi ketika menggunakan jasa RS dari awal hingga akhir. Semuanya (tidak hanya pekerjaan dokternya saja) harus dilakukan secara benar sepanjang pelayanan itu dilakukan. Ini memerlukan keterlibatan aktif dari semua: pasien & keluarganya, staf (semua pegawai RS termasuk direktur, dokter, perawat, administrasi, tukang cuci, dsb), lingkungan RS, budaya & *leadership* di tempat kerja, aturan-aturan, *Qanun*,

dsb. Sedangkan, mutu berarti terpenuhinya standar dan harapan pelayanan RS dalam hal: keselamatan, efektifitas, kesesuaian, penerimaan oleh pelanggan, aksesabilitas, dan efisiensi. Untuk mengetahui apakah RS sudah dapat memenuhi standar dan harapan seperti itu, maka diperlukan indikator atau parameter yang datanya perlu dikumpulkan terus menerus dari waktu ke waktu agar dapat dianalisis dengan benar. Contoh indikator keselamatan misalnya angka kejadian infeksi *nosokomial*, efektifitas misalnya angka kematian pasien cedera kepala yang berobat di RS CND, dan sebagainya.

Pada hari pertama kegiatan ini, tim juga berkesempatan untuk bertemu dan berdialog dengan dr. Tony Cull (CEO RCH). Menurut penjelasan dr. Cull, RCH merupakan RS Anak rujukan di negara bagian (propinsi) Victoria yang melayani sekitar 5 juta penduduk dengan jumlah anak-anak sekitar 1 juta. Jumlah pasien UGD dan poli sekitar 4000/minggu atau sama dengan 800/hari. RCH memiliki 260 bed (termasuk 30 PICU dan 30 NICU) dengan jumlah tenaga medis 900 perawat dan 500 dokter. Berdiri sejak 1963, RCH memiliki reputasi yang baik, memiliki beberapa pusat unggulan, sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan memiliki jangkauan layanan internasional. Jadi ada unit khusus yang disebut *Royal Children Hospital International* yang pada waktu kejadian tsunami menyiagakan sebanyak 200 personil RS yang bisa dimanfaatkan untuk memberikan bantuan. RCH memperoleh pendanaan dari pemerintah (baik nasional maupun dari propinsi/state), dana masyarakat, dan lembaga-lembaga donor. RS ini akan menempati lokasi baru dengan desain bangunan berdasar perubahan konsep dalam pelayanan, sedangkan gedung lama akan dirobohkan untuk dijadikan taman.

Visi RCH, yaitu *To be a GREAT hospital* (menjadi RS yang unggul) dikembangkan melalui proses panjang yang dilakukan untuk menjangkau aspirasi dan keinginan-keinginan semua staf dan stakeholder (pemerintah, masyarakat), lalu dirumuskan oleh pimpinan RS. Proses itu dapat melalui diskusi-diskusi, pertemuan-pertemuan, menganalisis saran-saran dan kritik, dsb. Jadi pernyataan dan isi visi itu tidak berasal dari pimpinan RS, tetapi lebih merupakan kristalisasi atas semua keinginan para pihak yang berkepentingan dengan keberadaan RS tentang akan jadi seperti apakah RS ini di masa depan. Visi yang dikembangkan dengan cara seperti inilah yang akan dapat memberikan motivasi kepada seluruh staf untuk memberikan sumbangan terbaik bagi kemajuan RS.

Sesi belajar di hari kedua diawali dengan *facility tour* di RCH. Ada beberapa fasilitas yang membuat tim terkesan. *Family Resource Centre* merupakan fasilitas yang disediakan untuk para keluarga untuk beristirahat ketika menunggu waktu bertemu, mengisi waktu dengan kegiatan membaca, mengakses intranet, berganti baju, dan sebagainya. Fasilitas ini sangat bermanfaat bagi keluarga yang datang dari tempat jauh. Pasien bisa masuk ke RCH melalui poliklinik atau UGD. Terdapat fasilitas pendaftaran untuk membuat perjanjian bertemu dengan dokter yaitu di *counter* yang disebut dengan *outpatient appointments*. Sistem penunjuk & sarana komunikasi di RS ini sangat komunikatif. Poliklinik dikelompokkan jadi tiga, yaitu kelompok *Blue Desk*, *Red Desk*, dan *Green Desk*. Lift diberi warna yang berbeda untuk tujuan fasilitas tertentu yang berbeda. Fasilitas umum misalnya: toko, kafe, telepon umum, dan bazaar amal juga tersedia. Barang-barang *merchandise* RS dipajang dan bisa dibeli. Di lobby disediakan telpon gratis untuk memanggil taksi (kerjasama dengan perusahaan taksinya). Perhatian yang

cukup besar terhadap kenyamanan pasien tampak dengan tersedianya ruang bius khusus, jadi sebelum dibius orang tua bisa mendampingi sampai pasien tertidur, setelah selesai operasi, orang tua diminta ikut di ruang pulih sehingga ketika sadar pasien langsung berjumpa dengan orang tuanya. Hal ini dapat mengurangi stress anak yang dioperasi.

Penjelasan lebih detail mengenai program *clinical quality & patient safety* di RCH dijelaskan lebih lanjut oleh tim *clinical quality & patient safety*. Seperti yang dijelaskan oleh Vanessa Lane (*Clinical Risk Manager*) bahwa setiap kejadian atau keadaan yang menimbulkan atau berpotensi dapat menimbulkan sesuatu yang tidak diharapkan atau mencederai pasien dalam proses pelayanan yang sedang diberikan kepadanya (marabahaya) perlu dilaporkan. Agar setiap petugas sukahati dalam memberikan laporan tersebut, maka perlu dikembangkan dan dilaksanakan secara konsisten: budaya tidak menyalahkan. Menyalahkan (blaming) tidak pernah akan berdampak baik terhadap peningkatan keselamatan (safety). Sistem pelaporan dan pengolahan data tentang marabahaya di RCH menggunakan program komputer yang disebut *Riskman*. Selain itu, tim juga mendapatkan penjelasan tentang *patient liaison*, yaitu petugas yang menjadi penghubung (komunikator) antara pasien/keluarganya dengan pihak RS. Area tugasnya adalah mengelola keluhan pasien maupun hal-hal yang bersifat positif. Unit *Patient Liaison* bekerja dalam hari dan jam kerja. Bila ada keluhan diluar jam kerja dan sifatnya urgent atau mendadak maka akan ditangani oleh kepala perawat jaga dan diselesaikan atau diteruskan pada hari kerja berikutnya.

RCH sangat menerapkan konsep peduli *customer* dan akuntabilitas. Ada empat hal yang menjadi konsep dasar *patient & family centred care*, yaitu: (1) martabat & rasa



Para peserta studi tur *Hospital Quality and Patient Safety* di *Royal Children Hospital Australia*.

Dokumen Clinical Services

Manajer Program
Divisi Clinical Services

“Tidak kurang dari 1,5 tahun bergabung dengan Program Aceh sungguh pengalaman tak terlupakan. Sebagai seorang lulusan muda, Program Aceh seperti lautan ilmu, yang manfaatnya tak pernah habis, selalu ada hal-hal baru yang bisa dipelajari. Ilmu yg belum kami dapatkan dari bangku kuliah seperti manajemen logistik atau manajemen rumah sakit, kepemimpinan, pelatihan dan sebagainya. Ijinkan kami mengucapkan terima kasih atas kesempatan menimba ilmu dari guru-guru terbaik yg bisa saya temui baik dari Fakultas Kedokteran dan Psikologi UGM, RS Dr. Sardjito, Bapelkes Gombong dan terutama RS Cut Nyak Dhien.

Hal lain yang paling tak terlupakan adalah mengenai dinamika kerja dan tim kerja terutama ketika harus menghadapi perubahan. Berhasil melewati krisis perubahan manajemen pada saat itu adalah bukti hasil kerjasama tim dan keyakinan bahwa perubahan akan memberikan manfaat bagi semua bukan sebaliknya.”

hormat, (2) berbagi informasi, (3) partisipasi, dan (4) kolaborasi. RCH diakreditasi oleh ACHS pada bulan Maret 2007. Standar yang dipakai adalah The ACHS EquIP 4. Dalam standar tersebut standar dikelompokkan menjadi 3 grup: *clinical* (klinis), *support* (penunjang), dan *corporate* (manajemen). Untuk meningkatkan partisipasi para staf dan pegawai dalam kegiatan akreditasi, dibuat lembar informasi akreditasi berisi pertanyaan-pertanyaan tentang pokok-pokok yang perlu diketahui dan diberikan petunjuk dimana informasi tersebut dapat diperoleh. Website RCH juga memuat informasi-informasi yang diperlukan berkaitan dengan akreditasi.

Pada kegiatan *study tour* ini tim juga berkesempatan mengunjungi Wimmera Base Hospital. Sebuah rumah sakit yang terletak di kota kecil bernama Horsham. Dilihat dari jumlah tempat tidurnya, tipe rumah sakit ini tidak jauh berbeda dengan RS CND. Namun, banyak hal menarik yang bisa dipelajari dari Wimmera Base Hospital. RS itu telah menerapkan *clinical governance* dengan cara yang sangat baik. Sistemnya jelas, dapat dilaksanakan, dan berkesinambungan. Hal itu tentu tak lain karena kepemimpinan dari Prof. Alan Wolff. Tidak menyangka dari RS kecil di daerah seperti itu ternyata sudah menghasilkan banyak publikasi di jurnal tentang manajemen risiko. Menurut Prof. Alan untuk mengimplementasikan program *clinical governance* terdapat delapan belas langkah yang sudah dilakukan di Wimmera Base Hospital dan menunjukkan hasil yang baik. Diantara langkah-langkah tersebut yang harus secepatnya bisa dicontoh oleh RS CND adalah menggunakan cara-cara yang konstruktif dan bersifat jangka panjang untuk melakukan perubahan budaya. Berkomunikasilah secara terbuka dan jujur, menghormati perubahan sistem yang mungkin menyakitkan dan gunakan cara-cara yang tidak bersifat menghukum bila terjadi kesalahan.

Study tour yang berlangsung selama sepuluh hari ini diharapkan dapat menjadi suatu titik awal perubahan

RS CND menuju peningkatan kualitas pelayanan. Berbagai pembelajaran yang didapatkan diharapkan dapat diimplementasikan sesuai dengan kondisi RS CND, seperti yang telah dijelaskan oleh dr. Haris Marta Saputra, direktur RS CND pada sesi akhir *study tour* ini bahwa hal-hal positif yang didapatkan dari RCH maupun Wimmera Base Hospital yang dikelompokkan menjadi manajemen, sumber daya manusia, sistem keuangan, mutu dan keselamatan, serta fasilitas dapat dijadikan contoh bagi RS CND. Selain itu, dr. Akbar Siregar dalam presentasinya dalam acara “Sosialisasi Hasil Studi Banding Australia” menyebutkan bahwa program peningkatan mutu pelayanan medis yang bisa diaplikasikan di RS CND adalah sebagai berikut: laporan kasus yang bermasalah lintas instalasi, laporan kasus kematian, penyediaan sarana perpustakaan beserta literatur ilmiah, temu ilmiah, kursus ilmiah berkala, *mentoring*, serta bimbingan senior-junior.

Kaji Banding RS Cut Nyak Dhien

Kaji banding tim manajemen RS CND dibagi dalam 2 kegiatan yaitu : Forum Mutu IHQN 2007 berlangsung tanggal 28-30 Agustus 2007 di Surabaya dan Kaji Banding di RSU Tabanan di Bali, yang berlangsung tanggal 31 Agustus 2007- 2 September 2007.

Forum Mutu IHQN 2007 yang berlangsung selama 3 hari, mempunyai tema “Tantangan Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan : Antara Keselamatan Pasien, Biaya dan Efisiensi”. Materi disajikan dalam 3 bentuk yaitu kuliah umum, diskusi kelompok dan sesi pelatihan. Kuliah umum yang disampaikan oleh pengambil kebijakan di tingkat pusat bermaterikan peningkatan mutu pelayanan kesehatan terhadap publik. Kelompok diskusi dibagi dalam 3 kelompok sesuai dengan kerangka acuan peningkatan mutu Donald Berwick yaitu kelompok A, B dan C. Kelompok A terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks sesi mikro organisasi yang melibatkan/diikuti praktisi pelayanan

kesehatan (dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, penunjang medis dan staf klinisi lain). Kelompok B terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks organisasi, yang terutama ditujukan kepada para manajer dan pengelola sarana pelayanan kesehatan (staf manajemen, direktur rumah sakit, kepala bidang, kepala puskesmas dll). Kelompok C terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks di luar praktisi pelayanan kesehatan dan manajer tetapi yang masih terlibat langsung atau yang disebut dengan regulator pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, pihak asuransi, LSM dan sebagainya). Sesi pelatihan dilakukan dalam bentuk simulasi yang dilakukan pada hari III dengan mengambil contoh kasus untuk kemudian dipecahkan secara bersama oleh elemen yang terlibat.

Pada forum ini juga dilakukan pertemuan antara Tim RSU CND, Tim Pengarah dari RSU Dr. Sardjito Yogyakarta dan Karen Dunn, MD, Pediatric sebagai Fasilitator Utama dari Australia. Pertemuan ini mendiskusikan tentang kondisi terakhir di RSU CND Meulaboh, dan perubahan-perubahan yang telah dilakukan paska kaji banding di Australia. Secara umum hasil yang didapat dari Kegiatan Forum Mutu IHQN 2007 adalah :

1. Keselamatan pasien, biaya dan efisiensi merupakan indikator utama yang harus diperhatikan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RS
2. Integrasi antara keselamatan pasien, besarnya biaya dan efisiensi memerlukan suatu instrument/sistem yang baik. Dalam menyusun instrument/sistem tersebut melibatkan berbagai pihak praktisi kesehatan, pihak manajer, dan regulator kesehatan
3. *Diagnostic Related Group* Indonesia (DRG) merupakan salah satu instrument atau sistem yang akan diterapkan di RS Pemerintah di Indonesia dalam

peningkatan mutu pelayanan di RS, yang akan di uji coba pada beberapa rumah sakit di Indonesia

4. Instrumen atau sistem yang baik untuk mencapai target dalam hal keselamatan pasien, biaya dan efisiensi dapat juga dibentuk disuatu rumah sakit dengan menyesuaikan sumber daya yang ada di rumah sakit, kondisi masyarakat yang juga melibatkan pengambil keputusan di daerah. Sistem/instrumen yang terbentuk harus selalu dievaluasi sehingga menghasilkan instrumen/sistem yang baik.

Sementara itu Kaji Banding Di RSU Tabanan Bali dilakukan selama 2 hari. RSU Tabanan Bali 6-7 tahun yang lalu mempunyai kondisi yang sama persis dengan kondisi RSU CND saat ini. RSU Tabanan Bali saat ini sudah menjadi RSU Pemerintah yang menjadi acuan untuk RSU pemerintah type C, sehingga RSU Tabanan sering dijadikan tempat kaji banding untuk rumah sakit tipe C diseluruh Indonesia. RSU Tabanan sejak Juni 2006 sudah menjadi RSU dengan status BLU (Badan Layanan Umum).

Kaji banding yang dilakukan dari bidang manajemen meliputi semua aspek secara umum. Karena keterbatasan waktu yang hanya 2 hari beberapa yang bisa tim hasilkan antara lain :

1. Sejarah ringkas RSU Tabanan mulai dari RSU yang kotor, kumuh, kumal, kacau, menjadi RSU yang bersih, rapi, tertib, teratur, rapi dan ramah
2. Wawancara dan diskusi dengan direktur RSU Tabanan tentang strategi kepemimpinan di RSU Tabanan
3. Wawancara dan diskusi dengan Ketua Komite Medik
4. Wawancara dan diskusi dengan Ketua Komite Keperawatan



Manajemen limbah medis yang baik turut berperan dalam peningkatan mutu pelayanan. Tampak pada foto, tempat sampah rumah sakit masih ditumpuk di depan fasilitas instalasi gizi dan belum dikelola secara baik.



Clinical Service Document



Clinical Service Document

Pelayanan rawat inap merupakan salah satu indikator kinerja pelayanan sebuah rumah sakit. Standar pelayanan rawat inap harus terus ditingkatkan. Foto menunjukkan pelayanan rawat inap kelas 3 di RS Cut Nyak Dhien sebagai representasi dari pelayanan rumah sakit di daerah terpencil. Masih banyak yang harus dilakukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit terutama di daerah terpencil.

5. Wawancara dan diskusi dengan Kepala-kepala Bidang
6. Mengikuti *Morning Meeting*
7. Meninjau seluruh ruangan mulai dari ruang direktur, ruang ka bidang, ruang komite medik, komite keperawatan, farmasi, rawat jalan, rawat inap, UGD, poli eksekutif, VIP, kamar mandi, ambulance, UTD, parkir, kantin dan sistem informasi
8. Memfotokopi arsip-arsip dan file-file dari RSU Tabanan yang dianggap perlu
9. Mendokumentasikan hal-hal yang dianggap perlu

Paska kegiatan kaji banding ini, beberapa hal telah dilakukan oleh pihak RS CND yang dimotori oleh peserta kaji banding. Salah satu hal yang terlihat cukup menggembirakan adalah adanya implementasi pengaktifan tim MR yg digunakan sebagai motor untuk menyusun

rencana perubahan. Pertemuan rutin yang dikoordinir tim MR dengan topik tertentu diselenggarakan dua kali dalam seminggu, yaitu setiap hari Selasa dan Kamis. Hasil pertemuan tim MR ini kemudian dikoordinasikan dengan direktur untuk tahap kebijakan dalam mengambil suatu ketetapan. Selain itu, tim MR juga memfasilitasi terselenggaranya pertemuan dengan pemerintah daerah dan DPRD setempat untuk membahas berbagai kebijakan yang memerlukan keterlibatan *stakeholder* setempat.

Selain kaji banding manajemen, di RS Tabanan Bali juga dilakukan kaji banding logistik yang diikuti oleh 2 (dua) orang, yaitu Nurhafni, S.Si,Apt (Kepala Instalasi Farmasi BP. RSUD Cut Nyak Dhien) dan Ruslan, Amd (Kepala Instalasi Radiologi BP. RSUD Cut Nyak Dhien). Kaji banding dilakukan selama 5 hari, yaitu tanggal 28 September s/d 1 Agustus 2007.

Sistem logistik di RSUD Tabanan terbagi menjadi 2 bagian, yaitu logistik medis dan logistik non medis. Logistik medis terdiri dari obat-obatan, cairan infus dan alat kesehatan habis pakai yang semuanya terkoordinasi di Farmasi. Untuk kebutuhan di Instalasi Radiologi dan Laboratorium selain alat kesehatan habis pakai dikelola sendiri oleh masing-masing instalasi. Sedangkan logistik non medis terdiri dari ATK, kursi, meja, alat-alat kesehatan, linen dan sebagainya yang dikoordinasikan di gudang material.

Selama 5 hari di RS Tabanan, peserta studi banding mempelajari tentang beberapa prosedur yang terkait dengan bahan medis, yaitu: prosedur pembelian, penerimaan dan penyimpanan bahan medis; prosedur seleksi dan evaluasi suplier; prosedur pelayanan farmasi A (obat dinas); dan prosedur stok opname. Sedangkan mengenai sistem logistik non medis, hal-hal yang dipelajari adalah mengenai perencanaan, alur permintaan barang yang tersedia, dan alur permintaan barang yang diorder. Paska kegiatan kaji banding ini, tim melakukan rapat koordinasi dengan manajemen RS CND untuk merumuskan sistem logistik.

Kesepakatan yang diperoleh dalam rapat koordinasi tersebut adalah akan dilakukan penerapan protap logistik dengan pembagian tugas sebagai berikut: instalasi farmasi mengurus obat dan BHP, instalasi radiologi mengurus kebutuhan film, serta instalasi laboratorium mengurus kebutuhan reagen. Bagian umum yang selama ini mengelola logistik memerlukan penambahan tenaga agar dapat lebih mengoptimalkan kinerjanya. Selain itu, masing - masing kepala ruang dan instalasi akan dilibatkan dalam penyusunan kebutuhan logistik dengan cara secepatnya mengisi lembar kebutuhan logistik di

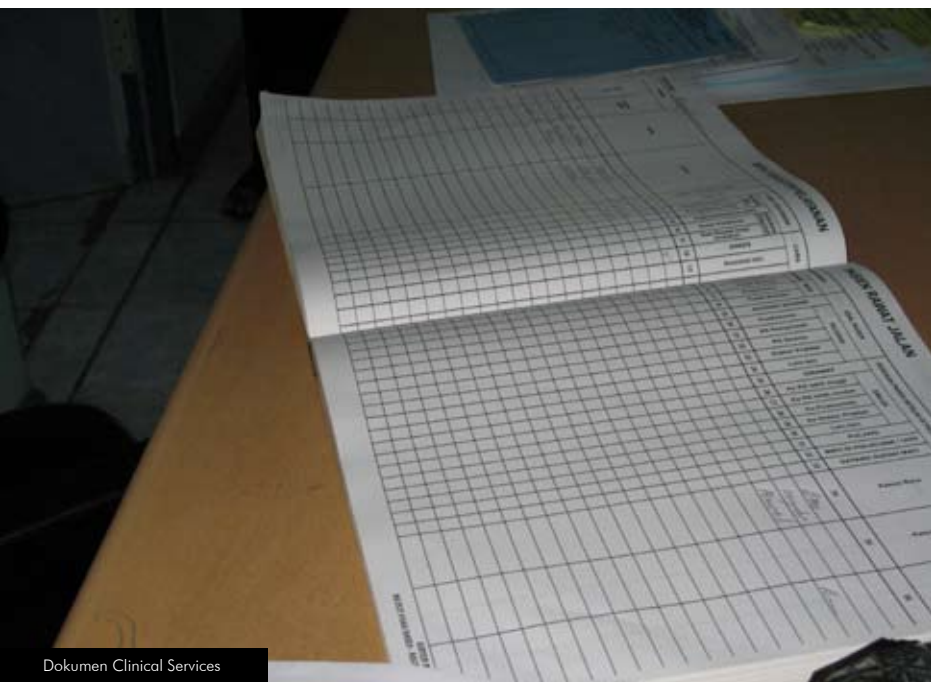
masing-masing bagian untuk penyusunan anggaran 2008

Monitoring dan Evaluasi Pelayanan RS Cut Nyak Dhien

Untuk membantu kegiatan monitor dan evaluasi pelayanan di RS CND di tahun 2006 juga telah dikirimkan bantuan berupa buku register. Pengiriman buku melalui dua tahap. Tahap pertama pada 5 Juli 2006 dan tahap kedua tanggal 20 Desember 2006. Total pengiriman buku register adalah buku register rawat jalan (26 buah), 8 buku register rawat inap, 2 buku register persalinan, 2 buku register kamar OK, 2 buku register IGD, 2 buku register radiologi, 2 buku register laboratorium. Pada akhir tahun 2006, tim melakukan evaluasi pelayanan berdasarkan pada catatan yang terdokumentasi dalam buku register tersebut. Namun, evaluasi ini tidak dapat dilakukan maksimal karena ternyata penggunaan buku register belum sepenuhnya dapat berjalan dengan baik.

Selain melalui buku register, tahun 2007 secara khusus tim CliQ meminta dr.Osman Sianipar dkk dari Center of Epidemiology and Biostatistic Unit (CE&BU) RS Sardjito, untuk melakukan penelitian dengan topik "Pemulihan Pelayanan Kesehatan di RS Cut Nyak Dhien: Tinjauan Manajemen dan Epidemiologi Klinis" sebagai salah satu evaluasi pelayanan di RS CND setelah didukung UGM selama 3 tahun penuh.

Penelitian ini menggunakan metode observasi secara retrospektif maupun prospektif, wawancara dan dengan pembuktian dokumen. Salah satu alat ukur yang dipergunakan adalah instrumen akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pendekatan kualitatif juga



Buku register digunakan untuk monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan rumah sakit. Salah satu program peningkatan kualitas pelayanan di RS Cut Nyak Dhien adalah menyediakan standar buku register yang dalam waktu dekat akan digantikan dengan sistem elektronik.

dilakukan untuk mengetahui praktek pemberian obat yang rasional dan mengetahui kesiapan rumah sakit apabila program dan kegiatan pemulihan ini telah berakhir.

Hasilnya, secara keseluruhan kesiapan pelayanan kesehatan di RS CND yang meliputi Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gizi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Radiologi, dan Pelayanan Transfusi Darah menunjukkan hasil yang belum memuaskan karena berada di bawah nilai 75%. Demikian halnya dengan sistem *inventory* yang merupakan pendukung pelayanan. RS CND belum mempunyai suatu sistem beserta perangkatnya yang mampu mengelola *inventory* rumah sakit dengan baik. Dari pengamatan di kamar operasi diperoleh hasil bahwa belum adanya suatu sistem manajemen pelayanan kamar operasi yang baik sehingga mempengaruhi kinerja dan mutu pelayanan pembedahan. Khusus untuk indikator pelayanan ibu bersalin dan bayi *neonatal*, dalam hal ini angka kejadian kematian bayi baru lahir dengan BBL \leq 2000 gram dan angka kejadian seksio sesarea ditemukan angka tersebut masih tinggi dan masih dalam kategori buruk. Pemberian obat rasional juga merupakan salah satu masalah yang ada di RS CND. Hasil penelitian ini menunjukkan masih adanya pola persepsian yang tidak rasional. Namun, secara keseluruhan ke-12 indikator mutu pelayanan kesehatan di RS CND dapat dikategorikan baik.

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap kepada masyarakat pelanggan di RS CND telah berjalan dengan indikator kinerja cukup baik meskipun belum didukung sistem manajemen yang memadai. Hal ini dapat terwujud karena selama ini masih banyak tenaga bantuan dari luar RS bahkan dari luar Aceh yang mendukung proses pelayanan. Namun adanya tenaga bantuan ini belum

mampu mendorong jajaran manajerial dan profesional pelaksana tetap di RS untuk memandirikan diri dan bersiap dengan sistem yang baik serta mapan.

Secara fisik dan mental staf rumah sakit ini belum siap 100% untuk mandiri. Salah satu alasan adalah masih adanya beberapa staf yang sedang mengambil pendidikan spesialis dan belum tentu akan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2008. Sementara itu dari sisi manajemen dan administrasi masih memerlukan SDM yang handal dan mampu mengatasi segala permasalahan sosial yang muncul. Beberapa staf menyatakan kesiapan untuk mandiri, tetapi yang lain tetap keberatan. Apabila harus mandiri mereka berharap masih ada bimbingan atau pelatihan dari UGM. Apa yang sudah mereka terima dari UGM diharapkan bisa dilanjutkan meskipun lewat media komunikasi misalnya melalui telpon. Sementara yang pesimis merasa bahwa jika mereka harus mandiri ada kekhawatiran kondisinya akan kembali seperti keadaan sebelum tsunami.

Pembenahan administrasi dan manajerial serta peningkatan mutu SDM tidak bisa ditunda lagi mengingat tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan pasca tsunami semakin tinggi. Kebutuhan akan dokter spesialis semakin besar karena masyarakat semakin berkembang cara berpikirnya. Adanya bandara dan sistem transportasi yang lancar di wilayah ini mendorong warga untuk berobat ke luar wilayah baik ke Banda Aceh, Medan, atau Penang. Perbaikan bisa dilakukan dengan pembenahan etos kerja dan rasa kepemilikan bahwa rumah sakit bukan hanya merupakan tempat bekerja dan mencari nafkah tetapi juga merupakan tempat yang harus dikembangkan.



Pelayanan di rumah sakit Cut Nyak Dhien terlihat lebih baik dan tampak lebih terorganisasi setelah beberapa kali diintervensi program-program UGM. Semua jenis pelayanan harus melalui loket pendaftaran sebelum mendapatkan pelayanan medis.

Dokumen Clinical Services

Komponen 4

Peningkatan Kapasitas Staf RS Cut Nyak Dhien Melalui Pelatihan

Atien Nur Chamidah, Nurul Qodriati

Pendahuluan

Pendidikan dan pelatihan merupakan dasar dari program yang efektif untuk menyediakan staf yang kompeten. Di lain sisi, pihak manajerial adalah pihak yang bertanggung jawab untuk menentukan kualifikasi, kinerja, pengkajian dan peningkatan kompetensi seluruh stafnya. Dengan kata lain, pelatihan yang baik memerlukan perencanaan yang matang untuk menghasilkan staf yang kompeten dan pelayanan yang berkualitas pada akhirnya.

Pasca tsunami, RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh, Aceh Barat mempunyai kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Untuk mengatasi hal ini, UGM-RSUP DR Sardjito bekerjasama dengan World Vision Australia dan Melbourne University mengadakan serial pelatihan dan dikelola dalam komponen 4, Pelatihan dan Edukasi, dari 6 komponen di divisi Clinical Services.

Kegiatan pelatihan dan edukasi dalam program ini melibatkan beberapa bagian dari RSUP DR Sardjito seperti Farmasi, Laboratorium, Keperawatan dan Radiologi. Secara Umum pendekatan yang dilakukan melalui 2 fase

yaitu teknis dan manajerial. Pendekatan teknis dibagi menjadi beberapa agenda yaitu pengkajian, pelatihan (*On Job Training* dan *On Site Training*), monitoring dan mentoring. Di awal program, pengkajian dilakukan perbagian disesuaikan dengan kebutuhan lapangan dan ditindaklanjuti dengan pelaksanaan pelatihan dan monitoring. Tapi kebutuhan lapangan yang terus meningkat dan memerlukan pelatihan dan pendekatan yang lebih komprehensif sehingga diadakanlah pengkajian yang menyeluruh melalui *Training Need Assessment* oleh beberapa konsultan pada bulan Juni 2006. Pendekatan kedua adalah manajerial untuk memaksimalkan implementasi hasil dari pendekatan teknis. Pendekatan kedua ini termasuk dalam komponen 3 yaitu *Quality Management System (QMS)*.

1. Pengkajian

Beberapa pengkajian dilakukan, antara lain Instalasi Radiolog pada bulan Februari 2006 oleh dr. Anita Ekowati Sp.Rad. Kemudian hasil pengkajian disusun dalam program pelatihan dan pendidikan. Data yang didapat dari pengkajian tersebut antara lain terkait ruang radiologi yang kondisinya belum tertata dengan rapi, kursi penunggu pasien tidak cukup dan lampu penerangan



ruangan tidak cukup terang. Sedangkan AC hanya berfungsi satu buah padahal sangat diperlukan untuk pemeliharaan alat, kenyamanan pasien dan petugas agar dapat bekerja lebih efektif. Perhitungan jasa medis yang tidak jelas dan belum ada dana taktis yang memadai.

Selanjutnya, belum ada prosedur pelayanan yang baku dan disepakati, penyediaan bahan dan pemeliharaan alat yang belum terjadwal serta belum dilakukan dengan benar. Begitu pula dengan rencana kebutuhan bahan dan alat dalam satu tahun yang belum dibuat, timbul keluhan baik dari pasien maupun petugas. Hasil pemeriksaan radiologi terlihat tidak menarik, banyak foto berartefak (bayangan pengganggu) yang dapat mempengaruhi analisis gambar sehingga dapat meningkatkan kekeliruan diagnosis, serta hasil film yang digunakan mudah rusak karena tidak adanya amplop berukuran besar.

Dra. Rosita Mulyaningsih, Apt, Sp.FRS dan Dra. Erna Kristin, Apt., M.Kes melakukan pengkajian Instalasi Farmasi pada 8-10 Maret 2006. Hasil pengkajian diharapkan dapat menjadi dasar intervensi selanjutnya untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan di instalasi farmasi. Direncanakan Instalasi farmasi bisa dijadikan sebagai *revenue-center* lebih dari sekedar *cost-center*.

Hasil yang didapatkan dari pengkajian antara lain masih diperlukannya pematapan struktur organisasi di rumah sakit yang berhubungan dengan obat sehingga kegiatan manajemen obat bisa dilakukan melalui satu pintu. Selain itu, perlu disiapkan sistem komunikasi yang efektif antara instalasi farmasi dan unit-unit pelayanan klinik. Sebab kondisi yang ada antara lain belum adanya standar pelayanan farmasi di rumah sakit, pedoman pengobatan, formularium obat dan *Standard Operational Procedure*

(SOP) lain yang berkaitan dengan obat, pengelolaan obat tidak dilakukan berdasarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), pengadaan yang justru dilakukan oleh bagian umum, tidak adanya sistem *inventory*, distribusi yang belum optimal dan tidak ada *monitoring* penggunaan obat, serta belum adanya komisi farmasi dan pemikiran mengenai *rational drug use*.

2. Pelatihan

Selain beberapa pengkajian, kegiatan *On Job Training* (OJT) pada tahun 2006 juga dilaksanakan, Kegiatan tersebut merupakan kelanjutan dari program OJT serupa di tahun 2005. Hanya saja pada tahun 2006, selain perawat dikirim juga staf RS CND dari unit penunjang yaitu unit radiologi, laboratorium dan farmasi. Pada tahun tersebut, terdapat tiga OJT yang berlangsung (OJT III – V). Dan sebelum menjalani pelatihan di RSUP DR Sardjito, seluruh peserta mendapatkan materi tentang motivasi, manajemen perubahan dan evaluasi diri dari tim *Mental Health*.

Selain itu peserta juga mendapatkan pelatihan komputer dasar dan internet serta teknik komunikasi. OJT III berlangsung pada 27 Januari – 4 Maret 2006. Peserta yang terlibat yaitu Teuku Mirza, Mutia, Sufiani, Ermanidar, Cut Syamsiah yang masing-masing berada di lokasi bangsal interna, bedah, *obsgin*, dan interna-VIP.

Sementara peserta OJT IV adalah staf RS CND yang mengikuti pelatihan di bagian Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) selama tiga bulan. OJT IV ini diikuti oleh dua peserta yaitu Kasman, AMK dan Rina Asmar, AMK. Salah satu peserta OJT, yakni Kasman, AMK hanya mengikuti pelatihan satu bulan saja karena

Unit farmasi merupakan unit yang penting di sebuah rumah sakit. Unit ini tidak hanya menyediakan obat-obatan tetapi juga bahan habis pakai untuk semua kebutuhan pasien.



Dokumen Clinical Services

memiliki alasan keluarga dan harus pulang. Praktis hanya Rina Asmar yang mengikuti pelatihan secara penuh.

Terakhir, OJT V adalah OJT untuk bagian radiologi, laboratorium, farmasi pada bulan Juni 2006. Para peserta yang ikut OJT diantaranya Ruslan AMR, Rusmiati, dan Nurhafni, Apt. OJT tersebut merupakan kegiatan OJT terakhir karena pada saat yang bersamaan *Training Need Assessment* di semua bagian RS CND menunjukkan bahwa program pelatihan kurang efektif sehingga diperlukan perubahan pendekatan antara lain melalui program *mentoring*.

3. Monitoring

Sejak tim 24 dikirim, Januari 2006, seorang perawat dikirim untuk memonitor keperawatan dan menilai implementasi pelatihan yang telah dilakukan selama ini di RS CND antara lain Pengendalian Infeksi Nosokomial, manajemen kepala ruang dan Standar Asuhan Keperawatan. Monitoring tersebut berjalan selama 5 bulan. Tim yang pernah bertugas dalam kegiatan tersebut adalah Ngatini, AMK, Sri Asmumi, AMK, Aryo Bagus, AMK, Wahyu S. Kep.,Ns dan Supartinah,AMK. Kegiatan ini juga dirasa kurang efektif karena kurang mendorong kemandirian staf RS Cut Nyak Dhien sehingga program ini juga dihentikan dan dimodifikasi menjadi program *mentoring*.

Training Need Assessment

Training Need Assessment yang dilakukan oleh tim CliQ pada Juni 2006 menyimpulkan bahwa pelayanan penunjang merupakan pelayanan yang penting untuk dapat menunjang pelayanan klinis, terutama dalam penegakan diagnosis dan mendukung pelayanan asuhan klinis. Dari review terhadap hasil kajian sebelumnya yang

dilakukan pada instalasi laboratorium, instalasi farmasi, instalasi radiologi, dan instalasi gizi, didapat hasil sistem pelayanan yang belum berjalan sebagai mana mestinya. Peralannya belum dibakukannya sistem pelayanan dan kurangnya sarana dan peralatan untuk bekerja.

Sistem pelayanan penunjang juga perlu segera disusun dan dilengkapi dengan sarana dan peralatan minimal yang dibutuhkan. Begitu pula dengan mekanisme kerja yang jelas pada sistem mikro pelayanan perlu disusun dan ditata, sehingga pelayanan dapat dilakukan dengan efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan, kebutuhan dan harapan pelanggan.

Sementara dari hasil observasi lapangan pada unit penunjang didapat hasil, instalasi laboratorium, instalasi gawat darurat, instalasi radiologi, instalasi farmasi, instalasi gizi, laundry, dan unit transfusi darah menunjukkan sistem kerja yang belum berjalan dengan baik. Selain itu belum jelasnya prosedur/alur kerja, dan kurangnya dukungan sarana dan peralatan kerja. Perhatian terhadap keamanan dan keselamatan pasien, maupun keamanan dan keselamatan kerja pun sepertinya belum mendapat perhatian. Termasuk kebersihan, penataan barang dan peralatan yang ada juga belum mendapat perhatian seperti halnya tata graha tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Hasil analisis tugas dan kebutuhan pelatihan teknis yang dilaksanakan menyimpulkan bahwa pelatihan teknis telah banyak diikuti oleh karyawan, namun belum dapat diterapkan. Hal tersebut disebabkan adanya kendala sistem yang belum berjalan dengan normal dan kurang tersedianya sarana dan peralatan untuk mengerjakan tugas dengan benar.



Praktek lapangan pada pelatihan untuk perawat. Untuk yang kesekian kalinya perawat RS Cut Nyak Dhien menjadi koassisten di rumah sakit tempat mereka biasa bekerja.

Dokumen Clinical Services

Metode mentoring, yang merupakan sebuah program peningkatan kapasitas staf, terbukti sangat efektif membantu karyawan dalam meningkatkan kemampuannya. Pada foto mentoring di Unit Gizi yang dibimbing oleh seorang mentor dari RS Dr Sardjito Yogyakarta.



Dokumen Clinical Services

Pelatihan teknis saat ini belum menjadi prioritas utama karena yang diprioritaskan adalah perbaikan sistem kerja dan dukungan sarana dan peralatan. Begitu pula dengan bangunan fisik rumah sakit yang masih perlu direnovasi. Karenanya, dalam upaya perbaikan/pengembangan sistem kerja pada setiap unit perlu memperhatikan rencana renovasi dan pentahapan renovasi, sehingga pengembangan sistem, pengadaan sarana dan peralatan, dan renovasi dapat terlaksana secara harmonis.

Mentoring Sebagai Sarana Pembelajaran Menuju Kemandirian RS Cut Nyak Dhien

Mentoring adalah sebuah piranti yang dapat digunakan organisasi untuk mendampingi, mengembangkan dan membangun staf. *Mentoring* juga merupakan hubungan yang memberikan kesempatan untuk berbagi keprofesionalan, ketrampilan personal dan pengalaman. Dalam pelaksanaannya didasarkan pada kepercayaan, dukungan, komentar membangun, keterbukaan dan keinginan untuk belajar dan berbagi. *Mentoring* menggunakan 3 pendekatan antara lain :

1. *Mapping current process* yang pada fase ini mentor diharapkan dapat mengidentifikasi kelemahan dan rencana perbaikan di setiap unit/ instalasi tempat *mentoring* berlangsung. Fase ini dilakukan sebelum keberangkatan ke Aceh sehingga dapat memperlancar proses pemahaman terhadap lingkungan dan mempersiapkan proses pelaksanaan *mentoring*.
2. Diskusi dengan mentee merupakan pendekatan yang intensif didahului proses pengenalan mentee dan mentor yang berlangsung selama 3-4 hari pertama interaksi. Selanjutnya dilakukan identifikasi dan kesepakatan antara mentee dan mentor. Setelah proses pengenalan dan pendekatan berlangsung, diharapkan ada pembagian tugas dan kesepakatan

3. *Mapping* akhir dari proses yang sudah diperbaiki merupakan evaluasi dari proses *mentoring* untuk menetapkan rencana tidak lanjut pelaksanaan oleh mentee (*maintenance*). Selain itu juga akan dilakukan evaluasi kepuasan pasien dan kepuasan kerja staf unit tempat *mentoring* berlangsung.

Dua puluh tahun terakhir, *mentoring* menjadi pusat perhatian dalam penanggulangan berbagai macam masalah yang mungkin belum bisa tertangani dengan metode konvensional. Banyak negara mulai menggunakan metode *mentoring* terutama untuk mengatasi permasalahan pada remaja. Setelah mengikuti program *mentoring*, terdapat beberapa perubahan positif pada remaja seperti penurunan permulaan penggunaan obat, penurunan frekuensi bolos pelajaran dan sekolah, peningkatan hubungan dengan dengan orang tua dan hubungan dengan teman yang menjadi lebih erat (Grossman JB& Gerry EM, 1997; Arvalo E, 2004; Jekielek S, Moore KA, Hair EC, 2003).

Penggunaan *mentoring* kemudian tidak hanya terbatas pada penanggulangan masalah remaja. Saat ini *mentoring* banyak digunakan dalam kampus untuk membantu mahasiswa beradaptasi dengan lingkungan akademisnya (Faculty of health Sciences, 2006) dan perusahaan-perusahaan. Beberapa keberhasilan pada perusahaan yang menerapkan *mentoring* adalah meningkatnya efektifitas kerja, staf menjadi lebih percaya diri dalam menjalankan tugasnya, penurunan biaya operasional dan meningkatnya komitmen staf (Spencer C, 1999; The National Environmental Education & Training Foundation, 2000).



Unit laboratorium merupakan salah satu unit penunjang medis yang mempunyai peran penting di rumah sakit. Unit ini perlu dikembangkan agar dapat menjadi sumber pemasukan bagi rumah sakit.

Mengetahui keefektifannya, metode *mentoring* kemudian digunakan dalam pengembangan sumber daya manusia di RS CND. Beberapa hal yang menjadi pertimbangan dalam penggunaan *mentoring* selain beberapa manfaat yang telah disebut di atas adalah kurang efektifnya pelatihan-pelatihan yang selama ini telah dilaksanakan. Dalam satu tahun ini program Aceh telah mengadakan berbagai macam pelatihan sesuai dengan kebutuhan staf untuk meningkatkan kualitas kerja dan mutu pelayanan rumah sakit. Namun setelah pelatihan berakhir, implementasi hasil pelatihan menjadi hal yang sulit untuk ditemui. Beberapa alasan yang muncul adalah minimnya peralatan untuk mendukung pelaksanaan hasil pelatihan, tidak adanya penghargaan dan dukungan dari pihak manajerial dan kurangnya lingkungan yang kondusif untuk melaksanakan tugas.

Aktivitas *mentoring* di RS CND mulai dilaksanakan pada akhir tahun 2006 hingga tahun 2007. *Mentoring* tahap pertama dilaksanakan pada tanggal 18 September - 4 Oktober 2006 di dua unit penunjang pelayanan medik RS CND, yaitu unit Farmasi dan Gizi. Tahap kedua *mentoring* dilaksanakan di unit laboratorium, radiologi, dan instalasi gawat darurat pada 31 Januari - 26 Februari 2007. Pada tahap ketiga *mentoring* difokuskan pada bidang keperawatan, yaitu keperawatan di empat ruang utama, kamar operasi, ICU serta pengendalian infeksi *nosokomial*. Setiap tahap *mentoring* selalu diikuti dengan dua kali supervisi yang diselenggarakan minimal 3 bulan setelah kegiatan *mentoring*.

1. *Mentoring* Farmasi

Tim mentor farmasi terdiri dari tiga orang, yaitu Dra. Dwi Pudjaningsih, M.Kes, Apt., Asri Riswiyanti, S.F. Apt., dan Yulianto, S. Farm, Apt. Selama satu bulan kegiatan, mentor melakukan beberapa hal yang didahului dengan penilaian kondisi unit *mentoring* dan perencanaan proses perbaikan yang akan dilakukan. Perbaikan di proses pelayanan dilakukan dalam hal pemberian label, pemberian informasi pada saat penyerahan obat, serta ketepatan dan kecepatan pelayanan. Penataan obat di instalasi farmasi diatur menurut macam persediaan obat, farmakoterapi, alfabetis, FIFO dan FEFO, penataan ruang dan pengadaan rak obat, serta pengelolaan obat yang sudah lewat waktu pemakaian. Masalah obat bantuan yang kadaluarsa merupakan suatu permasalahan besar di instalasi farmasi. Oleh karena itu, UGM membantu pemasangan Incenerator bantuan WHO di RS CND yang belum difungsikan. Sistem pendokumentasian diperbaiki dengan cara mendokumentasikan data obat yang keluar berdasarkan permintaan resep dokter. Sistem pendistribusian stok dihitung secara finansial dan disediakan pula *emergency kit* di setiap unit. Selain itu, tim mentor farmasi juga menyusun formularium obat sebagai langkah awal pembentukan panitia farmasi terapi. Supervisi *mentoring* farmasi dilakukan dua kali, yaitu pada bulan Maret dan Juni 2007. Pada kegiatan supervisi, mentor (supervisor) mengamati berbagai perkembangan yang ada paska *mentoring*. Beberapa masukan untuk perbaikan instalasi farmasi diberikan dalam kegiatan tersebut. Untuk kelancaran manajemen dan pelayanan

instalasi, mentor memberikan bimbingan tentang penyusunan uraian tugas dan prosedur tetap pelayanan. Sebagian besar program yang sudah dijalankan pada saat *mentoring* tampak masih berjalan pada saat supervisi dilakukan, namun untuk menjaga kelangsungan kegiatan di kemudian hari perlu dilakukan pendidikan dan pelatihan mengenai kepemimpinan dan organisasi bagi pihak manajemen.

Belum adanya kebijakan pelayanan satu pintu di instalasi farmasi menyebabkan masih terhambatnya pelayanan obat di RS CND. Hingga saat ini, instalasi farmasi hanya melayani permintaan obat untuk pasien Askeskin. Pasien Askes dan umum tidak sepenuhnya bisa dilayani oleh instalasi farmasi, akibatnya proses terapi tidak dapat dipantau dengan baik. Selain itu, instalasi farmasi juga tidak dapat menjadi unit yang memberikan pemasukan besar untuk rumah sakit (*revenue centre*). Pada kegiatan supervisi yang kedua, mentor farmasi mengusulkan pengembangan pelayanan farmasi menjadi unit yang dapat melayani semua pasien. Instalasi farmasi seharusnya diberi kebijakan untuk pengelolaan obat satu pintu secara efektif dan efisien.

2. Mentoring Gizi

Mentoring instalasi gizi dilaksanakan pada tanggal 18 September sampai dengan 14 Oktober 2006. Tim mentor gizi terdiri dari dua orang, yaitu Moch. Zaenal Muttaqin, AMG dan Hastuti Pelitawati, S.SiT serta di bawah supervisi Nur Dwi Handayani, S.SiT dari Instalasi Gizi RS. Sarjito.

Mentor bersama dengan mentee melakukan proses perbaikan dan pembenahan sistem yang belum berjalan sesuai dengan manajemen sistem pelayanan gizi rumah sakit, sesuai prioritas pelayanan dan dipimpin oleh penanggung jawab kegiatan.

Perbaikan-perbaikan yang dilakukan di instalasi gizi RS CND selama kegiatan *mentoring* bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan gizi rumah sakit. Penggunaan ikan sebagai lauk hewani terlalu sering muncul, sedangkan konsumsi terhadap telur kurang dan daging ayam harganya mahal. Sebagai solusinya, mentor memberikan variasi pengolahan menu dengan bahan dasar ikan. Untuk mendukung pemesanan dan pembelian bahan makanan dilakukan pembuatan spesifikasi bahan makanan, inventori dan komputasi data harian. Penyimpanan bahan makanan diperbaiki melalui penataan ruang penerimaan bahan makanan dan pembuatan kartu *Stelling* dan penerapan sistem FIFO (*First In First Out*). Belum terdapatnya ruangan yang memadai untuk kegiatan persiapan serta kurang higienisnya sanitasi sangat mempengaruhi proses persiapan bahan makanan. Peningkatan proses pengolahan bahan makanan dilakukan dengan cara melengkapi APD dan menerapkan jadwal pengawasan distribusi oleh ahli gizi untuk pengecekan. Selama *mentoring* ini masih didapatkan adanya kekeliruan pemberian diit di ruang rawat inap. Sistem pencatatan dan pelaporan di instalasi gizi belum terdokumentasi, sehingga belum menjadi suatu sistem informasi yang dapat dipergunakan sebagai bank data kegiatan. Kegiatan konsultasi gizi di rawat inap sudah dilakukan, tetapi terkadang data-data pasien belum

Peningkatan kapasitas karyawan RS Cut Nyak Dhien dengan strategi program pelatihan dilakukan secara berkala dengan melibatkan banyak konsultan yang diberangkatkan ke Aceh Barat. Dapat dilihat di foto tiga orang karyawan Unit Gizi melakukan penilaian kebutuhan gizi untuk seorang pasien di instalasi rawat inap.



Dokumen Clinical Services

Petugas masak di unit gizi terpaksa mengolah makanan di tempat sementara karena RS Cut Nyak Dhien sedang dalam proses renovasi bangunan bantuan Pemerintah Singapura.



Foto: Guardian Y Sanjaya

lengkap. Pemberian diit masih belum sesuai dengan yang semestinya, salah satu kendala adalah tenaga pramusaji yang belum bisa baca dan tulis.

Kegiatan supervisi dilakukan dua kali, yaitu pada bulan Maret dan Juni 2007. Dalam kegiatan supervisi ini dilakukan pengamatan terhadap perkembangan instalasi gizi paska kegiatan *mentoring*. Berdasarkan penilaian, masih banyak kegiatan yang belum optimal baik dari input, proses, maupun output pelayanan gizi. Untuk menjaga kelangsungan kegiatan pelayanan instalasi gizi diperlukan komunikasi yang berkelanjutan dan dalam memonitor evaluasi berkala oleh bidang penunjang medis dan pelayanan. Selain itu, kualifikasi tenaga dan rasio ketenagaan di instalasi gizi terutama untuk tenaga pemasak dan pramusaji harus segera mungkin dipenuhi agar proses pelayanan standar berjalan sebagaimana mestinya.

3. *Mentoring* Radiologi

Kegiatan *mentoring* radiologi dilaksanakan selama satu bulan pada tanggal 31 Januari sampai dengan 26 Februari 2007. Tim mentor radiologi terdiri dari dua orang staf instalasi radiologi RS Sardjito, yaitu Haryomo, AMR dan Probo Waseso, ST. Tim mentor melakukan berbagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan radiologi di RS Cut Nyak Dhien. Perubahan-perubahan tersebut meliputi perubahan struktur organisasi, penataan sistem pelayanan, koordinasi dengan manajemen dan bagian-bagian terkait, tertatanya sistem administrasi serta timbulnya kesadaran dan tanggung jawab pegawai.

Hambatan-hambatan yang ditemui selama kegiatan *mentoring* adalah kurangnya komitmen dan koordinasi di manajemen serta belum adanya alat pendukung administrasi dan korespondensi. Tim mentor juga mengusulkan perlunya program pelatihan teknis untuk meningkatkan ketrampilan semua radiografer di RS Cut Nyak Dhien dalam melakukan pemeriksaan.

Supervisi yang dilakukan pada bulan Mei dan Agustus memperlihatkan adanya kontinuitas dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang sudah dimulai pada saat *mentoring*. Namun, sistem perencanaan kebutuhan di instalasi radiologi belum dapat berjalan yang terbukti dengan kurang lancarnya logistik film dan amplop untuk hasil foto. Bersamaan dengan kegiatan supervisi kedua, dilaksanakan pula tutorial teknik radiologi yang bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan radiografer antara lain untuk pemeriksaan *sinus paranasalis*, pemeriksaan *Thorax*, Pemeriksaan *Mastoid*, Pemeriksaan *Temporo Mandibular Joint*, dan pemerikaan kepala dalam 2 posisi dan 3 posisi.

Pada akhir supervisi, tim mentor radiologi memberikan masukan perlunya peningkatan koordinasi dan membangun komitmen dalam meningkatkan pelayanan serta menata staf radiologi untuk bekerja yang optimal. Selain itu, staf radiologi perlu berusaha untuk meningkatkan ketrampilan dalam hal pembuatan foto. Staf radiologi harus dibangun semangat kesadaran dan tanggung jawabnya untuk mengerjakan dan melanjutkan program-program yang telah dikerjakan bersama mentor.

4. Mentoring Laboratorium

Mentoring di unit laboratorium diselenggarakan bersamaan dengan *mentoring* unit radiologi dan gawat darurat. Tim *mentoring* ini terdiri dari dua orang, yaitu Harry Ismanto dan Mujiman. Identifikasi masalah yang dilakukan di awal *mentoring* mendapatkan hasil antara lain sistem manajemen belum berjalan dengan baik, hasil analisis pemeriksaan yang cenderung tinggi, pengadaan reagensia tidak lancar, tidak tertatanya logistik, sebagian protap belum ada, suhu ruang laboratorium belum stabil, dan alat-alat pemeriksaan laboratorium elektrik belum menggunakan *ground*

Hal pertama yang dilakukan mentor untuk membenahi manajemen adalah menyusun draf struktur organisasi dan uraian tugas. Sistem penerimaan pasien, pelaporan kegiatan dan pendapatan di laboratorium selama kegiatan *mentoring* juga ditata kembali. Optimalisasi fasilitas yang ada dilakukan dengan cara mengaplikasikan sebagian brosur cara kerja yang tadinya belum sepenuhnya dipahami oleh staf laboratorium RS Cut Nyak Dhien. Pertemuan internal dan eksternal mulai dilakukan secara rutin sebagai sarana komunikasi antar staf maupun antar instalasi. Untuk memperbaiki penataan logistik, mentor membantu memfasilitasi penyediaan format pelaporan kegiatan dan stok opname reagensia. Selain itu, mentor bersama dengan staf lokal menyusun prosedur tetap pelayanan laboratorium untuk meningkatkan mutu pelayanan laboratorium.

Selama kegiatan *mentoring* ini, mentee memberikan respon yang sangat positif terhadap kegiatan *mentoring*.

Secara umum, mentor melihat adanya perubahan mutu pelayanan laboratorium. Dari segi ketrampilan petugas laboratorium sudah ada perkembangan dalam memahami sebagian brosur prosedur analitik yang ada dalam *kit* untuk diaplikasikan ke alat. Selain itu, dari sisi mental dan sikap personil petugas laboratorium sudah mengalami perubahan.

Paska kegiatan *mentoring* yang diselenggarakan pada bulan Februari, tim mentor yang diwakili oleh Harry Ismanto telah dua kali melakukan supervisi, yaitu pada bulan Mei dan Agustus. Supervisi pertama memperoleh hasil bahwa program *mentoring* yang dilakukan di laboratorium klinik memberi dampak peningkatan jumlah pelayanan, perbaikan sistem administrasi, perbaikan sistem *reward* pada seluruh karyawan dan pengelolaan keuangan yang transparan, peningkatan ketrampilan dan dedikasi petugas serta logistik yang sudah mulai tertata dan termonitor. Salah satu indikator peningkatan kualitas pelayanan adalah tampak adanya kenaikan jumlah sampel dari bulan Februari, Maret, dan April 2007 seperti yang tampak di bawah ini.

Beberapa hal yang belum tercapai di unit laboratorium antara lain pemeriksaan Elektrolit, BGA, Eksudat/transudat, LCS, biakan kuman, sistem perencanaan dan pelaporan dibagian logistik, jumlah ketenagaan (Analisis) yang belum cukup, serta kerjasama dengan unit/ bagian yang terkait belum optimal.

Supervisi kedua ternyata tidak mendapatkan hasil yang lebih baik dari sebelumnya. Pelayanan yang sebelumnya



Seorang radiografer RS Cut Nyak Dhien melakukan persiapan pemeriksaan radiologis pada seorang pasien.

Dokumen Clinical Services

dr. Tatang Talka Gani, Sp.M (kanan), supervisor bagian mata memberikan kursus singkat kegawat daruratan mata di RS Cut Nyak Dhien disela-sela kunjungan supervisi.



Dokumen Clinical Services

memperlihatkan grafik yang baik malah terlihat menurun. Administrasi belum berjalan baik, petugas masih menggunakan tulisan tangan, mesin ketik yang diberikan pada kegiatan *mentoring* sebelumnya tidak dimanfaatkan. Pelayanan hasil laboratorium lambat dan kurang sesuai, sehingga menimbulkan komplain dari klinisi. Komitmen dan tanggung jawab staf masih kurang, hampir setiap hari ada staf yang tidak ada di tempat. Jumlah staf untuk pelayanan masih kurang terlebih lagi dengan adanya mutasi dua orang staf senior di laboratorium. Tenaga yang mampu untuk mengatasi permasalahan teknis pada alat juga tidak ada. Pertemuan rutin laboratorium tidak berjalan lagi. Dari sisi manajemen permasalahan terbesar adalah sistem logistik yang belum berjalan, terbukti dengan ditemukannya persediaan reagen yang tidak digunakan dalam pelayanan. Selain itu, kepemimpinan di instalasi belum berjalan dengan baik, sehingga organisasi tidak terkelola.

5. *Mentoring* Instalasi Gawat Darurat

Tim *mentoring* instalasi gawat darurat terdiri dari dua orang, yaitu dr. Budhi Suryadharma dan IG Ketut Waryasa, AMK. Kegiatan yang diselenggarakan pada bulan Februari 2006 ini dilakukan melalui cara- cara pendekatan pada mentee dengan pertemuan, penggalian, pengkajian, pembahasan, diskusi dan koordinasi dengan pihak manajerial maupun instalasi terkait. Banyak perubahan positif dalam manajemen pelayanan di instalasi gawat darurat yang terjadi setelah kegiatan *mentoring*, antara lain mengenai penataan alur pasien masuk IGD. Selain itu, tata ruang pelayanan sekarang sudah sesuai dengan kebutuhan. Struktur Organisasi dan TUPOKSI sekarang sudah ada dan jelas sistemnya. Kebutuhan adanya petugas pendaftaran/catatan medik terealisasi pada akhir kegiatan ini. Satpam dan petugas transporter pasien sekarang sudah ada walaupun belum memenuhi syarat. Usulan mengenai seragam yang membedakan antara

dokter dan perawat sudah dimasukkan dalam anggaran 2007. Sistem laporan pelimpahan tugas jaga sebagai kontrol permasalahan pelayanan IGD sudah mulai dibuat untuk per *shif* jaga. Untuk meningkatkan mutu pelayanan dibentuk pula Petugas Pemantau Pelayanan Medik (P3M) di IGD dengan Kepala Ruang sebagai Koordinator P3M.

Supervisi dilakukan dua kali pada bulan Mei dan Agustus 2007. Pada kegiatan supervisi ini didapatkan hasil bahwa program *mentoring* yang dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat menunjukkan perkembangan yang positif dan terjadi peningkatan mutu pelayanan pada sistem administrasi, sistem pelayanan, sistem kebijakan, dan sistem pendukung manajemen. Meskipun demikian masih terdapat hambatan dan masalah pada sistem fasilitas, logistik, manajemen SDM, dan manajemen financial sehingga masih belum berjalan sesuai harapan.

Permasalahan yang masih tampak di Instalasi Gawat Darurat dari sisi pelayanan adalah pengisian dan rekapitulasi buku register pasien belum berjalan rutin dan teratur, terutama pada *shift* siang dan malam karena jumlah petugas masih kurang. Sistem triase sudah berjalan dengan baik, namun masih perlu adanya peningkatan kemampuan dokter triase. Selain itu, protap-protap pendukung pelayanan yang sudah tersusun belum disosialisasikan kepada seluruh staf.

Sedangkan dari sisi infrastuktur kendala yang masih tampak adalah loket pendaftaran pasien belum berfungsi secara efektif, fasilitas ruang tunggu masih kurang memadai, dan ambulans tidak selalu siaga 24 jam untuk keadaan darurat. Permasalahan dari sisi manajemen juga cukup menjadikan kendala dalam pelayanan, yaitu belum adanya penyusunan anggaran, pelaporan, dan pertanggung jawaban keuangan, serta pengelolaan



dr. Anita Ekowati, Sp.Rad (kanan), memberikan pelatihan pembacaan rontgen foto pada kasus gawat darurat kepada beberapa dokter umum lokal bersamaan dengan kegiatan supervisi di RS Cut Nyak Dhien.

keuangan yang transparan. Petugas Pemantau Pelayanan Medik (P3M) yang terbentuk belum secara aktif berfungsi dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dan pertemuan rutin mingguan antar unit tidak berfungsi lagi seperti sebelumnya.

6. Mentoring Keperawatan

Mentoring keperawatan merupakan seri terakhir dari kegiatan *mentoring* unit penunjang yang diselenggarakan oleh *Clinical Services*. Kegiatan ini terselenggara pada bulan April-Mei 2007 oleh lima orang perawat RS Sarjito sesuai bidang keahliannya masing-masing. Nanik Sri Khodriyati, S.Kep, NS dan Rahmad Widodo, AMK menjalankan tugas sebagai mentor di 4 ruang rawat utama RS Cut Nyak Dhien. Kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan identifikasi masalah dari 4 ruang rawat utama meliputi restrukturisasi pedoman/standar pelayanan, sistem operan jaga, administrasi, dan perlengkapan emergensi. Restrukturisasi standar pelayanan meliputi pembuatan uraian tugas, penyusunan prosedur tetap dan standar asuhan keperawatan. Sistem operan jaga dilaksanakan keliling ke pasien dan tidak hanya membaca buku laporan jaga. Selain itu, penulisan buku laporan dan buku *vital sign* sudah dibuat, sehingga mudah mengikuti perkembangan keadaan pasien dalam satu hari. Pembinaan sistem administrasi dilakukan dengan cara pembuatan struktur organisasi, papan nama pasien, tempat pengumuman, tempat status pasien, tempat SAK dan Protap, dan buku pedoman informasi pasien baru. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, tim mentor menginisiasi pembentukan supervisi perawat yang disebut menteri kontrol (Menko).

Mentoring keperawatan juga dilaksanakan di kamar operasi RS Cut Nyak Dhien. Selama 1 bulan, Tri Subekti, S.Kep, Ns bertugas untuk membenahi manajemen dan pelayanan di kamar operasi berdasarkan penilaian yang telah dilakukan pada awal *mentoring*. Permasalahan

yang terjadi di kamar operasi antara lain terjadinya keterlambatan dimulainya operasi, kinerja perawat kamar operasi belum optimal, perilaku petugas yang bisa meningkatkan infeksi *nosokomial*, inventarisasi alat, pendokumentasian asuhan keperawatan perioperatif, dan kualitas SDM yang masih kurang. Pada minggu terakhir *mentoring* keperawatan, keterlambatan operasi berkurang karena beberapa kendala yang menjadi penyebab terlambatnya operasi seperti tidak tersedia obat sudah dapat diatasi dengan pengadaan satelit farmasi dan pengadaan linen dan instrumen steril. Akan tetapi, faktor SDM baik dari segi kualitas maupun kuantitas masih menjadi kendala yang belum dapat teratasi. Bongkar besar yang seharusnya berdasarkan protap dilakukan 2 minggu sekali tidak dapat terlaksana dengan rutin.

Mentoring di Unit Perawatan Intensif dilaksanakan oleh Kuntadi, AMK. Beberapa hal yang disepakati dalam rangka peningkatan mutu ICU, adalah penataan ruang ICU, penataan dan kerja sama dengan instalasi farmasi untuk melengkapi alat dan obat emergensi serta perawatannya, peningkatan kedisiplinan kerja, peningkatan mutu asuhan/pelayanan keperawatan, adanya kebijakan rumah sakit mengenai tata tertib penunggu, dan adanya pedoman informasi pasien baru. Mentor melakukan pendampingan pelayanan di ruang ICU meliputi penataan dan upaya mengoptimalkan sarana yang ada, melaksanakan asuhan keperawatan sesuai uraian tugas dan protap, manajemen tugas dan tanggung jawab terutama terhadap pasien, monitoring harian, dan dokumentasinya. Secara umum, program *mentoring* dapat berjalan sesuai kesepakatan bersama, tapi secara kualitas hasil dari kegiatan *mentoring* ini masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Belum adanya dokter penanggung jawab ICU yang kompeten terhadap perawatan intensif juga menjadi salah satu kendala belum terlaksananya pelayanan ICU dengan baik.

Satu lagi aspek yang menjadi perhatian dalam *mentoring* keperawatan ini adalah pengendalian infeksi nosokomial. Dari hasil observasi yang dilakukan oleh Sumarsih, AMK pengendalian infeksi nosokomial di RS Cut Nyak Dhien belum terlaksana disebabkan karena terbatasnya alat-alat keperawatan dan fasilitas pendukung serta pemeliharaan oleh petugas kebersihan, perawat, dan pengunjung atau penunggu pasien. Pemeliharaan sarana rumah sakit belum berfungsi optimal karena kurangnya tenaga. Untuk menunjang pelayanan perawatan yang sesuai dengan protap yang membutuhkan alat ganti verban set/instrumen steril dalam jumlah yang cukup, maka dilakukan kerja sama dengan IPSRS dalam pengadaan sentral sterilisasi untuk memenuhi kebutuhan bangsal akan instrumen yang siap pakai.

Supervisi *mentoring* keperawatan dilakukan pada bulan Agustus 2007 dan memberikan hasil yang kurang memuaskan. Banyak hal-hal yang sudah dilakukan selama *mentoring* tidak ditindaklanjuti oleh staf RS CND. Masih perlu adanya peningkatan implementasi protap dalam pelayanan. Pelaksanaan operan jaga dengan keliling pasien sudah terlaksana tapi belum rutin dilaksanakan terutama di ruang bedah dan anak. Penulisan grafik *vital sign* tidak berjalan lagi dan dokumen asuhan keperawatan belum terisi dengan lengkap. Banyak waktu perawat yang tersita untuk melakukan pekerjaan non-keperawatan karena staf administrasi yang kurang. Pedoman informasi pasien baru di ruangan sudah sebagian dilakukan. Papan nama pasien yang disediakan selama kegiatan *mentoring* tidak terisi lagi dengan lengkap. Program menko tidak berjalan lagi karena beberapa perawat yang diberi tugas

tidak menjalankan tugas dengan baik dan tidak ada sanksi bagi yang tidak disiplin. Penanggungjawab logistik di setiap ruangan belum menjalankan fungsinya dengan baik. Sistem *reward* dan *punishment* belum dijalankan serta tidak ada supervisi dan penilaian terhadap SAK dari pihak manajemen.

Kamar operasi juga tidak menunjukkan adanya perbaikan dari sebelum *mentoring*. Jam mulai pelayanan operasi masih terlambat, satelit farmasi di kamar operasi tidak ada lagi karena persediaan obat tidak ada. Penanggung jawab logistik belum menjalankan tugasnya dengan baik, sehingga pengadaan obat dan logistik tidak terencana dengan baik. Keadaan yang sama juga tampak di ICU. Aturan pembatasan pengunjung belum dipatuhi. *Monitoring* pasien belum berjalan optimal. Pemberian informasi pasien baru dan pelaksanaan pelayanan keperawatan sesuai uraian tugas juga belum berjalan. SDM yang ada belum ada yang memenuhi kompetensi.

Pengendalian infeksi nosokomial di RS Cut Nyak Dhien juga belum berjalan dengan optimal. Pembuangan sampah infeksius dan noninfeksius masih dicampur. Perilaku dalam pemakaian sandal khusus zona steril di kamar operasi masih belum dioptimalkan. Tempat sandal yang disediakan pada saat *mentoring* tidak digunakan lagi. Perencanaan logistik untuk keperluan pencegahan infeksi nosokomial, seperti masker, sarung tangan, dan antiseptik juga belum berjalan.



Mentoring di bagian Farmasi melibatkan semua staf unit Farmasi RS Cut Nyak Dhien. Mentoring ini mengarahkan Unit Farmasi untuk menjadi unit 'revenue center' bagi RS CND. Secara manajerial staf di Unit Farmasi sudah siap untuk melayani pasien umum.

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



Koordinator Program Mutu
Divisi Clinical Services

“Saya bangga dan merasa beruntung bisa bergabung dalam tim yang membantu pemerintah dan masyarakat di Aceh untuk bangkit kembali pasca bencana Tsunami. Dalam bidang peningkatan mutu pelayanan klinis rumah sakit, saya merasa sumbangsih saya sangatlah kecil. Tetapi dari yang kecil itu saya punya pengharapan besar akan tiba masanya teman-teman di Aceh, khususnya di RS Cut Nyak Dhien dapat mewujudkan rumah sakit yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakatnya. Terima kasih kepada teman-teman di Aceh untuk kesempatan saling belajar diantara kita”

Penutup

Berbagai kegiatan yang telah dilaksanakan, akhirnya membuahkan beberapa hasil diantaranya terselenggaranya seluruh *On Job Training* (lima gelombang), terselenggaranya *Training Need Assessment*, terselenggaranya *6 mentoring* di masing-masing instalasi RS CND, terselenggaranya pertemuan rutin staf RS CND dan tim UGM setiap minggu (hari Kamis) serta terselenggaranya seminar ilmiah. Selain itu, output yang dihasilkan antara lain adanya inventarisasi

obat di instalasi farmasi menjadi lebih baik, manajemen obat kadaluarsa sudah dapat dilaksanakan dengan tersedianya incenerator, mulai diadakannya kontrol internal di laboratorium serta penyediaan menu makanan bagi pasien RS CND sudah mulai bervariasi dan sesuai dengan diagnosa.

Meski ada beberapa output yang dihasilkan, selama pelaksanaan kegiatan masih didapat hambatan yang harus diperbaiki antara lain implementasi hasil pelatihan terbentur masalah birokrasi dan manajerial.



Foto: Guardian Y Sanjaya



Dokumen Clinical Services

Kegiatan operasi di RS Cut Nyak Dhien sudah berjalan dengan baik, namun masih membutuhkan sistem manajemen yang baik mengingat jumlah tindakan operasi yang dilakukan semakin meningkat.

Komponen 5

Pemberdayaan Masyarakat

Atien Nur Chamidah, Risalia Reni Arisanti

Informasi mengenai pelayanan kesehatan untuk mengenalkan dan memudahkan akses kepada masyarakat dibutuhkan usaha promosi yang baik. Untuk pelaksanaannya di Aceh Barat dan sekitarnya merupakan sebuah tantangan besar dan tidak mudah untuk dilakukan.

Promosi

Promosi atau marketing RS Cut Nyak Dhien (CND) agar dapat lebih dikenal dan lebih diakses masyarakat Aceh Barat dan sekitarnya merupakan sebuah tantangan yang berat untuk dilakukan. Usaha-usaha promosi yang telah dilaksanakan antara lain dengan pembuatan dan penyebaran *leaflet-leaflet* yang berisi informasi fasilitas dan tarif pelayanan RS Cut Nyak Dhien. Kejelasan akan jenis layanan, biaya dan ketersediaan tenaga spesialis merupakan isu penting untuk segera diperkuat agar mendapatkan kepercayaan dari masyarakat. Persaingan dengan rumah sakit yang ada di sekitar Aceh Barat merupakan tantangan besar bagi RS CND untuk segera membenahi pelayanan kesehatan yang bermutu, lengkap dan terjangkau bagi masyarakat Aceh Barat dan sekitarnya. Perbandingan jumlah kunjungan pasien di fasilitas kesehatan yang ada di 6 Kabupaten wilayah pantai barat NAD dapat dilihat pada tabel 1.

RS CND mempunyai potensi yang besar sebagai penyedia pelayanan kesehatan di wilayah pantai barat NAD jika dikelola dengan baik. Jumlah penduduk yang cukup besar (peringkat 2 diantara 5 kabupaten lain) merupakan pasar yang sangat baik bagi RS CND. Menurut sensus penduduk NAD tahun 2005 jumlah penduduk di 6 kabupaten sebanyak 790.345 jiwa. Jika dilihat dari jumlah rata-rata kunjungan pasien di instalasi rawat jalan per bulan pada tahun 2005 yaitu sebanyak 3.801 berarti hanya 0,48% dari jumlah penduduk di 6 kabupaten yang berkunjung ke RS CND untuk mendapatkan pelayanan medis. Jumlah yang cukup sedikit jika dibandingkan dengan jumlah rata-rata penduduk per bulan yang berkunjung ke semua fasilitas kesehatan yang ada yaitu sebesar 8%.

Survey Kepuasan Pasien dan Karyawan

RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dengan difasilitasi oleh divisi Clinical Services UGM-World Vision telah melakukan berbagai program dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Selama kurun waktu dua tahun terakhir ini, berbagai pelatihan dan pembelajaran telah dilakukan di berbagai unit penunjang pelayanan. Peningkatan kualitas pelayanan ini selain berorientasi pada produk pelayanan, yaitu mengurangi mortalitas dan morbiditas juga berorientasi pada kepuasan pelanggan. Survei yang dilakukan bersamaan dengan *Training Need Assessment*

Tabel 1. Perbandingan jumlah penduduk dan jumlah kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan di 6 kabupaten wilayah pantai Barat NAD.

Kabupaten	Jumlah Penduduk (Orang)*	Jumlah Kunjungan rata-rata per bulan per kabupaten per fasilitas kesehatan tahun 2006					
		Rumah Sakit	Kunjungan	%	Puskesmas	Kunjungan	%
Aceh Barat	150.450	1	3.801**	2,53%	12	10.947	7,28%
Aceh Jaya	60.660	0			5	8.176	13,48%
Nagan Raya	123.743	0			11	5.645	4,56%
Aceh Barat Daya	115.676	1	1.065	0,92%	7	12.429	10,74%
Aceh Selatan	191.539	1	3.508	1,83%	27	12.411	6,48%
Aceh Singkil	148.277	1	787	0,53%	13	4.487	3,03%

Sumber: Profil Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam

* Data Survey Penduduk Aceh dan Nias (SPAN) 2005

** Data RS Cut Nyak Dhien tahun 2005

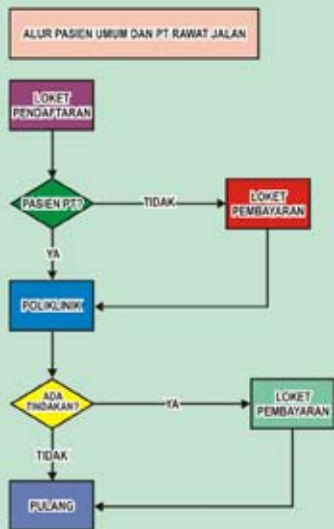
Poliklinik Anak Umum

Buka setiap hari kerja
Memberi pelayanan/pemeriksaan:
Pelayanan pengobatan untuk pasien
anak2 yang ditangani oleh dokter umum

Rehabilitasi Medik

Buka setiap hari kerja
Memberi pelayanan:
Fisioterapi, Okupasi Terapi, Infra Red

ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN UMUM DAN KERJASAMA



ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN ASKES

ALUR PASIEN PESERTA PT ASKES RAJAL



PELAYANAN RAWAT JALAN RSUD CUT NYAK DHIEN MEULABOH



Salah satu leaflet yang dibuat dalam rangka promosi rumah sakit Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Dokumen Clinical Services

pada tahun 2006 terhadap 80 orang pasien memetakan berbagai harapan pasien terhadap pelayanan RS Cut Nyak Dhien.

Secara umum pada survey pertama, pasien mengharapkan dilakukan peningkatan mutu pelayanan yang lebih cepat dan tepat waktu, serta adanya dokter spesialis di RS CND. Keramahan dan kesopanan petugas, serta perhatian atau kepedulian petugas merupakan harapan pasien dalam memperoleh pelayanan di rumah sakit. Didukung dengan lingkungan rumahsakit yang bersih dan perbaikan fasilitas pelayanan, dan ketersediaan fasilitas yang nyaman, aman, dan penataan ruang yang baik akan lebih membuat pasien merasa nyaman berada di RS CND, walaupun alasan utama pasien memilih dirawat di RS CND adalah karena RS CND merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Meulaboh.

Setidaknya 2/3 pasien menilai pelayanan pasien di RS CND sudah baik walaupun keramahan karyawan, kedisiplinan, dan kesigapan karyawan dalam menjawab kebutuhan pasien dirasa kurang diperhatikan, selain itu pasien masih mengeluh terhadap prosedur yang berbelit dalam mendapatkan pelayanan di RS CND.

Pasien berharap adanya peningkatan mutu pelayanan, kebersihan, dan pemeliharaan gedung dan prasarana pelayanan yang ada yang didukung oleh kelengkapan peralatan serta penataan lingkungan rumah sakit yang lebih baik. Mereka juga mengharapkan jenis pelayanan yang harus ada di RS CND meliputi: Pelayanan kesehatan jiwa, pelayanan dokter spesialis, pelayanan bedah terutama bedah tulang, bedah plastik dan tumor, bahkan jika memungkinkan setara dengan rumah sakit di Penang Malaysia, kelengkapan obat di apotek sehingga tidak perlu membeli di luar rumah sakit, fasilitas hiburan di ruang tunggu, dan kelengkapan kebutuhan non medis pasien dapat disediakan di lingkungan rumah sakit.

Di akhir program kerjasama ini, dinilai kembali kepuasan pasien mengenai pelayanan RS Cut Nyak Dhien melalui sebuah survey yang dilakukan pada akhir bulan Desember 2007. Survey dilakukan di tujuh unit pelayanan rumah sakit, yaitu unit farmasi, gizi, laboratorium, radiologi, rawat jalan, rawat inap, dan ICU. Secara garis besar survey dilakukan untuk menilai pandangan pasien terhadap pelayanan rumah sakit, kinerja petugas, fasilitas pelayanan, biaya yang harus dikeluarkan, serta keluhan

dan saran untuk peningkatan kualitas pelayanan RS Cut Nyak Dhien.

Instalasi Farmasi

Selama periode pengumpulan data, surveyor berhasil mengumpulkan kuesioner dari 39 orang responden. Responden ini merupakan pelanggan rumah sakit yang sedang menjalani pengobatan rawat inap maupun rawat jalan di RS Cut Nyak Dhien. Sebagian besar responden menyatakan setuju bahwa pelayanan instalasi farmasi RS Cut Nyak Dhien memuaskan. Selain itu, pelayanan instalasi farmasi juga dinilai cepat dan tepat serta aturan pembayarannya mudah. Pelayanan pada pasien rawat inap juga sudah cukup memuaskan, sebagian besar menyatakan bahwa perawatlah yang memberikan obat dan menjelaskan penggunaan obat kepada pasien. Pasien tidak perlu menyiapkan sendiri obat yang harus diminumnya. Selain itu, petugas farmasi juga melakukan kunjungan kepada pasien rawat inap untuk memberikan penjelasan mengenai obat yang diminum pasien.

Sebagian besar responden juga menilai kinerja petugas instalasi farmasi baik. Petugas melayani pasien dengan ramah, datang tepat waktu atau disiplin, dan mengerjakan tugasnya dengan baik. Selain itu, petugas juga memberikan penjelasan yang cukup mengenai aturan pakai serta efek samping obat. Petugas juga menanggapi keluhan pasien dengan baik.

Semua responden menyatakan bahwa mereka membutuhkan penjelasan mengenai obat. Informasi pokok yang dibutuhkan oleh pasien instalasi farmasi adalah informasi mengenai efek samping obat dan aturan pemakaian obat. Kebutuhan pasien akan informasi

tersebut ternyata telah terpenuhi oleh petugas instalasi farmasi.

Penilaian responden mengenai persediaan obat di instalasi farmasi RS Cut Nyak Dhien ternyata beragam. Dua belas orang responden menyatakan setuju bahwa obat-obat yang tersedia di farmasi lengkap, namun terdapat 10 orang juga yang menyatakan bahwa obat-obat yang tersedia di farmasi tidak lengkap. Namun, sebagian besar responden menyatakan bahwa obat yang diberikan oleh instalasi farmasi sudah sesuai dengan kebutuhan pasien. Fasilitas ruang tunggu instalasi farmasi ternyata sudah cukup memuaskan pelanggan. Instalasi farmasi RS Cut Nyak Dhien telah mempunyai ruang tunggu yang nyaman dan tempat duduk yang cukup memadai.

Di balik pernyataan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan instalasi farmasi, masih terdapat responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan instalasi farmasi RS Cut Nyak Dhien. Keluhan yang disampaikan terutama mengenai ketidaklengkapan obat yang tersedia di instalasi farmasi. Tak jarang pasien harus membeli obat di apotek luar rumah sakit. Petugas juga telah menanyakan keluhan pasien yang terkait dengan alergi. Keluhan-keluhan pelanggan tersebut sebagian besar disampaikan kepada apoteker dan dokter yang merawat pasien, walaupun petugas yang paling sering menanyakan keluhan mengenai obat adalah perawat, bukan apoteker atau petugas lainnya.

Pasien sebagai pelanggan RS Cut Nyak Dhien mengharapkan adanya peningkatan pelayanan instalasi farmasi. Untuk itu, berbagai saran diberikan terutama yang terkait dengan tersedianya stok obat baik dari segi jenis maupun jumlahnya sehingga semua kebutuhan

Sejumlah pasien terpaksa antri untuk mendapatkan pelayanan medis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. RS CND menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah pantai barat NAD.



Dokumen Clinical Services



Pasien rawat inap dipulangkan setelah mendapatkan terapi yang memadai dan sudah dinyatakan sembuh.

pasien dapat terpenuhi. Selain itu, fasilitas ruang juga perlu ditingkatkan agar pelayanan yang diberikan dapat lebih optimal.

Instalasi Gizi

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 40 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang menjalani rawat inap di RS Cut Nyak Dhien.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa secara umum pelayanan gizi RS Cut Nyak Dhien cukup baik dan tepat waktu dalam penyajian makanan. Menu makanan yang disajikan instalasi gizi cukup memuaskan baik dari segi bentuk penampilan menu, rasa makanan, maupun porsi makanan. Namun, dari segi variasi menu komentar yang diberikan oleh responden cukup beragam, meskipun sebagian besar merasa bahwa variasi menu sudah cukup memuaskan. Peralatan makan yang digunakan dalam penyajian menu ternyata dianggap kurang lengkap oleh sebagian besar responden, sedangkan dari segi kebersihan peralatan dan makanan dirasakan sudah cukup. Penyajian makanan kepada pasien kadang mengalami keterlambatan, walaupun suhu makanan yang disajikan masih hangat. Hanya sedikit responden yang menyatakan bahwa terdapat biaya tambahan yang harus dibayarkan pada pelayanan gizi di RS CND. Namun tidak diperoleh data berapa besar biaya yang harus dikeluarkan.

Petugas telah menanyakan keluhan mengenai pelayanan gizi rumah sakit, namun tidak banyak responden yang menyampaikan keluhannya. Sebagian besar keluhan disampaikan pelanggan kepada dokter yang merawat. Beberapa keluhan yang disampaikan adalah mengenai ketidaklengkapan fasilitas alat makan serta tidak disediakan air minum. Selain itu, terdapat pula responden yang menyatakan keluhan mengenai ketidaksesuaian diet yang diterima dengan anjuran dokter.

Pelanggan rumah sakit memberikan berbagai saran yang terkait dengan pelayanan gizi rumah sakit. Pelanggan berharap pelayanan gizi dapat ditingkatkan terutama mengenai kelengkapan fasilitas alat makan dan minum.

Instalasi Radiologi

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 41 kuesioner. Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan radiologi RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan. Pelayanan instalasi radiologi dinilai cepat dan tepat serta hasil pemeriksaan diserahkan tepat waktu. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk menunggu hasil pemeriksaan adalah 24,5 menit. Selain itu, tarif pelayanan pun terjangkau oleh pelanggan. Hanya 3 orang responden yang menyatakan terdapat biaya tambahan pada pemeriksaan radiologi yang dilakukan, namun tidak terdapat rincian data mengenai berapa besar biaya tambahan tersebut.



Dokumen Clinical Services

Sistem pengaturan di Gudang Farmasi menjadi lebih baik setelah dilakukan intervensi pelatihan dan mentoring di Unit Farmasi.

Petugas instalasi radiologi dapat dinilai memberikan penampilan yang baik karena sebagian besar pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, mengerjakan tugasnya dengan baik, serta menanggapi keluhan dengan baik.

Fasilitas ruang tunggu dan tempat duduk dirasakan oleh sebagian besar responden telah cukup memuaskan karena ruang tunggu cukup nyaman dan tempat duduknya cukup memadai.

Sebagai salah satu bentuk pelayanan prima kepada pelanggan, petugas radiologi menanyakan keluhan mengenai pelayanan kepada pelanggan. Namun, hanya 3 orang responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan instalasi radiologi.

Saran-saran yang diberikan oleh responden untuk peningkatan pelayanan radiologi RS Cut Nyak Dhien terkait dengan peningkatan fasilitas pemeriksaan. Ke depan instalasi radiologi diharapkan mempunyai peralatan yang lebih canggih dan lengkap, serta penambahan jumlah petugas sehingga pelayanan yang diberikan bisa lebih baik.

Instalasi Laboratorium

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 29 kuesioner. Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan laboratorium RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan. Pelayanan instalasi laboratorium dinilai cepat dan tepat serta hasil pemeriksaan diserahkan tepat waktu. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk menunggu hasil

pemeriksaan adalah 33 menit. Selain itu, tarif pelayanan pun terjangkau oleh pelanggan dan tidak ada satu pun responden yang menyatakan diminta biaya tambahan oleh petugas laboratorium ketika menjalani pemeriksaan di instalasi tersebut.

Petugas instalasi laboratorium dapat dinilai memberikan pelayanan yang baik karena sebagian besar pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, mengerjakan tugasnya dengan baik, terampil dalam mengambil *sample* darah, memberikan informasi tentang pengambilan *sample*, serta menanggapi keluhan dengan baik.

Fasilitas ruang laboratorium dirasakan oleh sebagian besar responden cukup memuaskan karena mempunyai ruang tunggu yang cukup nyaman dan tempat pengambilan *sample* yang cukup nyaman dan bersih.

Sebagai salah satu bentuk pelayanan prima kepada pelanggan, petugas laboratorium menanyakan keluhan mengenai pelayanan kepada pelanggan. Namun, hanya 1 orang responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan instalasi laboratorium.

Beberapa saran diberikan oleh responden untuk peningkatan pelayanan laboratorium RS Cut Nyak Dhien. Instalasi laboratorium RS Cut Nyak Dhien diharapkan mempunyai dokter spesialis patologi klinik yang definitif, sehingga pasien setiap saat dapat berkonsultasi langsung dengan dokter mengenai hasil pemeriksaannya. Selain itu, untuk meningkatkan kualitas pelayanan, RS Cut Nyak Dhien diharapkan mempunyai sistem pengadaan reagen yang berkesinambungan.



Dokumen Clinical Services

Permintaan pemeriksaan laboratorium juga meningkat seiring dengan peningkatan jumlah pasien di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Instalasi Rawat Inap

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 89 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang menjalani rawat inap di ruang kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, bedah, anak, kelas utama, dan kelas VIP RS Cut Nyak Dhien.

Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan rawat inap RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan. Pelayanan di ruang rawat inap dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan. Hampir seluruh responden menyatakan bahwa mereka dikenakan biaya tambahan untuk pelayanan yang didapatkan di ruang rawat inap. Namun, tidak terdapat data yang jelas mengenai biaya yang harus dibayarkan oleh pelanggan.

Petugas ruang rawat inap RS Cut Nyak Dhien dapat dinilai memberikan pelayanan yang baik karena sebagian besar pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Perawat ruang rawat inap mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk pasien.

Responden memberikan tanggapan yang beragam mengenai fasilitas ruang rawat inap RS Cut Nyak Dhien, walaupun sebagian besar merasa fasilitas ruang rawat inap sudah cukup memadai, namun dari segi kebersihan dan kenyamanan dirasakan masih kurang. Sebagian besar responden menyatakan bahwa petugas telah menanyakan keluhan kepada pelanggan terkait pelayanan yang didapatkan di ruang rawat inap. Enam

belas orang responden menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan ruang rawat inap. Keluhan terbanyak responden adalah mengenai kebersihan ruang dan kamar mandi.

Saran-saran responden terkait dengan pelayanan adalah sebagai berikut: perlu adanya peningkatan mutu pelayanan; perlu adanya penambahan jumlah petugas agar pelayanan menjadi lebih optimal; perlu adanya tata tertib dan jadwal kunjungan. Petugas juga diharapkan memberikan informasi dengan jelas, bahasa yang baik, dan lemah lembut serta keramahannya perlu ditingkatkan. Dokter dan perawat diharapkan tidak membeda-bedakan pasien dari status ekonominya. Dokter juga diminta melakukan visitasi sesuai jadwal dan perawat perlu menjenguk pasien serta menanyakan kondisinya setiap dua jam sekali. Kelengkapan fasilitas ruang, seperti spre, selimut, pendingin ruang perlu ditingkatkan. Kebersihan ruangan dan kamar mandi harus selalu terjaga.

Intensive Care Unit (ICU)

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 9 kuesioner. Semua responden menyatakan bahwa pelayanan ICU RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan. Pelayanan di ICU dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan serta tidak adanya biaya tambahan yang harus dibayarkan oleh pasien untuk pelayanan yang didapatkan di ruang ICU. Kepuasan pelanggan ini lebih terbukti dengan tidak ada satu pun pelanggan yang mempunyai keluhan terhadap pelayanan ruang ICU

Petugas ruang ICU RS Cut Nyak Dhien dinilai memberikan pelayanan yang baik karena semua pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Perawat ruang ICU mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk pasien.

Sebagian besar responden menilai fasilitas ICU cukup memadai demikian pula dengan kebersihan dan kenyamanan ruang. Saran-saran responden untuk peningkatan kualitas pelayanan ICU adalah sebagai berikut:

- Ruang ICU RS CND perlu ditata dengan rapi sesuai dengan khasnya Nanggroe Teuku Umar yang punya seni tinggi
- Perawat perlu ditingkatkan pengawasannya kepada pasien sesuai dengan kondisi pasien
- Dokter perlu ketepatan waktu visitasi setiap harinya, sehingga ketika pihak keluarga pasien ingin berkonsultasi, tahu kapan saatnya bisa bertemu dengan dokter secara langsung
- Perbaiki manajemen RS CND

Instalasi Rawat Jalan

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 20 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang berobat jalan di poliklinik umum, gigi, THT dan penyakit dalam RS Cut Nyak Dhien.

Semua responden menyatakan bahwa pelayanan rawat jalan (poliklinik) RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan.

Pelayanan di poliklinik dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan. Rata-rata waktu yang diperlukan oleh pasien untuk menunggu pemeriksaan dari mulai pendaftaran adalah 27 menit. Hanya satu orang responden yang menyatakan bahwa dikenakan biaya tambahan untuk pelayanan yang didapatkan di ruang poliklinik, namun tidak menyebutkan berapa besar biaya yang harus dikeluarkan.

Petugas poliklinik RS Cut Nyak Dhien dinilai memberikan pelayanan yang baik karena semua pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Petugas poliklinik mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk melayani pasien.

Semua responden menilai fasilitas poliklinik cukup memadai. Namun, ada tiga orang responden yang menyatakan bahwa ruang poliklinik kurang nyaman.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa petugas telah menanyakan keluhan kepada pelanggan terkait pelayanan yang diberikan di instalasi rawat jalan. Tidak ada satu pun responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan di instalasi rawat jalan.

Berbagai saran disampaikan responden untuk meningkatkan kualitas pelayanan instalasi rawat jalan. Fasilitas dan peralatan diharapkan lebih memadai untuk menunjang pelayanan serta ruangan pemeriksaan diperluas. Petugas diharapkan mempertahankan kebaikannya dalam melayani pasien, sedangkan dokter diminta untuk datang tepat waktu sesuai jadwal pelayanan.



Jumlah kunjungan dan rujukan pasien meningkat setelah masyarakat mengetahui tersedianya dokter spesialis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Tantangan terbesar adalah mempertahankan citra rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang baik.

Komponen 6

Budaya dan Etika Kerja

Sumaryono, Anita Lestari, Arief Bachtiar

PENGANTAR

Banyak hasil penelitian dan pengkajian yang dilakukan oleh pakar di bidang perilaku organisasional (misal, Peters & Waterman, 1982; Deal & Kennedy, 1982), menunjukkan bahwa budaya organisasi (organizational culture) mempunyai dampak signifikan terhadap kinerja (performance) dan keefektifan organisasi. Pembelajaran dari berbagai hasil penelitian tersebut mengungkap bahwa banyak organisasi sukses mempunyai serangkaian karakteristik budaya yang kuat. Sebagai suatu sistem nilai organisasi, budaya memberikan berbagai prinsip pengoperasian dasar dan pedoman berperilaku kerja bagi pekerja.

Kealpaan pada sistem sosial telah menyebabkan studi perilaku organisasional mengalami bias psikologis individualistik (Schein, 1996). Bias ini menyebabkan peneliti sering mengabaikan pentingnya budaya yang mempengaruhi bagaimana organisasi berfungsi. Ada kebutuhan untuk menggunakan "lensa" yang lebih terintegrasi, berdasarkan psikologi sosial, sosiologi, dan antropologi, dalam menjelaskan fenomena organisasional.

Budaya organisasional merupakan pola berbagai asumsi dasar dan nilai yang dipegang diyakini valid sebagai acuan dan cara yang "benar" untuk mempersepsikan, merasakan, memikirkan dan memecahkan berbagai masalah. Berbagai *shared values* tersebut ditemukan dan dikembangkan oleh suatu organisasi sejalan dengan proses pembelajaran dalam menghadapi masalah-masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal (Schein, 1992). Budaya organisasional mencerminkan sistem *shared meaning* yang dipegang oleh para karyawan dan yang membedakan antara organisasi satu dengan organisasi lain.

Sejalan dengan sinyalemen yang diungkapkan oleh Schein (1996) di atas, fenomena terjadi pada kasus program pendampingan di RS Cut Nyak Dhien-Meulaboh (RS CND). Berdasarkan evaluasi organisasional yang dilakukan oleh tim-tim di lapangan, tampak bahwa kinerja para staf RS CND yang sudah mendapatkan pendampingan dari tim FK UGM- RS Sardjito selama hampir satu tahun, kurang menunjukkan kesediaan untuk melakukan perubahan seperti yang diharapkan. Beberapa perubahan memang telah terjadi, tetapi hambatan yang berkaitan dengan sikap masih saja terjadi. Salah satu fenomena adalah sikap yang tidak siap untuk menuju perubahan yang lebih

Unit Farmasi salah satu unit penunjang medis di rumah sakit. Unit ini harus beroperasi 24 jam sehari untuk memenuhi kebutuhan permintaan obat dan bahan habis pakai. Unit Farmasi bisa dijadikan sebagai sumber pendapatan yang besar bagi rumah sakit jika dikelola dengan baik.



Dokumen Clinical Services

Unit Gizi merupakan unit yang kecil di RS Cut Nyak Dhien tetapi mempunyai peran yang penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi pasien selama dirawat di rumah sakit.



Dokumen Clinical Services

teratur, sistematis, tertib administratif, dan disiplin pada prosedur.

Berawal dari proses evaluasi yang intensif atas apa yang terjadi di lapangan, maka tim *Work Ethic & Culture* ini diharapkan akan menemukan dan memformulasi kembali proses tata nilai yang akan dijadikan "shared values" yang akan digunakan seluruh komponen di RS CND. Secara lebih spesifik tim ini akan mendapatkan gambaran atau profil tata nilai RS CND. Profile serta rumusan tata nilai baru nantinya diharapkan dapat dijadikan pedoman aktivitas oleh manajemen dan pegawai dalam melakukan proses pelayanan di RS Cut Nyak Dhien - Meulaboh.

TAHAPAN PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI

Telaah tentang budaya organisasi bukanlah proses telaah yang singkat dan harus dilakukan secara sistematis. Dalam proses ini dirancang sebuah proses pengembangan dengan tahapan sebagai berikut:

TAHAP PENYADARAN

Tahap awal dibagi menjadi tiga langkah, yaitu proses *assessment*, proses pengembangan materi untuk menyamakan persepsi atas apa yang akan dilakukan, dan proses pemanasan dengan pelatihan *team-building*, *service excellence & leadership*. Tujuan dari tahap awal ini adalah penemuan inti permasalahan dan membangkitkan komitmen bersama untuk memahami permasalahan yang sebenarnya.

Proses Penilaian

Tim pertama diterjunkan untuk mengamati berbagai

aspek perilaku dan artefak apa saja yang dapat ditelaah sebagai salah satu manifestasi dari tata nilai yang dipegang selama ini. Berbagai temuan menarik dapat ditemukan antara lain:

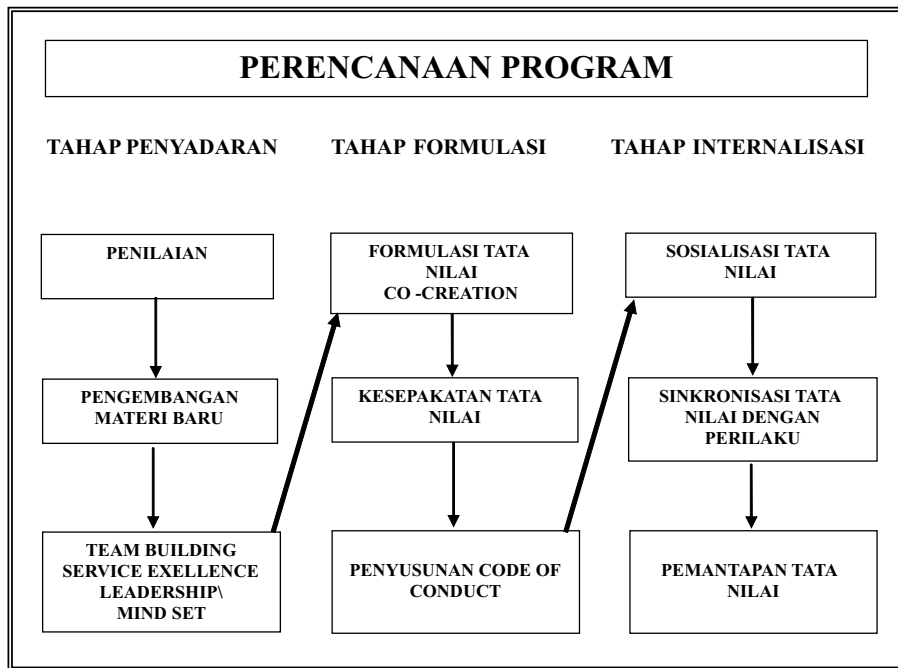
- Beberapa bagian tampak tidak menunjukkan aktivitas kerja, banyak yang bergerombol dan duduk-duduk
- Kondisi RS CND relatif terbuka, semua orang dan semua pihak dapat dengan leluasa memasuki areal RS tanpa ada pengaturan dan pengawasan. Contoh: Penjual makanan (Bakso pikulan?) dapat leluasa masuk di lorong-lorong.
- Terkesan kotor dan banyak saluran air yang mampet.
- Kondisi Ruang kerja tiap bagian tampak sempit dan agak tertutup. Pengaturan interior terkesan kaku dan tersekat-sekat. Hubungan antar bagian menjadi kurang akrab secara fisik bangunan.
- Lokasi pejabat di lantai dua dan pegawai di lantai satu membuat kemungkinan adanya jarak sosial dan situasi yang tidak saling tahu.
- Situasi parkir yang semrawut dan cenderung seenaknya dalam melakukan parkir.

Proses Pengembangan Materi

Berdasarkan hasil observasi ini tampak bahwa ada ketidakteraturan dalam proses perilaku dan tidak ada kesatuan tata nilai. Hal ini dipertegas saat dilakukan proses "focus group discussion" (FGD). Beberapa pihak sepakat untuk melakukan pembenahan menuju yang lebih baik, tetapi konsistensi tidak terjadi antar bagian. Secara lebih rinci hasil FGD yang diikuti 40 orang staf medis dan paramedis dalam 3 tahap FGD dan 12 orang jajaran manajemen dalam 1 tahap FGD, antara lain sebagai berikut:

- Sebagian besar dari pegawai Kasubag ke bawah, memiliki semangat dan kesediaan untuk menerima

Gambar 1. Tahapan Pengembangan Program Budaya dan Etika Kerja (Sumber: Sumaryono)



perubahan serta pembaharuan sistem dalam layanan terhadap konsumen.

- Peserta merasa bahwa dalam pengembangan RS CND perlu dilakukan secara bersama dan perlu kesamaan komitmen dalam bekerja serta memberikan pelayanan pada masyarakat.
- Permasalahan yang ada antara lain masalah disiplin, kerja sama, kemampuan atau kompetensi pegawai dan berbagai faktor penghambat eksternal seperti kekurangan SDM dalam keperawatan, keterbatasan alat, ketergantungan dengan pihak lain seperti anggaran yang tergantung pada Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.
- Kemampuan dalam aspek kepemimpinan masih tidak merata di kalangan pejabat setingkat Kasubbid dan Kabid. Variasi kebijakan dalam penegakan disiplin dan *punishment* merupakan kondisi yang menghambat. Masih ada ketidakkompakkan dalam mengelola bagian.
- Perlu ada saling mengingatkan dan perhatian dalam pelaksanaan tugas. Hal yang mendasar adalah kesadaran bahwa pekerjaan tiap bagian merupakan bagian penting bagi pekerjaan lain. Salah satu contoh masalah ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan berpengaruh pada bagian anggaran dan juga berpengaruh pada penyusunan rencana anggaran ke pihak Pemkab Aceh Barat. Akhirnya semua konsekuensi dirasakan oleh RS CND secara keseluruhan. Sementara itu permasalahan rekam medis terjadi karena bagian penerima awal tidak lengkap dalam mencatat.
- Permasalahan seperti contoh di atas juga akan berdampak pada pelayanan terhadap pasien/

konsumen. Ketidaklengkapan data dan hasil diagnosis akan membuat proses pelayanan menjadi tidak benar.

- Penerapan peraturan diharapkan bersifat impersonal dan berlaku secara keseluruhan, termasuk dalam hal penegakan *punishment* dan *reward*. Kesamaan kebijakan dan keputusan dalam hal ini perlu disepakati antar bidang.
- Peserta merasa perlu mengembangkan proses pelurusan niat kerja berdasarkan sumpah dan konsep kerja adalah ibadah. Peserta merasa perlu pendekatan religius dalam tataran operasional. Selain itu perlu mengembangkan situasi kerja yang bernuansa kekeluargaan. Komunikasi perlu terbuka dan saling memahami tingkat kepentingan.
- Ada beberapa peralatan mutakhir, namun orang yang mengoperasikan tidak ada. Hal ini membuat pelayanan tidak optimal. Kondisi ini terjadi karena beberapa kemungkinan antara lain tidak ada karyawan yang memang benar-benar mampu atau perlu proses pembenahan dalam struktur pelatihan.

Proses Pemanasan

Proses pemanasan dilakukan dengan kegiatan pelatihan *team-building* atau *outbound* yang dimulai tanggal 20 Maret 2007 sampai dengan tanggal 19 April 2007. Sasaran peserta kegiatan ini adalah seluruh karyawan RSUD CND Meulaboh. Bagi individu manfaatnya adalah meningkatkan rasa percaya diri, mengembangkan kepemimpinan, meningkatkan kemampuan menghadapi tekanan, mengembangkan kemampuan berkomunikasi, mengembangkan kemampuan beradaptasi pada situasi baru, meningkatkan keterbukaan pribadi,



"Program ini merupakan program besar dimana menitik beratkan pada perubahan perilaku orang yg bekerja di bidang kesehatan untuk lebih baik lagi didalam memberikan pelayanan kesehatan, sayangnya hasilnya tidak tampak seketika dan bisa dirasakan oleh masyarakat, masih diperlukan waktu lagi untuk melihat hasil jerih payah yang sudah dilakukan. Berbahagialah orang yang bisa mengubah perilaku seseorang menjadi lebih baik lagi dengan memperhatikan ke-arifan lokal (local wisdom)."

mendorong pencapaian tujuan yang lebih tinggi, serta mengembangkan paradigma yang lebih luas.

Sedangkan untuk unit kerja dapat meningkatkan kemampuan *goal setting*, meningkatkan kepemimpinan, kemampuan menangani konflik dalam kelompok, rasa tanggung jawab terhadap kelompok, mengembangkan rasa percaya satu sama lain, hubungan pribadi yang lebih intensif dalam kelompok, meningkatkan kesadaran akan pentingnya pihak lain, strategi pemecahan masalah secara kelompok, dan meningkatkan efektifitas kelompok. Sedangkan manfaat bagi organisasi atau perusahaan adalah adanya peningkatan kesadaran terhadap nilai, norma, etika perusahaan, motivasi untuk membentuk budaya dan atmosfir yang lebih nyaman serta meningkatkan produktivitas kerja.

Kegiatan *outing* secara keseluruhan diikuti oleh 249 orang pegawai (78%), sedangkan yang berhalangan hadir sekitar 69 orang peserta (22%) dari total keseluruhan 318 orang peserta. Pelatihan dibagi dalam 10 kali pelaksanaan dengan jumlah peserta antara 20-30 per kali *outing* yang bertempat di kawasan pantai sekitar Meulaboh.

Formulasi Tata Nilai

Dalam kegiatan pelatihan *team building* diformulasikan tata nilai melalui sebuah proses "Co-Creation" atau penemuan bersama warga RS CND. Kesepakatan tata nilai yang akan diterapkan dalam RSUD CND yaitu :

1. Membangun kerjasama yang konstruktif
2. Komitmen dengan tanggung jawab kerja
3. Mengembangkan kepedulian
4. Mengembangkan rasa memiliki
5. Pelayanan yang cepat
6. Pelayanan yang tepat
7. Pelayanan yang akurat
8. Menjadi panutan
9. Menegakkan disiplin
10. Kerja itu ibadah
11. Membangun sikap kekeluargaan
12. Menciptakan rasa aman
13. Memberikan kenyamanan pada orang lain
14. Membangun kemauan belajar
15. Berbagi pendapat atau ide

Dalam konteks ini kemudian tata nilai yang akan disosialisasikan diekstraksi menjadi seperangkat tata nilai



Aktivitas *outbound* sangat berguna dalam mengembangkan kepemimpinan, berkomunikasi dan keterbukaan pribadi dalam mendorong pencapaian tujuan bersama.



Dokumen Clinical Services

Kepuasan pasien terhadap pelayanan tergantung dari perlakuan petugas kesehatan. Pelayanan yang baik menciptakan kepuasan pasien.

yang telah diformulasi oleh warga RS CND, yaitu:

“RSUD CUT NYAK DHIEN – MEULABOH usaha membangun budaya IKHLAS”

1. Ibadah sebagai prinsip kerja
2. Komitmen, tanggung jawab & disiplin
3. Hidupkan semangat kerjasama dan kekeluargaan
4. Layanan cepat, tepat, dan akurat
5. Aman dan nyaman bagi semua
6. Selalu belajar untuk kepuasan pelanggan

TAHAP PROSES SOSIALISASI

Proses sosialisasi merupakan sebuah tahapan penting bagi awal suksesnya sebuah ide menjadi kenyataan. Sejalan dengan konsep tersebut, maka sosialisasi tata nilai yang sudah dirancang oleh staf RS CND sendiri menjadi bagian yang penting. Oleh karena itu, proses sosialisasi dilakukan dengan perencanaan secara seksama dan memperhatikan konteks budaya serta kebiasaan yang terjadi di lapangan, dalam hal ini situasi dan kondisi RS CND. Dengan pemahaman konteks sebagai dasar, akan menjadikan proses sosialisasi menjadi menarik dan mudah diinternalisasi.

Menyadari kondisi tersebut, proses sosialisasi yang dilakukan RS CND dengan membangun keterlibatan staf yang dikenal sebagai sosok yang lebih merasa berarti jika didengarkan dan diajak berdiskusi. Kondisi ini ditemukan saat observasi awal dalam proses pengembangan tata nilai pada bulan Desember 2006. Hal ini diperkuat dengan proses perumusan tata nilai yang juga dilakukan dengan model *Co-Creation* atau pelibatan peserta untuk menemukan apa yang diperlukan yang harus disepakati sebagai tata nilai.

Proses sosialisasi yang melibatkan para peserta secara

aktif ini merupakan rangkaian program besar dalam pengembangan budaya kerja. Jika dicermati secara mendalam, tahap ini merupakan tahap permulaan yang dimulai dari proses penemuan tata nilai yang dikehendaki oleh seluruh komponen RS CND dan diakhiri dengan proses sosialisasi. Dengan demikian proses ini masih perlu ditindaklanjuti dan dikembangkan secara mandiri.

Metode yang digunakan dalam proses sosialisasi mengacu saat proses penemuan tata nilai, artinya para peserta diminta mendiskusikan kembali tata nilai yang telah disepakati. Perbedaan yang mendasar adalah tema diskusi. Pada saat proses *Co-creation* lebih ditekankan pada “nilai apa saja yang akan membuat RS CND maju dan unggul”. Sementara itu tema diskusi saat proses sosialisasi lebih difokuskan pada “bagaimana implementasi IKHLAS dalam tataran perilaku dan faktor apa saja yang mendukung serta menghambat proses implementasi IKHLAS”.

Model sosialisasi ini dipilih dengan pertimbangan, keterlibatan dalam pembahasan merupakan hal yang teramat penting dan hal tersebut merupakan sebuah “Kontrak Sosial”. Secara aktif sebagian besar mendiskusikan dan secara sadar tiap individu merasa berpartisipasi. Partisipasi semacam ini diharapkan akan membangun perasaan bahwa seperangkat tata nilai ini merupakan “miliknya”.

Selain itu, dengan memahami berbagai faktor, baik pendukung maupun penghambat, maka seluruh staff RS CND tidak sekedar menyadari pentingnya tata nilai. Akan tetapi juga mampu memahami secara bersama bahwa tata nilai ini tidak akan berkembang tanpa energi dan kesepakatan untuk memperhatikan faktor-faktor tersebut. Dengan proses ini diharapkan akan tumbuh kesadaran secara kolektif, bahwa tanggung jawab sukses ada di

dr. Arsil, Sp.M, salah satu anggota tim medis dari bagian mata memberikan pelayanan di RS Cut Nyak Dhien. Jumlah pasien mata meningkat setelah adanya pelayanan yang optimal di bagian mata RS Cut Nyak Dhien.



pundak seluruh warga RS CND.

Tahap sosialisasi ini dilakukan kegiatan serial berkelompok yang dibagi dalam 6 kelompok sesuai motto IKHLAS yang sudah disepakati sebelumnya.

Kelompok 1: Ibadah sebagai prinsip kerja

Bekerja yang dilandasi dengan niat yang baik, ikhlas, jujur dan sabar akan membuat pekerjaan terasa ringan dan mudah. Bekerja merupakan salah satu bentuk ibadah kepada Allah SWT.

Kelompok 2: Komitmen, tanggungjawab, dan disiplin

Komitmen adalah suatu kesepakatan yang telah ditetapkan / disepakati bersama yang harus di patuhi dan dijalankan baik perorangan atau kelompok sesuai dengan fungsi untuk suatu tujuan. Dengan komitmen, tanggung jawab dan disiplin yang bagus di setiap pegawai, diharapkan bisa mewujudkan kemandirian dan kemajuan. Ibaratkan sebatang pohon bila batangnya bagus tentu buahnya juga bagus (atasan dan bawahannya).

Kelompok 3: Hidupkan semangat kerjasama dan kekeluargaan

Kerjasama merupakan hubungan timbal balik yang dilakukan antara satu sama lain untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Kekeluargaan berarti suatu hubungan atau ikatan yang tidak membeda-bedakan antara satu sama lain dan adanya sifat berperilaku merangkul, adanya saling asah, asih dan asuh. Dengan semangat kerjasama dan kekeluargaan dalam bertugas akan timbul rasa memiliki dan lebih memudahkan menyelesaikan tugas dan pekerjaan.

Kelompok 4: Layanan cepat, tepat, dan akurat

Dalam mencapai pelayanan yang cepat, tepat dan akurat,

dibutuhkan tenaga medis dan para medis yang memadai dan bekerja secara profesional serta fasilitas penunjang yang mendukung agar tercapai tujuan yang diinginkan.

Kelompok 5: Aman dan nyaman bagi semua

Aman adalah suatu keadaan dimana kita merasa bebas dari ancaman, intimidasi, dan tekanan dari pihak manapun (baik dari atasan, teman sejawat, keluarga pasien dan pihak luar). Sedangkan nyaman berarti suatu keadaan atau kondisi kita merasa bahwa segala sesuatu yang berada di sekeliling kita itu membuat kita tenang serta rileks dalam bekerja

Dalam menciptakan kondisi yang aman dan nyaman dalam bekerja, perlu adanya kedisiplinan bagi semua karyawan, rasa saling menghargai, tidak saling mencurigai, komunikasi yang baik, mematuhi peraturan dan kode etik profesi. Dengan motto 6S (salam, senyum, sapa, sentuh, santun, sabar) dapat menciptakan suasana yang aman dan nyaman baik bagi pasien, keluarga pasien, teman sejawat, juga atasan.

Kelompok 6: Selalu belajar untuk kepuasan pelanggan

Belajar berarti berusaha dalam meningkatkan kemampuan dan kreativitas individu dan kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan dapat memberikan kepuasan pelanggan. Belajar dilakukan sepanjang waktu baik secara formal maupun informal. Secara informal dapat berawal dari diri sendiri, dengan rekan kerja, pasien dan bahkan dengan keluarga. Hasil yang diharapkan adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam melakukan pelayanan di segala aspek.

Mencermati fenomena dan hasil diskusi dalam setiap proses, ada berbagai hal yang menarik untuk dijadikan

berbagai pertimbangan dalam proses pematapan dan sinkronisasi antara tata nilai dan perilaku kerja. Beberapa hal penting dalam proses di antaranya adalah:

1. Dalam taraf pemahaman dan penalaran, para peserta yang dalam hal ini adalah staf RS CND menyadari akan pentingnya tata nilai. Dalam proses diskusi tampak sekali bahwa sebenarnya warga RS CND sadar sepenuhnya dan merasa apa yang didiskusikan adalah kunci bagi RS CND untuk maju.
2. Meski pun warga RS CND sadar akan pentingnya tata nilai, tampak juga bahwa implementasinya tidak mudah. Pertanyaan tentang apakah ini akan berjalan muncul, sementara contoh perilaku masih belum ada konsistensi.
3. Kesadaran prasyarat pembenahan juga muncul dengan menyebutkan aspek manajemen keuangan serta pengembangan SDM (tanggung jawab dan kedisiplinan) yang menjadi fokus sentral.
4. Hal yang menarik dalam perilaku, tampak bahwa peserta diskusi menyadari dan bahkan berani menyebut atribusi "malas" sebagai kekhasan, tetapi kesadaran berubah masih belum mau. Hal ini menjadi menarik karena ada perbedaan antara pemahaman dan implementasi untuk memperbaiki.
5. Keterlibatan secara fisik *top* manajemen dan jajarannya masih menjadi titik perhatian tersendiri. Keterlibatan secara fisik dapat diartikan komitmen di mata peserta, sehingga hal ini menjadi permasalahan yang cukup penting. Apalagi jika dikaitkan dengan kultur PNS atau kultur sebagian organisasi di Indonesia, budaya paternalistik masih melekat. Jika pimpinan memiliki komitmen, maka proses akan berjalan baik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis secara mendalam tampak bahwa keberhasilan tahap implementasi dan penetapan tata nilai sebagai acuan dalam berperilaku kerja masih menjadi permasalahan. Beberapa hal perlu mendapat perhatian, antara lain:

1. Komitmen pimpinan merupakan faktor yang teramat penting. Komitmen ini tidak sekedar keterlibatan,

tetapi juga kesediaan memberikan jaminan proses pelaksanaan operasionalisasi kerja di tiap lini yang berjalan baik dan benar. Baik dan benar dalam hal ini lebih ditekankan pada masalah tanggung jawab dan kedisiplinan di setiap lini operasional RS CND.

2. Permasalahan manajemen keuangan menjadi permasalahan yang masih mengganjal bagi setiap anggota RS CND. Faktor ini menjadi kendala manakala ada tuntutan kesesuaian dengan prosedur dan optimalisasi dalam pelayanan, karena faktor pendukung (imbalan) tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan (dalam hal ketepatan waktu penyampaian jasa medis atau keperawatan). Hal ini dianggap penting karena faktor imbalan ini dianggap sebagai motivator para staf untuk memacu kinerja lebih optimal. Oleh sebab itu, koordinasi antara pihak manajemen dengan pemda setempat menjadi salah satu kunci penting.
3. Penerapan aturan sebagai alat untuk memacu staf supaya baik dirasakan sebagai kebutuhan, bahkan bagi staf "reward dan punishment" dianggap hal yang wajar untuk dilakukan, sepanjang konsistensi ada. Kondisi ini juga menuntut acuan suri teladan sebagai prasyarat.

Berbagai prasyarat di atas merupakan hal penting yang harus terjadi jika proses internalisasi ini akan berjalan mulus sampai tahap pematapan dan penilaian dalam perilaku. Tanpa ketiga hal tersebut di atas terjadi, agak mustahil tata nilai IKHLAS akan terwujud dan hal ini akan membuat kinerja RS CND dalam melayani konsumen berjalan apa adanya. Harapan yang terpateri adalah ketika RS CND secara fisik benar-benar menjadi bagus, maka aspek perilaku menjadi pilar penting untuk menjamin pelayanan berkembang baik. Harapan tetap ada, perjalanan yang tertatih-tatih mungkin akan terjadi. Akan tetapi, proses harus berjalan dan kunci sukses terletak pada kemauan seluruh warga RS CND secara keseluruhan. Sukses harus dikembangkan dan menjadi milik sejati pihak RS CND, karena pendamping hanyalah fasilitator dari sebuah proses.

Divisi Mental Health

Diawali dengan keikutsertaan tim Fakultas Psikologi UGM pada *mental health rapid assessment* bersama Departemen Kesehatan pasca Tsunami, Divisi *Mental Health* kemudian dibentuk bekerjasama dengan tim RS Dr Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM. Program *Mental Health* pada prinsipnya berfokus pada 2 dimensi: kesehatan jiwa dan dukungan psikososial. Sebuah sistem rujukan kesehatan jiwa berbasis komunitas sudah dipaparkan sejak pertama kali program ini direncanakan. Secara keseluruhan program *Mental Health* dibangun dengan tiga metode yaitu intervensi berbasis pada pusat pelayanan psikologi di dua tempat, Banda Aceh dan Aceh Barat, intervensi berbasis komunitas melalui program outreach di barak-barak pengungsian dan *home visit* serta intervensi berbasis media komunikasi massa.



Kondisi pusat kota meulaboh beberapa bulan pasca Tsunami. Aktivitas di kota ini masih sedikit, tampak beberapa orang Aceh mengumpulkan puing-puing reruntuhan yang masih bisa dimanfaatkan.

Dokumen Mental Health



Drs. Haryanto, MSi (kanan), program koordinator divisi *Mental Health*, sedang berbicara dengan seorang warga Aceh di barak pengungsian.

Foto: Haryanto

“Kesehatan jiwa sekarang menjadi primadona”

Refleksi 3 tahun bakti Fakultas Psikologi UGM pasc tsunami 26 Desember 2004 di Aceh

Tim Crisis Center, Rahmat Hidayat, Diana Setiyawati

Bencana gempa bumi yang diikuti Tsunami dahsyat tanggal 26 Desember 2004 meninggalkan dampak psikologis yang mendalam pada masyarakat Aceh.¹ Sementara itu konflik yang berkepanjangan telah meninggalkan trauma psikologis pada masyarakat.² Gabungan bencana alam dan bencana sosial ini membuat tingginya kebutuhan akan layanan kesehatan mental bagi masyarakat Aceh dan membuat UGM bertekad untuk memberikan bantuan. Namun di sisi lain, pada awal tahun 2005, ketika program kesehatan mental UGM dimulai, tidak ada sistem, kebijakan, maupun komitmen dari pemerintah setempat terkait dengan layanan kesehatan mental. Selain itu kapasitas yang ada juga sangat terbatas, baik dalam jumlah, kualifikasi SDM, maupun dalam pengertian ketersediaan sarana kerja dan lain-lain. Kesehatan mental merupakan hal yang tak terpikirkan, atau justru dipikirkan secara salah oleh sebagian besar anggota masyarakat. Misalnya, masyarakat merasa malu untuk mencari

bantuan layanan kesehatan mental, karena kesehatan mental semata-mata dikaitkan dengan sakit jiwa.

Tiga tahun setelah Tsunami merupakan tiga tahun perjalanan panjang program *mental health* UGM (MH). Tiga tahun yang bermula dari kondisi yang sangat berat itu, sejumlah pertanyaan patut dikedepankan. Apa sajakah yang telah dilakukan oleh *Crisis Center* Fakultas Psikologi UGM? Apa saja yang telah dicapai? Apa yang belum tercapai? Apa selanjutnya yang perlu diupayakan? Apa hikmah dari pelaksanaan program MH UGM?

Tulisan ini bertujuan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut. Analisis kebutuhan dan rancangan program akan diuraikan terlebih dahulu. Selanjutnya implementasi program akan paparkan dalam sudut pandang retrospektif, yakni dengan sejauh mungkin melihat kembali bagaimana konteks internal dan eksternal ketika program dirancang dan diimplementasikan. Berdasarkan kedua hal itu, hikmah pelaksanaan program akan dibidik dengan menjawab pertanyaan: “Apa yang semestinya dapat dilakukan secara lebih baik?”

1 Saraceno dan H. Minas. 2005. *WHO Recommendations for Mental Health in Aceh* .

2 Laporan penelitian Harvard-IOM. Penelitian Kebutuhan Psiko-sosial terhadap Komunitas-Komunitas di 14 Kabupaten yang Terkena Dampak Konflik di Aceh.



dr. Albert Maramis (kiri), konsultan Kesehatan Mental WHO, berdiskusi dengan tim *Mental health* UGM, dr. Bambang Hastha Yoga (kedua kiri) dan Rahmat Hidayat (ketiga kiri) di Pusat Pelayanan Psikologi, Rumah Rerunee, Banda Aceh.

Dokumen Mental Health

ASESMEN KEBUTUHAN

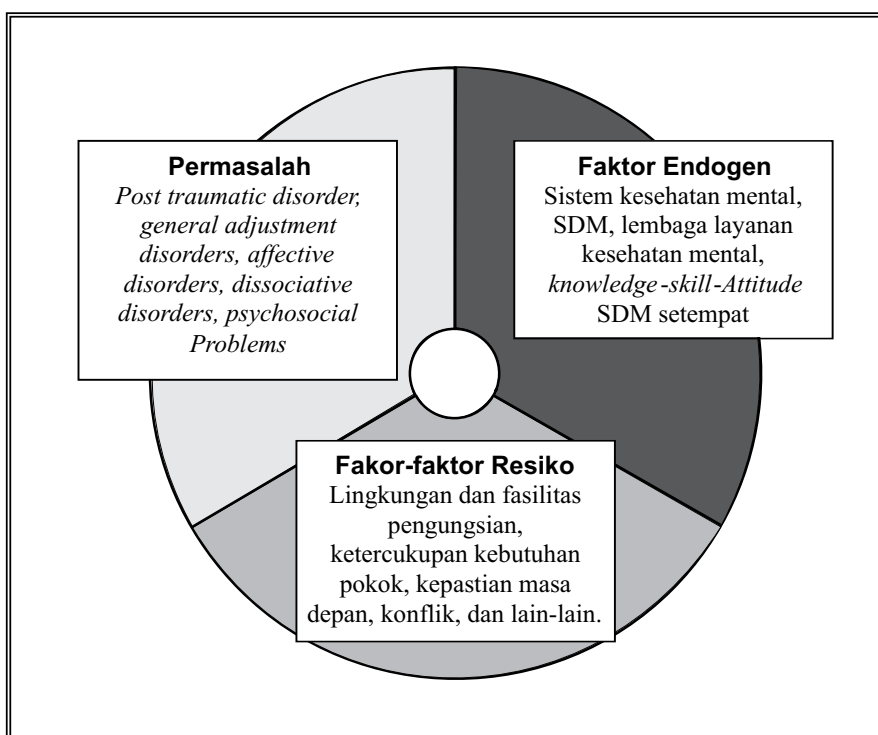
Keberhasilan sebuah program intervensi sosial selalu ditentukan oleh kesesuaian antara rancangan program dengan kebutuhan masyarakat. Program MH UGM pada dasarnya adalah sebuah program intervensi sosial, yakni campur tangan terhadap lembaga formal dan informal di Aceh dalam penyediaan layanan kesehatan mental bagi masyarakat pasca bencana Tsunami. Untuk itu langkah pertama yang diambil Program MH UGM adalah melakukan *asesmen kebutuhan*, baik secara langsung terjun ke lapangan maupun secara tidak langsung.

Pertama, CC melakukan *asesmen kebutuhan* secara langsung di Banda Aceh dan sekitarnya, serta Meulaboh dan sekitarnya. *Asesmen kebutuhan* di Banda Aceh dilakukan bersamaan dengan keikutsertaan beberapa anggota CC dalam tim *Mental Health Rapid Assessment* dari Departemen Kesehatan RI, dibawah supervisi dari World Health Organization (WHO). Selanjutnya *asesmen kebutuhan* dilakukan oleh beberapa anggota CC yang bergabung dengan tim kesehatan Fakultas Kedokteran dan RS Sardjito. Keseluruhan program *asesmen kebutuhan* dilaksanakan pada bulan Januari dan Februari 2005. *Asesmen kebutuhan* tidak langsung dilakukan dengan merujuk pada laporan hasil-hasil analisis kebutuhan oleh pihak lain, misalnya yang dilakukan oleh WHO.

Dari penilaian langsung tergambar betapa luasnya dampak psikologis gempa dan Tsunami yang menimpa Aceh. Hampir setiap orang yang ditemui di lapangan

pada bulan Januari 2005 menunjukkan tanda-tanda stres akut. Gejala mengalami ulang peristiwa traumatis dilaporkan oleh banyak survivor, misalnya mimpi-mimpi buruk, serangan panik, ketakutan dan kecemasan yang akut, serta senantiasa teringat akan kejadian gempa dan Tsunami. Perilaku menghindari masyarakat terlihat, seperti pada para responden, misalnya dengan menarik diri dari pergaulan, reaksi fobia terhadap obyek-obyek yang dikaitkan dengan gempa dan Tsunami, tidak berani kembali ke tempat asal, dan tidak berani berada di dalam bangunan. Beberapa gejala reaksi berlebihan terhadap pengalaman traumatis juga diamati atau dilaporkan, misalnya terjadi gangguan tidur, kemarahan, kesedihan, kewaspadaan yang berlebihan, reaksi berlebihan terhadap sesuatu yang mengejutkan, gelisah, berdebar, kelelahan, nyeri dada, sesak napas, merasa haus, serta tangan dan kaki kesemutan. Gangguan fungsi kognitif pun cukup banyak ditemukan, misalnya survivor tidak percaya bahwa peristiwa itu benar-benar terjadi, atau merasa bingung dan kacau pikiran. Gejala-gejala reaksi depresif juga teramati, misalnya survivor merasa tidak berdaya, perasaan membeku, bengong atau tatapan mata kosong, kesedihan yang mendalam dan berkepanjangan, putus asa, menyalahkan diri sendiri, ingin mati, *self-injured behaviour*, atau menyesali tindakan pada waktu terjadi bencana. Secara singkat, *asesmen kebutuhan* pada dua bulan pertama menunjukkan rendahnya kemampuan untuk menjalankan fungsi-fungsi normal pada sebagian besar survivor.

Bagan 1. Peta masalah dan kebutuhan bantuan psikologis di Aceh pasca gempa dan Tsunami 26 Desember 2004.





Anak-anak di barak pengungsian diajak bermain bersama. Metode bermain cakup efektif dalam meringankan stress pasca trauma pada anak-anak.

Gejala-gejala permasalahan kesehatan mental ini kemudian dipetakan dalam sebuah model yang disebut sebagai ring model, sebagaimana diuraikan pada Box 1. Keterkaitan antara masalah-masalah kesehatan mental dengan faktor-faktor endogen dan faktor-faktor resiko diringkas pada bagan 1. Faktor endogen terdiri atas hal-hal seperti sistem kesehatan mental, sumber daya manusia (SDM), serta pengetahuan, ketrampilan, dan sikap terkait dengan kesehatan mental. Faktor risiko terdiri atas lingkungan dan fasilitas pengungsian, ketercukupan kebutuhan pokok, dan lain-lain. Kedua faktor terakhir ini diuraikan pada bagian-bagian berikut ini.

Dalam rentang waktu dua bulan untuk *asesmen kebutuhan*, terlihat bahwa terjadi proses penyesuaian diri yang alami pada sebagian besar survivor. Dengan kata lain terjadi penurunan yang signifikan pada gejala-gejala gangguan kesehatan mental pada sebagian besar survivor. Namun hal serupa tidak terjadi pada sebagian yang lain. Pasien dengan gangguan stress pasca trauma (*post-traumatic stress disorder*) mulai ditemukan di Klinik Zaitun, yang merupakan bagian operasional dari Tim Kesehatan RS Dr Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM. Gangguan keberfungsian diamati atau dilaporkan di tempat kerja (misalnya guru dan perawat yang belum bisa menjalankan tugasnya), di rumah (misalnya kekerasan dalam rumah tangga, pengabaian anak, atau sebaliknya pengekangan anak), dan di masyarakat secara umum (misalnya meningkatnya penyalahgunaan obat dan zat terlarang). Meningkatnya jumlah penderita gangguan disosiatif di jalan-jalan juga menunjukkan luasnya masalah kesehatan mental akibat gempa bumi dan Tsunami.

Temuan penilaian langsung ini sejalan dengan estimasi yang diajukan oleh WHO, bahwa kira-kira satu juta orang terpengaruh oleh bencana gempa dan Tsunami. Kurang lebih 50% dari populasi itu mungkin akan merasakan

tekanan psikologis yang cukup kuat. Dengan demikian diperkirakan sekitar 500.000 orang memerlukan bantuan dukungan psikologis. Selanjutnya WHO membuat perkiraan bahwa 5% sd. 10% akan berkembang ke arah gangguan psikiatrik terkait dengan stress. Ini berarti bahwa sekitar 50.000 orang akan memerlukan bantuan intervensi kesehatan mental oleh tenaga yang terdidik.

Selain faktor peristiwa traumatis, lingkungan fisik dan sosial pasca bencana juga turut berperan dalam gagalnya penyesuaian diri pasca bencana. Misalnya, CC melihat betapa tidak sehat dan tidak nyamannya lingkungan pengungsian. Selain itu ketersediaan kebutuhan pokok juga masih menjadi masalah berbulan-bulan setelah Tsunami. Ketidakpastian tentang masa depan, dan gagalnya pemerintah memberikan penerangan tentang program pemulihan tentang apa yang akan dijalankan menambah tingginya kecemasan masyarakat. Lebih buruk dari hal itu adalah seringnya muncul informasi yang tidak jelas, atau informasi dan kebijakan yang tidak konsisten. Puncak musim penghujan saat itu juga sangat berpengaruh terhadap kesejahteraan survivor. Yang terakhir, koordinasi bantuan yang sangat buruk menambah parah situasi kesehatan mental.

Aspek lain yang dilihat dalam penilaian kebutuhan CC adalah kapasitas yang tersedia untuk bantuan kesehatan mental dalam jangka pendek dan jangka panjang. Data resmi dari WHO menunjukkan bahwa di wilayah Aceh hanya terdapat 5 orang psikiater, 90 orang perawat jiwa, dan 3 orang psikolog klinis. Jumlah ini tentu tidak memadai untuk kebutuhan sebagaimana digambarkan di atas. Apalagi tenaga profesional tersebut terkonsentrasi di kota Banda Aceh. Namun ketika itu banyak LSM, perguruan tinggi, dan lembaga internasional yang telah turun memberikan bantuan kesehatan mental dan psikososial. Sekalipun demikian kapasitas tersebut tetap



Dokumen Mental Health

Anak-anak terpaksa menjalani kehidupan yang berat di barak pengungsian dengan kondisi seadanya.

saja tidak akan memadai untuk tingkat kebutuhan yang ada.

Dari kegiatan *asesmen kebutuhan* tersebut disimpulkan bahwa permasalahan kesehatan mental pasca gempa dan Tsunami 26 Desember 2004 di Aceh sangat luas. Di sisi lain ketersediaan kapasitas untuk intervensi kesehatan mental dan psikososial amat sangat terbatas. Situasi ini dapat digambarkan secara klinis sebagai *acute on chronic*.³ Kesimpulan yang ditarik kemudian bahwa dalam jangka pendek UGM perlu memberikan bantuan layanan langsung, namun yang lebih penting lagi adalah merancang program yang bertujuan untuk membantu membangun sistem kesehatan mental terpadu di Aceh.

3 Sebagai tanggung jawab moral, data dan informasi yang didapatkan dari kegiatan penilaian kebutuhan CC Fakultas Psikologi UGM telah dipresentasikan di berbagai pihak di luar maupun di dalam UGM. Di luar UGM, CC melakukan presentasi di beberapa universitas lain yang memiliki kapasitas untuk melakukan bantuan kesehatan mental. Selain itu presentasi juga dilakukan dalam koordinasi *Mental Health (MH)* di Dinkes Yogyakarta dan Departemen Kesehatan RI. Diluar instansi kesehatan, presentasi dilakukan di depan Menteri Perumahan Rakyat, Menteri Pendidikan Nasional, dan Deputy Senior Bank Indonesia. Tujuannya adalah untuk mengundang komitmen MH pada sektor-sektor terkait. Beberapa tindakan kongkrit implementasi rekomendasi diambil, misalnya oleh Bank Indonesia dengan inisiatif *cash for work* untuk pengungsi pada minggu ke 3 setelah Tsunami.

Model Zonasi untuk Penilaian Dampak Psikologis Bencana Gempa-Tsunami

Seberapa besar dampak psikologis sebuah bencana? Bagaimana dinamika psikologisnya? Siapa saja yang mengalami? Bagaimana penyebarannya? Pertanyaan-pertanyaan semacam ini selalu muncul dalam tahap mitigasi dampak psikologis bencana alam, termasuk bencana gempa bumi dan Tsunami di Aceh dan Kepulauan Nias.

Penilaian langsung dengan metode survey yang baik tidak mungkin dilakukan. Untuk itu diajukan model zonasi, atau sebelumnya disebut *ring model*, untuk penilaian dampak psikologis bencana gempa bumi dan Tsunami. Model ini dirumuskan oleh Rahmat Hidayat berdasarkan wawancara mendalam dengan survivor pada minggu kedua setelah bencana, sebagai bagian dari tugasnya dalam tim *rapid assessment* Departemen Kesehatan RI. Asumsi dasar model ini adalah beban psikologis (*psychological distress*) pada survivor muncul dari peristiwa traumatis yang dialaminya. Secara keseluruhan kadar pengalaman traumatis bisa diperhitungkan berdasarkan posisi sebuah kelompok masyarakat relatif terhadap garis pantai. Semakin jauh dari garis pantai semakin kecil pengalaman traumatis. Dengan demikian dampak psikologis bisa dipetakan dalam lima zona. Namun pada wawancara mendalam menunjukkan bahwa dampak psikologis bukanlah fungsi linear dari jarak relatif dengan garis pantai. Sebagaimana

Kondisi area di Zona 1, mengalami kehancuran total akibat bencana gempa bumi dan Tsunami.



Foto: Rahmat Hidayat

Kondisi area di Zona 2, mengalami mengalami kerusakan parah namun masih bisa diidentifikasi.



Foto: Rahmat Hidayat

diuraikan di bawah ini, ada dinamika psikologis yang khas pada tiap zona yang mempengaruhi tingkat kedalaman dan keluasan masalah-masalah kesehatan mental dan psikososial gempa bumi dan Tsunami.

Zona 1: Hancur total akibat Tsunami

Zona 1 adalah wilayah yang diperkirakan berada dalam radius 0-3 kilometer dari garis pantai. Area zona 1 mengalami kehancuran total akibat terjangkit Tsunami. Rumah-rumah penduduk, gedung perkantoran, sekolah, jalan, tiang listrik, jembatan, dan bangunan-bangunan permanen lainnya mengalami kehancuran total. Hanya tinggal beberapa vegetasi seperti pohon bakau, kelapa, dan cemara yang mampu bertahan.

Pada aspek sosial, diperkirakan jumlah penduduk Zona 1 yang selamat kurang lebih 20% dari populasi. Mereka tidak dapat menceritakan cara yang digunakan untuk menyelamatkan diri. Sejumlah responden mengatakan bahwa mereka tidak memiliki kesempatan untuk

melakukan apa pun. Tiba-tiba mereka telah terseret air bah dan secara ajaib mendapatkan benda yang mengapung untuk berpegangan. Dari sisi demografis, survivor dari zona ini sebagian besar adalah laki-laki dewasa. Sangat kecil prosentase anak-anak yang selamat dari zona ini.

Korban selamat pada Zona 1 mengalami kehilangan yang menyeluruh: kehilangan anggota keluarga dan harta benda. Namun dari aspek mental mereka justru lebih kuat dibandingkan Zona 2, sebagaimana akan diuraikan kemudian. Mereka menerima apa yang terjadi sebagai takdir. Di satu sisi justru merasa bahwa mereka telah mendapatkan kemurahan karena telah diselamatkan dari bencana ini. Mereka tidak memiliki penyesalan bahwa mereka tidak bisa menyelamatkan anggota keluarga yang lain. Beberapa responden menggambarkan, jangankan menyelamatkan orang lain, keselamatan diri mereka sendiri pun bukan dari hasil daya upaya mereka.



Foto: Rahmat Hidayat

Kondisi area di Zona 3, terkena luapan material yang dibawa air Tsunami.

Zona II: Rusak berat akibat Tsunami

Zona II adalah wilayah yang diperkirakan terletak antara 2 – 5 km dari bibir pantai. Rumah penduduk dan bangunan lain rusak parah, sekalipun struktur bangunan masih terlihat dengan nyata. Dalam jangka panjang bangunan-bangunan tersebut mungkin bisa diperbaiki dan dipergunakan lagi.

Tingkat *survival* pada zona ini diperkirakan sekitar 50%. Pada saat Tsunami, orang-orang masih memiliki kesempatan untuk berlari atau memanjat bangunan atau pohon untuk menyelamatkan diri. Dapat dikatakan bahwa keselamatan merupakan hasil dari daya upaya mereka. Dalam situasi tersebut, mereka memiliki kesempatan untuk menyelamatkan orang lain, yakni anak, orangtua, saudara, suami atau istri. Beberapa responden menggambarkan bahwa mereka harus mengambil keputusan singkat, siapa yang harus diselamatkan.

Sekalipun tingkat kerusakan lebih kecil dari Zona 1, survivor dari Zona 2 menanggung beban psikologis yang lebih berat, bahkan yang paling berat dibanding zona-zona yang lain. Faktor dominan yang ditemukan adalah *survivor guilt*, yakni rasa bersalah karena diri sendiri selamat sementara orang-orang dekatnya tidak. Pengalaman melihat dengan mata kepala sendiri bagaimana orang-orang terkasih tenggelam, atau melambaikan tangan untuk terakhir kali, juga dilaporkan sangat menghantui mereka. Rasa bersalah akibat menyelamatkan seseorang, dan bukan yang lain, juga meninggalkan rasa bersalah yang sangat kuat. Sebagian responden bahkan mengungkapkan betapa mereka menyesal mengapa mereka selamat sementara anggota keluarganya tidak.

Zona III: Luapan Tsunami

Area ini tidak mengalami kerusakan fisik yang serius. Rumah dan bangunan berdiri secara utuh. Satu-satunya masalah adalah luapan Tsunami yang membawa sampah-

sampah menggunung, termasuk mayat-mayat dari Zona 1 dan Zona 2. Diperkirakan area ini terentang dari 4-7 km dari garis pantai.

Sebagian besar penduduk dari wilayah ini selamat. Namun mereka ikut mengungsi karena kondisi lingkungan rumah dan sekitarnya yang tidak mungkin lagi dihuni. Selain itu faktor kecemasan akan datangnya kembali Tsunami membuat mereka menyingkir untuk sementara waktu dari wilayah ini.

Dari aspek kesehatan mental, *survivor* mengalami stress akibat pengalaman traumatis gempa dan melarikan diri dari Tsunami. Selain itu juga stress akibat lingkungan pengungsian yang tidak nyaman. Isu-isu tentang berulangnya Tsunami dan ketidakpastian menyangkut kebijakan penanganan bencana oleh pemerintah merupakan faktor yang lain. Namun dapat diperkirakan bahwa proses penyesuaian diri yang alami akan terjadi pada mereka, terutama bila ada penanganan yang cepat pada masalah-masalah hunian dan kegiatan ekonomi.

Zona IV: Zona gempa di luar area Tsunami

Secara geografis Zona IV berada di luar jangkauan Tsunami, namun terkena dampak gempa bumi. Pengamanan sekilas pada wilayah ini tidak menunjukkan adanya kerusakan fisik yang luas. Namun dilaporkan dan diamati bahwa penduduk mengalami cekaman yang kuat akibat guncangan gempa yang sangat kuat. Sebagian penduduk tidak berani melewati malam di rumah. Di sebuah puskesmas ditemukan pasien yang tidak bersedia dirawat di dalam bangunan.

Masalah kesehatan mental diperkirakan bersifat jangka pendek dan tidak terlalu meluas. Dengan berlalunya waktu, masyarakat akan beradaptasi dengan guncangan-guncangan gempa lanjutan. Diperkirakan bahwa pengalaman traumatis akibat gempa 26 Desember



“Dengan adanya program UGM terutama Mental Health di Banda Aceh, sangat membantu masyarakat Aceh khususnya yang tertimpa musibah Tsunami dalam menghadapi trauma yang sangat besar akibat kehilangan keluarga dan harta benda. Kami masyarakat Aceh berharap agar program UGM bisa diperpanjang di Aceh karena masih banyak masyarakat yang trauma di kawasan musibah Tsunami yang belum terjangkau oleh program-program serupa.”

2004 akan terhapus dengan sendirinya, setidaknya untuk sebagian besar populasi wilayah ini.

Zona V: Zona di luar wilayah Tsunami dan gempa bumi

Penduduk di wilayah ini sama sekali tidak mengalami secara langsung dampak gempa bumi dan Tsunami. Namun hubungan emosional dan ekonomis yang ada antara warga di zona-zona di atas dengan warga yang tinggal di Zona V bisa memicu masalah kesehatan mental. Contoh yang jelas adalah para mahasiswa Aceh di Yogyakarta. Perhatian mereka pada nasib keluarga di Aceh membuat mereka pun mengalami berbagai tekanan psikologis. Putusnya sarana komunikasi dan tidak segera adanya kepastian dari kampung halaman merupakan faktor pemicu masalah psikologis. Karena itu zona ini patut diperhitungkan dalam perancangan program bantuan kesehatan mental.

RANCANGAN PROGRAM

Proses Perancangan Program

Mengantisipasi krisis kesehatan mental dan psikososial yang mungkin muncul dari bencana gempa bumi dan Tsunami di Aceh, Dekan Fakultas Psikologi UGM menugaskan Pembantu Dekan III, Drs. Sentot Haryanto, untuk membentuk tim guna memantau dan mengorganisir bantuan yang mungkin dikirimkan oleh Fakultas Psikologi UGM. Tim ini selanjutnya disebut sebagai *Crisis Center* Fakultas Psikologi UGM (CC), yang diketuai oleh Rahmat Hidayat.

Bersamaan dengan tahap-tahap akhir penilaian kebutuhan, CC mulai melakukan langkah-langkah untuk penyusunan program. Dekan Fakultas Psikologi membentuk tim ahli yang beranggotakan 9 orang dengan tugas memberikan masukan-masukan bagi CC. Pertemuan konsultasi dilakukan dengan ahli-ahli di luar bidang psikologi terutama dari Ikatan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (IDSKJI) dan Center for Bioethics. Pihak-



Dari kiri Drs. Haryanto, dr. Albert Maramis, Mia Urbano (AIHI), dr. Bambang Hastha Yogya, Louise Searle (WVA) dan Ruth Wraith berdiskusi pengembangan program mental health di Aceh.

pihak yang terlibat aktif memberikan masukan untuk pengembangan program MH adalah dr. Albert Maramis (WHO), Prof. Dr. Soenarto, dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K) dr. Mahar Agusno, Sp.KJ, dr. Bambang Hasta Yoga, Sp.KJ., Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD.

Di luar konsultasi dengan para ahli, baik secara individual maupun melalui kolegium, CC melakukan rapat kerja di Kaliurang pada dua kesempatan. Rapat pertama tanggal 17-18 Februari 2005 dihadiri oleh 20 orang dengan mengundang Dra. Nur Janah Nitura, psikolog senior dari Banda Aceh. Tujuan rapat kerja pertama ini adalah untuk menyusun rancangan rinci dari program-program yang telah ditentukan. Selanjutnya pada tanggal 10-12 Maret dilakukan rapat kerja kedua, juga bertempat di Kaliurang. Hadir dalam pertemuan ini adalah 3 orang psikolog dari Banda Aceh (Dra. Nur Janah Nitura, Dra. Dyah Pratiwi, dan Yulia Direzkia, S.Psi, Psi.) dan Fitriadi, ST, yang dipersiapkan sebagai manajer Balee Zaituna. Tujuan pertemuan ini adalah untuk menyiapkan *soft-opening* Rumoh Seurunee dan Balee Zaituna, dan untuk memberikan pembekalan bagi para psikolog.

Tujuan dan strategi program

Berdasarkan proses konsultasi yang panjang tersebut, tujuan dari program *mental health* ditentukan sebagai berikut. Pertama, untuk jangka pendek dan panjang membantu menyediakan layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial bagi masyarakat Aceh. Kedua,

untuk mengembangkan kapasitas lokal dalam penyediaan layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial. Ketiga, untuk mendorong partisipasi kader lokal dalam penyediaan layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial. Terakhir, untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat setempat, terutama pada kelompok-kelompok yang memiliki keberdayaan rendah.

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, program dirancang berdasarkan empat strategi. Strategi pertama adalah melakukan program intervensi berbasis pusat layanan, atau *centre-based intervention programs*. Secara operasional program ini berbentuk layanan kesehatan mental di pusat-pusat layanan, misalnya puskesmas, rumah sakit, dan pusat layanan lainnya. Kedua, program intervensi berbasis komunitas, atau *community-based intervetion programs*. Secara operasional program ini berbentuk program *outreach* ke barak-barak pengungsi dan pelatihan untuk kader-kader masyarakat. Ketiga, program intervensi berbasis media komunikasi massa, misalnya radio, surat kabar, dan brosur. Isi dari program intervensi ini adalah pesan-pesan edukatif dan afirmatif tentang kesehatan mental dan psikososial. Terakhir, pengembangan sistem kesehatan mental yang berupa advokasi untuk pengembangan kebijakan dan regulasi di bidang kesehatan mental. Termasuk dalam program ini adalah perancangan dan implementasi sistem rujukan kesehatan mental di Aceh dengan kerangka konseptual yang ditunjukkan oleh Bagan 2.

Bagan 2 : Kerangka konseptual sistem rujukan kesehatan mental di Aceh.

PROBLEM

- **Affective, cognitive, and behavioral disorder.**
- **Individual, family, group.**

- **Mild to moderate disorder**
- **Disturbances on social network.**
- **Individual, family, group**

- **Psychosocial problems.**
- **Problems on community level.**
- **Individual, family group.**

Treatment

Healing

Support

INTERVENTION

- **Hospital-based and center-based interventions.**
- **Psychiatrist, psychologist.**

- **Center and community-based interventions.**
- **Individual & group processes.**
- **Trained volunteers.**

- **Community-based interventions.**
- **Individual & group processes.**
- **Informed volunteers.**

Log frame: Rancangan program yang telah disusun sebelumnya kemudian diterjemahkan ke dalam sistem *log frame (logical framework)* yang digunakan oleh World Vision Australia (WVA). *Logframe* kesehatan mental terdiri atas satu komponen dengan lima output dan 32 aktivitas. Sasaran program kesehatan mental adalah berkontribusi meningkatkan kesejahteraan psikologis masyarakat Aceh pasca bencana gempa bumi dan Tsunami. Tujuan ini kemudian di-*breakdown* ke dalam lima output program, sebagaimana dipaparkan di bawah ini.

- Output 1 : Integrasi program dengan layanan kesehatan mental propinsi NAD, kebijakan nasional, dan lembaga-lembaga, layanan, kebijakan, dan program kesehatan lainnya yang relevan.
- Output 2 : Mendirikan pusat layanan kesehatan mental masyarakat di Banda Aceh dan Meulaboh.
- Output 3 : Meningkatkan kapasitas lokal dalam hal dasar-dasar manajerial dan administrasi layanan kesehatan mental.
- Output 4 : Meningkatkan kapasitas layanan kesehatan mental di tempat pelayanan kesehatan setempat.
- Output 5 : Meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan mental dan layanan kesehatan mental di masyarakat.

IMPLEMENTASI PROGRAM

Fase Transisi

Periode Agustus – Desember 2005

Adanya kepastian kerjasama dengan Australia dan WVA sebagai penyandang dana, CC melakukan penilaian ulang di bulan Juli 2005 bersama dengan bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran UGM/ RS Sardjito untuk segera mempersiapkan sistem kerja dan standar operasional divisi *mental health* di lapangan. Pada akhir Juli 2005, 2 rumah disewa oleh CC untuk dijadikan sebagai kantor pelayanan, masing-masing di Jl. Imam Bonjol No 47 Meulaboh (Balee Zaituna) dan di Jl. Tengku Cot Plieng No 20 Kotabaru, Banda Aceh (Rumoh Seurunee). Sebagai tindak lanjut, dari tanggal 20 Agustus sampai dengan 30 September 2005, CC menempatkan M. Zulkarnain (Koordinator Area Meulaboh) di Aceh guna mempersiapkan segala kebutuhan operasional pusat layanan di Meulaboh, meliputi persiapan fisik, perekrutan personel, dan segala hal yang menyangkut kebutuhan organisasional, yakni persiapan pelatihan-pelatihan pendahuluan, *re-assesment* di Kecamatan Samatiga sebagai *target area*, dan mempersiapkan launching center.

Sementara staf CC di Meulaboh dan Banda Aceh mempersiapkan sarana dan prasarannya, CC di Yogyakarta terus mematangkan konsep *mental health*, tatalaksana pusat layanan, modul pelatihan, dan sebagainya yang kemudian menjadi pegangan bagi operasional masing-masing center. Pada bulan September 2005, modul *Individual and Group Counseling Training*



Penetapan arah dan strategi program *mental health* mengalami perdebatan yang panjang di Yogyakarta. Pada akhirnya program *mental health* dapat berjalan lancar sesuai yang diharapkan semua pihak.

Dokumen Mental Health

(IGCT) selesai disusun. Modul ini dikembangkan oleh CC sejak bulan Juli 2005. Kemudian di bulan September CC mengadakan kompetisi penyusunan modul *Psychosocial Support Training* (PST) untuk mendapatkan modul yang berkualitas. Kompetisi diikuti oleh 7 partisipan, draft modul yang masuk diseleksi oleh tim ahli melalui review dan presentasi. Modul yang terpilih kemudian diuji validitasnya melalui *try out* dengan melibatkan para mahasiswa asal Aceh di Yogyakarta pada tanggal 10-12 September 2005.

Grand opening psychosocial support center di bulan September 2005 menandai mulainya aktivitas *mental health* secara resmi di masing-masing center, Balee Zaituna (BZ) di Meulaboh dan Rumoh Seurunee (RS) di Banda Aceh. Langkah awal *mental health* adalah sosialisasi program kepada masyarakat dan mencari kader sebagai perpanjangan tangan center di komunitas, dengan melakukan *Individual and Group Counseling Training* dan *Psychosocial support training* di kedua center yang dihadiri oleh 58 peserta di Meulaboh dan 47 peserta di Banda Aceh, yang kemudian menjadi kader untuk masing-masing center.

Program terus berlanjut dengan melakukan pelayanan psikologi di center dan barak-barak pengungsian yang mencakup 10 barak di Meulaboh dan Banda Aceh. Di berbagai kesempatan masing-masing center terus melakukan sosialisasi dengan melibatkan diri di berbagai aktivitas masyarakat yang secara tidak langsung melakukan terapi psikologis bagi para pengungsi korban Tsunami.

Kondisi Internal:

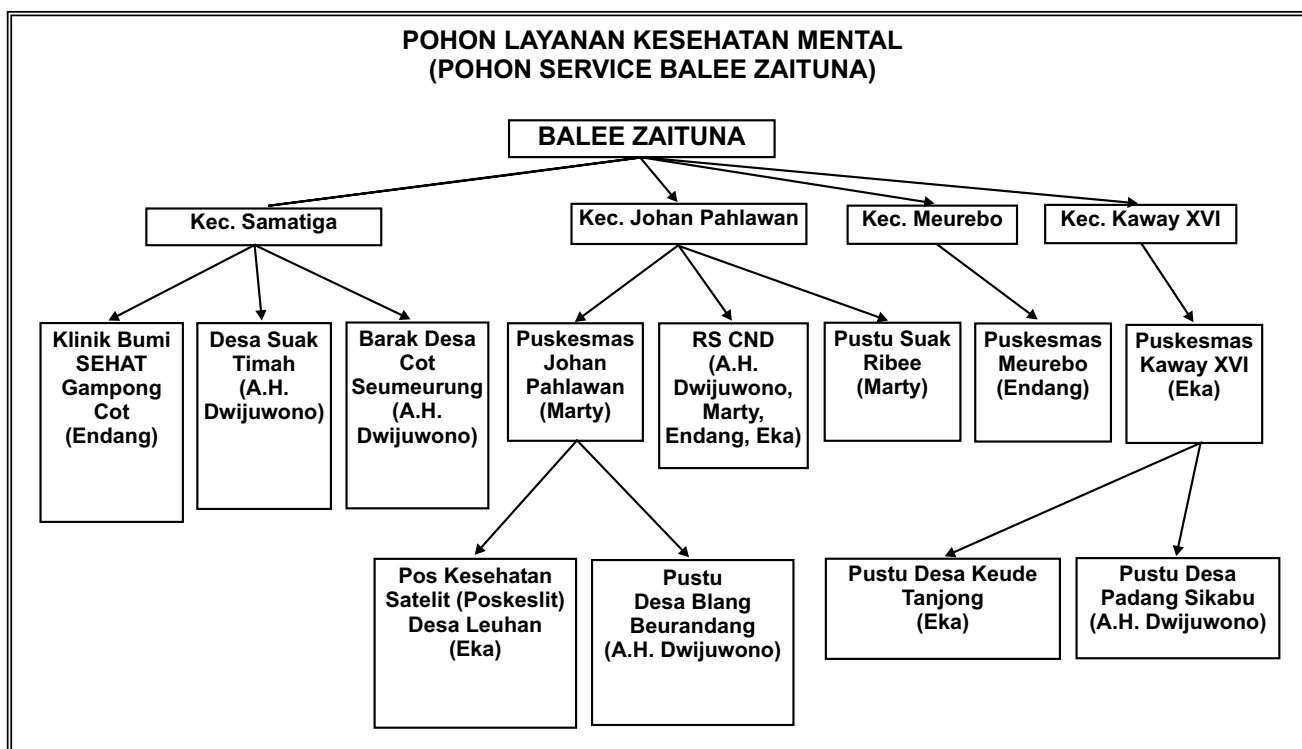
Secara berkala CC melakukan *monitoring* dan evaluasi terhadap kedua center dan secara bertahap memperkuat kapasitas staf di masing-masing center antara lain dengan menginduksi staff dengan visi dan misi mental health, berbagai diskusi internal terutama untuk mengaplikasikan kegiatan sesuai log frame dan penyusunan manual manajemen standar untuk center dilakukan, sehingga masing-masing center dapat beroperasi sesuai standar.

Beberapa pergantian personel terjadi di dalam manajemen CC pada tahun pertama. Pada tanggal 26 September 2005, Budi Andayani, M.A. (Koordinator Program) secara resmi mengundurkan diri dan digantikan oleh Henry Arkan W, Psi. Kemudian pada bulan November, Vadilah (Asisten Program) mengundurkan diri karena hamil disusul pengunduran diri Adi Cilik Pierawan (Manajer Rumoh Seurunee) karena keluarganya pindah dari Banda Aceh ke Yogyakarta. Untuk mengisi kekosongan posisi, CC mengangkat H. Setiawan sebagai Asistem Program dan menempatkan Arul sebagai sekretaris dan *publication officer*. Jasmadi, yang sebelumnya banyak terlibat dalam program-program CC, ditugasi menjadi Manajer Rumoh Seurunee. Karena banyaknya pekerjaan yang harus ditangani, CC merekrut Diana Setiyawati untuk menangani dan bertanggung jawab pada aktifitas-aktifitas pelatihan.

Networking:

Pada tahun pertama, CC telah melakukan kerjasama dengan beberapa pihak di Aceh dalam rangka implementasi program. Pada bulan September 2005,

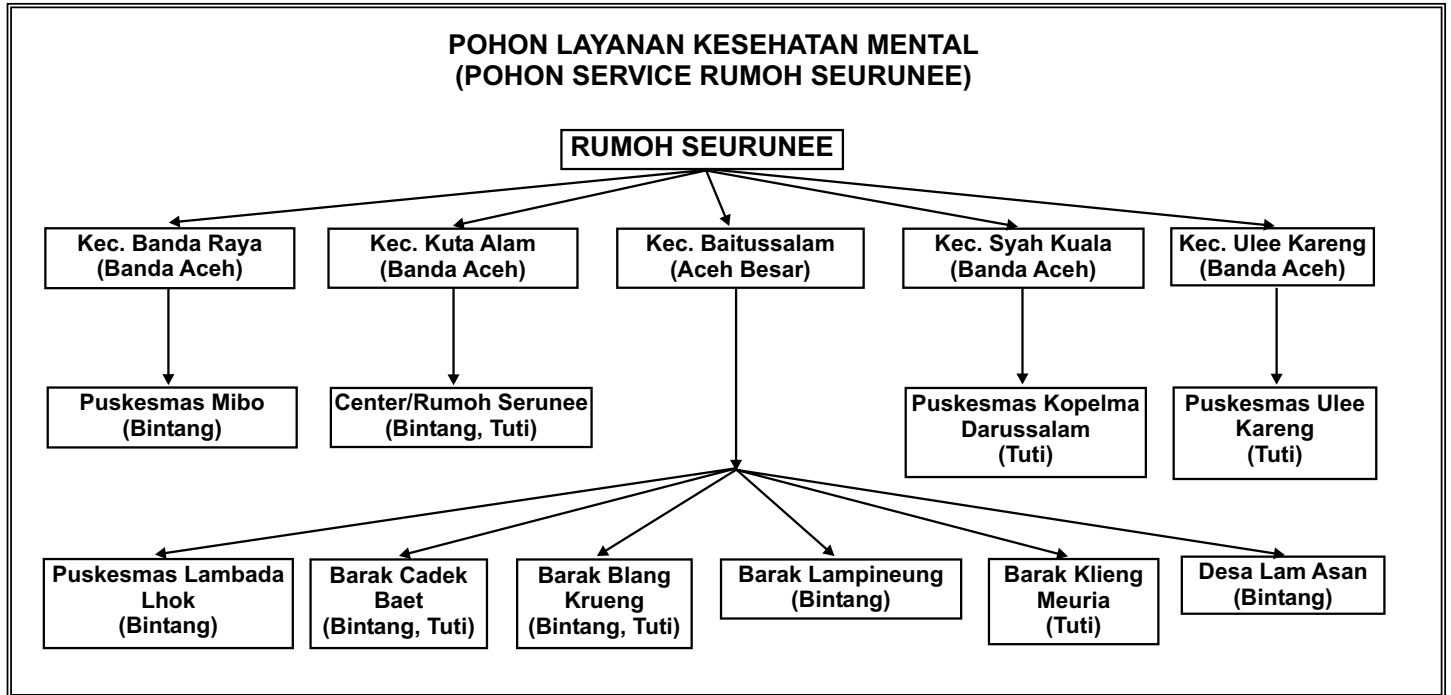
Bagan 3. Struktur Organisasi Pelayanan Psikologi Balee Zaituna, Meulaboh Aceh Barat





“Kegiatan Kesehatan Jiwa yang dilakukan UGM sangat baik untuk mengembangkan wawasan dan pengetahuan serta ilmu tentang psikologi. Disamping itu kita merasakan makna yang besar untuk mempersiapkan diri di masa yang akan datang. Ilmu tersebut dapat diaplikasikan di tengah-tengah masyarakat dan sebagai pedoman untuk menjawab tantangan zaman ketika bersosialisasi dan beradaptasi dengan lingkungan. Kami menyambut baik kehadiran program ini dan semoga akan lebih berkembang dan maju di masa-masa yang akan datang dalam dimanapun tempat melaksanakan tugas.”

Bagan 4. Struktur Organisasi Pelayanan Psikologi Balee Zaituna, Meulaboh Aceh Barat



diadakan pertemuan antara Rektor Universitas Syah Kuala (Unsyah), Dekan Fakultas Kedokteran Unsyah, Ketua Jurusan Psikiatri Unsyah, perwakilan Himpunan Psikolog Indonesia (HIMPSI), dan koordinator program CC Fakultas Psikologi UGM. Dari pertemuan tersebut terjadi kesepakatan kerjasama untuk mengembangkan prodi psikologi di bawah naungan Fakultas Kedokteran Unsyah. Penandatanganan *Memorandum of Understanding (MoU)* dilaksanakan antara Dekan Fakultas Psikologi UGM dan Dekan Fakultas Kedokteran Unsyah. HIMPSI memberikan dukungan sepenuhnya, serta terlibat dalam program ini. Selain itu, pada bulan November 2005, bertempat di Yogyakarta, MoU Program Kepedulian UGM di Aceh Barat ditandatangani oleh Dekan Fakultas Psikologi UGM, Dekan Fakultas Kedokteran UGM, Bupati Aceh Barat, dan Direktur RS Cut Nyak Dien Meulaboh. Sebagai hasil pertemuan antara CC dan WHO pada bulan Desember 2005, Rumoh Seurunee diminta untuk menjadi Koordinator Konseling area Banda Aceh. Program ini merupakan bentuk kerjasama antara CC dan *Mental Health Working Group*, sebuah NGO Internasional yang menyediakan layanan kesehatan mental di Banda Aceh.

Fase Pemulihan Periode Januari - Desember 2006

Crisis Center (CC) terus melakukan pembenahan untuk meningkatkan kualitas layanannya. Kapasitas staf di Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee, terutama staf psikolog terus ditingkatkan. Modul-modul pelatihan yang sudah ada terus diperbaiki sementara beberapa modul baru disusun guna memenuhi kebutuhan pelatihan yang semakin beragam dan spesifik.

Bulan Januari 2006, dua modul utama CC yaitu, *Psychosocial Support Training* dan *Individual and Group Counseling Training* direvisi oleh Dr. Sofia Retnowati, Dr. Tina Aviatin, dan Diana Setiyawati agar lebih sederhana dan sesuai dengan kondisi lapangan. Kedua modul tersebut kemudian direview ulang pada bulan Juni 2006. CC juga terus melengkapi diri dengan beberapa modul baru, diantaranya modul pelatihan deteksi dini problem kesehatan mental untuk staf puskesmas, dan satu modul lainnya untuk guru. Modul untuk staf puskesmas disusun oleh Dr. Tina Aviatin dan Dr. Sofia Retnowati, sementara

modul untuk guru disusun oleh Wahyu Widhiarso, S.Psi., Psi., Diana Setyaningsih, S.Psi., Psi., dan Yuli Fajar Susetyo, S.Psi., Psi. Memasuki tahun kedua, CC memang terus berusaha meningkatkan frekuensi pelatihan untuk kader dari berbagai latar belakang profesi, terutama staf medis, guru, dan tokoh agama. Pelatihan dirancang secara berkelanjutan, meliputi pengenalan, implementasi, dan evaluasi konsep kesehatan mental. Dengan demikian, kader-kader ini nantinya diharapkan dapat melaksanakan tugas asistensi komunitas dalam sistem rujukan kesehatan mental.

Pelatihan pertama pada tahun kedua diselenggarakan pada bulan April 2006, dengan tema "Komunikasi Terapeutik dan Deteksi Dini Terhadap Problem Kesehatan Mental" di Rumah Sakit Zainoel Abidin, Banda Aceh. CC mengundang Dr. Sofia Retnowati, Dr. Tina Aviatin, dan Mugi, S.Psi (psikolog setempat) sebagai pembicara. Pelatihan ini merupakan hasil kerjasama CC dengan Dinas Kesehatan (Dinkes) Propinsi NAD, Dinkes Kabupaten Banda Aceh, dan Dinkes Kabupaten Aceh Besar. Pelatihan diikuti oleh 30 orang perawat yang berasal dari puskesmas-puskesmas di wilayah Banda Aceh. Pelatihan serupa dilaksanakan di Balee Zaituna dan diikuti oleh 25 orang perawat dari puskesmas-puskesmas di wilayah Aceh Barat. Empat belas orang diantaranya adalah peserta program *Community Mental Health Nursing (CMHN)* yang telah mendapat pelatihan dari WHO. Pada akhir pelatihan, mereka merasa puas dan meminta kesediaan psikolog Balee Zaituna untuk memberikan layanan kesehatan mental di puskesmas-puskesmas mereka. Menanggapi permintaan tersebut, sejak bulan April 2006, psikolog Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee menyediakan layanan kesehatan mental

dan psikososial di puskesmas-puskesmas yang berada di area kerja program (Kabupaten Banda Aceh dan Aceh Barat) disamping layanan *outreach* di barak-barak dan *home visit* yang telah berjalan sebelumnya.

Namun demikian, tidak ada peningkatan signifikan jumlah klien yang memanfaatkan jasa di kedua kantor layanan di Meulaboh dan Banda Aceh. Padahal, berdasarkan *asesmen*, potensi klien di Banda Aceh dan Aceh Barat masih cukup besar. Bahkan, Balee Zaituna sudah membuat komitmen rujukan klien dengan NGO-NGO yang ada di Meulaboh dan psikolog-psikolog yang bekerja di tengah-tengah masyarakat. Oleh karena itu, pada tanggal 20 dan 21 April 2006, CC mengirimkan dua tim, masing-masing Dr. Sofia Retnowati dan Dr. Tina Aviatin ke Banda Aceh, dan Diana Setiyawati dan Pihasnawati ke Meulaboh, dalam rangka supervisi kegiatan di lapangan. Untuk meningkatkan jumlah pengguna layanan, kedua tim menyarankan kepada kedua center untuk memprioritaskan program peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan mental. Program ini dapat dilaksanakan melalui kegiatan-kegiatan masyarakat, seperti PKK, Karang Taruna, dan sekolah-sekolah. Promosi program didukung sepenuhnya oleh CC, misalnya pada bulan Juni 2006, CC menerbitkan dan mendistribusikan 900 eksemplar brosur tentang Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee beserta penjelasan mengenai fungsi Psikolog dan 500 eksemplar leaflet panduan praktis mengembangkan *self-confident*.

Menyongsong serangkaian pelatihan untuk guru, staf puskesmas, dan tokoh agama yang diselenggarakan bulan Juni, CC menugasi Hasan Basri (*Senior Site Manager*) dan Wahyu Widhiarso (*activity coordinator*) untuk



Dokumen Mental Health

Pelatihan Mental Health Early Detection juga melibatkan guru sekolah. Deteksi dini kesehatan jiwa di tingkat siswa sangat penting untuk menanggulangi gangguan stres pasca trauma.

Pelatihan Mental Health Early Detection mencakup petugas kesehatan di Puskesmas-puskesmas sekitar Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Barat.



Dokumen Mental Health

Pelatihan Mental Health Early Detection juga diberikan pada tokoh masyarakat, terutama tokoh agama dimana para pemuka masyarakat ini mempunyai peran yang cukup penting di masyarakat dan diharapkan dapat mendukung proses diseminasi dalam masyarakat.



Dokumen Mental Health

melakukan konsolidasi dengan beberapa *stakeholder* di NAD. Tanggal 24 Mei 2006, tim CC berkunjung ke Dinas Pendidikan Kabupaten Aceh Barat guna membahas draft *Memorandum of Understanding (MoU)* kerjasama implementasi program kesehatan mental. Kemudian pada tanggal 27 Mei, Hasan Basri dan Wahyu Widhiarso menemui Teuku Alamsyah (Kepala Dinas Pendidikan Banda Aceh) guna membahas MoU untuk program serupa. Keduanya juga bertemu dengan dr. Cut Maneh (bagian Kesehatan Mental Dinkes Kabupaten Banda Aceh) dalam rangka pelaksanaan program pelatihan untuk staf puskesmas. Terakhir, Tim CC menemui Kepala Kanwil Depag Propinsi Aceh (A. Rahman T.B.) dalam rangka pengenalan program kesehatan mental. Hasil dari pertemuan ini, CC dan Depag sepakat bekerjasama untuk melatih para tokoh agama menjadi kader-kader

kesehatan mental di masyarakat. Peranan tokoh agama di tengah masyarakat Aceh cukup penting dan mendapat kedudukan sosial yang tinggi. Oleh karena itu, CC menilai peran para tokoh agama sebagai kader kesehatan mental akan efektif.

Memasuki bulan Juni 2006, CC menyelenggarakan beberapa pelatihan secara maraton. CC mengirim Sofia Retnowati dan Hartati untuk menjadi pembicara dalam pelatihan "Deteksi Dini Problem Kesehatan Mental" di Banda Aceh. Kegiatan ini diikuti 30 perawat puskesmas. Event serupa diselenggarakan di Meulaboh dengan pembicara Tina Aviatin dan Kusrochmaniah dan diikuti 29 perawat. Pada bulan yang sama dilakukan juga pelatihan untuk guru di Banda Aceh maupun Meulaboh.

- **Pusat Pelayanan Psikologi.** Pusat pelayanan psikologi adalah lembaga yang memberikan layanan konsultasi di tengah-tengah masyarakat, yang dapat berupa yayasan, LSM, atau instansi yang bergerak dalam bidang kesehatan mental.
- **Di Sekolah.** Sekolah biasanya memiliki guru yang juga seorang psikolog, atau juga guru Bimbingan Konseling. Tugasnya memberikan layanan konsultasi psikologi kepada siswa di sekolah. Jika Anda menemui putra-putri Anda sedang mengalami masalah, Anda dapat mengantarkannya ke psikolog di sekolah.
- **Puskesmas.** Beberapa puskesmas menyediakan psikolog yang memberikan pelayanan konsultasi. Anda dapat menemui psikolog tersebut pada jam kerja.
- **Surat pengantar dari instansi kesehatan.** Anda dapat pula menemui psikolog berdasar surat pengantar yang diberikan oleh dokter, bidan, perawat atau petugas medis lainnya.

Untuk bantuan lebih lanjut, Anda dapat menghubungi

Rumoh Seuronee
PUSAT PELAYANAN PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS GADJAH MADA
Jl. Cot Plieng No.20
Banda Aceh
Telp : (0651) 741 2256

BALEE ZAITUNA
PUSAT PELAYANAN PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS GADJAH MADA
Jl. Imam Bonjol No.12, Drien Rampak
Meulaboh
Telp : (0655) 700 9513

DIPERSEMBAHKAN OLEH:



CRISIS CENTER
Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
Jl. Humaniora No.1 Bulaksumur, Yogyakarta 55281
Telp. (0274) 7166 522 | E-mail: cc_psi_ugm@yahoo.com

Free-based design generated by low reaster | 0274 7111 088 | lowreaster@psikom.net



Salah satu media komunikasi masa dalam bentuk buletin kesehatan jiwa dibagikan secara gratis ke masyarakat.

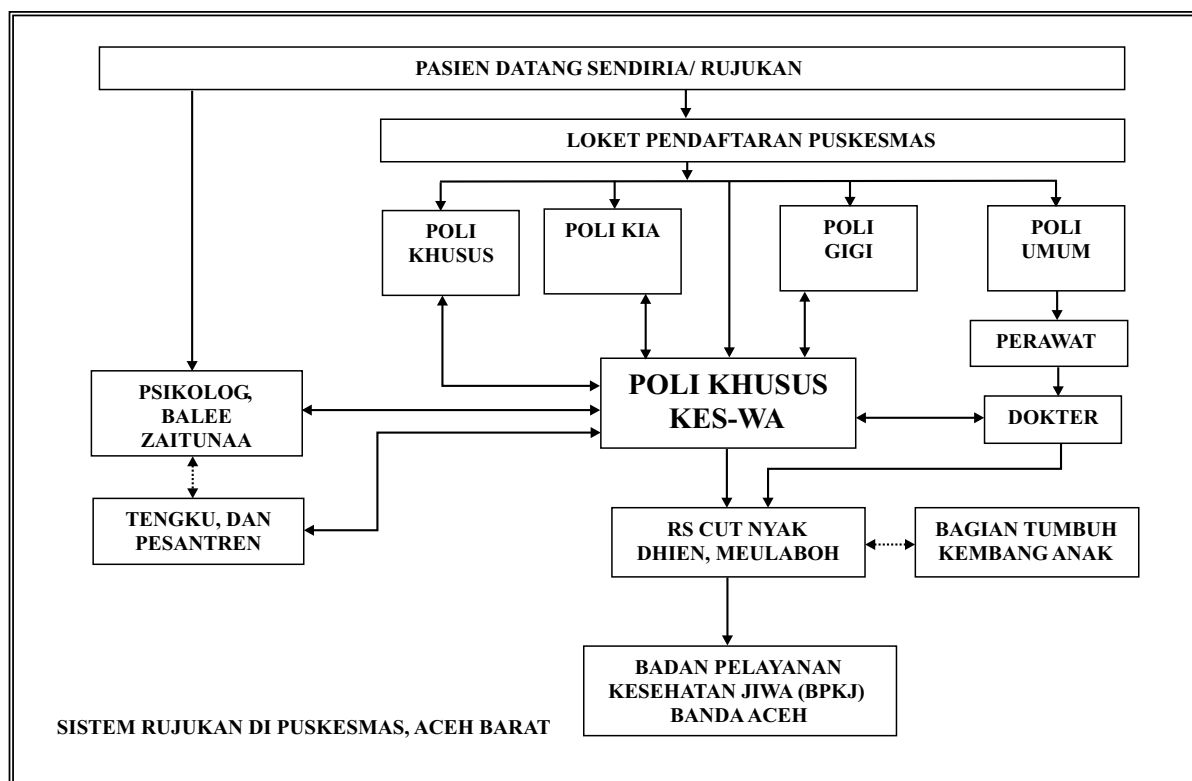
Untuk kegiatan publikasi, pada tahun 2006, CC melakukan kerjasama dengan media massa lokal dalam rangka promosi program kesehatan mental. Mulai bulan Maret 2006, CC mendapatkan kesempatan memberikan layanan melalui kolom konsultasi psikologis di Tabloid KONTRAS (diterbitkan oleh SERAMBI INDONESIA) yang terbit mingguan terhitung sejak no. 326, edisi 22-18 Maret 2006. Selain itu, CC juga menerbitkan buletin bertema dukungan kesehatan mental dan psikososial yang bernama BULLETIN ZAITUNA. Terbit perdana pada bulan Agustus 2006, CC mendistribusikan 2.000 eksemplar bulletin kepada masyarakat secara gratis.

Ada satu kendala yang menghambat implementasi program layanan kesehatan mental dan psikososial di NAD. Dari pertemuan antara staf CC (Wahyu Widhiarso dan Hasan Basri) dengan dr. Cut Maneh dari bagian Kesehatan Mental dan Dinas Kesehatan Propinsi NAD diketahui bahwa arah kebijakan dinas kesehatan dalam bidang kesehatan mental terlalu berorientasi pada obat (drug oriented), belum ada sistem rujukan kesehatan mental. Oleh karena itu, CC melakukan lobi ke Departemen Kesehatan, Pemda NAD, Bapeda, DPRD, dan pihak-pihak lain dalam rangka membangun sistem rujukan kesehatan mental (*mental health referral model*). Berangkat dari pengalaman implementasi sistem rujukan kesehatan mental di Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta, CC membuat model sistem yang sama untuk diterapkan di Aceh Barat.

Model referal sistem ini sebenarnya sudah dipresentasikan dalam sebuah semiloka 12 Januari 2006. Untuk menindaklanjuti agenda tersebut, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman diundang dan diminta untuk mempresentasikan pengalaman implementasi di Kabupaten Sleman. Hasilnya, pada tanggal 27 Maret 2006, CC sebagai wakil Fakultas Psikologi UGM dan Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat menandatangani MoU kerjasama implementasi program kesehatan mental di seluruh puskesmas yang ada di Aceh Barat, didalamnya juga tercantum komitmen Dinas Kesehatan untuk mendukung program-program CC.

Sementara program-program layanan kesehatan mental dan psikososial berjalan, CC bersama pihak Unsyah terus bekerjasama untuk merealisasikan prodi Psikologi di Unsyah. Tanggal 22 Januari 2006, diadakan pertemuan yang dihadiri oleh Dr. Syahrul, Sp.S. (Dekan Fak. Kedokteran Unsyah), Prof. Hadiyanto (Dekan Fak. Kedokteran UGM), Prof. Mubarika (Wakil Dekan Fak. Kedokteran UGM), Prof. Laksono (Koordinator Program Aceh), Prof. Nurrohman Hadjam (Dekan Fak. Psikologi UGM), Dr. Fathul Himam (Wakil Dekan Fak. Psikologi UGM), dan staf CC. Bertempat di kediaman Dr. Sofia Retnowati, pertemuan ini menghasilkan kesepakatan-kesepakatan berikut:

- (1) Universitas Syah Kuala (Unsyah) siap bekerjasama dengan Universitas Gadjah Madamenyelenggarakan



- (2) Unsyah dan UGM membentuk tim yang bertugas untuk merealisasikan program. Tim UGM merupakan gabungan antara Fak. Psikologi dan Fak. Kedokteran sementara Tim Unsyah terdiri dari unsur Unsyah, Pemda, dan DPRD NAD.
- (3) Tim Unsyah bertugas mempersiapkan gedung dan *local resources* (mahasiswa, dosen lokal, dan lain-lain).
- (4) Tim UGM bertugas mempersiapkan konsep, kurikulum, pendanaan, dan *resources* lainnya (dosen, para ahli, dan lain sebagainya).

Kondisi Internal.

Beberapa kali CC bersama WVA dan Koordinator Program Aceh melakukan *monitoring* dan evaluasi untuk mengetahui perkembangan dan membenahi kinerja center baik di Yogyakarta maupun kedua center di Aceh. Bulan Februari 2006, CC menyelenggarakan *semiloka* untuk mempresentasikan hasil *monitoring and evaluation research*. Presentasi dilakukan oleh Neila Ramdhani dan Amelia dan direview oleh Rahmat Hidayat, Sylvi Dewajani (UGM), Mia Urbano (AIHI), dan Ruth Wraith (*Mental Health Technical Advisor* dari *Royal Children's hospital*). Selanjutnya tim dari WVA melakukan *monitoring* dan evaluasi secara lebih detil. Review program dilakukan oleh Ruth Wraith sepulang dari Aceh. Sementara Louis Searle (WVA) dan Mia Urbano mereview kemajuan program CC dan audit laporan keuangan.

Pertemuan dalam rangka koordinasi internal Program Aceh UGM terus dilakukan. Pada bulan Februari 2006, CC bersama tim Fakultas Kedokteran UGM melakukan diskusi membahas perubahan-perubahan dalam sistem manajemen untuk meningkatkan efektifitas program, termasuk diadakannya pertemuan antara staf CC dengan Prof. Laksono, sebagai Koordinator Program Aceh, dalam membahas pengembangan manajemen dokumen-dokumen proyek. Di sisi lain, Induksi visi dan misi CC terus dilakukan kepada para staf di lapangan guna meningkatkan komitmen dan motivasi kerja.

Beberapa pergantian personel baik di jajaran manajemen maupun staf di lapangan terjadi di tahun kedua ini. Sylvi Dewajani, Sekretaris Eksekutif CC, mengundurkan diri karena alasan personal dan digantikan oleh Sentot Haryanto sebagai Koordinator Program dan Diana Setiyawati sebagai Manajer Program. Kemudian Sariful Latifah, *Project Finance Officer*, mengundurkan diri karena harus mengikuti suaminya yang pindah lokasi kerja dan digantikan oleh Arifah Sindhika Putri. Diah, psikolog Balee Zaituna, mengundurkan diri karena harus berkonsentrasi ke tugas utamanya sebagai anggota DPRD dan digantikan oleh Rakhmawati.

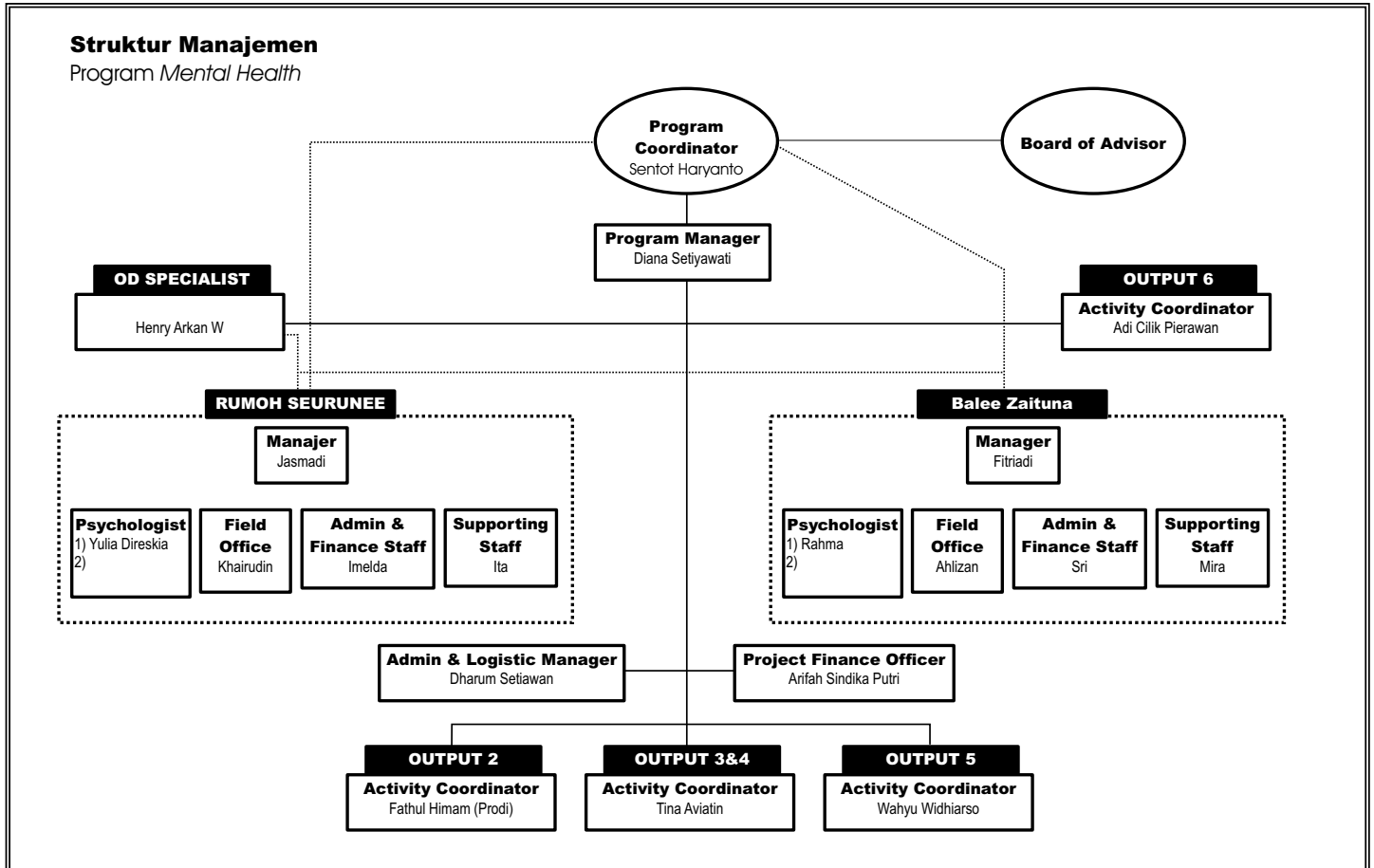
Menghadapi berbagai perubahan di dalam struktur organisasi, manajemen CC melakukan konsolidasi internal secara intensif pada bulan Januari 2006. Agenda pertemuan ini adalah evaluasi terhadap sistem manajemen

Darmayanti

Staf Puskesmas Meurebo, Kabupaten Aceh Barat

"Pelayanan kesehatan mental masih sangat di butuhkan di puskesmas karena masih banyak pasien mental yang belum teridentifikasi, dan sangat membutuhkan dokter dan psikolog. Dengan adanya Balee Zaituna ini banyak pasien-pasien yang sudah terbantu. Masyarakat sudah menyadari peran psikolog, dan tidak perlu malu lagi untuk berkonsultasi."

Bagan 6. Struktur dan Personel Crisis Center Fakultas Psikologi UGM per Februari 2006.



yang ada, mengajukan struktur organisasi yang baru, dan menata kembali keseluruhan program dan staf. Kemudian, Dekan Fakultas Psikologi memanggil Rahmat Hidayat (sedang melanjutkan studi doktoral di Belanda yang juga salah satu pendiri CC) untuk diserahkan tanggung jawab dalam melakukan penyegaran dan meningkatkan motivasi para staf CC, khususnya yang berada di jajaran manajemen.

Perubahan dalam struktur organisasi CC terus terjadi. Pada bulan Februari Manajer Rumoh Seurunee, Jasmadi, mengundurkan diri karena harus menyelesaikan program Masternya. Untuk sementara Yulia Direskia (psikolog Rumoh Seurunee) bertanggung jawab sebagai manajer sampai CC mendapatkan manajer baru. Sementara itu, CC merekrut 4 *supporting staff* yang bertugas sebagai

koordinasi kegiatan (*activity coordinator*), yaitu Dr. Fathul Himam dan Henry Arkan sebagai penanggung jawab output 6, Dr. Tina Aviatin membawahi aktivitas output 3 dan 4, Wahyu Widhiarso sebagai penanggung jawab output 5, dan Adi Cilik Pierawan sebagai penanggung jawab output 6. Setelah semua posisi terisi, struktur baru organisasi CC dijalankan untuk mengakomodasi posisi-posisi dan semangat program yang baru.

Memasuki bulan Maret 2006, CC merekrut Alfrizal Amy untuk ditempatkan sebagai Manajer Rumoh Seurunee. Selang empat bulan kemudian, Alfrizal dinilai tidak dapat bekerja sesuai dengan standar manajemen CC. Oleh karena itu, pada bulan Juni 2006, secara resmi Alfrizal diberhentikan dan digantikan oleh Syafi'i. Selain itu, CC terus berusaha memperkuat layanan psikologis di Balee



Dokumen Mental Health

Pendirian program studi psikologi di Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala didukung oleh Fakultas Psikologi UGM. Wakil Dekan Fakultas Psikologi UGM, Fathul Himam (Kiri) berdiskusi dengan perwakilan Fakultas Kedokteran Unsyah dr. Yani (kedua kiri).

Zaituna dan Rumoh Seurunee dengan merekrut 4 psikolog baru, yaitu A.H.Dwijuwono, Nur Choiriah (Balee Zaituna), Endang, dan Siti Syapiah (Rumoh Seurunee). Pada bulan Maret, Henry Arkan (*activity coordinator*) keluar dari manajemen CC. Setelah melalui diskusi matang antara tim manajemen, koordinator program, dan *Board of Advisor*, CC memutuskan tidak akan merekrut personel baru untuk posisi yang sama, melainkan lebih memilih untuk mengirimkan tenaga psikolog tambahan guna meningkatkan layanan di Rumoh Seurunee, Banda Aceh.

Memasuki tengah tahun kedua, bulan Juli 2006, Hasan Basri (*Site Manager CC*) pensiun dan digantikan oleh Dr. Subandi (*expert psychologist*). Dia bertugas melakukan supervisi terhadap kinerja psikolog di lapangan, membenahi sistem administrasi kedua *center* di Aceh, dan membangun *networking* secara lebih intensif dalam rangka mengimplementasikan sistem rujukan kesehatan mental yang mencakup seluruh wilayah Propinsi NAD. CC terus melakukan perbaikan, terutama dalam sistem administrasi layanan psikologis. Bulan Oktober 2006, CC memberlakukan format catatan diagnosa klien dengan standar UGM. Mulai sejak itu, layanan psikologis di Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee dilakukan lebih komprehensif dan profesional.

Networking

Pada tahun kedua ini, *networking* dilakukan secara lebih intensif dengan cakupan kerja yang lebih luas. Awal

tahun 2006, CC terus menjalin kerjasama dengan LSM-LSM yang bekerja di Aceh Barat dan Banda Aceh dalam rangka menciptakan sistem rujukan antar institusi dan melaksanakan kegiatan bersama yang terkait dengan program kesehatan mental dan psikososial. Diantaranya dengan HIMPSI JAYA, Yayasan Usaha Mulia, *The Aceh Institute*, BPK Zainoel Abidin, *Community Mental Health Nursing (CMHN)*, Forum Kemanusiaan dan Persaudaraan Indonesia, AssHIVa, dan UNIFEM (*United Nations Development Fund for Women*).

Selain itu, CC juga menjalin kerjasama dengan lembaga-lembaga pemerintah. Mei 2006, CC bekerjasama dengan Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Kanwil Departemen Agama NAD dalam menyelenggarakan pelatihan bagi para penyedia layanan masyarakat, seperti staf puskesmas, guru sekolah, dan tokoh-tokoh agama. Untuk cakupan yang lebih luas, CC menjalin kerjasama dengan Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Kesehatan RI, DPR RI, *Aceh Partnership in Health (APiH)*, BAPPEDA, dan Universitas Syah Kuala dalam rangka realisasi program studi psikologi di Unsyah. Selain itu, CC juga menjalin kerjasama dengan DPRD NAD, Pemerintah Daerah NAD, dan Dinas Kesehatan Propinsi NAD untuk menciptakan sistem rujukan kesehatan mental yang mencakup seluruh wilayah propinsi NAD melalui penyusunan Peraturan Daerah (Perda) atau Qonun tentang Kesehatan Mental.

Fase Pengembangan dan Persiapan Periode Januari - Desember 2007

Ada 2 kegiatan yang paling menonjol yang dilakukan CC pada tahun ketiga. Pertama, CC semakin meningkatkan frekuensi dan intensitas pelatihan bagi guru, staf puskesmas, dan para tokoh agama. Kedua, CC semakin aktif menjalin kerjasama dengan LSM-LSM, Pemda, dan institusi-institusi kesehatan dalam rangka implementasi dan memperkuat *referral system* kesehatan mental. Kedua kegiatan ini berorientasi pada peningkatan kapasitas lokal dalam rangka membangun sistem kesehatan mental di NAD.

Menindaklanjuti kerjasama dengan Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, dan Kanwil Depag, CC menyelenggarakan beberapa pelatihan lanjutan untuk guru, konselor sekolah, staf kesehatan dan tokoh-tokoh agama. Bulan Februari 2007, CC menyelenggarakan pelatihan lanjutan untuk para konselor SMA di Meulaboh dengan topik "Deteksi Dini untuk Problem-Problem Kesehatan Mental". Pelatihan diikuti oleh 30 konselor SMA dari seluruh Kabupaten Aceh Barat. Pelatihan serupa diselenggarakan di Banda Aceh dan diikuti oleh 29 konselor SMA di Kabupaten Banda

Aceh. Kedua pelatihan ini cukup berhasil. Menggunakan analisis *T-test*, diketahui bahwa para peserta mengalami peningkatan pengetahuan yang signifikan dalam deteksi dini kesehatan mental dan hal-hal lain yang terkait.

Bulan Maret 2007, CC menyelenggarakan beberapa pelatihan secara maraton dalam rangka meningkatkan kualitas layanan kesehatan mental para kader sekaligus memperkuat *referral system* di masyarakat. Tanggal 1 Maret 2007, CC menyelenggarakan pelatihan lanjutan untuk tokoh-tokoh agama di Banda Aceh. Topik pelatihan adalah "Peran Tokoh Agama dalam Dukungan Kesehatan Mental" dan diikuti oleh 28 peserta. Pada akhir Maret, pelatihan serupa diselenggarakan di Meulaboh dengan tema "Kesehatan Mental dalam Perspektif Al Qur'an dan Hadist" dan diikuti 21 tokoh agama. Pelatihan dikombinasikan dengan FGD (*Focus Group Discussion*). Melalui FGD diketahui kesulitan yang dihadapi oleh para tokoh agama dalam merujuk klien ke Dinas Kesehatan. Berdasarkan temuan ini, CC dan seluruh peserta bersama-sama membuat rencana kerja untuk membangun strategi *networking* yang lebih baik antara Dinkes, NGO, dan para tokoh agama dalam rangka menciptakan sistem rujukan klien.



Dokumen Mental Health

Drs. Haryanto, MSi (tengah), wakil Fakultas Psikologi UGM dan dr. Amir Hamzah, Sp.PD (kiri), Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat menandatangani perjanjian kerjasama pelaksanaan sistem kesehatan jiwa berbasis komunitas, yang melibatkan psikolog klinis sebagai bagian dari tenaga kesehatan di Aceh Barat.

Drs. H. Marwan Usman

Ketua Badan Penasehat Pembinaan Pelestarian Perkawinan (BP4) Kandepag kota Banda Aceh

“Kerjasama dengan tim UGM di Banda Aceh dan juga berbagai pihak lainnya telah menghasilkan manfaat yang besar bagi masyarakat Banda Aceh terutama tentang pembinaan kesehatan jiwa pasca bencana Tsunami. Kota Banda Aceh yang mayoritas muslim, sangat dekat dengan para tokoh agama dan mubaligh, maka jalinan kerjasama Rumoh Seurunee melalui psychosocial support programnya dapat membawa hal-hal positif bagi masyarakat kota Banda Aceh terutama tercegahnya timbulnya perselisihan dalam keluarga dan masyarakat, selain itu dapat membuka wawasan baru yang berkenaan dengan kejiwaan bagi para tokoh agama di wilayah Banda Aceh dan sekitarnya. Kami mengharapkan kiranya ini dapat dilanjutkan di masa-masa yang akan datang.”

Bulan Maret 2007, CC menyelenggarakan pelatihan lanjutan dan FGD untuk 23 staf puskesmas dan 1 orang dokter di Banda Aceh. Topik pelatihan adalah “Tantangan-Tantangan dalam Layanan Kesehatan Mental”. Pada sesi FGD, staf Rumoh Seurunee mendampingi para staf puskesmas dalam mengidentifikasi dan mengelola tantangan-tantangan yang mereka hadapi saat bekerja. Acara serupa di Meulaboh diikuti oleh 21 peserta, pelatihan ini mengambil topik “Profesionalisme dalam Penyediaan Layanan Kesehatan Mental”. Pelatihan ini terdiri dari beberapa sesi, yaitu FGD, presentasi dari staf Balee Zaituna tentang *Best Practices in Psychological Therapy*, dan ditutup presentasi Dr. Subandi tentang “Profesionalisme dan Membangun Network”. Pelatihan ini juga dihadiri oleh Dr. Krishna Hort, *Director of Programs AIHI (Australian International Health Institute)*

Pada bulan yang sama, CC menyelenggarakan pelatihan lanjutan untuk para guru di Meulaboh dan di Banda Aceh. Walaupun hanya diikuti oleh separuh dari jumlah keseluruhan undangan, pelatihan berhasil

memberikan pengalaman positif bagi para guru. Bahkan, jumlah klien yang dirujuk oleh para guru ini relatif lebih banyak dibanding yang dirujuk oleh para tokoh agama. Tema pelatihan adalah “*Referral Pathway dan Studi Kasus diantara Para Guru Sekolah*” (di Meulaboh) dan “*Identifikasi Problem Psikososial dan Problem Belajar Siswa*” (di Banda Aceh)

Networking dan Implementasi Referral System

Sementara usaha peningkatan kapasitas kader dalam melakukan layanan kesehatan mental dan psikososial berlanjut, CC terus membangun dan memperkuat sistem kesehatan mental di NAD. Sasaran awal jalinan *referral system* adalah puskesmas-puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Aceh Barat dan Banda Aceh, terutama yang telah menjalin kerjasama dengan CC sebelumnya. Misalnya, pada tanggal 8 Februari 2007, Rumoh Seurunee mempromosikan CMHS (*Community Mental Health Services*) di Puskesmas Mibo. Para staf puskesmas diberi pengertian bahwa klien membutuhkan layanan kesehatan mental tidak hanya di puskesmas,

Petugas kesehatan di Puskesmas merupakan ujung tombak dalam peningkatan status kesehatan di masyarakat, khususnya kesehatan jiwa. Diharapkan dengan pelatihan ini petugas kesehatan mempunyai kapasitas yang memadai dalam melakukan pelayanan khususnya pelayanan kesehatan jiwa.



Dokumen Mental Health

melainkan juga melalui *home visit*. Presentasi psikolog Rumoh Seuronee ini mendapat sambutan positif dan menghasilkan kesepakatan *referral pathway* antara Puskesmas Mibo dan Rumoh Seuronee, yakni:

- CMHN (*Community Mental Health Nursing*) akan merujuk klien yang mengalami gangguan mental ke Rumoh Seuronee untuk mendapatkan layanan *home visit*.
- Psikolog Rumoh Seuronee diminta untuk bergabung dengan kegiatan posyandu guna mempromosikan layanan kesehatan mental.

Kegiatan serupa juga dilakukan CC di puskesmas-puskesmas dan institusi kesehatan lain, antara lain Puskesmas Kaway XVI, Puskesmas Ulee Kareng dan Puskesmas Lambada Lhok serta Rumah Sakit Cut Nyak Dhien, Meulaboh. Kemudian, pada tanggal 15 Maret 2007, secara resmi terjalin kesepakatan antara CC yang diwakili Dr. Subandi dan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang diwakili oleh dr. Suryati dalam rangka implementasi layanan kesehatan mental dan *referral system* di seluruh puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Banda Aceh.

Perkembangan paling signifikan terjadi setelah psikolog Balee Zaituna mempresentasikan CMHS di Puskesmas Pante Cereumeun dan Puskesmas Meutulang, Aceh Barat. Dinas Kesehatan Aceh Barat menindaklanjuti hasil presentasi dengan mengajukan permohonan kepada pemerintah daerah untuk merekrut tiga orang psikolog sebagai pegawai tetap. Hal ini merupakan kesempatan emas bagi psikolog untuk masuk ke dalam sistem kesehatan mental, terutama setelah program CC dan World Vision Australia berakhir.

Usaha CC untuk memasukkan psikolog ke dalam

sistem kesehatan terus berlanjut. Bulan Mei 2007, Dr. Subandi (*Site Manager CC*) menemui Zahlul dari Dinas kesehatan propinsi untuk membahas kemungkinan psikolog menjadi bagian tenaga medis profesional di dalam sistem kesehatan. Kemudian, Syafii (Manajer Balee Zaituna) melakukan pertemuan dengan dr. Anjar Asmara (Kepala Dinas Kesehatan Propinsi) guna menindaklanjuti komitmen Dinas Kesehatan dalam menyediakan layanan kesehatan mental oleh psikolog. dr. Anjar meyakinkan bahwa proyek UGM di Aceh Barat akan menjadi *pilot program* implementasi layanan psikologis dalam CMHS di Aceh. Apabila program ini sukses, dr. Anjar yakin bahwa nantinya akan lebih mudah untuk memperkenalkan program serupa ke daerah-daerah lain di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam.

Selain kerjasama antar institusi, CC juga mengusahakan integrasi psikolog ke dalam sistem kesehatan mental melalui jalur yudikatif. CC terus terlibat dan berperan aktif dalam merumuskan Peraturan daerah (Perda) atau Qonun kesehatan mental Propinsi Aceh. 22 Februari 2007, CC melalui wakilnya, Dr. Subandi, mengunjungi Aceh untuk melakukan review secara intensif bersama Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten, dan LSM ApiH. Qonun ini merupakan perda pertama di Indonesia yang memasukkan "Kesehatan Mental" dalam salah satu klausulnya. Perda tersebut dapat dijadikan *pilot project* untuk perda di propinsi-propinsi lain pada masa yang akan datang.

Pada tahun ketiga CC semakin meningkatkan dan memperkuat jaringan kerjasama dengan LSM-LSM yang berada di Banda Aceh dan Aceh Barat. Sistem rujukan untuk layanan kesehatan mental mulai dicoba untuk diterapkan. Tanggal 18 Januari 2007, Budi Keliat (CMHN), Erica Wheeler (ADB), dan Sashi



Pelayanan kesehatan jiwa mencakup pelayanan ke barak-barak pengungsian dengan mendirikan satelite center untuk tiap barak yang menjadi wilayah kerja masing-masing pusat pelayanan psikologi.

Drs. Sofyan Sulaiman

Kasubdin SMA/K Dinas Pendidikan kota Banda Aceh

“Program pelatihan bagi guru-guru SMA yang dilaksanakan Rumah Seurunee sangat baik untuk meningkatkan wawasan psikologi anak didik yang bakal menjadi dewasa untuk berfikir. Program ini perlu diteruskan secara berkesinambungan kepada guru-guru yang lain di kota banda aceh.”

(Psikolog dari United Kingdom) mengunjungi UGM. Mereka mengajukan tawaran kepada tim CC untuk ikut bergabung membangun sistem kesehatan mental yang komprehensif di Aceh. Fokus pertemuan ini adalah menciptakan *referral system* di lapangan. Erica dan Budi Keliat mempresentasikan konsep *referral system* dengan mengutamakan peran CMHN di masyarakat. Kemudian CC mengundang Sunartono (Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman) untuk mempresentasikan *lesson learn* penempatan psikolog di setiap puskesmas di Sleman. Dr. Gamayanti (Psikolog RS Dr. Sardjito, Yogyakarta) juga diundang untuk menceritakan pengalamannya selama bekerja di rumah sakit. Pada akhir forum, semua peserta sepakat untuk meneruskan kolaborasi dalam 2 kelompok kerja yang dinamai Jakarta *Working Group* dan Aceh *Working Group*. CC menugaskan Rahmat Hidayat, S.Psi., M.Sc dan Dr. Sofia Retnowati untuk bergabung ke dalam Jakarta *Working Group* sementara dr. Yoga dan Dr. Subandi ditugaskan untuk bergabung ke dalam Aceh *Working Group*.

Kerjasama *referral pathway* lain diantaranya dengan LSM Pulih dan Tribal, Flower Aceh, Children's Center Muhammadiyah, Kanaivasu, PKPU, RS Palang Merah Indonesia, CWS (*Cruch World Services*), dan Yayasan Balee Inong (YBI). Secara khusus CC sangat berharap pada jalinan kerjasama dengan YBI. Sebagai LSM lokal,

YBI berkomitmen untuk melanjutkan program layanan kesehatan mental dan psikososial pasca program CC berakhir.

Sementara itu, program penyelenggaraan Prodi Psikologi di Fakultas Kedokteran Unsyah terus bergulir. Beberapa pertemuan diadakan guna membahas kurikulum, tenaga pengajar, materi kuliah, dan sistem administrasi. Di Aceh, Unsyah bersama-sama dengan pemerintah daerah dan pihak-pihak lain mempersiapkan sarana fisik. Akhirnya, memasuki tahun ajaran 2007/2008, Universitas Syah Kuala secara resmi membuka prodi Psikologi dan siap menerima pendaftaran calon mahasiswa baru.

Kondisi Internal

Awal tahun 2007, dr. Hastha Yoga melakukan supervisi di Balee Zaituna. Bersama staf Balee Zaituna, dan berdiskusi mengenai catatan-catatan psikologis, diagnosa *multi axial*, dan implementasi sistem rujukan. Kemudian supervisi dilanjutkan oleh Dr. Subandi pada bulan Februari 2007 dengan fokus *Weekly Work Report* sebagaimana yang direkomendasikan oleh Ruth Wraith. Memang diakui, pada awal-awal implementasi program Aceh, CC mengalami beberapa masalah serius dalam hal sistem administrasi di dua *center* di Aceh. Namun sejak itu, CC terus melakukan pembenahan baik dalam hal sistem maupun kapasitas administratif staf. Standar



Drs. Subandi (kanan), Senior Site Manager Divisi Mental Health dan Ruth Wraith (kedua kanan), Mental Health Technical Advisor, mengunjungi salah satu Puskesmas yang tercakup program mental health dalam memberikan pelayanan psikologis.

Dokumen Mental Health

profesionalitas pelayanan telah diterapkan di tahun kedua. Pada tahun ketiga, sistem administrasi semakin disempurnakan dengan digunakannya format manajemen administrasi yang baru sejak bulan Maret 2007.

Di dalam format yang baru ini, laporan jumlah klien baru dan klien lama dipisahkan. Kemudian, pada *registration book*, ditambahkan juga informasi tentang asal klien, "dirujuk oleh siapa" atau "kepada siapa", agar jalur rujukan dapat diketahui secara jelas. Hasil pemetaan dan *networking* LSM secara formal didokumentasikan secara tertulis. Kedua *center*, Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee juga sudah memiliki dan menerapkan pedoman standar klinis dan modul alat-alat tes psikologis. Catatan-catatan psikologis dari seluruh psikolog terus dicek dan direview oleh manajemen CC. Catatan psikologis yang dinilai kurang komprehensif akan dikembalikan kepada psikolog yang bersangkutan untuk direvisi.

Sejak Januari, CC menggunakan media *teleconference* untuk berdiskusi dengan staf Balee Zaituna dan Rumoh Seurunee sekaligus memantau perkembangan program di lapangan. Penggunaan *teleconference* ini ternyata sangat efektif sebagai sarana komunikasi antara 2 *center* di Aceh dan tim manajemen CC di Yogyakarta. Tim manajemen menyampaikan konsep sementara kedua *center* menyampaikan kegiatan mereka di lapangan. Selama *teleconference*, mereka belajar satu sama lain cara mengelola beberapa persoalan di lapangan. Sebagai contoh, Balee Zaituna belajar dari Rumoh Seurunee cara menyelenggarakan semiloka untuk menyampaikan informasi secara efektif dan efisien kepada staf puskesmas.

Tanggal 15 Februari 2007, staf CC melakukan pertemuan untuk merancang draft *Exit Strategy* guna menyongsong berakhirnya program CC di Aceh. Hasil dari pertemuan ini adalah analisis *feasibility* beberapa program CC. Berdasarkan analisis, CC memutuskan untuk melanjutkan beberapa program berikut, yaitu:

- (1) Pengembangan *Clinical Referral Pathway* yang terintegrasi dengan layanan primer, sekunder, dan tersier lokal, dengan melanjutkan sistem *networking* dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Kesehatan Propinsi, Rumah Sakit Cut Nyak Dhien, dan BPK Zainoel Abidin.
- (2) Kesepakatan dengan pemerintah kabupaten, Propinsi, dan pemerintah pusat dalam pembiayaan Program Kesehatan Mental Aceh dicapai melalui negosiasi intensif.
- (3) Kesepakatan dengan LSM-LSM dan lembaga-lembaga lain dalam layanan kesehatan mental di Aceh Barat dan Banda Aceh dikembangkan melalui kerjasama dengan CMHN, ADB, WHO, dan pihak-pihak lain yang terkait.
- (4) Kesepakatan dengan institusi-institusi akademik dan penyelenggara pelatihan profesional dilanjutkan melalui pendirian Prodi Psikologi di Fakultas Kedokteran Unsyah. Untuk menindaklanjuti program ini, pada tanggal 6 Maret 2007 diadakan pertemuan dengan agenda pembahasan kurikulum.
- (5) *Crisis Center* akan dipertahankan oleh Fakultas Psikologi UGM dan diproyeksikan menjadi *Center for Disaster Preparedness and Response* pada masa mendatang.

Kualitas pelayanan kesehatan jiwa di tiap pusat pelayanan psikologi selalu ditingkatkan. Dalam perkembangannya masing-masing pusat sudah mempunyai rekam psikologis untuk memantau perkembangan tiap-tiap klien setelah mendapatkan terapi psikologis.



Dokumen Mental Health



Dokumen Mental Health

“Community group meeting” dan “Community focus group discussion” merupakan strategi yang baik dalam melakukan pendekatan kesehatan jiwa. Tampak pada foto adalah salah satu community group meeting yang dilakukan di Barak pengungsian.

Studi Banding Sistem Kesehatan Mental Terpadu

Salah satu output yang diharapkan dari program MH UGM adalah terintegrasinya sistem kesehatan mental terpadu dalam kebijakan di tingkat kabupaten. Untuk itu diperlukan langkah-langkah advokasi pada pengambil keputusan dan perencana program di Kabupaten Aceh Barat. Pendekatan intensif yang dilakukan oleh CC serta beberapa semiloka yang telah dilakukan memberikan hasil yang cukup memadai. Namun komitmen yang kuat belum terlihat pada kalangan pengambil keputusan tersebut. Sebuah studi banding di daerah lain yang telah mengintegrasikan sistem kesehatan mental terpadu ketika profesi psikologi merupakan salah satu bagian utama, diharapkan akan membuka wawasan dan mengentalkan komitmen tersebut. Untuk itu dua kegiatan studi banding direncanakan, yakni di Kabupaten Sleman dan di Negara Bagian Victoria, Australia.

Program studi banding di Kabupaten Sleman dipilih karena sejak tahun 2004 telah membangun kerjasama dengan Fakultas Psikologi UGM dalam hal layanan psikologis di puskesmas. Selain itu beberapa puskesmas di daerah ini telah mendapatkan Sertifikat ISO 9000. Studi banding dilaksanakan pada tanggal 5-6 Juni 2007, dan diikuti oleh 8 peserta dari Aceh. Komposisi peserta adalah 5 orang anggota DPRD Kabupaten Aceh Barat, 1 orang staf Bappeda Kabupaten Aceh Barat, 1 orang staf Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, dan Kepala Subdin Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Propinsi NAD (dr.

Cut Maneh). Studi banding dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bagian Organisasi Setda, Kepala Bagian Kepegawaian, dan beberapa Kepala Puskesmas), Puskesmas Godean I, dan Puskesmas Ngaglik. Dibahas dalam pertemuan tersebut adalah peran psikolog dalam sistem kesehatan mental di Sleman (oleh dr. Sunartono), peraturan pemerintah tentang kepegawaian, dan komitmen anggaran dari Kabupaten Sleman.

Hasil dari studi banding di Kabupaten Sleman tidak diukur secara kuantitatif, atau dengan prosedur pengukuran yang formal. Namun yang diungkapkan oleh Kepala Sub Seksi Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Aceh Barat, Zamzami, bahwa studi banding ini telah membuka wawasannya terhadap kemajuan di daerah lain, saat profesi psikologi merupakan bagian penting dari sistem kesehatan mental.

Keberhasilan studi banding di Kabupaten Sleman menarik perhatian *Australian International Health Institute (AIHI)*, University of Melbourne. Mereka mengundang CC untuk mengorganisir studi banding serupa di Negara Bagian Victoria, Australia. Setelah melalui proses yang panjang, studi banding diselenggarakan pada tanggal 12 – 16 November 2007. Ikut dalam studi banding adalah Bupati Aceh Barat (Ramli, MS), Kepala Bappeda Aceh Barat (Dr. Burhanudin Yassin), Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat

dr. Cut Diana Maya Theresa

Staff Puskesmas Lambada Aceh Besar

“Selama program Mental Health UGM melalui Rumoh Seurunee diimplementasi di Puskesmas, banyak sekali pengaruh positif antara lain terjaringnya pasien-pasien gangguan jiwa ringan dan sedang seperti depresi, ansietas dan lain-lain. Pasien merasa puas dan menyambut positif dengan kehadiran psikolog karena pelayanan konseling yang diberikan. Diharapkan program seperti ini menjadi program rutin di Puskesmas, karena dengan program yang berkelanjutan, pasien-pasien bisa mendapatkan terapi yang rutin.”

(dr. T. Amir Hamzah, Sp.PD, M.Kes), Kasubsi Kesehatan Jiwa Kabupaten Aceh Barat (Zamzami), dan Yulia Direzkia, S.Psi.Psi. dari RSJ Banda Aceh. Mendampingi dari CC adalah Dr. Subandi dan Rahmat Hidayat.

Studi banding kedua ini telah lebih jauh membuka mata para peserta tentang sistem kesehatan mental komunitas. Yang pertama, kebijakan kesehatan mental di Negara

Bagian Victoria menitikberatkan pada program komunitas dengan mengurangi penanganan klinik psikiatrik. Kedua, tim kesehatan mental bersifat lintas profesi karena profesi psikologi merupakan bagian utama. Ketiga, sistem kesehatan mental meliputi lembaga-lembaga pemerintah, swasta, dan layanan dukungan psikososial dari LSM. Keempat, kesehatan mental merupakan bagian terpadu dari *emergency response management*.



Foto: Rahmat Hidayat

Studi banding di Australia juga dilakukan untuk memperkuat komitmen pemerintah daerah dalam menerapkan sistem kesehatan jiwa berbasis komunitas di daerahnya. Foto samping Prof. Garry Warne, Direktur RCH International berbincang-bincang dengan kepala Bappeda Aceh Barat, Drs. Burhanuddin (tengah) dan Bupati Aceh Barat, Ramli, MS (kanan). Foto bawah, salah satu sesi kelas studi banding di Australia.



Foto: Rahmat Hidayat

HASIL DAN MANFAAT

Situasi kehidupan masyarakat Aceh secara umum dewasa ini jauh lebih baik dari hari-hari awal pasca Tsunami, bahkan mungkin meningkat dibandingkan sebelum Tsunami. Manfaat perdamaian benar-benar dinikmati masyarakat. Setiap orang bebas bergerak tanpa dihantui rasa takut konflik bersenjata.

Proses demokratisasi telah memungkinkan rakyat Aceh memilih secara langsung wakil-wakilnya di dewan perwakilan, dan orang-orang kepercayaannya di lembaga eksekutif. Di bidang ekonomi, kegiatan usaha telah pulih kembali, atau bahkan lebih maju dibanding sebelum Tsunami. Kebutuhan perumahan bagi sebagian besar pengungsi telah terpenuhi dengan diserahkannya rumah-rumah bantuan. Tidak dapat dipungkiri bahwa sebagian kecil belum menerima atau menerima tidak dalam kondisi yang diharapkan. Namun sebagian yang lain menyatakan bahwa mereka telah menikmati peningkatan standar kehidupan mereka di rumah yang baru.

Di bidang kesehatan mental situasinya tidak sejelas di sektor sosial, ekonomi, dan politik. Namun terdapat indikasi perbaikan kondisi umum kesehatan mental masyarakat. Fungsi-fungsi formal di dalam masyarakat berjalan dengan baik. Misalnya, nelayan kembali melaut dan pedagang kembali menggelar dagangannya, para dokter dan perawat kembali bertugas dengan baik, guru mengajar dan siswa belajar dengan proses yang wajar, pimpinan formal dan informal masyarakat berfungsi sebagaimana layaknya.

Hal-hal tersebut tidak teramati dalam periode *need assessment* program ini, sehingga pada waktu itu dikhawatirkan terjadi penurunan keberfungsian masyarakat Aceh secara signifikan. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa masih ada problem-problem psikososial di dalam masyarakat, terutama problem dalam keluarga dan masih banyak masalah-masalah kesehatan mental yang belum terlayani. Sejauh mana CC berkontribusi dalam pencapaian situasi itu? Apa saja yang semestinya bisa lebih baik dicapai oleh program MH?

Tidaklah mungkin untuk menjawab kedua pertanyaan tersebut tanpa adanya studi dampak sosial dari program *Mental Health* (MH) UGM. Bagian ini akan menyajikan sejumlah fakta yang berhasil dicapai oleh CC UGM. Dengan demikian setidaknya penyajian ini akan membantu menjelaskan apa yang telah dilakukan oleh UGM untuk membantu masyarakat Aceh korban bencana gempa bumi dan Tsunami, terutama di bidang layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Kondisi sosial ekonomi masyarakat Aceh sudah berangsur-angsur pulih. Tampak aktivitas jual-beli di pasar sudah kembali normal.

Konseling Individual

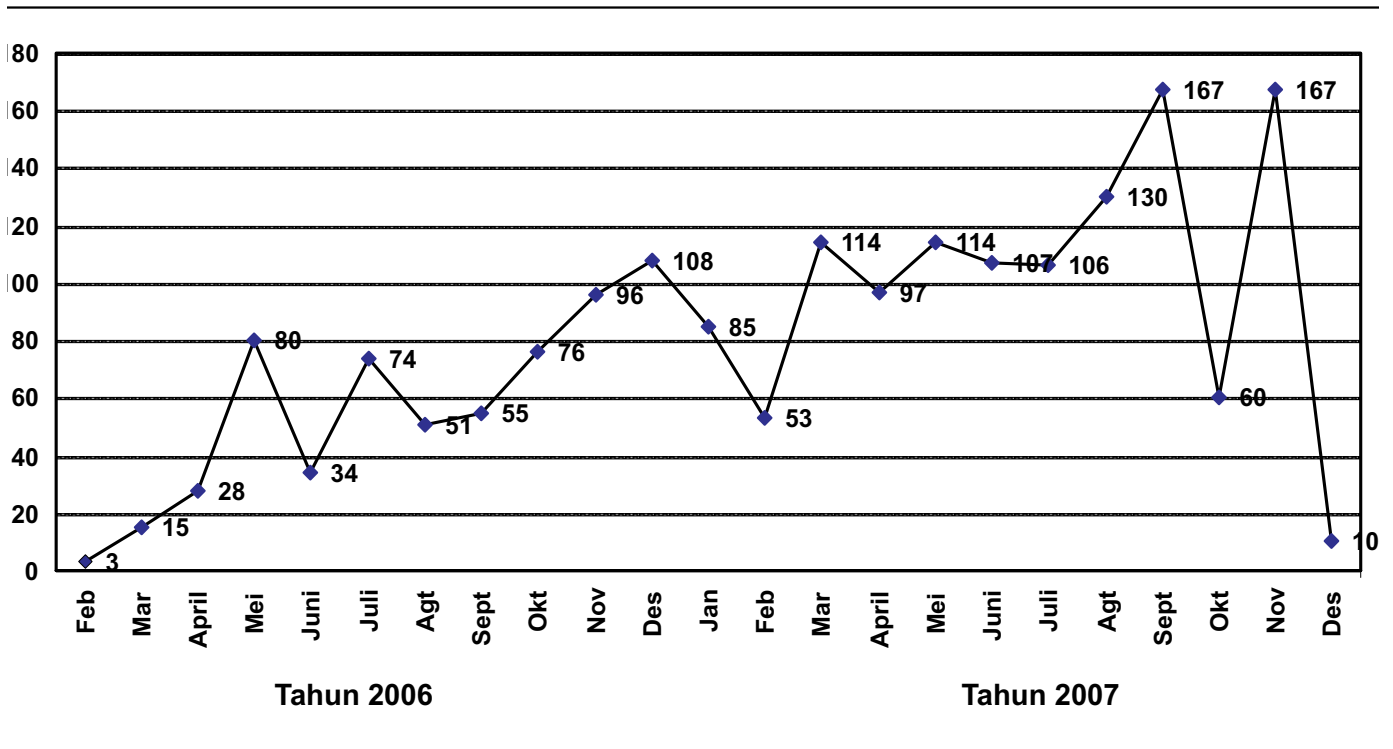
Secara keseluruhan CC UGM telah melayani sekitar 1907 klien selama masa kerjanya antara bulan Februari 2006 sampai Desember 2007. Bagan 6. menunjukkan data jumlah klien baru setiap bulan di Banda Aceh dan Meulaboh. Pada bulan Februari 2006 hanya 3 klien baru yang dilayani. Bulan berikutnya terjadi peningkatan tiga kali lipat, dan terus meningkat menjadi 28 klien pada bulan April 2006. Bulan Mei 2006 ditandai lonjakan drastis menjadi hampir tiga kali lipat dari bulan sebelumnya, namun kembali turun pada angka 34 pada bulan selanjutnya. Setelah kenaikan diikuti penurunan drastis pada dua bulan berikutnya, terjadi peningkatan secara konsisten antara bulan Agustus dan Desember 2006. Jumlah tertinggi tercatat pada bulan terakhir tahun 2006, yakni sebanyak 108 klien. Namun dua bulan berikutnya terjadi penurunan sampai mencapai tingkatan setara dengan bulan Agustus 2006. Februari 2007 mencatat rekor tertinggi sampai saat itu, yakni 114 kasus. Fluktuasi masih terus terjadi, dengan bulan April mencatat jumlah klien 97 orang. Bulan Mei sampai September 2007 terdapat sedikit fluktuasi jumlah klien, dengan kecenderungan meningkat sampai puncaknya sebanyak 167 pada bulan September 2007. Bulan

dr. Rita Lailisma

Kepala Puskesmas Kopelma Darussalam

"Kehadiran UGM cukup membantu dalam menangani pasien gangguan jiwa terutama pasien-pasien yang datang ke Puskesmas terutama untuk konseling. Diharapkan program ini dapat berjalan terus dan tidak hanya satu kali namun lebih ditingkatkan frekuensi pelayanan di Puskesmas, terlebih adanya kerjasama yang baik dengan petugas CMHN yang berhubungan dengan kesehatan Jiwa."

Bagan 7. Jumlah klien baru di Rumah Seurunee dan Balee Zaituna selama periode Februari 2006-Desember 2007.



Oktober 2007, bertepatan dengan hari Idul Fitri, jumlah klien turun drastis menjadi 60, dan pada bulan setelahnya meningkat ke jumlah yang sama dengan bulan September. Bulan Desember semua layanan dihentikan, namun masih terdapat 10 klien baru yang terdaftar.

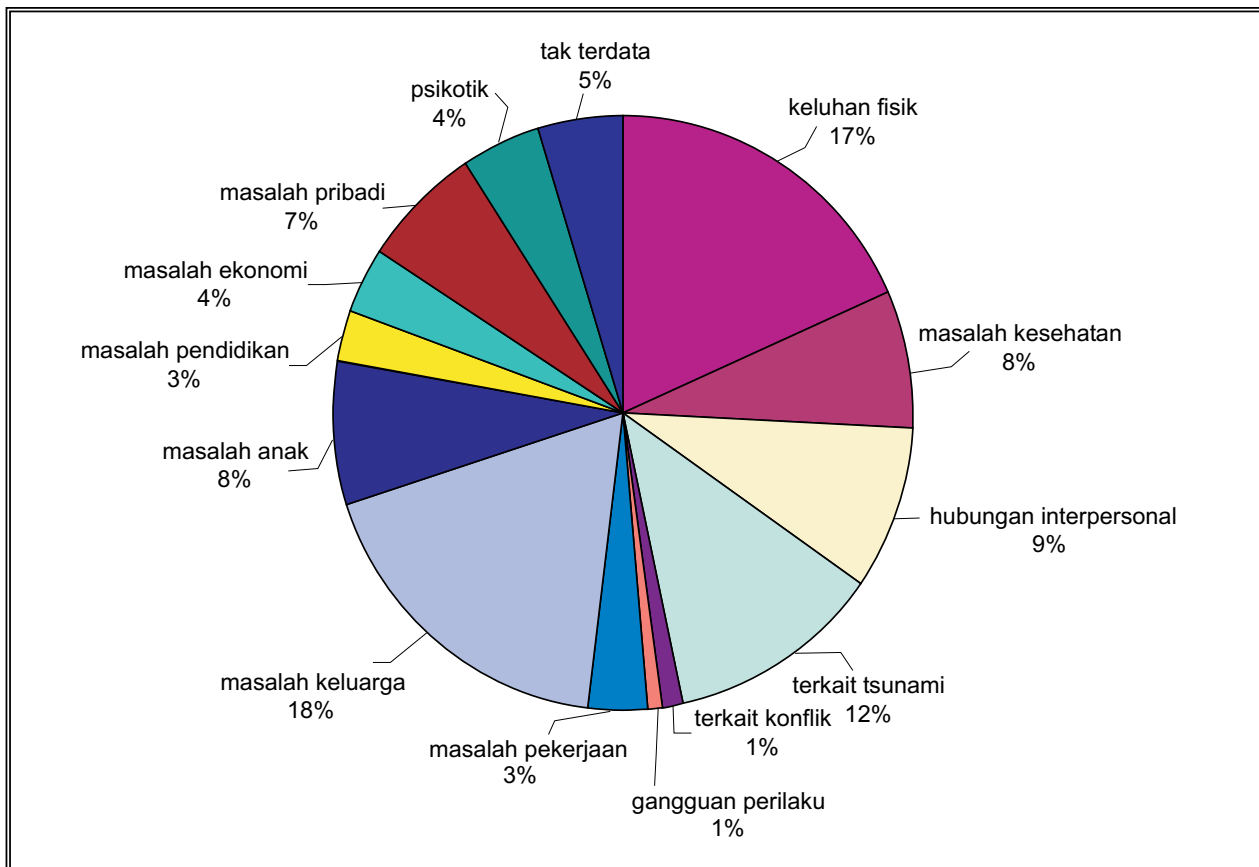
Keseluruhan klien dapat dibagi berdasarkan 14 jenis masalah. Yang paling besar adalah masalah keluarga, yakni 18% dari keseluruhan kasus yang ditangani. Pada peringkat kedua adalah keluhan fisik (17%), disusul oleh masalah-masalah terkait dengan Tsunami (12%), dan hubungan interpersonal (9%). Masalah kesehatan dan masalah anak menduduki peringkat yang sama, yakni pada proporsi 8% dari keseluruhan kasus. Di sisi lain, jumlah kasus gangguan perilaku dan masalah-masalah kesehatan mental terkait konflik menduduki peringkat terbawah, dengan masing-masing berjumlah 1% dari keseluruhan kasus. Pada peringkat terbawah berikutnya adalah masalah pekerjaan (3%), masalah pendidikan (4%), dan masalah ekonomi serta masalah psikotik masing-masing 4% dari keseluruhan kasus.

Dari segi usia, sebagian besar klien (64%) yang dilayani oleh CC adalah individu-individu dengan usia produktif, yakni antara 19 – 50 tahun. Mengingat peranan mereka dalam kegiatan produksi, dapat diperkirakan dampaknya bagi keluarga dan masyarakat bila kelompok ini tidak mendapatkan bantuan dalam bentuk layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial. Persentasi ini diluar 18% klien yang usianya tidak terdata. Dimungkinkan jumlah kelompok produktif yang menjadi klien MH lebih tinggi lagi. Pada kelompok berikutnya adalah klien berusia 12-18 tahun dan kelompok berusia di bawah 12 tahun yang masing-masing berkontribusi 8%. Terakhir adalah klien dengan usia di atas 50 tahun sebanyak 2% dari keseluruhan klien yang dilayani. Gambar 8 menunjukkan perbandingan antar kelompok usia klien yang telah dilayani selama program MH UGM.

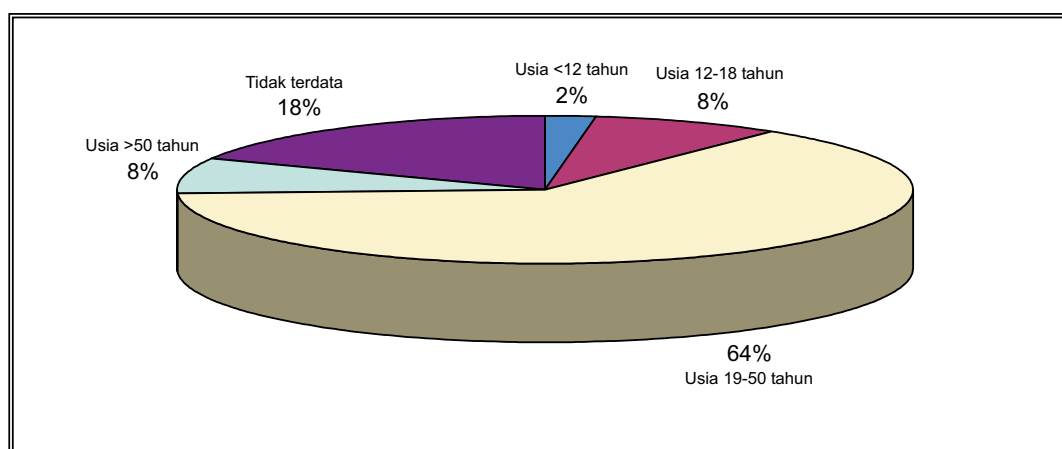
Konseling Kelompok

Selain konsultasi individual sebagaimana digambarkan di atas, CC UGM juga memberikan layanan dalam bentuk

Bagan 8. Jenis masalah yang ditangani kedua pusat pelayanan psikologi.



Bagan 9. Kategori usia klien yang ditangani kedua pusat pelayanan psikologi.



konsultasi kelompok. Pendekatan ini terutama sering dilakukan dalam tahap *emergency*, yakni pada awal tahun 2005. Namun, justru karena sifat *emergency* yang ada, pencatatan sistematis tentang subyek yang dilayani tidak dilakukan. Diperkirakan antara 250 sampai 350 individual telah terbantu melalui konsultasi kelompok oleh CC UGM.

Pelatihan

Selain konsultasi, CC UGM telah melatih kader-kader setempat untuk memberikan dukungan psikologis dan

melakukan deteksi dini permasalahan kesehatan mental. Sebanyak 13 kali pelatihan yang melibatkan 507 kader telah dilakukan. Rincian kegiatan pelatihan ini dipaparkan pada tabel 1. Ada tiga jenis pelatihan yang diberikan, yakni *psychological support* (sebanyak dua kali) dan *individual and group counseling* untuk guru-guru bimbingan dan konsultasi (dua kali). Kedua jenis pelatihan ini diberikan pada tahun 2005, yang mencerminkan masih tingginya kebutuhan untuk memberikan dukungan psikososial. Kemampuan untuk melakukan deteksi dini gangguan kesehatan mental ditekankan pada pelatihan tahun-tahun setelahnya. Peserta berlatar belakang pekerjaan sebagai

Tabel 1. Jadwal pelatihan Mental Health untuk Petugas Puskesmas (PHC), Tokoh Masyarakat (TOMA) dan Guru yang dilakukan tim Mental Health

No.	Nama Pelatihan	Tempat	Tanggal	Trainer	Bulan	Peserta
1.	Psychological Support Training	Banda Aceh	29 Sept - 1 Okt 2005	Drs. Hasan Basri	SEPT 2005	24
2.	Individual and Group Counseling Training	Banda Aceh	29 Sept - 1 Okt 2005	Yulia Direz, S.Psi, Psi; Mugiarti, S.Psi		23
3.	Psychological Support Training	Meulaboh	26-28 Sept 2005	Wiwik Sulistyaningsih, M.Si, Psi; Jasmadi, S.Psi, Psi, Eka Erfika, Psi		26
4.	Individual and Group Counseling Training	Meulaboh	10-12 Sept 2005	Dr. Sofia Retnowati, Mugiarti, S.Psi, Psi, Yulia Direz, S.Psi, Psi		32
5.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (PHC)	Banda Aceh	21-23 April 2006	Dr. Sofia Retnowati, Tina, and Mugiarti, S.Psi	APRIL 2006	29
		Meulaboh	22-24 April 2006	Diana Setiyawati, MHSc., PSY and Pihasiwati		27
6.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (PHC)	Banda Aceh	26-28 Juni 2006	Dr. Sofia Retnowati and Hartatik, S.Psi, Psi	JUNI 2006	31
		Meulaboh	27-29 Juni 2006	Dr. Tina Aviatin and Kusrohmaniah, M.Si		29
7.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (Guru)	Banda Aceh	27-29 Juni 2006	Diana Setiyawati, MHSc., PSY, and Rahmi Diana		36
		Meulaboh	28-30 Juni 2006	Yuli Fajar Susetyo, S.Psi, and Wahyu Widhiarso, S.Psi		25
8.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (PHC)	Banda Aceh	8-10 Agust 2006	Ratna, Indahria, Diana Setiyawati, MHSc., PSY	AGUSTUS 2006	22
		Meulaboh	8-10 Agust 2006	Kusrohmaniah, Nida Ul Hasanat, Sriningsih		28
9.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (Guru)	Banda Aceh	14-16 Agust 2006	Pihasiwati, dr. Carla Marchira Raymondalexas, Sp. KJ, Nuryati Atamimi		32
		Meulaboh	3-16 Agust 2006	Yuli Fajar, Siti Waringah, Muhana, dr. Bambang Hastha Yoga, Sp.KJ		30
10.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (TOMA)	Meulaboh	13-16 Sept 2006	Dr. Sofia Retnowati, Diana Setiyawati, MHSc., PSY, Dr. Subandi	SEPTEMBER 2006	34
11.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (TOMA)	Banda Aceh	18-20 Sept 2006	Drs. Haryanto FR, M.Si, Drs. Haryanto, MSi, Drs. Mujudin, M.Si		30
12.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (TOMA)	Banda Aceh	18-20 Desember 2006	Siti Waringah and Kusrohmaniah, M.Si	DESEMBER 2006	30
13.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (TOMA)	Meulaboh	26-27 Desember 2006	Dr. Sofia Retnowati, Diana Setiyawati, MHSc.		21
14.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (Guru)	Banda Aceh	26-28 Februari 2007	Kus& Yuli Fajar	FEBRUARI 2007	29
		Meulaboh	24-26 Februari 2007	Subandi		
15.	Psychological Support and Mental Health Early Detection (TOMA)	Banda Aceh	23-25 April 2007	Dr. Tina Afiatin	APRIL 2007	26

perawat di puskesmas (166 peserta), guru SD sampai SMA (121 peserta), dan tokoh masyarakat (1 peserta).

Pelatihan, Ceramah, Seminar, dan Community Meetings oleh Psikolog RS Dan BZ

Selain pelatihan yang dilakukan langsung oleh Tim CC UGM, para psikolog RS dan BZ juga sering diundang sebagai fasilitator dalam berbagai pelatihan yang dilakukan oleh LSM lain, sekolah-sekolah, pemda, dan oleh masyarakat setempat. Selain itu mereka juga aktif memberikan ceramah dan tampil sebagai pembicara seminar. Para psikolog juga aktif melakukan fasilitasi dalam *community meetings* yang secara teratur dilakukan, yakni sebulan sekali di tiap lokasi. Pada forum-forum tersebut para psikolog RS dan BZ memberikan penjelasan tentang berbagai aspek kesehatan mental dan psikososial, deteksi dini terhadap masalah-masalah kesehatan mental, dan penanganan sehari-hari pada masalah kesehatan mental. Karena posisi psikolog sebagai fasilitator yang diundang, pencatatan sistematis tentang peserta dan latar belakangnya tidak dilakukan.

Intervensi Melalui Media Masa

Pendekatan lain yang telah direncanakan sejak awal dan secara konsisten diimplementasikan adalah intervensi kesehatan mental melalui media massa. Tujuan utama pendekatan intervensi ini adalah untuk menyebarkan pesan-pesan edukatif tentang kesehatan mental. Dengan demikian program ini akan berkontribusi dalam bentuk peningkatan pemahaman masyarakat luas. Selain itu juga untuk memberikan pesan-pesan penguat, atau pesan afirmatif terhadap perilaku atau dinamika positif yang berkembang di dalam masyarakat. Intervensi media massa dilakukan dalam bentuk layanan konsultasi psikologis di rubrik "Kontras" harian Serambi Mekah, yakni sekali setiap minggu sejak bulan Maret 2006 sampai akhir Desember 2007 (kurang lebih 96 kali). Selain itu anggota CC sering tampil di siaran radio setempat dan setidaknya 3 kali tampil dalam siaran televisi tentang kesehatan mental. Diluar itu adalah penerbitan 11 macam brosur dengan jumlah total sebanyak kurang lebih 20.000 eksemplar yang dibagikan ke masyarakat secara gratis. Selain itu BZ telah menerbitkan dua edisi buletin kesehatan mental di Aceh Barat. Evaluasi terhadap program ini menunjukkan penerimaan yang tinggi dari masyarakat setempat.

Semiloka Kebijakan

Kegiatan lain yang diperkirakan memberikan dampak besar, dan merupakan salah satu cara advokasi, adalah sejumlah semiloka kebijakan yang telah diselenggarakan oleh CC. Pada bulan April 2005 dan Mei 2006 diselenggarakan semiloka tentang program studi psikologi



Salah satu media komunikasi massa dalam bentuk buletin kesehatan jiwa yang dibagikan secara gratis ke masyarakat.

di Banda Aceh. Hadir dalam kedua semiloka tersebut kurang lebih 100 peserta, yang terdiri atas unsur-unsur DPR Propinsi, BRR, Universitas Syah Kuala, LSM, anggota HIMPSI NAD dan psikolog luar yang bekerja di Aceh, tokoh masyarakat, Pemda Provisinsi NAD, dan Dinas Kesehatan Propinsi NAD. Semiloka ini dan berbagai langkah-langkah pendampingan yang lain telah menghasilkan berdirinya Program Studi Psikologi di bawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala, yang telah menerima mahasiswa mulai tahun akademik 2007/2008.

Semiloka yang lain terkait dengan Sistem Kesehatan Mental Terpadu (SKMT). Dua kali semiloka, masing-masing di Meulaboh dan Banda Aceh, yang melibatkan sekitar 150 peserta telah diselenggarakan. Peserta di Meulaboh terdiri atas unsur-unsur DPRD Aceh Barat, Pemda, Dinas Kesehatan Kabupaten, serta petugas medis dan paramedis puskesmas. Semiloka SKMT di Banda Aceh dihadiri unsur serupa, ditambah utusan-utusan dari Kabupaten Pidie, Kabupaten Aceh Besar, dan Kabupaten Biruen.



“Kedekatan UGM dengan pemerintah daerah Aceh Barat sangat membantu dalam mengadvokasi program kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan. Walaupun sempat terjadi kesalahpahaman dan miskomunikasi, namun dengan kerjasama yang baik dengan UGM program mental health dapat diterima dan bahkan dapat membiayai psikolog untuk terus melakukan pelayanan di Aceh Barat.

Bagi Dinas Kesehatan adanya psikolog di Aceh Barat terutama pelayanan di Puskesmas memberikan dampak yang baik terutama deteksi gangguan jiwa ringan dan sedang. Perluasan pelayanan kesehatan jiwa juga diperankan dengan baik oleh psikolog UGM. Konsep pelayanan psikologis dari Balee Zaituna sejalan dengan program mental health secara umum. Selain itu adanya pelayanan psikologis ini telah memberikan suasana yang baru bagi program mental health di Dinas Kesehatan terlebih dalam memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat Aceh.”

Kegiatan semiloka lain yang sangat penting adalah semiloka persiapan *exit strategy* yang diselenggarakan dua kali di Meulaboh, bersama dengan Tim Kesehatan UGM. Semiloka *exit strategy* pertama dilaksanakan pada bulan Juni 2006 yang melibatkan 30 orang peserta terkait dengan bidang kesehatan mental. Latar belakang peserta adalah anggota DPRD, staf Bappeda, Dinas Kesehatan, dan petugas medis serta paramedis puskesmas. Semiloka ini menghasilkan rancangan strategi kesehatan mental pasca program UGM, yang kemudian dikaji ulang dalam semiloka kedua pada bulan Januari 2008.

Diseminasi di Forum Nasional

Crisis Center Fakultas Psikologi UGM juga telah memberikan presentasi di beberapa forum nasional terkait kegiatan kesehatan mental di Aceh. Yang pertama adalah pada Kongres Ikatan Psikologi Klinis (IPK) di Bandung. Hadir dalam kegiatan ini adalah para anggota Seminar IPK dari seluruh pelosok Indonesia. CC UGM juga berbicara di forum profesi psikologi yang lebih besar, yaitu Kongres X Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) di Denpasar, Bali. Bila pada kedua kesempatan tersebut CC UGM bertindak sebagai presenter, maka dalam Semiloka Standar Pelayanan Psikologi Klinis CC Psikologi bertindak sebagai penyelenggara. Kegiatan semiloka ini dihadiri oleh psikolog yang bekerja di Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia, dan diselenggarakan pada bulan September 2007 di Yogyakarta.

Beberapa Capaian Lain

Beberapa capaian yang penting berhasil diwujudkan oleh CC UGM, yang tidak selalu bisa dipaparkan dalam ukuran-ukuran kuantitatif sebagaimana diuraikan di atas. Beberapa capaian itu antara lain:

- 1 *Stakeholder* di Aceh (Dinkes Kabupaten, Dinkes Propinsi, Bappeda, dan Pemda NAD) atas dorongan CC berkomitmen untuk mengimplementasikan program kesehatan mental. Penandatanganan MoU

dilakukan oleh Fakultas Psikologi UGM, CC, Dinkes, Dinas Pendidikan, dan Kantor Depag Kabupaten Aceh Barat.

- 2 Mendirikan 3 center, yaitu *Crisis Center* (CC) di Yogyakarta sebagai tim manajemen, Balee Zaituna (BZ) di Meulaboh dan Rumoh Seurunee (RS) di Banda Aceh sebagai penyedia layanan psikologis. Kedua center ini memberikan layanan kesehatan mental untuk 10 barak (*satellite center*), 7 Puskesmas, 4 Puskesmas pembantu, dan 2 rumah sakit (RS. Cut Nyak Dien dan BPK Zainoel Abidin). Selain itu, CC juga memfasilitasi beberapa pertemuan kelompok masyarakat.
- 3 Pengembangan *Mental Health Referral System* di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam.
- 4 Mendirikan Program Studi Psikologi di bawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala, Propinsi NAD.
- 5 Peningkatan kapasitas lokal di kedua center. Staf administratif lokal dan psikolog lokal dapat bekerja dengan baik.
- 6 Meningkatnya kebutuhan masyarakat akan layanan psikososial, peningkatan jumlah klien, peningkatan keterlibatan masyarakat dalam aktivitas kesehatan mental, dan peningkatan area *outreach services*, khususnya puskesmas.
- 7 Masyarakat yang mulai mempraktekkan konsep kesehatan mental dan CC menemukan bahwa tokoh agama memiliki peran penting dalam peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan mental.

PENUTUP

Meulaboh, Kabupaten Aceh Barat

Program Kesehatan Mental UGM, yang dirancang dan dikelola oleh tim CC Fakultas Psikologi UGM, diambil

alih oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat. Pemerintah setempat bersama DPRD mengalokasikan dana dari APBD Tahun 2008 untuk menggaji 3 orang psikolog bekerja penuh waktu selama setahun, dengan kemungkinan diperpanjang pada tahun berikutnya. Pemerintah setempat mempertimbangkan untuk mengangkat psikolog sebagai pegawai tetap untuk menjalankan layanan kesehatan mental sebagaimana telah dirintis melalui program MH UGM.

Banda Aceh

Fakultas Psikologi UGM berhasil membantu Universitas Syah Kuala untuk mendirikan Program Studi Psikologi, di bawah Fakultas Kedokteran Unsyah. Selanjutnya program kerja Rumoh Seurunee diserahkan kepada mereka.

Crisis Center (CC) Fakultas Psikologi UGM

Tim CC Fakultas Psikologi UGM mengusulkan perubahan nama menjadi *Center for Public Mental Health*, atau Pusat Kesehatan Mental Publik. Lembaga ini mungkin berdiri independen di bawah Fakultas Psikologi UGM, atau berada sebagai salah satu divisi dari Unit Konsultasi Psikologi. Pada alternatif kedua ini Unit Konsultasi Psikologi

memiliki divisi privat, yakni layanan yang selama ini diberikan, dan divisi publik yang merupakan pemindahan dari kompetensi CC.

Di mana pun posisinya, keberlanjutan CC penting dipikirkan mengingat beberapa hal yang didapatkan dari pengalaman program MH UGM di Aceh:

- 1 Profesi psikologi merupakan bagian tak terpisahkan dari sistem layanan kesehatan mental terpadu.
- 2 Dengan usaha-usaha yang terencana dengan baik, perubahan persepsi masyarakat dan pemerintah ke arah yang positif terhadap kesehatan mental pada umumnya, dan khususnya terhadap peranan profesi psikologi, dapat dibentuk.
- 3 Selain dimensi privat, sebagaimana yang selama ini telah dipraktekkan, dimensi publik dari profesi psikologi merupakan kewajiban yang harus ditunaikan, demi perbaikan kualitas hidup masyarakat dan bangsa Indonesia.
- 4 Karena itu pengembangan CC menjadi sebuah wadah kompetensi di bidang kesehatan mental publik merupakan tantangan sekaligus kewajiban bagi segenap civitas akademika Fakultas Psikologi UGM.



Foto: Guardian Y Sanjaya



Foto: Guardian Y Sanjaya

Program Mental Health dikelola oleh Fakultas Psikolog melalui Crisis Center (CC) yang dibentuk segera setelah kejadian Tsunami di Aceh. CC pada saat itu memfasilitasi bantuan dukungan psikologis ke Aceh. Seiring dengan berjalannya waktu, nama Crisis Center diganti dengan Center for Public Mental Health. Foto atas tim CC berpose didepan kantor CC Fakultas Psikologi UGM.

Sistem Rujukan Kesehatan Jiwa

Kerjasama Multidisiplin dalam Pembangunan Kesehatan Jiwa di NAD

Bambang Hastha Yoga

Pendahuluan

Sesuai hasil semiloka sistem rujukan Aceh bagian barat dan selatan tanggal 12 Januari 2006 di Meulaboh Aceh Barat yang dihadiri direktur rumah sakit umum dan Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) dari 9 kabupaten, serta Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa (BPKJ) Banda Aceh dan Kadinkes Propinsi NAD beserta KaSubdin yang terkait, disepakati bahwa RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh menjadi salah satu rujukan kesehatan jiwa bagi daerah di Aceh bagian barat dan selatan yang terdiri dari Kabupaten Aceh Jaya, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Singkil, Simeleu dan Kabupaten Aceh Barat sendiri. Dengan adanya pusat rujukan tersebut, diharapkan dapat mengurangi jumlah pasien di BPKJ Banda Aceh yang sudah *over load*. Bagi RS CND hal ini menjadikan tantangan tersendiri guna memenuhi syarat sebagai rumah sakit rujukan. Untuk itu, dengan bantuan bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran UGM serta *Crisis Center* (CC) Fakultas Psikologi UGM yang didanai oleh World Vision Australia, melakukan beberapa strategi antara lain:

Membangun Sistem Rujukan Kesehatan Jiwa.

Upaya ini dimaksudkan agar tenaga profesional yang tersedia di lapangan bisa didaya gunakan dan berhasil guna, serta tidak ada tumpang tindih dalam penanganan penderita gangguan jiwa sesuai dengan kompetensi masing-masing profesi. Tugas pokok dan fungsi masing-masing profesi :

Psikiater

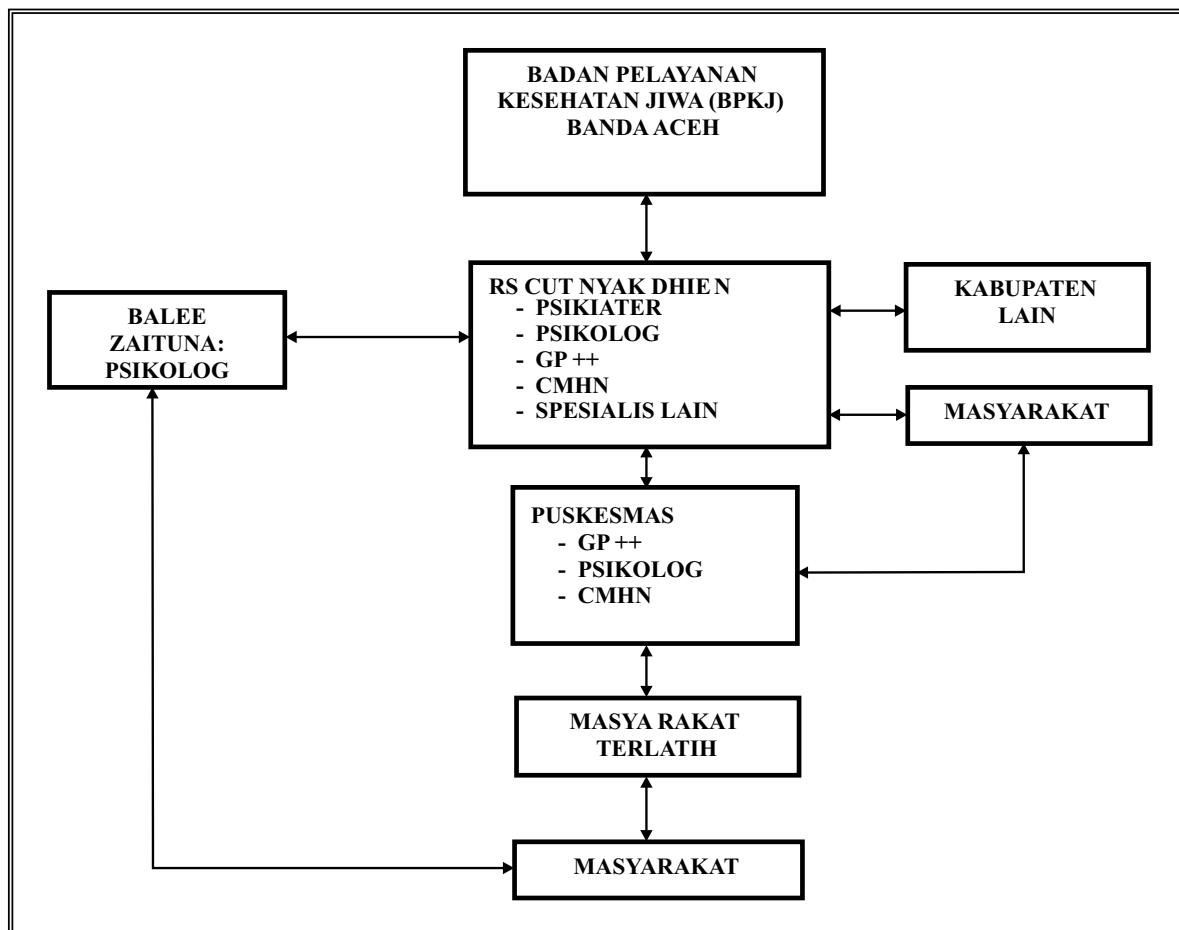
Psikiater berfungsi sebagai konsultan, dengan tugas melakukan pemeriksaan psikiatris, menentukan diagnosis, menentukan terapi, menjawab semua konsultasi psikiatris yang diminta oleh dokter umum, psikolog maupun dokter spesialis lain, mengadakan *home visit* pasien-pasien tertentu, memberikan bimbingan kepada dokter puskesmas tentang gangguan jiwa, memberikan informasi tentang gangguan jiwa melalui sekolah-sekolah, masjid, radio, surat kabar, *e-mail* maupun telepon, menjadi nara sum-



Pada fase awal pasca Tsunami tim UGM mendirikan Klinik Pelayanan Kesehatan Jiwa di RS Cut Nyak Dhien yang dinamakan *Crisis Center*. Klinik ini kemudian dinamakan Klinik Zaitun.

Dokumen Clinica Services

Bagan 1. Sistem rujukan kesehatan jiwa di Aceh Barat



Sumber: Bambang Hastha Yoga

Keterangan: GP++ : Dokter Umum terlatih kesehatan jiwa; CMHN: Community Mental Health Nursing

ber dalam pelatihan – pelatihan, bekerja sama dengan pihak pihak terkait, melakukan konsultasi dengan spesialis lain dan psikolog di RS CND serta merujuk pasien ke BPKJ Banda Aceh.

Psikolog Klinis

- Dalam usaha prevensi dan promosi berupa penyuluhan dan pendidikan masyarakat.
- Dalam pelayanan psikologi melakukan penilaian psikologis, Intervensi psikologis berupa konseling dan psikoterapi dan rehabilitasi psikologis.

Dokter Umum Plus

Melakukan pemeriksaan fisik dan psikiatrik umum pada pasien di puskesmas, menentukan diagnostik dan terapi, merencanakan dan mengusulkan permintaan kebutuhan psikofarmaka, melakukan *home visit*, memberikan bimbingan dan tugas pada petugas *Community Mental Health Nursing* (CMHN), memberikan informasi tentang gangguan jiwa di puskesmas maupun di masyarakat, deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat, merujuk pasien yang tidak bisa ditangani di puskesmas ke RS CND.

Perawat Kesehatan Jiwa

Mencatat dan melaporkan pasien gangguan jiwa, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, membantu psikiater dalam pemeriksaan pasien, membantu psikiater sewaktu *home visit*, membantu psikiater dalam immobilisasi pasien gaduh gelisah, membawa pasien konsul dari klinik zaitun ke klinik spesialis lain, menyuntik pasien yang memerlukan obat suntik atas instruksi psikiater, membawa pasien rujukan dari RS CND ke BPKJ Banda Aceh

Perawat Kesehatan Jiwa Masyarakat.

Membantu dokter umum menangani pasien gangguan jiwa di puskesmas, memberikan informasi tentang gangguan jiwa di puskesmas dan di masyarakat, melakukan deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat, melakukan *home visit*, melakukan pencatatan dan pelaporan pasien gangguan jiwa.

Mekanisme Kerja Sistem Rujukan

Masyarakat yang menderita gangguan jiwa bisa menolong dirinya sendiri, bila tidak berhasil maka bisa di rujuk ke masyarakat yang sudah dilatih dibidang kesehatan jiwa



Dokumen Mental Health

Tim UGM dan Australia melakukan kunjungan ke Badan Pengelola Kesehatan Jiwa (BPKJ) Banda Aceh. dr. -----Sp.KJ (kiri), Wakil Direktur BPKJ Banda Aceh, berdiskusi dengan Louise Searle (tengah) dan Ruth Wraith (kanan).

untuk penanganan dini, bila tidak berhasil maka dirujuk ke pelayanan profesional terdekat, bisa Puskesmas, Balee Zaituna ataupun ke RS CND.

Di puskesmas dilakukan pemeriksaan fisik medik dan psikiatrik oleh dokter umum plus serta psikologis oleh psikolog, setelah ditentukan diagnosis-nya maka diberikan terapi yang bisa berupa farmako terapi, konsultasi psikologis atau keduanya. Pasien boleh pulang dan kontrol teratur di puskesmas. Bila setelah waktu yang ditentukan pasien tidak datang maka perawat kesehatan jiwa masyarakat beserta psikolog melakukan *home visit* guna mengontrol penggunaan obat dan keadaan pasien. Hasil *home visit* kemudian dilaporkan kepada dokter umum plus untuk penanganan selanjutnya apakah pengobatan diteruskan, ditambah ataupun diganti. Psikolog melakukan *home visit* bila memang diperlukan layanan konsultasi dan psikoterapi. Bila setelah ditangani di puskesmas tidak membaik, maka pasien dapat dirujuk ke RS CND.

Pasien yang datang ke Balee Zaituna diperiksa dan ditangani oleh psikolog, kontrol teratur sesuai kesepakatan antara psikolog dengan pasien, sampai dinyatakan membaik. Bila tidak membaik dapat dirujuk ke RS CND.

Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND) melayani pasien, baik pasien rujukan puskesmas, Balee Zaituna, bangsal, serta pasien yang datang sendiri melalui klinik Zaitun RS CND, yaitu klinik khusus penderita gangguan jiwa, baik gangguan jiwa ringan maupun gangguan jiwa berat. Pasien bisa saja berasal dari daerah lain. Di klinik Zaitun pasien akan dilayani oleh psikiater maupun residen psikiatri senior dari Fakultas Kedokteran (FK) UGM yang

dibantu oleh 2 perawat, Hasnawati dan Suryani yang telah dilatih khusus menangani pasien gangguan jiwa di bagian psikiatri FK UGM/ RS Dr. Sardjito Yogyakarta selama 1 bulan penuh. Layanan yang diberikan berupa konsultasi psikiatrik, penanganan pasien gangguan jiwa psikotik, Skizofrenik, gangguan afektif, gangguan somatoform, gangguan somatisasi, gangguan bipolar, disfungsi ereksi psikogenik, insomnia, gangguan belajar, gangguan tumbuh kembang anak, gangguan pervasif, retardasi mental serta pemeriksaan psikiatrik dengan menggunakan alat psikometrik untuk surat keterangan bebas narkoba maupun sehat jiwa guna memenuhi persyaratan tertentu.

Pasien rujukan dari puskesmas ataupun dari daerah lain, setelah ditangani dan diberikan terapi, dikembalikan ke tempat asal rujukan dengan memberikan surat jawaban konsultasi dan penanganannya, bila di daerah ada fasilitas penanganan misal obat-obatan jiwa dan layanan psikologis, maka cukup ditangani ditempat, kontrol lagi 3 bulan kemudian bila tidak ada kemajuan terapi. Bila pasien membaik dan kemudian sembuh tidak perlu kontrol ke RS CND. Jika di daerah tidak ada fasilitas pelayanan, sebaiknya dirujuk ke RS Cut Nyak Dien.

Klinik Zaitun RS CND juga melayani *home visit*, dengan menyertakan dokter puskesmas, psikolog dan CMHN setempat untuk pelayanan pertama. Psikiater memeriksa kondisi psikiatrik pasien, menetapkan diagnosis-nya dan memberikan tindakan penanganannya, serta memberikan bimbingan semacam *bed side teaching* kepada dokter umum setempat, agar bisa memberikan layanan kepada masyarakat saat menjumpai kasus serupa serta bekerja sama dengan psikolog dan CMHN setempat un-

Tim UGM melakukan pertemuan dengan dr. Albert Maramis, Sp.KJ (tengah), konsultan kesehatan jiwa WHO. Pengembangan sistem rujukan kesehatan jiwa melibatkan banyak lembaga terutama lembaga-lembaga di sektor kesehatan.



Dokumen Mental Health

tuk pelayanannya.

Psikiater di klinik zaitun juga melakukan kerja sama dengan spesialis lain dalam penanganan kasus, dengan melakukan konsultasi misal dalam kasus bedah, anak, penyakit dalam, serta syaraf juga dengan psikolog yang ada di RS CND untuk kasus-kasus tertentu. Selain itu juga memberikan jawaban konsultasi dari bagian lain, baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap dengan melakukan visite di bangsal.

Bila ada pasien gangguan jiwa akut yang membahayakan diri pasien maupun lingkungan serta memerlukan perawatan hospitalisasi, maka di rujuk ke BPKJ Banda Aceh, dikarenakan di RS CND belum memiliki bangsal khusus penanganan pasien dengan gangguan jiwa akut. Pasien harus didampingi perawat khusus jiwa guna penanganan selama perjalanan dari Meulaboh ke Banda Aceh. Bila pasien sudah membaik dan perlu penanganan lanjutan maka dikirim kembali ke RS CND.

Membangun Bangsal Zaitun Mitra Mandiri

Bangsal Zaitun Mitra Mandiri adalah bangsal yang dibangun khusus untuk pasien gangguan jiwa yang perlu hospitalisasi oleh UGM dengan dana dari Bank Mandiri Tbk. Bangsal ini berkapasitas 18 tempat tidur yaitu 9 tempat tidur untuk pasien laki-laki dan 9 tempat tidur untuk pasien wanita, ruang pemeriksaan psikiater, psikolog, ruang jaga perawat serta ruang istirahat dokter jaga.

Pada awal rencana renovasi RS Cut Nyak Dhien, bagian psikiatri FK UGM meminta kepada negara donor agar

ada bangsal khusus untuk penderita gangguan jiwa yang perlu hospitalisasi. Melalui diskusi beberapa kali dan menelan waktu yang panjang serta mengajukan beberapa data dan fakta pentingnya bangsal jiwa di RS CND kepada pihak donor, ternyata berakhir nihil karena ada perbedaan prinsip cara pandang dari negara donor tentang orang dengan gangguan jiwa.

Bank Mandiri menyalurkan dana bantuan kemanusiaan untuk korban bencana alam gempa bumi dan tsunami melalui UGM untuk pembelian alat-alat kesehatan dan pembangunan bangsal Zaitun Mitra Mandiri bagi RS CND Meulaboh 3 tahun lalu. Rektor UGM waktu itu, Prof. Sofyan Effendi, memberikan mandat kepada Pusat Study Bencana Alm (PSBA) UGM, untuk menindak lanjuti kerja sama bantuan tersebut. Prof. DR. Sutikno, selaku ketua PSBA waktu itu, dengan cepat membentuk kepanitiaan untuk melaksanakan tugas yang dibebankan oleh rektor. Panitia terdiri dari ketua Prof. DR. Sutikno, sekretaris Rini serta anggota : DR. Sunarto, Ir. Haryana, M.Arch, dr. Tri Baskoro, MSc, PhD, dr. Bambang Hastha Yoga, SpKJ, Ir. Sulaiman, Ir. Adi, Waljianto, ST serta Nawan Juhadmoko, BSc. Panitia ini bertugas dalam hal pengadaan alat-alat kesehatan serta merancang bangsal Zaitun Mitra Mandiri. Proses pengadaan alat-alat kesehatan melalui tender secara umum sudah selesai 1 tahun lalu, sedang pembangunan bangsal Zaitun baru akan dimulai proses tendernya pada bulan Februari 2008 dikarenakan kendala pengadaan tanah, walau rancangan bangunan serta rencana anggaran biaya sudah dibuat 2 tahun lalu serta sudah mengalami beberapa revisi mengikuti perkembangan situasi terkini. Diharapkan pembangunan bangsal Zaitun Mitra Mandiri ini selesai bulan Juni 2008.

Pengadaan Alat Psikometri

Dengan bantuan dana Bank Mandiri, maka telah dibeli alat MMPI 2 dengan scannernya, alat ECT (Electro Convulsive Therapy), alat EEG dengan Brain Mapping, serta alat psikometri Eysenck, Woo's word, HRSD, HRSA, BDS,

- MMPI 2 merupakan alat bantu diagnostik bisa digunakan untuk menilai kapasitas kinerja seseorang, mendeteksi kecenderungan gangguan jiwa serta kepribadian seseorang.
- ECT digunakan untuk terapi gangguan jiwa yang murah sesuai indikasi diagnostiknya.
- EEG dengan Brain Mapping, digunakan untuk merekam fungsi otak.

Pendirian Klinik Tumbuh Kembang Anak

Guna lebih meningkatkan layanan RS Cut Nyak Dhien, maka Kepala BP RS CND dr. Haris, Sp.A bersama sama dengan pihak UGM yang diwakili oleh Prof. DR. Sunarto, SpTHT (K), dr. Yoga, SpKJ serta DR. I. L Gamayanti, Psy merencanakan pendirian klinik tumbuh kembang anak. Hal ini didasarkan akan kebutuhan yang semakin mendesak, adanya dukungan SDM yang memadai, serta akan dibanggunya ruang untuk klinik tumbuh kembang bersamaan dengan pembangunan Bangsal Zaitun. Kegiatan ini diawali dengan memberikan pelatihan bagi tenaga kesehatan RS CND oleh DR. I L Gamayanti, Psy, tentang deteksi dini dan penanganan trauma pada anak, pentingnya sebuah Klinik Tumbuh Kembang dan persiapan pembentukan Klinik Tumbuh Kembang di RS CND. Selain itu juga dilakukan diskusi dengan Direktur rumah sakit.

Kendala

Kendala yang dirasakan selama ini adalah terbatasnya sumber daya manusia yang tersedia karena bebarapa hal, yaitu banyak dokter umum yang sudah dilatih tentang kesehatan jiwa berpindah tempat karena mengambil spesialisasi, selesai melaksanakan PTT atau karena ingin suasana berbeda dilain daerah. Tenaga CMHN yang sudah dilatih berpindah tempat tugas atau beralih fungsi melakukan tugas lain atau tidak mau melaksanakan tugas karena tidak ada atau kurangnya dana operasional khusus kesehatan jiwa. Selain itu ada anggapan bahwa CMHN tidak bisa praktek swasta dibanding perawat yang lain sehingga tidak menarik perawat yang lain untuk menjadi CMHN. Tidak adanya psikiater yang mau ditempatkan di RS CND ataupun dokter umum yang mau mengambil spesialisasi kedokteran jiwa untuk nantinya ditugaskan disini. Sebetulnya sudah ada dokter umum yang sudah mendapat pelatihan tentang kesehatan jiwa di Yogyakarta selama 1 bulan dengan dana WVA yaitu dr. Emaliana tetapi belum didaya gunakan dengan optimal untuk mengganti fungsi psikiater sementara. Belum ada tenaga psikolog yang diangkat sebagai tenaga kesehatan maupun honorer di institusi kesehatan di Aceh Barat, serta masih adanya stigma di masyarakat tentang orang dengan gangguan jiwa.

Saran

Sebaiknya dokter yang sudah dilatih menjadi GP plus, tidak dipindah tugaskan. Bila memungkinkan dokter PTT bisa diangkat sebagai PNS daerah dengan tidak memandang daerah asal dokter PTT tersebut. Demikian juga CMHN,



Foto: Arief Kurniawan

dr. Bambang Hastha Yoga, berdiskusi dengan Drs. Burhanuddin, Kepala Bappeda Aceh Barat dalam pertemuan audiensi di Kantor Bupati Aceh Barat.

Nur Akmal

Guru Sosial, Desa Suak Timah

"Kami merasa senang dan bangga dengan adanya tim UGM dan Balee Zaituna. BZ sudah membantu mengatasi berbagai persoalan di masyarakat, baik itu anak-anak, anak muda bahkan orang tua. Sudah banyak dukungan psikologis diberikan BZ dalam mengatasi permasalahan sosial di masyarakat, permasalahan rumah tangga, permasalahan anak usia dini, trauma pasca Tsunami dan sebagainya. Secara pribadi saya mendapatkan manfaat yang besar bagi kesehatan fisik maupun mental. Kami berharap adanya kelanjutan pelayanan psikolog di daerah kami.

hendaknya ditugaskan sesuai peruntukannya dengan tidak mengenyampingkan tugas pokok lainnya. Diusulkan anggaran khusus APBD II untuk penanganan gangguan jiwa, dengan peruntukan pengangkatan tenaga psikolog baru sebagai PNS daerah, penambahan biaya operasional puskesmas maupun RS dalam penanganan kasus gangguan jiwa. Program kesehatan jiwa diintegrasikan dengan program puskesmas yang lain sehingga tidak diperlukan biaya operasional khusus, serta dilibatkannya masyarakat disetiap penanganan kasus gangguan jiwa dan penyebaran informasi yang benar di masyarakat untuk meminimalkan stigma yang ada di masyarakat.

Penutup

Demikian sekilas gambaran tentang apa yang telah dilakukan oleh UGM dalam membangun sistem rujukan kesehatan jiwa di Aceh Barat, dengan harapan apa-apa yang sudah dikerjakan semoga bisa berkembang lebih bagus lagi, minimal sama dengan ketika ada tenaga bantuan dari UGM. Jangan sampai mengalami kemunduran apalagi hilang tidak berbekas. Untuk itu dibuka kemungkinan berkomunikasi terus dengan pihak UGM guna pelayanan selanjutnya.

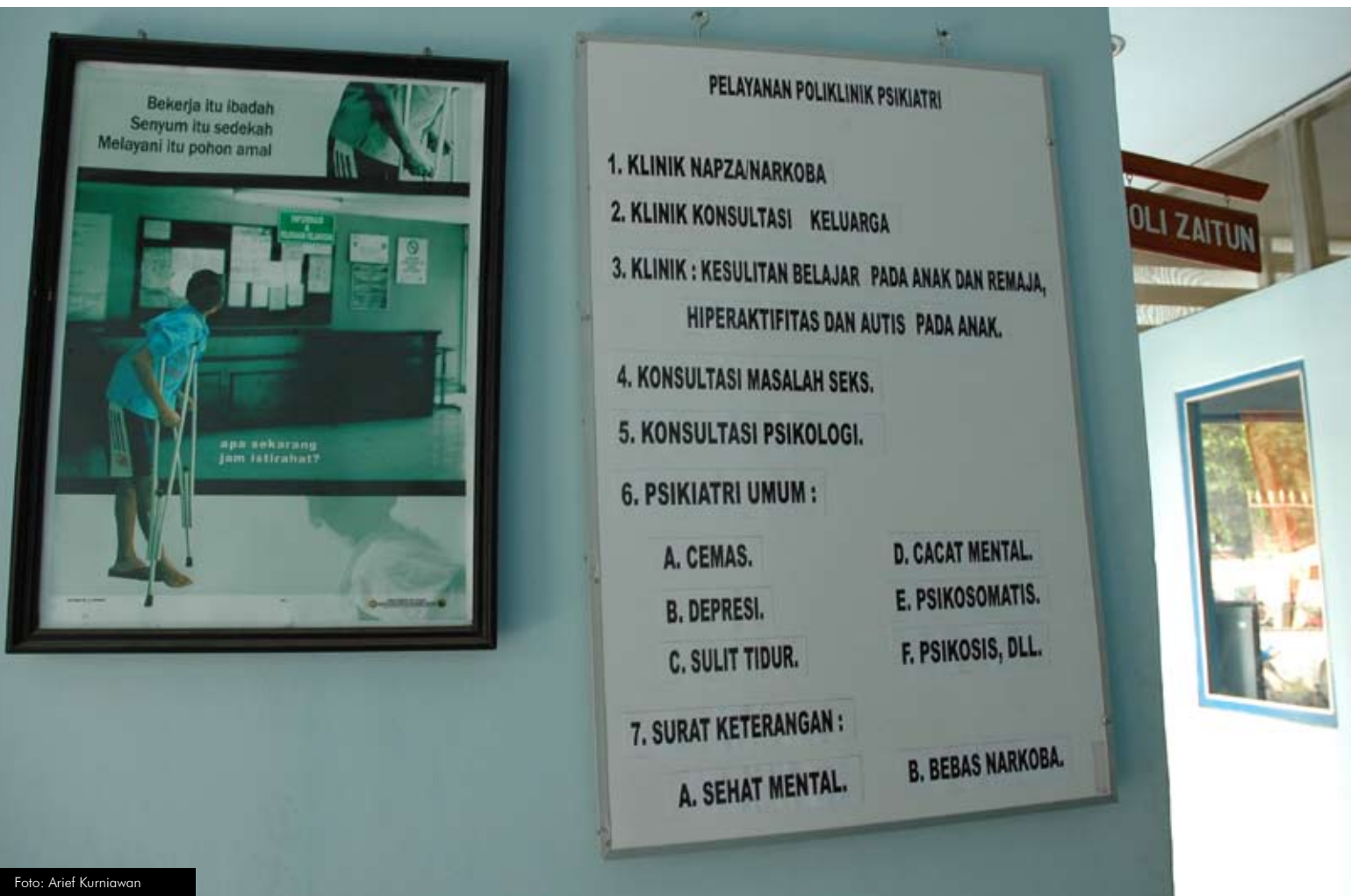


Foto: Arief Kurniawan

Klinik Zaitun (Poli Psikiatri), menjadi fasilitas rawat jalan tambahan bagi RS CND. Sumber daya manusia untuk mengelola klinik ini sudah dipersiapkan dengan melatih 2 orang perawat khusus jiwa dan 1 orang dokter umum GP++ (Dokter umum terlatih kesehatan jiwa).

Divisi IMCI

Divisi IMCI yang merupakan kependekan dari *Integrated Management of Childhood Illness* adalah program Bagian Ilmu Kesehatan Anak RS Dr. Sardjito bersama dengan *Royal Children's Hospital* Australia. Bekerjasama dengan *World Health Organization* (WHO), Departemen Kesehatan Indonesia (Depkes) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), divisi IMCI melakukan pendekatan pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas) di 3 kabupaten wilayah pantai barat propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) yaitu kabupaten Aceh Barat, Nagan Raya dan Aceh Jaya. Selain itu divisi IMCI mengembangkan pelatihan MTBS di fasilitas rujukan yang pertama kali dilakukan di Indonesia tepatnya di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh, Aceh Barat.

Implementasi Pendekatan MTBS di Wilayah Aceh Barat

Ida Safitri Laksono

Pendahuluan

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) atau dalam bahasa Indonesia lebih dikenal dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) diperkenalkan pada tahun 1995. Sejak saat itu lebih dari 100 negara di dunia mengadopsi pendekatan ini termasuk Indonesia. MTBS adalah suatu pendekatan mengenai penanganan terpadu/ komprehensif anak balita sakit yang dirancang untuk fasilitas pelayanan kesehatan primer di Negara berkembang dengan sumber daya terbatas.

Konsep MTBS secara luas telah diterima sebagai suatu pendekatan dalam mengatasi kasus-kasus kematian dan kesakitan pada anak balita di negara berkembang. Pendekatan itu dianggap sesuai untuk mengatasi tingginya angka kematian anak, khususnya di negara-negara berkembang. Setiap tahunnya sekitar 12 juta anak-anak di negara berkembang meninggal sebelum mereka mencapai usia 5 tahun. Kematian tersebut sebagian besar terjadi satu tahun pertama kehidupan mereka.

Tujuh dari sepuluh kematian disebabkan oleh penyakit-penyakit yang sebetulnya dapat dicegah atau diobati seperti infeksi pernapasan akut (terutama pneumonia), diare, campak, malaria, malnutrisi atau kombinasi dari penyakit-penyakit tersebut. Berdasarkan data WHO, penyebab utama kematian balita di dunia pada tahun 2000-2003 disebabkan karena penyakit infeksi seperti

pneumonia (19%), diare (17%), kematian neonatus (37%), malaria (3%), Campak (4%), HIV Aids (3%). Parahnya tidak ada usaha yang signifikan untuk mencegah hal tersebut. Sehingga setiap harinya, jutaan orang tua, membawa anak-anak mereka yang sakit ke rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), toko obat, dokter/perawat atau pengobatan tradisional.

Survey menunjukkan bahwa banyak anak tidak mendapatkan pelayanan dan pengobatan yang memadai, demikian juga dengan konseling/ nasehat kepada orang tua mengenai kesehatan anaknya. Di fasilitas kesehatan pertama seperti Puskesmas umumnya tidak cukup tersedia fasilitas alat untuk mendiagnosis penyakit seperti pemeriksaan foto Rontgen atau laboratorium, juga obat yang tersedia. Terbatasnya sarana dan penunjang yang ada menyebabkan dokter atau petugas kesehatan tidak memiliki banyak kesempatan untuk menangani kasus-kasus yang kompleks. Seringkali mereka hanya mengandalkan pada anamnesis tentang riwayat penyakit atau gejala-gejala saja dalam menentukan diagnosis atau pengobatan

Hal tersebut menunjukkan bahwa diagnosis yang dibuat mungkin tidak sesuai. Sementara proses penyembuhannya sendiri kemungkinan kompleks karena adanya kebutuhan untuk mengkombinasikan terapi beberapa penyakit. Karena itulah diperlukan sebuah pendekatan yang terintegrasi dalam mengatasi tingginya angka penyakit



Photo: Guardian Y. Sanjaya

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) diperkenalkan di Aceh sejak tahun 2005. Pengenalan metode MTBS di 3 kabupaten pesisir pantai Barat NAD dibantu oleh tim UGM dan Bagian Ilmu Kesehatan Anak RS Dr. Sardjito.

pada anak-anak. Diantaranya adalah melalui MTBS yang dapat menjadi pedoman bagi petugas kesehatan untuk menilai kualitas kesehatan anak secara keseluruhan dan tidak hanya berkonsentrasi pada satu penyakit saja.

Selama 15 tahun terakhir, banyak negara yang telah mempelajari program-program untuk pengendalian beberapa penyakit tertentu. Namun hingga kini masih terdapat tantangan yang mesti dihadapi. Antara lain bagaimana menerapkan program tersebut sebagai suatu strategi, mengkoordinasikan, dan mengintegrasikannya dengan upaya-upaya yang lebih baik untuk meningkatkan pencegahan dan tatalaksana penyakit anak. *Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) WHO* sendiri telah merespon tantangan ini melalui pengembangan strategi *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* atau MTBS dengan mengkolaborasi sebelas program WHO dan UNICEF lainnya.

Strategi MTBS

Dalam realisasinya, strategi MTBS mengkombinasikan manajemen penyakit anak yang telah berkembang baik dari aspek nutrisi, imunisasi, dan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi kesehatan anak, termasuk kesehatan ibu. Tujuan dari strategi MTBS tersebut untuk mengurangi kematian dan frekuensi angka kesakitan anak. Selain itu juga mengurangi beratnya suatu penyakit dan ketidakmampuan/ kecacatan, serta berkontribusi untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Keuntungan Strategi MTBS

Pada penerapannya, strategi MTBS memiliki kelebihan terutama dalam proses identifikasi penyakit-penyakit anak untuk pasien rawat jalan (*outpatient setting*), memastikan kombinasi terapi yang sesuai dari penyakit-penyakit utama, memperkuat konseling kepada keluarga pasien dan ketepatan usaha pencegahan, serta meningkatkan kualitas hidup pada anak-anak yang menderita stadium akhir dari penyakit. Strategi tersebut juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan terhadap anak sakit dengan penyakit kronik.

Di tingkat komunitas keluarga, strategi MTBS adalah meningkatkan perilaku orang tua atau pengasuh anak dalam melakukan perawatan di rumah yang sesuai, cara pemberian makan/ nutrisi dan melakukan pencegahan. Selain itu meningkatkan cakupan kegiatan, seperti imunisasi dan penambahan vitamin A. Pendekatan MTBS mencoba untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan kegiatan pencegahan dan pengobatan yang umumnya telah diatur oleh program-program dari Departemen Kesehatan agar dapat diimplementasikan secara efektif.

Kerangka Program MTBS: Intervensi dan Komponen MTBS

Inti pendekatan MTBS adalah integrasi manajemen kasus dari lima kasus penting yang menyebabkan kematian pada anak-anak, yakni infeksi pernapasan akut (terutama



Dokumen IMCI

Sesi praktek lapangan pelatihan MTBS di fasilitas kesehatan dasar, Puskesmas. Tampak dr. Ida Safitri (kanan) Program Manajer divisi IMCI menunjukkan kepada peserta pelatihan cara yang baik menyusui bayi.

pneumonia), diare, campak, malaria dan kekurangan gizi/ malnutrisi. Strategi tersebut meliputi beberapa intervensi pencegahan dan pengobatan yang bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan petugas dalam praktek klinik di fasilitas kesehatan dan juga di rumah. Pendekatan MTBS dirancang dengan memasukkan semua keluhan atau gejala yang mungkin merupakan tanda dari satu atau lebih (gabungan) dari beberapa penyakit di atas. Pendekatan MTBS kemungkinan akan terus berkembang dan mengalami perubahan-perubahan untuk disesuaikan dengan temuan-temuan baru dari analisis *The Global Burden of Childhood Disease* dan penelitian-penelitian tentang kesehatan anak yang tersedia.

Implementasi dari strategi MTBS tersebut meliputi tiga komponen. Diantaranya peningkatan ketrampilan petugas kesehatan dalam menangani kasus melalui ketepatan penggunaan pedoman yang ada. Yang kedua adalah memperbaiki sistem pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk menjamin berlangsungnya pelayanan kesehatan anak yang efektif. Terakhir adalah peningkatan praktek-praktek di keluarga dan masyarakat. Komponen-komponen tersebut didukung oleh instrumen/ alat dan indikator-indikator untuk melakukan pemantauan dan evaluasi.

Implementasi MTBS di Pantai Barat Aceh

Program MTBS di propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) sendiri dimulai pada September 2005. Kegiatan

pelatihan MTBS di wilayah pantai barat NAD dilaksanakan oleh UGM. Pelatihan tersebut melibatkan beberapa staf lokal yang menjadi penghubung dengan tim IMCI di Yogyakarta. Sebelum pelatihan dimulai, telah dilaksanakan sebuah semiloka untuk mendiseminasikan modul baru (yang telah direvisi untuk ditujukan dan disesuaikan dengan propinsi NAD pasca bencana) pada tahun 2005. Tujuannya adalah untuk mengikuti perkembangan pengetahuan terbaru dengan rekomendasi terbaru.

Delapan orang dari SMF Ilmu Kesehatan Anak (IKA) RS Dr. Sardjito dan Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran UGM yang belum pernah mendapatkan pelatihan MTBS ikut berpartisipasi pada kegiatan tersebut yang kemudian dilanjutkan dengan semiloka bagi fasilitator. Selain kegiatan semiloka, rancangan instrumen untuk evaluasi MTBS yang diperlukan juga dibuat oleh manajer program. Untuk menilai metodologi dan isi dari instrumen evaluasi, telah dilakukan konsultasi dan review oleh beberapa ahli, seperti Prof. T. Sadjimin, Dr. Yati Soenarto dan Dr. Trevor Duke, agar penggunaannya bisa tepat dan sesuai.

Setelahnya, manajer program bekerjasama dengan asisten manajer program mengatur kembali jadwal untuk memastikan lokasi pelatihan, materi pelatihan, staf lokal dan fasilitator pelatihan.

Pelatihan MTBS pertama dilaksanakan di Hotel Meuligou, Meulaboh pada 11-17 September 2005. Pelatihan

tersebut dihadiri 20 peserta yang berasal dari Aceh Barat (9 orang), Aceh Jaya (4 orang), dan Nagan Raya (6 orang). Selain itu, terdapat 5 orang delegasi UGM yang terdiri dari program manajer dan beberapa fasilitator dari SMF IKA dan PSIK. Dari evaluasi pelatihan MTBS yang pertama, diperlukan rekrutmen staf lokal yang berasal dari Dinas Kesehatan yang membantu mengatur pelaksanaan pelatihan selanjutnya. Dari situlah kemudian pelatihan MTBS dilanjutkan terus menerus yang kembali dilaksanakan di Hotel Meuligou, Meulaboh yang merupakan satu-satunya hotel yang masih berdiri dan cukup representatif setelah bencana Tsunami melanda Aceh.

Setelah pelatihan MTBS ketiga dilaksanakan, barulah dapat dipilih beberapa calon fasilitator melalui pelatihan *Training of Tutors* (ToT). Peserta ToT diambil dari peserta yang telah dilatih MTBS sebelumnya dan dianggap memenuhi kriteria sebagai fasilitator yang kemudian secara bertahap akan menggantikan peran fasilitator UGM.

Dari evaluasi yang dilakukan, sebanyak 13 peserta yang telah mengikuti pelatihan MTBS pertama, kedua dan ketiga telah memenuhi seluruh kriteria sebagai calon fasilitator seperti: telah menunjukkan kinerja yang baik pada saat pelatihan, masih fokus pada pekerjaan sampai 1 tahun setelah pelatihan, dan merupakan staf Puskesmas atau Dinas Kesehatan. ToT MTBS yang pertama dilaksanakan di Hotel Meuligou, Meulaboh pada tanggal 13-17 Maret 2006. Pelatihan tersebut dihadiri 13 peserta dari Aceh Barat (5 peserta), Aceh Jaya (4 peserta) dan Nagan Raya (4 peserta). ToT MTBS kedua dilaksanakan pada tanggal 17-20 Desember 2006.

Setelah pelaksanaan ToT, maka dimulai pelatihan MTBS ke IV dengan komposisi fasilitator dari UGM dan fasilitator lokal. Hal ini dilakukan agar terjadi proses alih pengetahuan dan ketrampilan, sehingga pada saatnya nanti kegiatan pelatihan MTBS UGM berakhir, maka para fasilitator lokal dapat melanjutkan kegiatan dan berperan sebagai fasilitator untuk pelatihan-pelatihan berikutnya.

Monitoring pasca pelatihan sejak kegiatan MTBS pertama, dilaksanakan oleh manajer program divisi IMCI, dr. Ida Safitri di puskesmas Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Dalam melaksanakan supervisi ke puskesmas, program manajer dibantu oleh staf Dinas Kesehatan Aceh Barat, Nagan Raya dan Aceh Jaya.

Pada awal pelaksanaan *monitoring* ditemukan beberapa hal. Diantaranya hanya Puskesmas Johan Pahlawan (Kabupaten Aceh Barat) yang telah melaksanakan MTBS secara tepat. Di puskesmas tersebut hampir semua pasien dibawah 5 tahun (Balita) diperiksa dengan menggunakan pendekatan MTBS. Mereka diperiksa di ruang khusus bagi pasien anak-anak yang terpisah dari pasien dewasa.

Sedangkan puskesmas di kabupaten Nagan Raya hanya mengimplementasikan 20-30% pendekatan MTBS untuk semua kasus pasien balita. Hal ini lebih disebabkan adanya kesalahan koordinasi di tingkat puskesmas maupun dinas kesehatan di kabupaten Nagan Raya sehingga petugas tidak mempunyai kesempatan untuk mempraktekkan apa yang mereka dapat dari pelatihan. Kabupaten ketiga, Aceh Jaya (Puskesmas Krueng Sabee) juga belum dapat mengimplementasikan MTBS karena kekurangan fasilitas. Selama beberapa bulan, mereka masih ditempatkan di lokasi/ puskesmas sementara untuk melakukan aktivitas pelayanan yang kondisinya sangat terbatas.



Sesi diskusi pelatihan MTBS. Peserta terlibat penuh dalam pelatihan dengan metode tutorial disamping metode kuliah konvensional.

Dokumen IMCI

Dari laporan pelaksanaan MTBS di kabupaten Aceh Barat telah dilaksanakan diseminasi dan implementasi MTBS. Sebanyak 50% anak-anak dibawah 5 tahun yang datang ke klinik rawat jalan puskesmas akan diperiksa dengan pendekatan MTBS. Sementara di Aceh Jaya dan Nagan Raya, diseminasi program tersebut telah dilaksanakan kepada staf kesehatan lainnya. Namun implementasinya masih mengalami beberapa kendala seperti keterbatasan sumber daya manusia yang terlatih karena hanya sedikit staf yang bertugas disetiap puskesmas.

Laporan pelaksanaan program diberikan secara langsung oleh supervisor/ manajer program kepada kepala puskesmas dan koordinator program untuk setiap kabupaten sebagai masukan untuk perbaikan pelaksanaan MTBS.

Pada waktu bersamaan, para fasilitator lokal juga memperoleh tambahan materi tentang bagaimana melakukan *monitoring* pasca pelatihan dan mempraktekkannya bersama dengan manajer program saat kunjungan ke puskesmas. Kedepan, fasilitator lokal tersebut melaksanakan *monitoring* implementasi MTBS di puskesmas, dengan pengawasan dari staf UGM. Berdasarkan pengalaman di daerah/ propinsi lain, peran supervisi ini dilaksanakan oleh staf Dinkes yang

telah dilatih MTBS. Meskipun tidak ada perjanjian tertulis namun mereka berkomitmen untuk melakukan penilaian terhadap implementasi MTBS oleh puskesmas dengan pengawasan dari staf UGM. Selanjutnya, *monitoring* dan evaluasi pelatihan MTBS dilaksanakan di tiga kabupaten Aceh Barat.

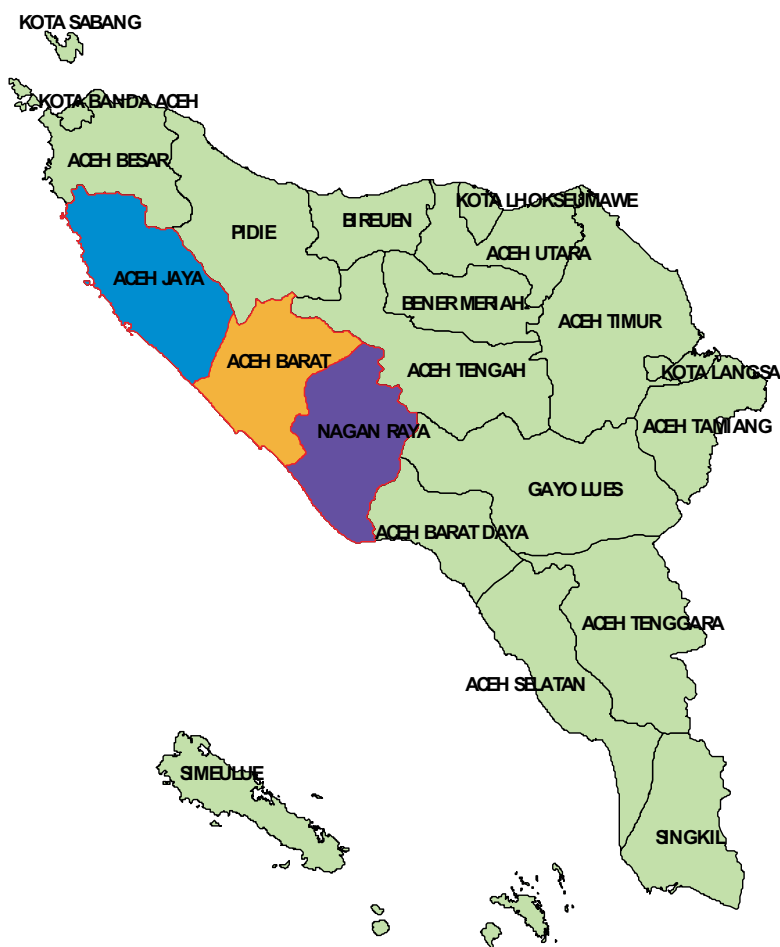
Evaluasi Implementasi MTBS terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Anak

Untuk mengevaluasi dampak pelatihan MTBS terhadap kualitas pelayanan kesehatan anak, maka dilakukan evaluasi oleh dr. Ida Safitri L di Pantai Barat NAD (West Coast). Tidak seperti *monitoring* pasca pelatihan, evaluasi tersebut menggunakan metodologi tertentu sesuai kaidah penelitian. Penentuan puskesmas dan staf kesehatan diputuskan berdasarkan seleksi secara acak (*proportionate random sampling*).

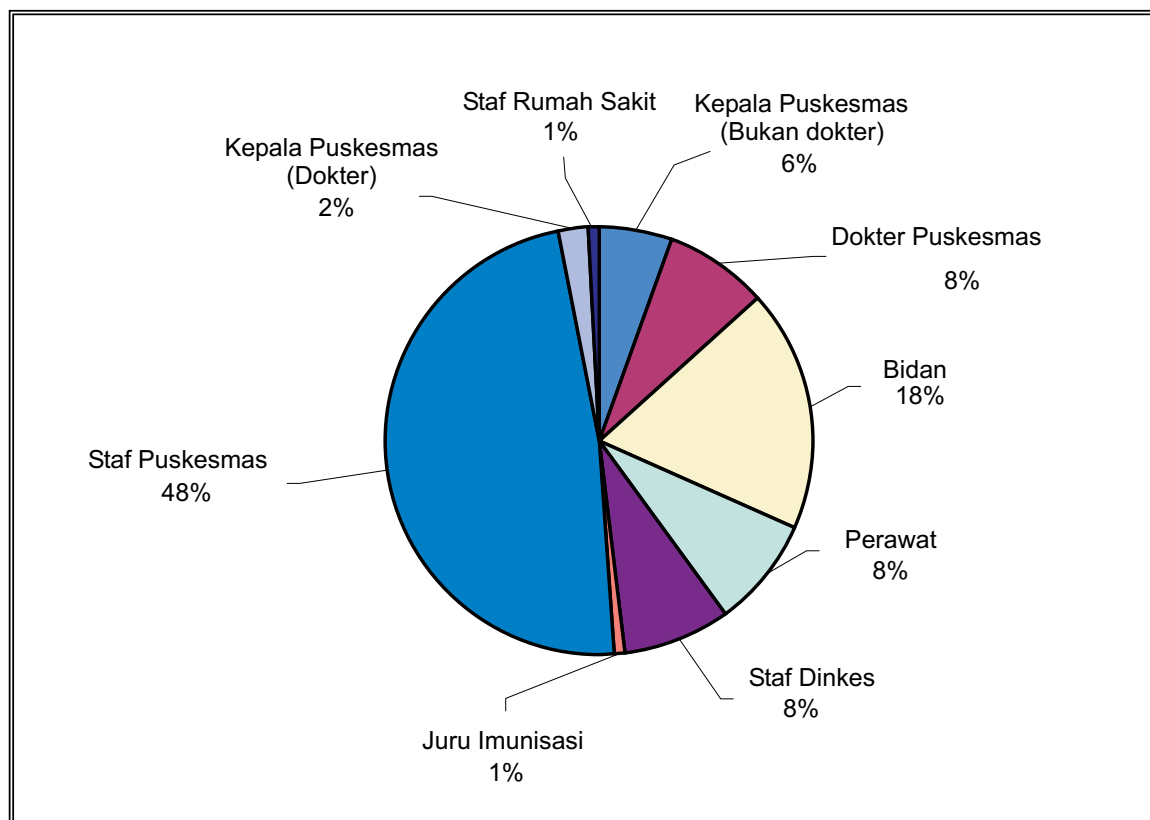
Instrumen untuk evaluasi tersebut terdiri dari dua aspek penilaian. Diantaranya penilaian individual untuk mengukur kompetensi klinis (pengetahuan dan ketrampilan) bagi staf kesehatan dalam menangani pasien usia dibawah 5 tahun, dan penilaian kualitas fasilitas kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan. Hasil dari evaluasi tersebut kemudian dianalisis pada akhir penelitian.

Daerah cakupan pelatihan MTBS program UGM di Pantai Barat NAD. Mayoritas peserta pelatihan adalah staf Puskesmas di tiga kabupaten yaitu Kabupaten Aceh Barat, Kabupaten Aceh Jaya dan Kabupaten Nagan Raya. Dapat dilihat pada tabel berikut, seluruh Puskesmas di 3 kabupaten tersebut tercakup dalam pelatihan MTBS UGM.

Aceh Barat	Aceh Jaya	Nagan Raya
Johan Pahlawan/ Suak Ribee	Krueng Sabee	Ujong Fatimah
Meurebo	Calang	Cot Kuta
Kaway XVI	Panga	Simpang Jaya
Layung	Lageun	Padang Panjang
Woyla Barat	Teunom	Jeuram
Arongan Lambalek	Patek	Padang Rubek
Samatiga	Lhok Kruet	Uteun Pulo
Pante Ceureumen		Beutong
Kuala Bhee		Alue Bilie
Woyla timur		Suka mulia
Drien Rampak		
Meutulang		



Bagan 1. Distribusi peserta pelatihan MTBS menurut tugas/jabatan



Sebagai unit evaluasi dipilih puskesmas. Sebelum dilaksanakan evaluasi, puskesmas dipilih secara acak. Ternyata dalam pelaksanaannya masih terdapat keterbatasan/ kendala pada saat pelaksanaan evaluasi dalam memenuhi metodologi. Untuk mengurangi bias dalam evaluasi, kunjungan yang dilakukan terhadap fasilitas kesehatan tidak diumumkan, sehingga di beberapa puskesmas kadang-kadang tidak ditemukan kasus bayi/ balita usia dibawah lima tahun yang datang ke puskesmas sehingga penilaian terhadap ketrampilan petugas tidak dapat dilakukan. Permasalahan tersebut kemudian didiskusikan dengan supervisor dan beberapa saran diberikan untuk mengatasi permasalahan tersebut.

Dari kunjungan yang dilakukan saat monitoring pasca pelatihan dapat disimpulkan bahwa terdapat kemajuan pada implementasi pendekatan MTBS. Di puskesmas Jeurum, Ujong Fatimah dan Cot Kuta misalnya, lebih dari 50% pasien dibawah 5 tahun sudah ditangani dengan menggunakan pendekatan MTBS. Hanya di Puskesmas Panga yang implementasinya belum dilaksanakan karena dokter dan staf yang terlatih dipindahkan ke tempat lain.

Berdasarkan hasil yang telah direview hingga Desember 2007 didapat beberapa keberhasilan. Diantaranya pelatihan MTBS telah dilaksanakan seluruhnya, yaitu sebanyak 11 angkatan dari yang sudah direncanakan, meliputi 31 Puskesmas dengan jumlah peserta 236 orang. Pelatihan *Training of Trainers* (ToT) dilakukan dua kali dan

telah meluluskan 25 fasilitator lokal, dan implementasi MTBS dilaksanakan di 90% puskesmas yang telah dilatih dengan kualitas yang bervariasi.

Meski dianggap cukup berhasil, namun dalam pelaksanaan khususnya di tahun pertama program, masih terdapat permasalahan yang terjadi. Diantaranya terbatasnya sarana transportasi menuju dan keluar dari Meulaboh Aceh Barat karena sebagian besar kegiatan dilaksanakan dalam waktu hampir bersamaan di Meulaboh. Selain itu cuaca buruk yang mengakibatkan pembatalan/ penundaan jadwal penerbangan pesawat sehingga memerlukan tambahan biaya perjalanan bagi para fasilitator MTBS untuk akomodasi.

Pelatihan MTBS untuk Rumah Sakit/ Pelayanan Kesehatan Rujukan

Kebutuhan terhadap pedoman tatalaksana balita sakit yang komprehensif seperti model MTBS ternyata tidak hanya diperlukan di tingkat puskesmas dengan sumber daya terbatas, mengingat sebagian kasus yang diklasifikasikan berat harus dirujuk ke rumah sakit/ fasilitas kesehatan dengan rawat inap. Untuk itulah maka WHO beberapa tahun terakhir membuat pedoman untuk rumah sakit yang merupakan pengembangan dari buku tatalaksana balita sakit dengan malnutrisi berat (Brown Book). Pada tahun 2005 WHO meluncurkan buku saku yang dikenal dengan "Pocket Book of Hospital care for

Children". Adaptasi buku ini, sebagai pedoman bagi petugas kesehatan di rumah sakit dalam menangani anak sakit, telah dilakukan oleh beberapa negara berkembang dan diterjemahkan ke dalam beberapa bahasa seperti China, Arab, Spanyol dan lain-lain.

Namun di Indonesia belum ada satu pun pelatihan MTBS rumah sakit dilakukan. Padahal rumah sakit merupakan fasilitas rujukan untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di puskesmas terutama kasus-kasus penyakit anak pada usia rentan, yaitu anak dibawah lima tahun. Materi untuk pelatihan MTBS Rumah Sakit ini terdiri dari buku Pedoman dan *Compact Disc* (CD) yang berisi uraian dan latihan kasus.

Trevor Duke adalah salah seorang konsultan WHO dan editor buku tersebut yang juga konsultan program pelatihan MTBS di Aceh. Trevor mengusulkan untuk dilakukan pelatihan MTBS di fasilitas rujukan. Usulan ini diterima oleh pengelola program dan tercantum dalam *log frame* kegiatan divisi IMCI. Bersamaan dengan proses persiapan yang dilakukan oleh divisi IMCI, WHO Indonesia bekerjasama dengan Departemen Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia melakukan proses translasi dan adaptasi terhadap isi buku saku WHO kedalam bahasa Indonesia dengan penyesuaian pada beberapa bab khususnya terkait manajemen/ tata laksana agar sesuai dengan kondisi dan pedoman nasional yang berlaku. Kemudian bagian Ilmu Kesehatan Anak RS Dr. Sardjito melalui tim PMPT (Pendidikan Medik Pediatric Terpadu) bekerjasama dengan WHO Indonesia, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) dan Departemen Kesehatan Indonesia mengembangkan modul pelatihan MTBS rumah

sakit yang diadaptasi dari modul WHO "Pocket Book of Hospital Care for Children WHO tahun 2005" untuk diuji cobakan pertama kalinya di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien, Aceh Barat. Di dalam modul pelatihan MTBS rumah sakit yang dibuat ini mencakup 9 kasus berdasarkan gejala.

Pelatihan kemudian direncanakan di RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh, yang dilakukan oleh divisi IMCI Program Aceh RS Sardjito - UGM yang sudah menyelesaikan pelatihan MTBS Puskesmas. Hal ini juga didukung data bahwa dari 10 besar penyakit anak usia di bawah lima tahun yang ditemukan di RS CND dan kasus kematian anak yang terjadi, ternyata relevan dengan isi buku pedoman WHO yang diadaptasi. Sehingga pelatihan MTBS di fasilitas rujukan sangat tepat dilakukan di RS CND. Selain itu pelatihan ini adalah pelatihan MTBS rumah sakit pertama yang dilakukan di Indonesia, dengan mengadopsi metode pelatihan MTBS Rumah Sakit yang dilakukan di 7 negara lain.

Pelatihan ini bertujuan untuk meninjau kembali kualitas perawatan bagi anak-anak di RS Cut Nyak Dhien-Meulaboh, memperkenalkan pedoman mutu pelayanan kesehatan anak di rumah sakit rujukan pertama tingkat kabupaten/kota dan mengajarkan kepada petugas kesehatan untuk menggunakan pedoman tersebut pada praktek klinis setiap hari serta mendiskusikan tantangan dalam meningkatkan kualitas perawatan rumah sakit bagi anak-anak.

Materi teknis meliputi materi CD ROM dan presentasi untuk setiap kasus. Kasus-kasus klinis menggambarkan bagian-bagian yang terdapat pada buku pedoman atau



Foto: Ida Safitri

Pelatihan MTBS rumah sakit pertama di Ruang Bappeda Pemda Aceh Barat. Tidak seperti Pelatihan MTBS Puskesmas, pelatihan ini hanya dalam waktu 4 hari.



“Dinas Kesehatan jelas mendapatkan pembelajaran penting dari tim UGM terutama dalam mengelola program-program pelatihan. Hal ini dibuktikan dengan kepercayaan LSM lain dalam mengembangkan pelatihan serupa di beberapa kabupaten yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Aceh Barat.

Setelah program UGM berakhir, setidaknya UGM masih mau melakukan supervisi ke Aceh Barat. Kekhawatiran utama adalah kesinambungan program di Dinas Kesehatan. Program pelatihan MTBS yang sudah dilakukan, perlu ditindak-lanjuti misalnya dengan evaluasi, supervisi atau penyediaan formulir MTBS. Bantuan UGM dalam bentuk advokasi ke pemerintah daerah, harus terus dilanjutkan melalui komunikasi rutin dan lobi-lobi ke pemerintah daerah agar dapat mempertahankan kesinambungan program yang telah dijalankan.”

panduan. Kasus-kasus yang didiskusikan menggambarkan tanda-tanda klinis, pendekatan pengambilan keputusan untuk setiap kondisi, dan tahapan-tahapan atau proses umum dari perawatan yang relevan untuk semua anak-anak yang sakit: triase, penanganan kegawatdaruratan, riwayat penyakit dan pemeriksaan, diagnosis banding, pemantauan dan perawatan pendukung, rencana pemulangan pasien dan tindak lanjut. Video singkat juga termasuk di dalam bagian ini untuk menggambarkan tanda-tanda klinis yang spesifik serta prosedur-prosedur dari buku pedoman.

Praktek klinik dilaksanakan pada bangsal anak-anak yang dianggap mampu mewakili seluruh kasus atau yang telah disetujui, atau di Unit Gawat Darurat Rumah sakit.

Setelah pelatihan MTBS Puskesmas selesai dilakukan divisi IMCI melakukan mini *workshop* di Yogyakarta dan Meulaboh pada bulan Juni 2007 untuk mengevaluasi hasil pelatihan dan persiapan implementasi MTBS rumah

sakit yang melibatkan semua pihak. Selanjutnya dilakukan diseminasi pelatihan MTBS di Meulaboh pada bulan September 2007 untuk semua calon peserta.

Peserta pelatihan antara lain dari staf fungsional bangsal anak, poliklinik anak, ICU, UGD, bangsal kebidanan, staf penunjang medis seperti laboratorium, farmasi dan staf struktural seperti bagian umum, perencanaan dan manajemen dengan harapan bahwa program ini dapat berjalan dengan dukungan semua pihak. Total peserta pelatihan MTBS rumah sakit 72 orang.

Pelatihan dibagi menjadi 3 tahap sesuai dengan konsep pelatihan MTBS rumah sakit. Pelaksanaan pelatihan pertama kali dilakukan pada bulan Desember 2007 dengan jumlah peserta 25 orang, kemudian pada tanggal 23-26 Januari 2008 dengan peserta 22 orang dan terakhir pada 18-23 Februari 2008.

dr. Naufal dari bagian IKA RS Dr Sardjito memberikan penjelasan kepada para peserta pelatihan MTBS dalam sesi praktek lapangan di RS CUt Nyak Dhien Meulaboh.



Foto: Ida Safitri

Divisi Public Health

Tim *Public Health* yang terdiri dari tim S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM), khususnya Magister Manajemen Rumah Sakit UGM dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) dalam kegiatannya di Aceh terbagi di dua daerah. Yang pertama ada di Banda Aceh untuk membantu RS Zainoel Abidin (RS ZA) dalam pemulihan sistem manajemen rumah sakit di kala darurat. Kelompok pertama ini berada sejak Januari 2005 sampai akhir tahun 2006. Disamping membantu RS ZA Banda Aceh, kelompok tim kesehatan masyarakat bekerja bersama Fakultas Kedokteran dan Fakultas Ekonomi Universitas Syah Kuala dalam pengembangan manajemen rumah sakit.

Kelompok kedua berada di Meulaboh Aceh Barat untuk membantu tim besar UGM sejak bulan Juni 2005. Pembagian ke kelompok kedua ini disebabkan kesadaran akan pentingnya kemitraan antara pemulihan pelayanan klinik dan pemulihan kesehatan masyarakat secara bersama-sama. Disamping itu untuk pemulihan Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND), keahlian dalam ilmu kesehatan masyarakat menjadi hal penting, antara lain untuk pengelolaan rekam medis dan keuangan rumah sakit. Proses keterlibatan tim *Public Health* di Aceh Barat menjadi semakin penting dengan diselenggarakannya Semiloka Perencanaan Pembangunan Kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2006-2010: Kerjasama antara Masyarakat, Swasta dan Pemerintah. Semiloka ini diselenggarakan pada tanggal 24 Desember 2005, oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, bekerjasama dengan Universitas Gadjah Mada Di Ruang Bappeda, Kantor Bupati Kabupaten Aceh Barat, Meulaboh.

Tujuan semiloka untuk membahas situasi sistem kesehatan di Aceh Barat dan kebutuhan akan perencanaan untuk periode 2006-2010. Pada saat itu periode satu tahun setelah Tsunami, *World Health Organization* (WHO), sebagaimana diketahui mengkoordinasi pengelolaan kesehatan daerah pasca Tsunami. Namun pada tanggal 31 Desember 2005, WHO akan meninggalkan Aceh Barat. Semiloka dihadiri seluruh pihak yang terlibat dalam pemulihan Aceh Barat, termasuk pihak Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Hasil utamanya adalah: (1) Dinas Kesehatan akan mengembangkan perencanaan sektor kesehatan dan program-program di Dinas Kesehatan untuk Perencanaan Jangka Menengah dan Tahunan. Perencanaan Jangka Menengah akan berkonsultasi dengan bupati terpilih (Rencana Jangka Menengah Pemerintah Kabupaten Aceh Barat); (2) Akan dilakukan segera perencanaan jangka pendek untuk tahun 2006 yang melibatkan masyarakat, LSM, swasta dan pemerintah; (3) Perencanaan rumah sakit akan dilakukan pada awal Januari 2006 untuk pengembangan sistem rujukan Aceh Barat. Perencanaan rumah sakit akan dilakukan dalam berbagai kegiatan termasuk semiloka yang mengundang berbagai pihak di Propinsi NAD.

Khusus untuk kegiatan jangka pendek tim *Public Health* Fakultas Kedokteran (FK) UGM melatih staf Dinas Kesehatan untuk melakukan koordinasi kegiatan dengan LSM. Pelatihan mencakup kepemimpinan dan komunikasi personal yang



Foto: Guardian Y Sanjaya

Rumah sakit Zainoel Abidin, Banda Aceh sudah berfungsi normal, bahkan lebih baik dari sebelum Tsunami, setelah banyak organisasi nasional maupun internasional membantu pemulihan pelayanan kesehatan, termasuk tim UGM.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Kantor Dinas Kesehatan Propinsi NAD termasuk salah satu yang terkena dampak Tsunami. Pada awal pasca Tsunami kantor ini dibanjiri bantuan obat-obatan dan peralatan medis. Dalam melaksanakan program-programnya, UGM selalu melibatkan Dinas Kesehatan Propinsi.

diselenggarakan di Laboratorium Kepemimpinan di S2 IKM UGM Yogyakarta. Pelatihan ini mencakup pula materi bagaimana bekerjasama dengan LSM, serta melakukan rapat yang efektif. Sebagai hasil pelatihan maka rapat koordinasi LSM yang diselenggarakan oleh WHO kemudian diambil kendalinya oleh pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Disamping merencanakan kegiatan pemulihan kesehatan secara umum, semiloka membahas pula rencana pembangunan kesehatan jiwa di Kabupaten Aceh Barat. Berbagai kegiatan dalam kesehatan jiwa oleh LSM, pemerintah dan UGM dibahas secara rinci. Salah satu hal penting adalah bagaimana mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa ke dalam jaringan pelayanan kesehatan masyarakat oleh pemerintah.

Sebagai hasil nyata pertemuan tersebut, maka beberapa staf Dinas Kesehatan dan RS CND dikirim ke FK UGM untuk mengikuti pelatihan penyusunan rencana strategis Dinas Kesehatan dan rumah sakit. Tujuan pelatihan ini agar staf Dinas Kesehatan mempunyai pedoman dalam pemulihan sistem kesehatan di daerah pasca Tsunami dan memberikan kepercayaan diri sebagai pemimpin dalam sektor kesehatan di Kabupaten Aceh Barat. Dalam proses pelaksanaan, sebuah pertemuan besar dilakukan pada bulan Februari 2006 untuk membahas sistem kesehatan daerah di Aceh Barat pasca Tsunami dengan pengembangan rujukan medik di Aceh bagian barat dan selatan.

Pada pertemuan tersebut, ditegaskan bahwa tim *Public Health* UGM akan membantu Dinas Kesehatan dalam mengembangkan sistem informasi untuk menunjang kegiatan pemulihan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini akan dibangun *Local Area Network* (LAN). Disamping itu dalam jangka menengah, sistem surveilans diharapkan dapat berjalan segera.

Pada tulisan berikut ada beberapa bagian yang secara lebih rinci menggambarkan kegiatan yang ada.

- Pengembangan Rencana Strategis Dinas Kesehatan dan RS Cut Nyak Dhien
- Pengalaman mengembangkan sistem informatika di Kabupaten Aceh Barat
- Pengembangan Rekam Medis di Kabupaten Aceh Barat
- Pengembangan Sistem Informasi di RS Cut Nyak Dhien

Disamping itu ada program tambahan yaitu pengembangan sistem keuangan di RS Cut Nyak Dhien yang ditulis oleh Amelia.

Pembangunan sistem kesehatan dan manajemen rumah sakit di Kabupaten Aceh Barat masih berada di awal pengembangan. Pengalaman di berbagai kabupaten dan rumah sakit daerah menunjukkan bahwa pengembangan sistem memerlukan waktu sekitar lima tahunan. Dalam konteks situasi di Aceh Barat, sebenarnya pemulihan ini masih memerlukan waktu panjang. Keadaan ini ditambah dengan fakta bahwa pembangunan fisik oleh pihak Singapura berjalan lambat, tertunda-tunda. Akibatnya pengembangan sistem, termasuk pemasangan *hard-ware* menjadi sangat sulit dilakukan.

Oleh karena itu pada kegiatan *exit-strategy*, berbagai rencana pengembangan di masa depan akan dibahas (Lihat Bab *exit strategy*) agar dapat difahami apa yang sudah dan apa yang belum dikerjakan dalam hal sistem kesehatan daerah dan manajemen rumah sakit.

Rencana Strategis Dinas Kesehatan dan RS Cut Nyak Dhien Aceh Barat 2006 - 2010

Ronny Novianto

Sebagai rangkaian proses penyusunan Rencana Strategis di Dinas Kesehatan (Dinkes) Aceh Barat dan RS Cut Nyak Dhien (RS CND), maka tim medis RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) menggelar *Strategic Planing Development* berupa presentasi Rencana Strategis (Renstra) RS CND dan Dinkes Aceh Barat. Acara diadakan di Balai Diklat Meulaboh, pada Selasa, 4 Juli 2006. Undangan yang hadir berjumlah 30 orang terdiri dari Kepala dan staf Dinas Kesehatan, Direktur RS CND dan staf non klinis serta kepala bagian dan kepala ruangan, anggota DPRD, Bupati Aceh Barat, dan perwakilan LSM kesehatan. Dari UGM hadir Prof. Laksono Trisnantoro dan tim mutu yang terdiri dari dr. Tjahyono, dr. Hanevi, dan dr. Rukmono. Acara dimulai pada pukul 9.00 WIB dan berakhir pada pukul 13.00 WIB. Acara ini dibagi menjadi tiga sesi, yaitu pembukaan dan sambutan, presentasi dan diskusi renstra dinas kesehatan, dilanjutkan dengan presentasi dan diskusi renstra RS CND.

Acara pembukaan diawali dengan pembacaan ayat suci Al Quran. Dilanjutkan dengan sambutan oleh Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD. Dalam sambutannya, Prof. Laksono menekankan pentingnya penyusunan rencana strategis bagi Dinkes dan RS CND. Selanjutnya, dr. T. Amir Hamzah, Sp.PD, Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat juga menekankan kembali pentingnya hubungan antara seluruh elemen kesehatan dan pemerintah. Sementara dr. Harris Marta Saputra, Sp.A memaparkan pentingnya dukungan dari pemerintah daerah Aceh Barat dan Dinkes kepada

RS CND. Sementara pejabat bupati yang menutup acara mengungkapkan pentingnya kerjasama dan kerja keras dari berbagai pihak dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat.

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Aceh Barat

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Aceh Barat dipandu oleh Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Masyarakat dr. Said Suherman sebagai moderator dan Muklis sebagai Ketua tim penyusunan Renstra. Setelah presentasi, diadakan diskusi yang mengangkat isu-isu penting. Diantaranya pengembalian fungsi dan peran puskesmas sebagai Unit Pelayanan Terpadu (UPT) yang selama ini sulit dikontrol kinerjanya oleh Dinas Kesehatan, khususnya dalam hal pelaporan kasus-kasus kesehatan. Hal tersebut terjadi karena pembayaran gaji karyawan puskesmas dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Aceh Barat sehingga Dinas Kesehatan tidak bisa memberikan sanksi apabila pelaporan tidak dilakukan. Ke depan, perlu dilakukan penataan kembali hubungan antara Dinas kesehatan dan puskesmas.

Kepala Dinas Kesehatan menghendaki agar di setiap puskesmas disediakan 1 orang psikolog. Hal ini untuk mengantisipasi gangguan kesehatan mental akibat Tsunami dan konflik RI-GAM. Apalagi Dinas Kesehatan telah mendapat alokasi dana yang cukup besar untuk mengatasi hal ini. Dinas Kesehatan berusaha menyediakan



Foto: Eddy Supriyadi

Puskesmas sebagai unit pelayanan dinilai kurang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan. Dalam rencana strategis Dinas Kesehatan mencakup sistem komunikasi dan koordinasi antara Dinas Kesehatan dan unit-unit pelayanan yang ada.

Pengembangan billing system termasuk dalam rencana strategis RS Cut Nyak Dhien. Renstra rumah sakit ini digunakan sebagai salah satu landasan operasional dalam pengembangan rumah sakit.



Dokumen Clinical Services

satu ruang di setiap puskesmas dan tenaga psikolog diambil dari program UGM-WVA dan rekrutmen psikolog baru.

Selain itu, banyaknya LSM yang memberikan bantuan terutama bantuan fisik, menyisakan permasalahan tentang tingginya biaya operasional dan pemeliharaan. Proses penghitungan anggaran yang dilakukan oleh dinas kesehatan juga belum menggunakan metode yang benar. Sehingga sering terjadi anggaran yang diajukan belum memenuhi kebutuhan yang ada, khususnya untuk biaya operasional dan pemeliharaan bangunan fisik dan peralatan yang ada. Di masa mendatang perlu perbaikan metode penghitungan anggaran.

Rencana Strategis RS Cut Nyak Dhien

Sementara dalam presentasi dan diskusi Renstra RS CND yang dipimpin Drs. Syarfian Syarief selaku Ketua tim penyusunan Renstra dan dr. Bambang Hastha Yoga, SpKJ sekaligus moderator terangkat isu masih rendahnya disiplin kerja dari karyawan RS CND, sehingga perlu dicarikan pemecahan masalahnya. UGM-WVA sendiri

membantu memecahkan masalah ini dengan mulai menerapkan *billing system* yang diharapkan dapat memberikan kejelasan terutama mengenai *reward system* bagi seluruh karyawan. Penerapan sistem manajemen mutu juga dilakukan untuk mengajak seluruh karyawan RS CND memberikan pelayanan kepada pasien dengan proses yang benar.

Selain itu pembenahan sistem rujukan dari puskesmas ke RS CND maupun dari RS CND ke rumah sakit lain juga diperlukan. Hal ini dikarenakan selama ini pasien dirujuk dengan data yang kurang lengkap sehingga sering terjadi pihak penerima rujukan kesulitan dalam menangani pasien tersebut.

Prof. Laksono Trisnantoro sendiri dalam paparannya menjelaskan mengenai fungsi dari Dinas Kesehatan dan RS CND dalam sistem kesehatan daerah. Menurut Prof Laksono, RS CND tidak bertanggung-jawab secara manajemen kepada Dinas Kesehatan, tetapi mutu pelayanan tetap diawasi oleh Dinas Kesehatan. Ijin praktek dokter di RS CND dipegang oleh Dinas Kesehatan.



dr. Anjar Asmara, M.Kes

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD

“Dinas Kesehatan Propinsi NAD maupun Kabupaten di Aceh sebenarnya sudah mengenal UGM jauh sebelum Tsunami. UGM sudah meletakkan strategi fundamental yang kuat untuk perbaikan rumah sakit di Aceh Barat melalui program-program peningkatan kapasitas di rumah sakit dan Dinas Kesehatan. Tersedianya dokter spesialis di RS Cut Nyak Dhien dari UGM merupakan sebuah batu pijakan bagi propinsi NAD untuk mengembangkan rumah sakit untuk pendidikan spesialis.

Kami berharap UGM bisa melanjutkan bantuannya di Aceh setidaknya 6 bulan lagi untuk proses serah terima programnya di rumah sakit, terutama di sistem manajemen. Jika masalahnya adalah anggaran, sebenarnya ada kesempatan bagi rumah sakit untuk meminta bantuan dana kepada Dinas Kesehatan Propinsi dalam meneruskan program-program yang sudah berjalan, sekarang tinggal bagaimana rumah sakit bisa memanfaatkan kesempatan ini dan mengembangkannya menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah pantai barat NAD.”

Pengembangan dan Studi Banding Sistem Informasi Kesehatan Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat

Anis Fuad

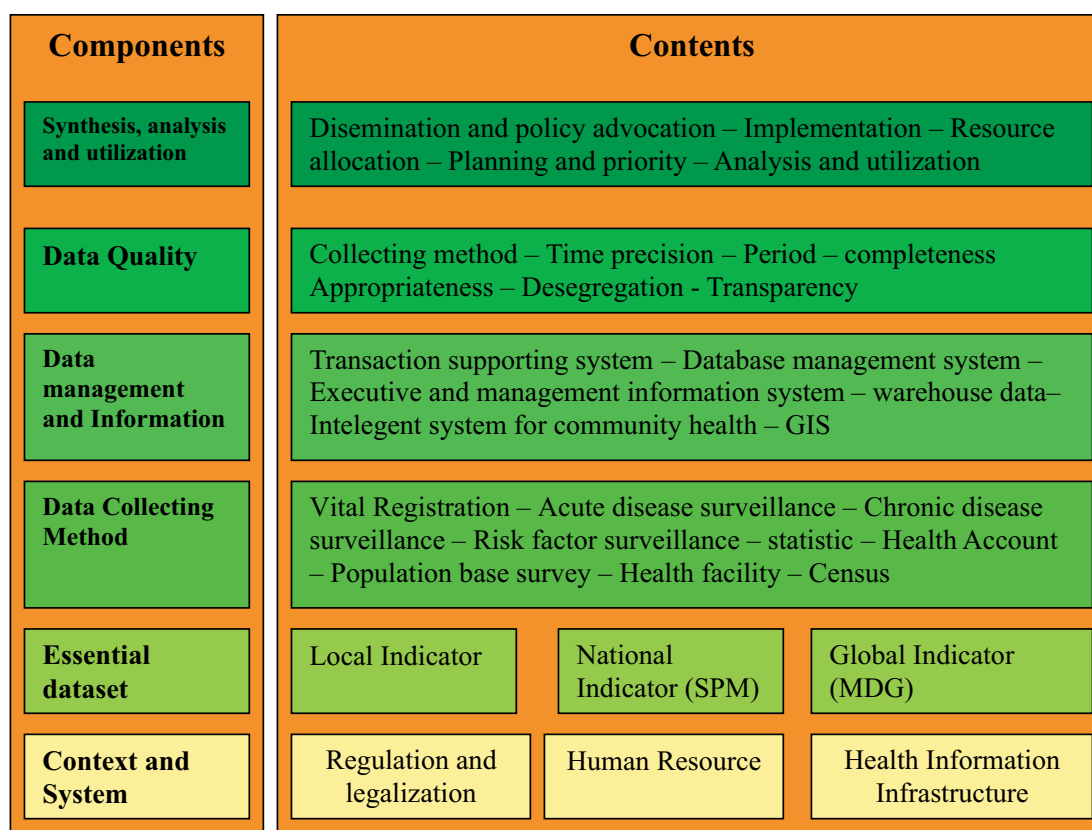
Semenjak diterapkannya kebijakan desentralisasi kesehatan, berbagai kalangan menilai sistem informasi kesehatan (SIK) di Indonesia semakin lemah. Departemen kesehatan selalu mengeluh input data dari propinsi, apalagi di tingkat kabupaten sangat berkurang. Di sisi lain, beberapa daerah mengatakan penerapan sistem informasi kesehatan semenjak era desentralisasi memberi dampak yang lebih baik. Hal tersebut ditunjukkan dengan semakin tingginya motivasi dinas kesehatan untuk mengembangkan SIK, semakin banyak puskesmas yang memiliki komputer, serta tersedianya jaringan *Local Area Network* (LAN) di dinas kesehatan maupun investasi teknologi informasi lainnya.

Untuk itu dilakukan upaya pengembangan SIK yang dimulai dengan kegiatan penilaian secara menyeluruh mengenai kondisi sistem kesehatan yang ada serta kebutuhan terhadap pengembangan ke depan. *Assessment* tersebut akan menilai determinan teknis SIK

yang meliputi beberapa hal. Pertama adalah input data yang mencakup keakuratan dan kelengkapan pencatatan dan pengumpulan data. Di tingkat puskesmas, akurasi dan kelengkapan format berbagai laporan seperti LB1, LB3, laporan wabah, laporan obat maupun sistem informasi tenaga kesehatan perlu dikaji secara mendalam. Kedua adalah analisis, pengiriman dan pelaporan data meliputi efisiensi, kelengkapan dan mutunya di semua tingkatan.

Ketiga mengenai penggunaan informasi meliputi pengambilan keputusan dan tindakan yang diambil berkaitan dengan kebijakan di tingkat unit pelayanan perorangan/masyarakat, program maupun pengambil kebijakantingkattinggi. Selanjutnya mengenai sumber daya sistem informasi yang meliputi ketersediaan, kecukupan dan penggunaan sumber daya esensial, anggaran, staf yang terdidik dan terampil, fasilitas untuk penyimpanan data, peralatan untuk komunikasi data, penyimpanan, analisis dan penyiapan dokumen (fax, komputer, printer,

Bagan 1: Kerangka Assessment dan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (Sumber: Health Metrics Network).



fotokopi dan lain-lain). Dan yang terakhir adalah sistem informasi manajemen dan *networking* yang mencakup koordinasi dan mekanisme organisasi untuk menjamin penetapan, standarisasi, pembuatan, pemeliharaan, pembagian (*sharing*) dan pelaporan data dan informasi dilaksanakan secara tepat (Bagan 1).

Di atas kertas, kerangka *assessment* tersebut sangatlah detail. Akan tetapi, di lapangan justru faktor sistemik atau lingkungan yang meliputi kepemimpinan, struktur, budaya, peran maupun sumber daya lain serta aspek perilaku yang seringkali menjadi penentu keberhasilan penerapan sistem informasi kesehatan (Bagan 2).

Selanjutnya, dalam *blue print* sistem informasi kesehatan daerah, dinas kesehatan harus menetapkan skema dasar sistem yang akan dibangun, jenis data dan informasi yang dikumpulkan, sistem pelaporan, serta *database* yang akan digunakan. Selain itu, berbagai perangkat untuk pengolahan data menjadi informasi, seperti sistem informasi geografis, pembuatan buletin, pembuatan profil kesehatan serta mekanisme umpan balik lainnya juga harus ditetapkan.

Kebijakan desentralisasi belum membawa perubahan yang signifikan untuk membangkitkan sistem informasi kesehatan Indonesia menjadi lebih maju. Berbagai permasalahan seperti integrasi, komitmen politik, adopsi teknologi informasi, sumber daya manusia maupun

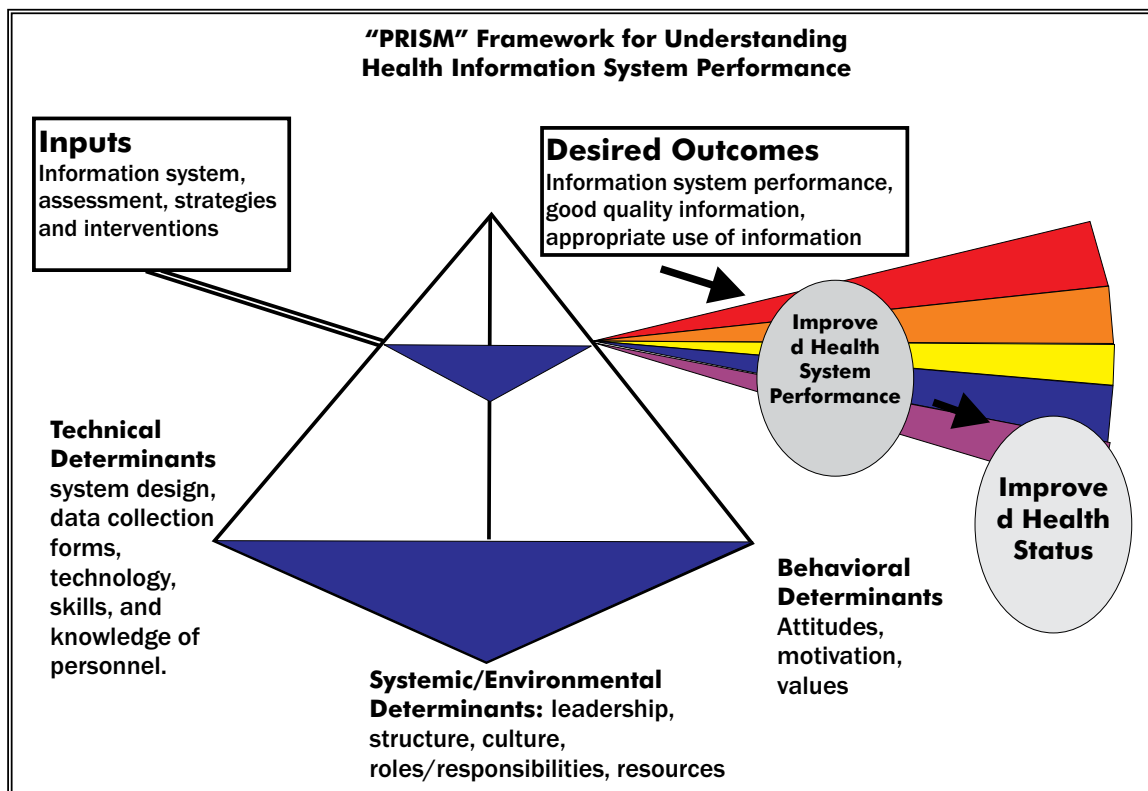
aspek regulasi dan standarisasi sangat mempengaruhi keberhasilan pengembangan SIK. Pengembangan SIK di tingkat daerah (kabupaten/kota) harus diinisiasi oleh dinas kesehatan dengan pengembangan *blue print* SIK.

Pelatihan Sistem Informasi Kesehatan

Dalam pengembangan SIK, kemudian dilaksanakan pelatihan "Pengembangan dan Studi Banding Sistem Informasi Kesehatan Daerah" di Yogyakarta pada 22-26 Agustus 2006. Diikuti 5 peserta dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, pelatihan tersebut digelar untuk meningkatkan kemampuan sumber daya terhadap SIK sehingga tercapainya efisiensi dan efektifitas secara rasional, meningkatkan pengembangan SIK pada instansi-instansi kesehatan serta melatih peserta agar dapat mengaplikasikan di lapangan sehingga beban pekerjaan menjadi lebih ringan.

Materi yang diajarkan diantaranya meliputi, pengantar Sistem Informasi Kesehatan, kunjungan ke Puskesmas Mlati 2, arah pengembangan SIK dan Evaluasi, kunjungan ke Dinas Kesehatan dan Puskesmas Purworejo, sistem Informasi Puskesmas berbasis web, membuat kuesioner elektronik, latihan membuat formulir elektronik, latihan *entry* data, simulasi aplikasi SIKESDA Puskesmas, simulasi aplikasi SIKESDA Dinas, kunjungan ke lapangan, menyusun pengembangan program SIKDA, ketrampilan komunikasi dan *leadership*, serta pembuatan resume kegiatan.

Bagan 2. Model prisma untuk memahami kinerja sistem informasi kesehatan (Sumber: Health Metrics Network).



Hasil Pemantapan dan Evaluasi Penerapan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat

John Ridho Damanik

Perkembangan teknologi informasi yang pesat dalam satu dekade ini telah mendorong organisasi pemerintah daerah untuk mengadaptasi dan memanfaatkannya dalam meningkatkan kinerja organisasi. Pemanfaatan teknologi informasi ini juga merupakan rangkaian awal dalam menerapkan kebijakan *e-government* di organisasi pemerintahan. Salah satu teknologi yang dapat dimanfaatkan dalam mendukung komunikasi data tersebut adalah teknologi jaringan LAN.

Tim *Public Health* UGM Jhon H. Rido Damanik melaporkan, Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat sejak bulan September 2006 atas bantuan World Vision Australia telah memiliki jaringan LAN yang menghubungkan setiap ruangan di kantor Dinkes. Pengembangan jaringan ini dilatarbelakangi kebutuhan akses data yang menghubungkan satu bidang dengan bidang lain di tempat tersebut.

Untuk memantapkan kembali penggunaan jaringan LAN tersebut, dilakukan pelatihan penggunaan jaringan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, Jl. Imam Bonjol No.101 Meulaboh pada 24 Januari hingga 2 Maret 2007. Selain itu dilaksanakan evaluasi terhadap penerapan LAN dan komunikasi organisasi di dinas kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pegawai dinas kesehatan dalam menggunakan LAN serta

mengevaluasi manfaat jaringan LAN dalam komunikasi data di dinas kesehatan.

Mekanisme dalam kegiatan tersebut adalah melakukan pelatihan secara formal menggunakan laboratorium komputer RS Cut Nya Dhien maupun secara informal dengan memberikan penjelasan langsung ke setiap ruangan sehingga para pengelola program dapat mempraktekkan secara langsung.

Penilaian Kebutuhan dan Pelatihan

Analisa kebutuhan dilakukan melalui wawancara mendalam Kepala Dinas, pejabat struktural (Kepala Bidang dan Kepala Seksi) dan pengelola program. Observasi terhadap ketersediaan perangkat keras dan pengecekan dokumen

Hasil dari kegiatan tersebut diantaranya observasi keadaan komputer dan jaringan. Kegiatan Observasi ini dimaksudkan untuk melihat kondisi komputer dan jaringan yang dapat mengganggu penerapan LAN secara teknis.

Dari hasil pengamatan komputer di setiap bidang (ruangan) pada umumnya fungsi komputer dalam kondisi yang baik, kecuali ada beberapa komputer yang mengalami masalah karena gangguan virus. Hal ini juga telah diperbaiki.



Foto: Arief Kurniawan

Semiloka Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) di Dinas Kesehatan Aceh Barat difasilitasi oleh tim *Public Health*. Anis Fuad mempresentasikan tujuan pengembangan SIKDA.

Kondisi jaringan LAN juga masih berfungsi dengan baik dan dapat dipergunakan dalam *sharing* data maupun aplikasi *netmeeting* (transfer data dan *chatting*). Namun *switch/hub* (pengatur jaringan) di beberapa bagian seperti bagian Kesehatan Keluarga sering tidak difungsikan, karena tidak dihubungkan dengan sumber listrik.

Selain itu, adanya pemantapan pelatihan LAN yang merupakan kelanjutan dari pelatihan yang telah dilaksanakan pada bulan September 2006. Pemantapan pelatihan tersebut dilakukan dengan 2 metode, yaitu dengan pelatihan formal dan informal.

Pada awalnya pelatihan rencananya dilaksanakan di laboratorium komputer RS Cut Nyak Dhien, tetapi karena laboratorium telah dipergunakan untuk aplikasi komputersasi rekam medis rumah sakit, maka pelatihannya dipindahkan ke ruang pertemuan di Dinas Kesehatan pada 16 februari 2007 yang dihadiri oleh Kepala Dinas, Kepala Tata Usaha, Kabid Pelayanan Kesehatan (Yankes), Kepala Seksi Kesehatan Farmasi, Kepala Seksi Program, Pemegang Kas, Kasubag Kepegawaian dan pengelola program/data setiap bidang. Materi yang diberikan dalam pelatihan tersebut antara lain pemeliharaan jaringan, aplikasi untuk *sharing folder*, dan penggunaan aplikasi *netmeeting*.

Namun dalam pelatihan formal tersebut masih terdapat beberapa keterbatasan. Hal tersebut disebabkan peserta tidak dapat mempraktekkan langsung aplikasi jaringan karena tidak adanya ruang laboratorium yang dapat memungkinkan peserta menggunakan jaringan pada beberapa komputer yang telah terhubung dengan LAN dalam satu ruangan.

Sedangkan pelatihan informal dilakukan dengan memberikan penjelasan langsung ke setiap ruangan. Pelatihan ini lebih sering dilakukan dibandingkan pelatihan formal, mengingat pejabat struktural dan pengelola program bisa mempraktekkan secara langsung cara mengirim data dan *chatting* antar ruangan seperti ruangan Kadis, KTU, keuangan, kepegawaian, farmasi, program, P2P-PL dan ruangan bidang pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya ada beberapa hal yang mempengaruhi proses pelatihan informal sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama. Diantaranya kemampuan dasar komputer pejabat dan staf di dinas kesehatan masih sangat kurang dan tingkat kesibukan pengelola program yang cukup tinggi dalam menyusun rencana anggaran Dinas kesehatan tahun 2007 yang telah disahkan pada akhir Februari 2007 di DPRD Kabupaten Aceh Barat. Selain itu budaya disiplin pegawai

Bagan 3. Skema integrasi sistem informasi kesehatan daerah (Sumber: Anis Fuad)

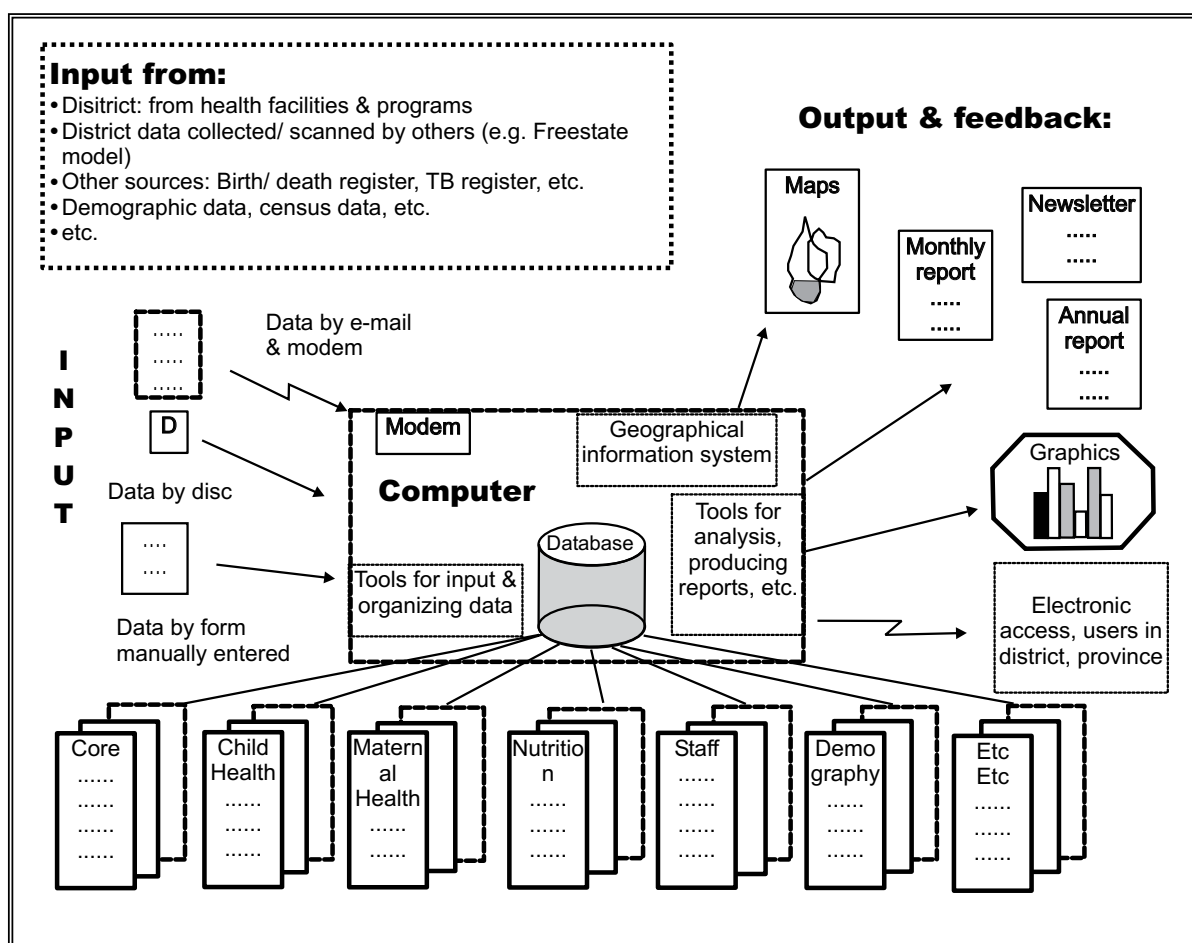




Foto: Arief Kurniawan

Focus Group Discussion pengembangan sistem informasi pada semiloka akhir bulan Januari 2008. Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat memiliki komitmen yang tinggi untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Daerah.

yang masih belum maksimal sehingga tingkat kehadiran sesuai dengan jadwal 5 hari kerja masih kurang.

Evaluasi Penerapan LAN

Untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan kegiatan, kemudian dilakukan evaluasi. Evaluasi penerapan LAN dan proses komunikasi organisasi di Dinas Kesehatan dilakukan dengan observasi dan wawancara kepada Kepala Dinas, Kepala Bidang, Kepala Seksi dan Pengelola Program/ Data.

Beberapa kesimpulan dari hasil wawancara dalam penerapan LAN antara lain tingkat penerimaan terhadap teknologi jaringan cukup baik namun proses pengembangan aplikasi masih sangat kurang. Selain itu tingkat penggunaan jaringan LAN dalam komunikasi data juga sangat kurang dan belum optimal.

Adapun beberapa hal yang menyebabkan penerapan LAN tidak berjalan maksimal antara lain dari segi budaya, pegawai masih membutuhkan waktu yang cukup lama dan pendampingan yang berkelanjutan dalam menerima hal-hal yang baru. Menurut Kepala Dinas, para staf belum merasakan bahwa teknologi informasi merupakan kebutuhan mereka sehingga untuk mengubah budaya tersebut diperlukan waktu yang cukup lama.

Tingkat pengetahuan dasar komputer para pejabat dan pengelola program/data juga dirasa masih sangat kurang. Dari hasil observasi ditemukan pengelola program/data di setiap bidang hanya berjumlah 2-3 orang yang mampu mengoperasikan komputer dengan aplikasi yang terbatas. Sedangkan untuk tingkat Kepala seksi dari 10 orang hanya 4 orang yang mampu menggunakan komputer.

Hal tersebut dikarenakan jumlah sarana komputer sangat terbatas di beberapa bidang (P2P-PL, Keuangan), transfer pengetahuan dari pejabat struktural maupun staf yang mendapatkan pelatihan tidak berjalan sebagaimana mestinya, belum adanya kebijakan tertulis dari atasan dalam penggunaan jaringan LAN serta tingkat kesibukan yang cukup tinggi. Dinas Kesehatan pada bulan yang sama sedang diadakan kegiatan program dan evaluasi dan penyusunan anggaran program tahun 2007.

Rencana pembangunan kembali bangunan Dinas Kesehatan pada saat itu sangat mempengaruhi keseriusan para pegawai dalam menerapkan jaringan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Komunikasi Organisasi

Melalui observasi dan wawancara secara umum, komunikasi organisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat berjalan dengan baik. Secara khusus komunikasi

antara atasan dan bawahan juga cukup terbuka, terutama di bidang program dan bidang P2P-PL. Proses komunikasi tugas dan pekerjaan pun berjalan sesuai dengan struktur organisasi, setiap bawahan mempunyai kesempatan untuk memberikan usul dan ide dalam menjalankan program.

Keberhasilan tersebut disebabkan beberapa hal positif yang mendukung komunikasi organisasi di Dinas Kesehatan Aceh Barat. Diantaranya adanya tim kerja pembinaan, pengendalian dan *monitoring* kesehatan masyarakat yang merupakan suatu wadah dalam menampung segala permasalahan, baik yang sifatnya internal maupun eksternal. Tim ini rutin melakukan rapat sebelum melakukan rapat koordinasi dengan puskesmas setiap bulan.

Selain itu, tingkat kehadiran pejabat struktural (Kepala Dinas, KTU, dan Kepala Bidang) cukup tinggi, kegiatan apel pagi dilakukan secara rutin dan dihadiri hampir 60 % pegawai dinas kesehatan, adanya kebijakan yang memotong tunjangan khusus pegawai yang tidak menghadiri apel pagi dan senam Jumat serta kegiatan gotong royong setiap Jumat yang menjadi sarana untuk bersosialisasi secara informal.

Meski dirasa berhasil, masih ditemukan beberapa hambatan dalam berkomunikasi dalam organisasi. Antara lain beberapa pejabat struktural (Kepala Seksi) yang tidak mempunyai latar pendidikan yang sesuai dengan tugas dan fungsi pokok jabatannya, sehingga proses komunikasi program sering mengalami kendala sehingga sering menghambat kinerja program.

Tingkat disiplin pegawai masih cukup rendah karena setelah melakukan apel pagi, banyak pegawai yang tidak berada di kantor dinas kesehatan. Tanggung jawab terhadap tugas dan fungsi pokok program tersebut masih belum maksimal dan masih sering tergantung kepada alokasi dana yang ada.

Selain itu masih kurangnya koordinasi antara satu seksi dengan seksi yang lain, terutama dalam pengelolaan data, sehingga ketersediaan data di dinas kesehatan sangat terbatas. Kendala ini dikarenakan tidak mempunyai data SP2TP dan SPM sehingga sering terjadinya perbedaan data yang sama antara satu bidang dengan bidang yang lain.

Dari beberapa kekurangan tersebut, disarankan adanya pengembangan penerapan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat. Diantaranya dengan melakukan pelatihan dasar komputer terhadap pejabat struktural dan pengelola program/data sebagai dasar dalam penerapan jaringan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, perlu adanya kebijakan tertulis dalam mendukung penerapan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, serta perlunya pendampingan yang berkelanjutan dalam upaya Pengembangan Penerapan LAN di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Mengingat adanya kebijakan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat untuk membangun kembali bangunan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat, yang secara otomatis akan membongkar bangunan lama termasuk jaringan LAN, maka perlu disusun pula perencanaan untuk pemasangan kembali jaringan LAN.



Foto: Arief Kurniawan

Gedung baru Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat. Jaringan LAN di gedung ini terpaksa dibongkar saat renovasi. Pengembangan sistem informasi di Dinkes diarahkan untuk mempersiapkan program SIKNAS Online Departemen Kesehatan.

Pengembangan Manajemen Rekam Medis RS Cut Nyak Dhien Meulaboh

Arief Kurniawan

Kegiatan Jangka Pendek

Salah satunya permasalahan Dalam manajemen rekam medis RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh adalah belum adanya keseragaman cara pemberian nomor pada dokumen rekam medis (DRM) pasien, baik DRM pasien rawat jalan, rawat inap, maupun rawat darurat. Bahkan kadang-kadang untuk DRM rawat darurat tidak diberi nomor RM. Cara penomoran DRM pasien rawat jalan berbeda pula dengan pasien rawat inap. Kondisi yang serupa bahkan terjadi pada DRM pasien rawat jalan di poli tertentu yang cara penomorannya berbeda dengan pasien di poli yang lain.

Untuk pasien rawat inap, cara yang digunakan adalah dengan DRM bernomor baru disetiap bangsal. Bila seorang pasien pindah bangsal maka akan mendapat DRM baru dengan nomor baru yang digunakan dibangsal

baru tersebut. Sedangkan DRM di bangsal lamanya (bangsal asal) tidak disertakan ke bangsal baru (bangsal tujuan). Kondisi ini menyebabkan pasien rawat inap bisa memiliki lebih dari 1 DRM dengan nomor yang berbeda-beda dalam satu episode perawatan. Akibatnya, catatan riwayat pelayanan medis terhadap pasien tersebut menjadi tidak berkesinambungan dan berpotensi merugikan aspek medis maupun aspek pasien.

Hal tersebut terjadi karena para petugas di bangsal perawatan merasa harus mencatat dan merekapitulasi pelayanan di bangsal masing-masing agar penghitungan jasa medis/perawatan tidak terlewatkan. Namun mereka tidak memikirkan aspek medis dan administratif dari fungsi DRM.

Sementara untuk pasien rawat darurat sudah mulai diberikan nomor pada DRM-nya dengan alokasi nomor



Dokumentasi Public Health

Penyimpanan dan penataan rekam medis pasien belum diatur secara terpusat, yang menyebabkan kemungkinan hilangnya rekam medis pasien. Permasalahan ini berkaitan dengan sistem pembayaran dan penghitungan biaya pasien, sehingga diperlukan suatu pembenahan secara komprehensif.

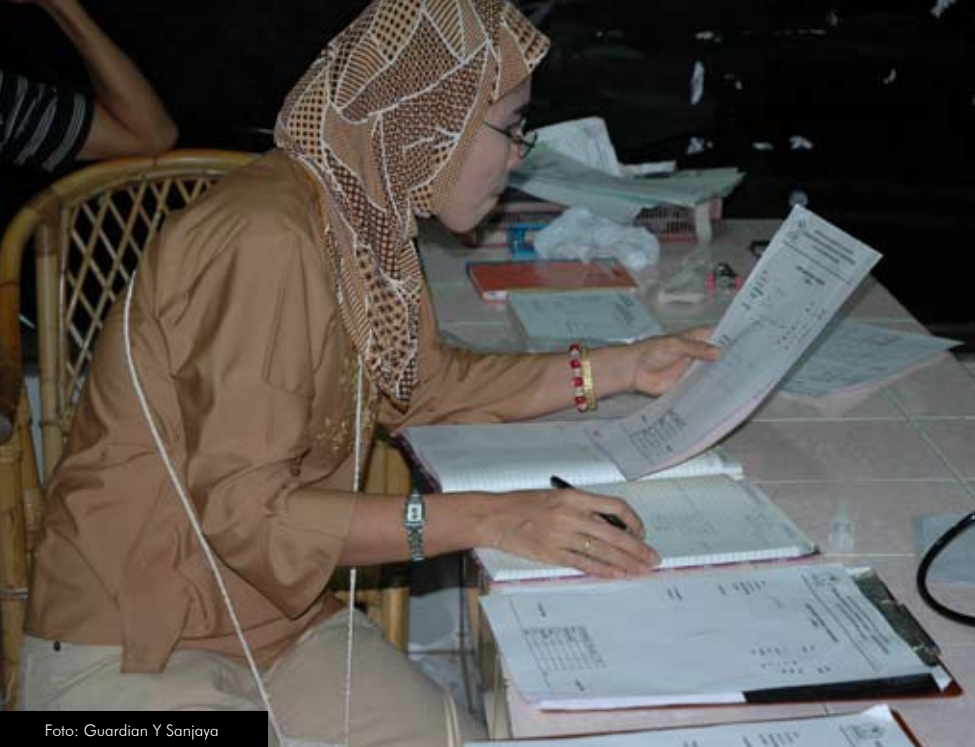


Foto: Guardian Y Sanjaya

Penyeragaman sistem penomoran rekam medis pasien menjadi salah satu target program pengembangan sistem rekam medis di RS Cut Nyak Dhien. Sebelumnya RS CND belum menggunakan kaedah-kaedah penomoran rekam medis yang baku.

tersendiri. Hal ini merupakan tindak lanjut dari usulan dan kesepatan pada kegiatan konsultasi rekam medis periode sebelumnya. Namun kegiatan penomoran DRM di unit gawat darurat ini tidak bisa berjalan lancar karena saat petugas administrasi tidak ditempatkan, maka proses penerimaan pasien UGD tidak lagi menggunakan nomor pada DRM-nya.

Akibatnya, proses pengumpulan dan pengolahan data pelayanan menjadi tidak lengkap dan tidak akurat, bahkan seringkali hilang. Informasi yang dihasilkan dari proses pengolahan data pelayanan menjadi tidak akurat sehingga bisa mempengaruhi pertimbangan pihak manajemen atau pihak medis saat akan mengambil suatu keputusan. Selain itu penyimpanan DRM menjadi lebih sulit. Begitu pula dalam pencarian kembali DRM saat dibutuhkan (untuk berbagai hal) yang sangat beresiko untuk tidak ketemu.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, dibuat pemilihan *Unit Numbering System* (UNS), yakni penentuan satu sistem penomoran yang kemudian disahkan oleh direktur tersebut dan dilaksanakan mulai pada tenggat waktu tertentu (*cut-off date*). Pengesahan tersebut diperlukan sebagai bentuk “Kebijakan tentang Sistem Penomoran DRM” agar memiliki kekuatan pendukung dalam pelaksanaannya. Untuk mengatur keseragaman pelaksanaan kebijakan tersebut, maka perlu pula disusun “Prosedur tentang Sistem Penomoran DRM” yang akan menjadi patokan bagi petugas pendaftaran pasien di loket penerimaan pasien. Kebijakan dan prosedur tersebut kemudian harus disosialisasikan.

Sistem penomoran *Unit Numbering System* (UNS) dengan cara pemberian nomor pada DRM menganut prinsip “1 pasien mendapat 1 nomor RM untuk selamanya”. Untuk melengkapi usulan maka tim konsultan RM telah menyusun rancangan Kebijakan dan Prosedur yang dibutuhkan agar dapat ditelaah, disesuaikan, dan disepakati dengan disahkan oleh direktur.

Untuk menunjang kelancaran pelaksanaan sistem ini, maka penomoran DRM menggunakan 6 digit nomor yang dituliskan dalam kelompok AB-CD-EF untuk mengurangi kesalahan tulis dan baca. Selain itu digunakan sistem pengalokasian nomor DRM seperti nomor 00-00-01 s/d 49-99-99 untuk pasien rawat jalan, nomor 50-00-00 s/d 66-99-99 untuk pasien rawat inap, nomor 67-00-00 s/d 69-99-99 untuk bayi baru lahir serta nomor 70-00-00 s/d 99-99-99 untuk pasien rawat darurat.

Berkaitan dengan kebutuhan untuk rekapitulasi jasa pelayanan per bangsal, maka perlu dilakukan pula beberapa langkah. Diantaranya berkas RM pasien harus selalu “mengikuti” kemanapun pasien berpindah bangsal, sehingga jika pasien berpindah bangsal tetap bisa menggunakan DRM dari bangsal asal dan tidak perlu dibuatkan DRM baru dengan nomor baru lagi. Apabila pasien akan berpindah ke bangsal lain, maka bangsal asal melakukan rekapitulasi biaya dan jasa pelayanan ke dalam lembar rekap biaya. Lembar tersebut kemudian disertakan dalam DRM pasien ke bangsal tujuan pindah. Demikian seterusnya, hingga saat pasien akan pulang/keluar dari rumah sakit, lembar-lembar rekap biaya bisa disatukan dan diserahkan ke bagian keuangan untuk penghitungan total biaya dan jasa selama pasien dirawat. Berkas rekam medis pasien yang pulang tersebut

tidak diserahkan ke bagian keuangan, tapi langsung diserahkan ke Unit Rekam Medis untuk pengolahan data selanjutnya.

Selain itu, pengertian dan pemahaman alur pelayanan rekam medis (RM) untuk pasien rawat inap yang berpindah bangsal ini perlu disepakati bersama antara Unit Rekam Medis, pengelola bangsal, bagian keuangan, dan pimpinan RS untuk kemudian dituangkan sebagai SK direktur RS tentang "Pengumpulan dan penghitungan biaya dan jasa pelayanan pasien rawat inap."

Sementara untuk dapat melaksanakan UNS dibutuhkan beberapa dokumen pendukung. Diantaranya Kartu Identitas Berobat (KIB), Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP), rak/laci KIUP, register pendaftaran pasien rawat jalan, register pendaftaran pasien rawat inap, register pendaftaran pasien rawat darurat serta register penerbitan nomor RM.

Penyiapan Sumber Daya Manusia (SDM) pun diperlukan agar pelaksanaan UNS dapat berjalan seperti yang diharapkan. SDM dari unit RM dan unit yang terkait dengan proses pendaftaran pasien perlu dibekali dengan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan tentang UNS dalam pelatihan dan simulasi UNS .

Setelah kebijakan, prosedur, SDM, dokumen penunjang dan sarana siap, maka direktur menentukan saat dimulainya berlaku UNS (*cut-off date*). Misalnya bila UNS

dimulai pada tanggal 1 Nopember 2006 maka berarti mulai tanggal tersebut UNS uji coba dilaksanakan (*trial periode*). Jika memungkinkan, diusulkan agar pada masa tersebut konsultan RM ikut mendampingi agar pelaksanaannya bisa lebih lancar dan permasalahan yang timbul dapat segera terdeteksi dan diatasi.

Selama kegiatan jangka pendek ini konsultan RM telah melaksanakan beberapa kegiatan berkaitan dengan pembenahan sistem penomoran RM. Kegiatan tersebut antara lain survei, baik wawancara maupun observasi tentang proses pelayanan RM untuk menggali gambaran kebutuhan (*need assessment*), pelatihan "Prosedur pelayanan RM" untuk pimpinan & staf RM, serta training "Aspek Hukum RM" untuk pimpinan dan staf RM serta wakil bangsal, UGD dan unit lain yang terkait dengan pelayanan pasien dan pelayanan RM.

Selain itu diadakan pula diskusi dan persuasi dengan petugas pendaftaran pasien dan staf RM, diskusi dan advokasi dengan pimpinan RM dan pimpinan RS, penyusunan usulan Kebijakan dan Prosedur tentang sistem penomoran DRM serta perancangan formulir KIB dan KIUP.

Kegiatan Jangka Menengah

Selain kegiatan jangka pendek, dalam pengembangan manajemen rekam medis di RS Cut Nyak Dhien pun dilakukan kegiatan jangka menengah. Diantaranya



Untuk memudahkan pelayanan rekam medis di rumah sakit, dibentuk prosedur tetap dan tupoksi unit-unit terkait yang disepakati dan disahkan oleh direktur rumah sakit sebagai acuan pelayanan rekam medis.



Foto: Guardian Y Sanjaya

melalui pengumpulan data pelayanan mulai dari pendaftaran pasien, pelayanan di poli/bangsas/UGD, hingga pasien pulang. Pengumpulan data pelayanan ini dilaksanakan rutin setiap hari (harian) agar rekapitulasinya juga dapat dilaksanakan harian. Dari situ bisa disiapkan dan didapatkan informasi yang selalu terkini (*up to date*) pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat melalui pengisian lembar Sensus Harian.

Namun dalam pelaksanaannya, terjadi beberapa masalah, terutama dalam hal Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ) dan Sensus Harian Rawat Inap (SHRI). Diantaranya belum ada kebijakan dan prosedur tentang pengumpulan data pelayanan rawat jalan dan rawat inap serta pengisian SHRJ maupun SHRI. Belum semua poli dan bangsal mengisi SHRJ dan SHRI, bagi poli dan bangsal yang sudah mengisi sensus belum juga rutin setiap hari. Pengisian formulir sensus harian sering tidak lengkap, disain formulir SHRJ maupun SHRI belum efektif dan efisien. Proses rekapitulasi sensus harian menemui kendala dalam hal ketersediaan data, sarana, cara, dan keterampilan SDM. Pemahaman pengelola RM (pimpinan dan staf) tentang SHRJ dan SHRI masih perlu ditingkatkan serta belum ada umpan balik (*feed back*) dari kegiatan pengumpulan SHRJ.

Akibat dari permasalahan tersebut, maka di RS CND tidak tersedia data yang akurat, lengkap dan terkini tentang kondisi pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap. Pemenuhan kebutuhan dan permintaan informasi mengenai pelayanan rawat jalan dan rawat inap juga sulit didapatkan. Informasi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang disampaikan menjadi tidak akurat, tidak lengkap dan tidak terkini.

Karena permasalahan sensus tersebut, maka dilakukan langkah-langkah perbaikan antara lain tim medis melakukan pengumpulan data pelayanan rawat jalan melalui pengisian SHRJ. Penyusunan kebijakan dan prosedur tentang pengumpulan data pelayanan rawat jalan maupun rawat inap melalui pengisian sensus harian. Adanya kebijakan dan prosedur yang dituangkan melalui Surat Keputusan (SK) direktur rumah sakit ini penting karena menjadi dasar pelaksanaan pengumpulan data rawat jalan dan rawat inap serta untuk menyeragamkan tata cara dilaksanakannya pengumpulan data oleh unit terkait.

Perancangan ulang analisis disain formulir SHRJ dan SHRI juga dilakukan untuk memenuhi kaidah disain formulir RM yang efektif dan efisien. Analisis tersebut meliputi aspek kelengkapan item isian, kemudahan cara pengisian, dan kemudahan merekap isinya. Dengan *re-design* diharapkan pihak pengisi (poli dan bangsal) menjadi lebih termotivasi dan tidak merasa dibebani dengan tugas mengisi formulir yang sulit dan rumit. Perbaikan ini juga akan menghasilkan data layanan rawat jalan dan rawat inap yang lebih terkini, lengkap, dan akurat.

Selain itu, penyiapan SDM di unit RM dan unit-unit terkait dan sumber daya pendukung dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman yang benar, dan keterampilan dalam hal pengisian sensus harian. Dengan demikian tidak terjadi beragamnya persepsi dan cara pengisian sensus. Penyiapan SDM ini juga diharapkan dapat meningkatkan motivasi petugas yang bersangkutan dalam menyiapkan data yang akurat, lengkap dan terkini.



Loket pendaftaran pasien merupakan lini depan pelayanan rekam medis di rumah sakit. Dengan sentralisasi pendaftaran, memudahkan sistem penomoran rekam medis pasien.

Dokumen Public Health

Dalam merekap SHRJ dan SHRI, staf RM menggunakan sarana komputer dengan program bantu *Excel*. Cara penggunaan *Excel* dengan format tabel kurang tepat sehingga menyebabkan proses input data menjadi lebih lambat dan terjadi pengulangan. Bahkan masih terdapat proses manual yang kemudian baru dimasukkan ke *Excel*. Hal tersebut menimbulkan *human error* dalam pelaksanaannya, apalagi keterampilan petugas masih sangat dasar dengan pengalaman yang minim.

Untuk mengatasi hal tersebut, dibuatlah format tabel dalam *Excel* yang lebih efisien dalam pengisiannya sehingga proses input data menjadi lebih cepat dan akurat. Model tabel baru ini masih perlu ditindaklanjuti dengan mengembangkan tabel yang secara otomatis merekap isian harian SHRJ maupun SHRI menjadi rekapitulasi bulanan dan triwulan. Dengan rekap otomatis ini, proses penyusunan laporan dan pengolahan statistik RS diharapkan menjadi lebih baik.

Kegiatan jangka menengah yang telah dilaksanakan berkaitan dengan masalah SHRJ. Diantaranya pelatihan "Proses pengumpulan data pelayanan rawat jalan dan rawat inap" untuk pimpinan dan staf RM, pelatihan tentang "Aplikasi *Excel* untuk pengolahan statistik RS" untuk pimpinan dan staf RM, analisis dan perancangan ulang formulir SHRJ dan SHRI, pembuatan tabel/ formulir elektronik di *Excel* untuk input dan rekapitulasi sensus, serta pelatihan penggunaan dan penyusunan usulan Kebijakan dan Prosedur Sensus Harian.

Kegiatan Jangka Panjang

Pelayanan RM di RS Cut Nyak Dhien (RS CND) hingga akhir 2006 masih terbagi antara pelayanan yang

dilaksanakan oleh unit RM dan non unit RM. Pelayanan yang dilaksanakan oleh non unit RM adalah pelayanan pendaftaran pasien di loket pendaftaran. Petugas pendaftar pasien yang bertugas bukan staf RM dan secara struktur organisasi tidak berada dibawah Kepala unit RM.

Kondisi tersebut menyebabkan belum aktifnya Komite Medis dengan Panitia Rekam Medis di RS CND yang mengakibatkan dukungan kinerja RM menjadi kurang kuat. Hal itu mendorong timbulnya persepsi unit RM yang hanya merepotkan dan menambah beban unit yang lain. Pencatatan pelayanan terhadap pasien, baik di rawat jalan, rawat inap, maupun unit gawat darurat dianggap sebagai tambahan kerepotan bagi petugas paramedis atau pelaksana lainnya.

Akibatnya alur perintah dan koordinasi dalam pelaksanaan pelayanan RM menjadi tidak jelas dan tidak tegas. Motivasi kerja petugas pendaftar juga mudah terganggu karena merasa "bukan orang RM", tapi harus mengerjakan tugas yang seharusnya dikerjakan staf RM. Sehingga hasil kerja petugas pendaftaran pasien menjadi kurang optimal.

Untuk memecahkan masalah tersebut, dilakukan reorganisasi dan penataan tata laksana RM. Peninjauan penempatan unit RM dalam struktur organisasi di rumah sakit juga dilakukan mengingat pelaksanaan pelayanan RM sangat erat dengan pelayanan medis dan dapat dipertimbangkan untuk menempatkan unit RM dibawah struktur Pelayanan Medis.

Selain itu, ditempatkan petugas-petugas pendaftaran dan petugas lainnya yang rutin melaksanakan pelayanan RM menjadi staf RM dan bukan lagi sebagai staf administrasi. Dengan demikian koordinasi dan jalur komando untuk

seluruh petugas RM bisa disatukan di bawah koordinasi Kepala RM. Komite Medis sebagai payung dari unit RM juga diaktifkan, karena komite medis bisa bertanggung jawab dan berwenang dalam pelayanan RM. Tanggung jawab dan wewenang komite medis tersebut antara lain menentukan alur dan prosedur pelayanan, mereview dan menentukan formulir RM yang berlaku, serta menentukan dan mengatur terbentuknya kerja sama antar profesi di rumah sakit berdasarkan etika yang berlaku,

Namun dalam pelaksanaannya terjadi ketidakjelasan pembagian tugas bagi staf RM. Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan RM, staf RM bekerja secara "gotong royong" tanpa tanggung jawab yang jelas dan pasti. Akibatnya alur pengelolaan RM di unit RM menjadi tidak efisien dan tidak optimal serta tanggung jawab staf RM menjadi tidak jelas karena memang belum ada penegasan tentang pembagian tersebut.

Untuk menyelesaikan masalah tersebut, Kepala RM seharusnya membagi tugas staf RM sesuai dengan lingkup kemampuannya. Tugas-tugas yang perlu ditunjuk penanggung jawabnya antara lain dalam hal penerimaan pasien (pengelolaan formulir RM/*assembling*; penomoran; sensus pelayanan), pengolahan berkas RM (indeksing; koding), pengolahan laporan dan statistik rumah sakit.

Selain masalah pembagian tugas, kualitas SDM unit RM masih perlu ditingkatkan mengingat sebagian besar staf masih kurang berpengalaman dalam pengelolaan RM. Hal tersebut mengakibatkan kecenderungan mudahnya kesalahan persepsi dan pemahaman dalam mengelola RM, rasa percaya diri menjadi kurang baik saat harus bekerja dan berkoordinasi dengan unit lain serta timbulnya beberapa kesalahan dalam mengolah statistik rumah sakit karena kesalahan pemahaman sehingga informasi yang dihasilkan menjadi tidak akurat.

Untuk menyelesaikan masalah tersebut diadakan pelatihan berupa *on-job training* mengenai pengelolaan/ manajemen RM (alur dan prosedur dan sistem pelayanan), statistik RS, koding diagnosis dan koding tindakan medis serta pendaftaran.

Pengembangan sistem informasi rumah sakit (SIMRS) di RS Cut Nyak Dhien memudahkan pengelolaan data rekam medis. Hal ini mempercepat analisis data pasien dalam memberikan informasi kepada manajemen dan pihak-pihak lain.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Implementasi Sistem Informasi di RSUD Cut Nyak Dhien Meulaboh

Agus Mutamakin, Furqonudin Ramdhani dan AINU Roviq

Tim Pengembangan dan Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit mulai tergabung dalam kegiatan "Supporting Human Resource Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat & Nanggroe Aceh Darussalam Province" di RS Cut Nyak Dhien (RS CND), Meulaboh pada bulan Desember 2006. Kegiatan ini merupakan bagian dari upaya perbaikan sistem manajemen pelayanan kesehatan dan administratif RS CND Meulaboh.

Survei Kondisi Sistem Informasi

Aktifitas Tim Pengembangan dan Implementasi Sistem Informasi dimulai dengan kegiatan survei kondisi sistem informasi di RS CND, yang dibagi dalam 2 tahap. Survei tahap pertama dilaksanakan pada 3 Desember 2006 s/d 9 Desember 2006, sedangkan survei tahap kedua, dilaksanakan pada 15 Januari 2006 s/d 21 Januari 2007. Kedua tahap survei dikerjakan oleh Brian Hartomo dan AINU Rofiq.

Survei dilakukan dengan mengumpulkan data dan informasi tentang kondisi umum dan khusus sistem informasi rumah sakit (SIMRS). Sumber data dan informasi diperoleh melalui wawancara, diskusi kelompok, pengamatan dan pengumpulan dokumen proyek atau hasil survei

yang pernah dilakukan sebelumnya. Kegiatan studi pendahuluan ditujukan untuk memperoleh gambaran umum kondisi sistem informasi rumah sakit. Gambaran umum tersebut selanjutnya digunakan sebagai masukan bagi tahap analisa, desain, perencanaan, pengembangan dan implementasi SIMRS.

Analisa Sistem Informasi

Setelah gambaran umum kondisi sistem informasi didapatkan melalui kegiatan survei, tahap selanjutnya dilakukan analisa sistem informasi. Aktifitas analisa dilaksanakan sejak 18 Desember 2006 s/d 31 Desember 2006 oleh tim analis SIMRS, yang dikoordinasi oleh Agus Mutamakin.

Analisa dilakukan untuk mengidentifikasi masalah SIMRS dan menetapkan pemecahannya (solusi). Data dan informasi untuk analisa didapatkan dari dokumen laporan survei. Dari hasil analisa, selanjutnya dilakukan rekayasa ulang proses bisnis, desain perangkat lunak, perencanaan pengadaan perangkat keras dan perencanaan pemasangan jaringan (LAN) sebagai dasar bagi pengembangan dan implementasi SIMRS.

Salah satu masalah pengembangan sistem informasi berbasis komputer di RS Cut Nyak Dhien adalah sumber daya manusia. Peningkatan kapasitas SDM di RS CND dilakukan dengan memberikan pelatihan dan pendampingan kepada semua staf penanggung-jawab di unit-unit terkait



Dokumen Public Health



Dokumen Public Health

Ruang komputer RS Cut Nyak Dhien yang sebelumnya adalah gudang tempat bantuan medis, dimanfaatkan untuk pelatihan komputer. Ainu Rofiq (berdiri) memberikan materi pelatihan komputer kepada staf rumah sakit.

Identifikasi Masalah

Dari hasil laporan survei, dapat diidentifikasi beberapa masalah SIM RS Cut Nyak Dhien adalah sebagai berikut:

Permasalahan di Sistem Informasi Rumah Sakit:

Pengambilan keputusan di tingkat direksi belum didasarkan atas data dan informasi obyektif yang berasal dari kegiatan ditingkat operasional. Data yang dihasilkan di tingkat operasional dalam bentuk tertulis dan tidak standar sehingga menyulitkan dalam proses pengumpulan, pemrosesan dan penyajian menjadi informasi.

Didalam struktur organisasi rumah sakit belum ada instalasi atau unit khusus yang berfungsi sebagai pengelola sistem informasi rumah sakit. Selama ini rumah sakit mengandalkan pengelolaan sistem informasi secara terbatas pada proses pengadaan dan pemeliharaan perangkat keras pada satu atau dua orang staf. Dikarenakan cukup kompleksnya sistem informasi rumah sakit, maka jumlah tenaga yang terbatas tersebut tidak dapat mengelola sistem informasi secara optimal.

Belum ada prosedur tetap (protap) serta tugas pokok dan fungsi (tupoksi) untuk aktifitas-aktifitas pengelolaan sistem informasi rumah sakit. Tanpa adanya protap, proses dan hasil pekerjaan pengelolaan sistem informasi yang dilakukan staf akan berbeda. Tidak ada ukuran yang jelas akan pencapaian aktifitas pengelolaan informasi. Ketidadaan tupoksi juga menyebabkan tugas dan kewenangan staf pengelola sistem informasi tidak jelas.

Infrastruktur perangkat keras dan jaringan komputer (LAN) untuk mendukung sistem informasi berbasis komputer terintegrasi belum memadai. Perangkat komputer belum tersedia di loket pendaftaran pasien umum dan bagian penerimaan kas. Sedangkan pada loket pendaftaran pasien Askes Sosial dan Askeskin, perangkat komputer yang ada telah digunakan untuk mendukung kegiatan administrasi PT Askes. Jaringan komputer belum menghubungkan *front office*, seperti loket pasien umum, loket pasien askes dan loket IGD ke *back office*, seperti bagian keuangan dan rekam medis.

Belum diterapkan sistem informasi berbasis komputer terintegrasi. Sebagian besar proses pengumpulan dan pengolahan data dilakukan secara manual. Proses tersebut melalui beberapa tahapan kerja yang memakan banyak

waktu dan sumber daya. Tahapan dimulai dari pengumpulan data yang dilakukan secara manual menggunakan blangko kertas. Data dari blangko kertas tersebut kemudian diolah dengan cara digabungkan dan direkapitulasi untuk menghasilkan informasi dan pelaporan. Sebagian dari proses pengolahan data tersebut sudah menggunakan bantuan perangkat lunak *spreadsheet Microsoft Excel*.

Permasalahan di Bagian Keuangan:

Penghitungan jasa medis dikerjakan secara manual, sehingga memerlukan waktu lama. Proses penghitungan jasa medis dimulai dari aktifitas petugas pemegang kas mencatat ulang dan menjumlahkan pembayaran tindakan pada berkas rincian biaya rawat. Selanjutnya berkas rincian biaya rawat diserahkan ke bagian keuangan. Staf bagian keuangan kemudian mengelompokkan dan menjumlah jasa medis tiap dokter. Masalah ini menyebabkan pembayaran jasa medis dokter sering terlambat.

Data pembayaran tindakan medis dan dokter pelaksana tidak lengkap. Hal tersebut disebabkan informasi pada blangko pengantar bukti pembayaran yang diterima petugas penerima kas dari bagian klinis hanya tertulis biaya yang harus dibayar, tanpa mencantumkan nama tindakan dan dokter pelaksana. Masalah ini menyebabkan penghitungan jasa medis dokter tidak akurat, karena tidak semua jasa medis dokter dihitung, sehingga dokter menerima pembayaran jasa medis kurang dari yang seharusnya.

Tidak seluruh penerimaan pendapatan dari pembayaran pasien tercatat. Pendapatan rumah sakit terutama bersumber dari penjualan karcis rawat jalan dan pembayaran tindakan medis. Ditemukan kasus beberapa karcis rawat

jalan dijual beberapa kali dan pembayaran tindakan medis tidak melalui petugas penerima kas. Tidak tercatatnya penjualan karcis dan pembayaran tindakan medis tersebut menyebabkan rumah sakit kehilangan potensi pendapatan.

Permasalahan di Bagian Rekam Medis:

Belum diberlakukan sistem nomor rekam medis tunggal. Banyak ditemukan duplikasi dokumen rekam medis pasien. Keadaan tersebut menyebabkan tidak ada kesinambungan informasi rekam medis. Staf medis kesulitan untuk mengetahui riwayat dan perkembangan kesehatan pasien.

Pelaporan rekam medis tidak lengkap dan tidak akurat. Beberapa jenis pelaporan eksternal, seperti RL1, RL2a, RL2b, RL2.1, RL2.2, RL2.3 dan RL6 belum dapat dibuat dan dilaporkan. Sedangkan pelaporan internal, seperti sensus kegiatan pelayanan belum digunakan sebagai dasar informasi pengambilan keputusan manajemen rumah sakit.

Solusi (pemecahan) masalah

Dari hasil identifikasi beberapa masalah, kemudian ditetapkan solusi masalah yang direalisasikan dalam 2 tahap pengembangan dan implementasi.

Pengembangan dan Implementasi tahap 1 dilaksanakan mulai Januari 2007 s/d Juni 2007. Aktifitas pengembangan tahap 1 dikerjakan oleh Ardian Budi Permana dan Agus Mutamakin, sedangkan untuk implementasi tahap 1 di lapangan melibatkan Brian Hartomo, Ainu Roviq dan Furqonudin Ramdhani.



Kartu pendaftaran pasien sudah menggunakan sistem bar code. Sistem ini merupakan salah satu hasil penerapan sistem informasi rumah sakit di RS CND.

Foto: Arief Kurniawan

Pengembangan dan Implementasi tahap 2 dilaksanakan mulai Juli 2007 s/d Desember 2007. Aktifitas pengembangan tahap 2 dikerjakan oleh Ardian Budi Permana dan Agus Mutamakin, sedangkan untuk implementasi tahap 2 di lapangan melibatkan AINU Rofiq, Nurul Huda, Furqonudin Ramdhani dan Shofiq Sulaiman.

Adapun secara singkat aktifitas-aktifitas pengembangan dan implementasi dijelaskan sebagai berikut:

1. Dibentuk instalasi atau unit yang bertugas mengelola sistem informasi rumah sakit.

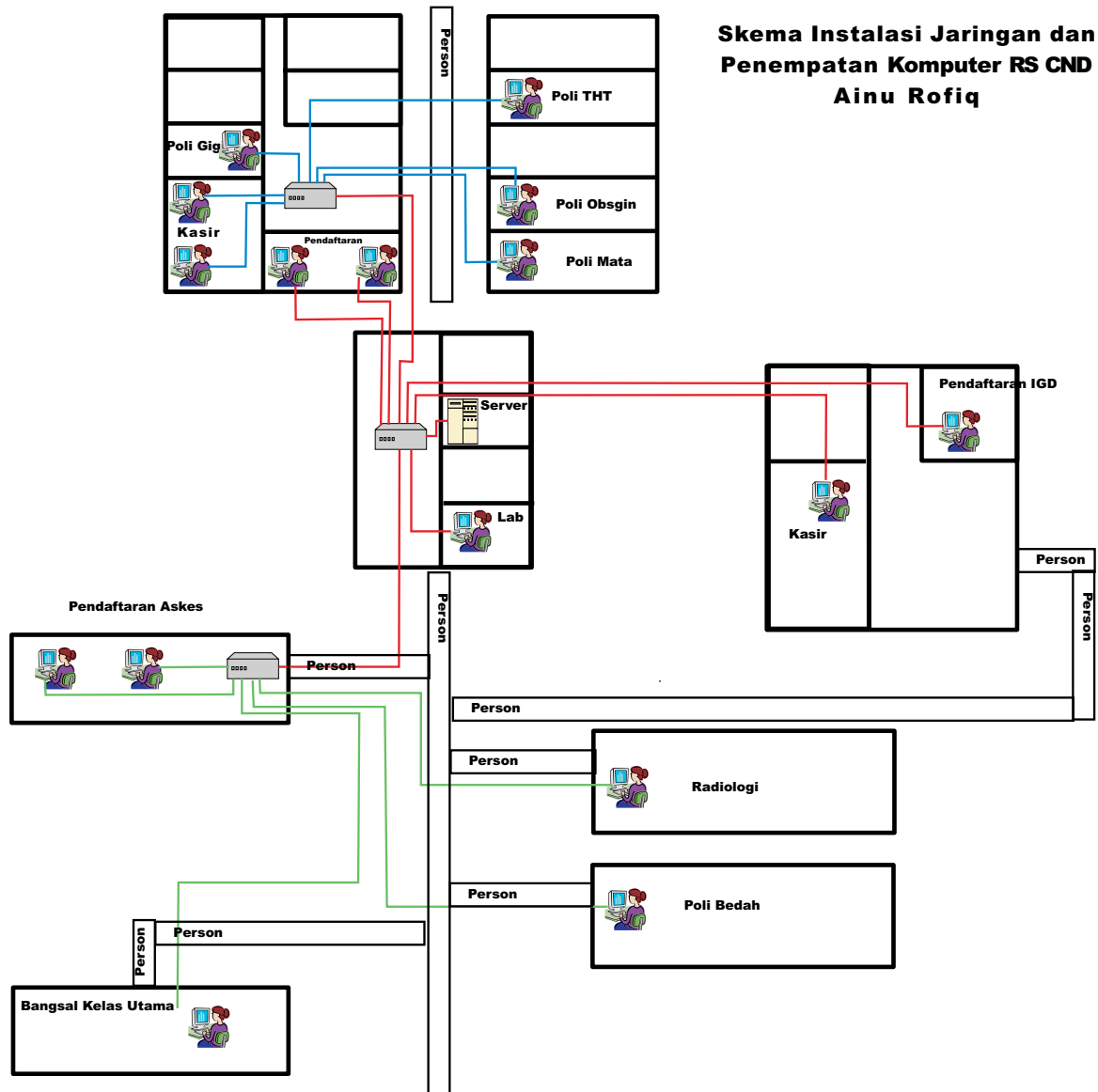
Sejak tahap awal perbaikan sistem informasi rumah sakit, perlu melibatkan pihak rumah sakit untuk turut aktif berpartisipasi. Selain pihak rumah sakit lebih mengenal kondisi organisasinya, keterlibatan aktif mereka sejak awal perbaikan sistem akan menimbulkan rasa memiliki sistem informasi. Dalam pelaksanaannya, akan dilakukan identifikasi

staf rumah sakit yang memiliki kompetensi memadai sebagai anggota unit atau kelompok kerja sistem informasi rumah sakit. Selanjutnya kandidat unit atau kelompok kerja tersebut diusulkan melalui draft tupoksi kepada manajemen rumah sakit. Setelah manajemen rumah sakit menyetujui dan mensahkan tupoksi, maka staf unit atau kelompok kerja sistem informasi rumah sakit tersebut siap untuk berpartisipasi dalam perbaikan sistem informasi.

2. Identifikasi aktifitas dan perbaikan protap sistem informasi.

Setelah unit atau kelompok kerja sistem informasi rumah sakit dibentuk, tahap berikutnya mengajak staf unit tersebut untuk mengidentifikasi aktifitas-aktifitas sistem informasi. Aktifitas-aktifitas yang teridentifikasi tersebut kemudian dianalisa efektifitas dan efisiensinya. Aktifitas yang memakan banyak sumber daya dan waktu akan direkayasa ulang untuk mencapai tingkat efektifitas dan efisiensi

Bagan 1. Desain penempatan perangkat keras dan jaringan (LAN) SIM RS Cut Nyak Dhien.





“Saat ini berkat bantuan UGM sudah ada 10 macam jenis pelayanan dokter spesialis di RS CND. Dengan begitu jumlah pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan lain menjadi berkurang. Terlebih lagi adanya bantuan pemerintah Singapura yang merenovasi bangunan rumah sakit akan lebih memperkuat rumah sakit dalam memberikan pelayanan medis di Meulaboh. Salah satu bantuan yang cukup berarti adalah ‘sistem billing’ yang diterapkan di RS CND, kami berharap dengan adanya sistem billing ini dapat menjamin transparansi keuangan, terutama dalam pembagian jasa medis yang adil. Diharapkan juga dengan adanya sistem billing ini, RS CND dapat mewujudkan keinginannya menjadi Badan Layanan Umum (BLU).”

yang lebih baik. Salah satu bentuk rekayasa ulang aktifitas adalah mengganti beberapa proses manual menjadi otomatis menggunakan sistem informasi rumah sakit terintegrasi berbasis komputer.

3. Membangun sistem informasi rumah sakit terintegrasi berbasis komputer.

Penerapan sistem informasi rumah sakit terintegrasi berbasis komputer dapat mengefisienkan aktifitas pengolahan data serta meningkatkan validitas dan ketepatan informasi. Sistem informasi terintegrasi perlu didukung oleh infrastruktur perangkat lunak (*software*) yang berjalan di atas perangkat keras (*hardware*) dan jaringan (LAN)

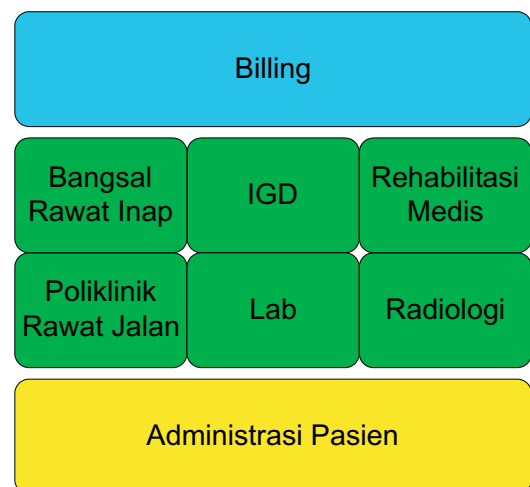
3.a. Memasang perangkat keras dan jaringan komputer (LAN).

Infrastruktur perangkat keras, seperti komputer digunakan sebagai perangkat pengumpul dan pengolah data. Perangkat keras lain, seperti mesin cetak (printer) digunakan untuk mencetak informasi hasil olah data komputer. Pemasangan komputer dan printer ditujukan untuk mendukung aktifitas penggunaan perangkat lunak administrasi pasien, *billing* dan unit-unit penunjang di loket pendaftaran pasien, loket pembayaran, poliklinik, IGD, radiologi, laboratorium, dan bangsal rawat inap. Selain itu juga dilakukan pemasangan komputer server sebagai pusat penempatan perangkat lunak dan penyimpanan data. Perangkat komputer, printer dan server dihubungkan secara fisik oleh jaringan komputer atau *Local Area Network* (LAN). Jaringan yang menghubungkan antar komputer tersebut dapat berwujud kabel maupun nirkabel (*wireless*). Pada tahap pengembangan akan dipasang jaringan komputer kabel yang menghubungkan perangkat keras di loket pendaftaran, loket pembayaran, poliklinik, IGD, radiologi, laboratorium, bangsal rawat inap dan ruang komputer server (bagan 1).

3.b. Pengembangan dan implementasi modul-modul perangkat lunak sistem informasi rumah sakit.

Modul dasar perangkat lunak sistem informasi rumah sakit adalah administrasi pasien dan penagihan pembayaran (*billing*). Modul administrasi pasien mendukung aktifitas registrasi pasien baru, pendaftaran pasien dan pemulangan (*discharge*) pasien. Sedangkan modul penagihan dan pembayaran mendukung aktifitas pencatatan pelayanan medis, biaya, membuat tagihan dan penerimaan pembayaran dari pasien. Sebagai pendukung modul dasar, juga dikembangkan secara bertahap modul perangkat lunak rawat jalan, modul IGD, modul radiologi, modul laboratorium dan modul rawat inap. Dalam tahap pengembangan, dilakukan aktifitas pemrograman dan penyesuaian (*kustomisasi*) perangkat lunak, pengaturan (*set up*) data serta tes uji coba perangkat lunak. Pada tahap implementasi, dilakukan instalasi perangkat lunak, pelatihan dan pendampingan kepada pengguna perangkat lunak.

Bagan 2. Modul-modul perangkat lunak yang diimplementasi di RS Cut Nyak Dhien.



Pengembangan Sistem Manajemen Keuangan di RS Cut Nyak Dhien

Amelia Hayati, Tri Wahyu Yulianto, Yulis Quarti

Tim Keuangan Divisi *Public Health* memulai kegiatan pada Juli 2006 dengan menempatkan seorang koordinator di RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh. Tugas dari koordinator ini sebagai perpanjangan tangan antara tim keuangan yang ada di Yogyakarta dengan RS CND.

Tugas awal koordinator adalah melakukan *existing*, yakni melihat sistem keuangan yang selama ini berjalan di RS CND. Dalam melakukan *existing* ini, terdapat temuan-temuan berupa kelemahan-kelemahan dari sistem yang selama ini berjalan. Pada intinya, sistem keuangan yang berlangsung sangat jauh dari standar yang seharusnya. Hal tersebut dikarenakan sistem keuangan di RS CND memakai sistem manual. Sistem ini mempunyai kelemahan yaitu manipulasi data penerimaan. Hal ini diperparah oleh kurangnya kontrol (pengawasan) dari atasan sehingga "kebocoran" dapat terjadi di mana-mana.

Pertengahan Juli 2006, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK), GTZ dan World Vision Australia mengadakan acara *benchmarking* sistem keuangan ke Tabanan Bali dan Yogyakarta. *Benchmarking* ini mengundang tim dari RS Zainoel Abidin Banda Aceh beserta *stakeholder* (Pemerintah Daerah, DPRD, Bawasda) dan tim dari RS CND Meulaboh beserta *stakeholder* (Pemda dan DPRD). Acara ini bertujuan untuk memperlihatkan bagaimana perubahan, tantangan dan keuntungan dari

perubahan sistem dari manual ke komputerisasi. Acara ini juga bertujuan untuk mengambil komitmen dari pihak rumah sakit, Pemda, DPRD dan Bawasda untuk bersama-sama mendukung rumah sakit dalam mengadakan perubahan.

Setelah laporan *existing* dilakukan, tugas selanjutnya adalah membuat SOP (*Standart Operation Procedur*) yang berisi tentang *existing* yang telah dilakukan selama ini dan juga usulan mengenai sistem yang seharusnya (sesuai standar).

Bulan September 2006, tim keuangan yang berada di Yogyakarta, datang ke Meulaboh selama empat hari untuk mengadakan semiloka internal. Semiloka ini membahas mengenai pentingnya sebuah sistem informasi rumah sakit dan penataan administrasi yang baik sehingga dampaknya dapat mensejahterakan rumah sakit dan pegawai.

Setelah semiloka tersebut, diadakan semiloka lain yang melibatkan *stakeholder* di kantor Bupati Aceh Barat. Pembicara dalam semiloka ini antara lain dr. Haris Marta Saputra Sp.A, direktur RS CND, yang memaparkan perkembangan dan harapan RS Cut Nyak Dhien ke depan. Semiloka dihadiri oleh Prof. Laksono, dr. Tri Baskoro (dari UGM), Louise Searle (WVA), Ruth Wraith (RCH), dan



Dokumen Public Health

Benchmarking di Yogyakarta didampingi oleh Tri Wahyu Yulianto (tengah), staf bagian keuangan RS Dr. Sardjito Yogyakarta. sistem billing yang sudah berjalan di RS Dr. Sardjito dipaparkan sebagai masukan pengembangan sistem billing di RS Cut Nyak Dhien.

Krishna Hort (AIHL). Dalam semiloka juga membahas komitmen seluruh pihak dalam mendukung penerapan sistem *billing* di RS Cut Nyak Dhien. Keputusan dari diskusi ini adalah didapatnya komitmen dari Pemda, DPRD untuk mendukung program yang akan dilakukan oleh RS Cut Nyak Dhien Meulaboh, dalam mengembangkan sistem *billing*.

Bulan Oktober 2006, penerapan sistem *billing* secara manual mulai dilakukan. Sistem *billing* ini diterapkan di instalasi rawat jalan terlebih dahulu dengan alasan alur di rawat jalan lebih sederhana dibanding alur rawat inap. Selain itu juga dilakukan penertiban administrasi di bagian keuangan.

Selanjutnya sistem *billing* manual diperluas untuk rawat inap. Penerapan sistem *billing* manual untuk instalasi rawat inap dilakukan pada bulan Maret tahun 2007 secara paralel yaitu ujicoba di salah satu ruang rawat inap, kemudian diperluas dengan ruang rawat inap lainnya.

Dalam penerapan sistem *billing* secara manual agar lebih jelas, dibuatkan standar operasional prosedur dan pembagian tugas pokok dan fungsi (tupoksi) masing-masing staf yang bertanggung jawab. SOP dan tupoksi ini disetujui dan disahkan oleh Direktur RS CND. .

Setelah data administrasi tertib, maka perencanaan selanjutnya adalah perubahan dalam menghitung sistem jasa medis dan juga perubahan tarif yang akan diukur dengan *unit cost*.



Dokumen Public Health

Sistem *billing* dan pendaftaran pasien di RS Dr. Sardjito sudah berbasis komputerisasi. Foto samping, Tri Wahyu Yulianto (kiri) menunjukkan kepada peserta benchmarking mekanisme kerja sistem komputerisasi di loket pendaftaran UGD RS Dr. Sardjito. Foto bawah, loket pendaftaran di RS Cut Nyak Dhien setahun setelah benchmarking di RS Sardjito sudah menggunakan sistem komputerisasi.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Project Supporting Unit

Project Supporting Unit merupakan bagian yang dibentuk terakhir sebagai unit yang membantu ke-4 divisi lain dalam hal administrasi dan logistik. Seiring dengan perkembangannya unit ini menjadi pusat manajemen kegiatan program UGM di Aceh yang tidak hanya administrasi dan logistik tetapi juga manajemen keuangan dan pelaporan. Salah satu peran penting PSU adalah menjembatani semua instansi yang terlibat di program Aceh RS Dr. Sardjito - UGM melalui pertemuan rutin internal UGM, maupun pertemuan dengan pihak luar.

Sari Wulandari Sekretaris Eksekutif Project Supporting Unit

Selama hampir kurang lebih 7 bulan pelaksanaan program spontanitas bantuan kemanusiaan masa tanggap darurat bencana tsunami di Aceh, Universitas Gadjah Mada (UGM) mulai berbenah diri. Dari hasil evaluasi kunjungan jajaran pengurus proyek Aceh RS Dr. Sardjito-UGM, termasuk hasil analisa supervisi Prof. Laksono ke Meulaboh dan Banda Aceh di bulan Juli 2005, diputuskan untuk melakukan restrukturisasi internal proyek Aceh RS Dr. Sardjito-UGM. Sudah waktunya program kemanusiaan RS Dr. Sardjito-UGM di Aceh dikelola melalui satu manajemen proyek. Dalam waktu relatif singkat, antara bulan Juni-Juli 2005, RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran-Fakultas Psikologi UGM berhasil membentuk manajemen proyek yang bertanggung jawab langsung terhadap pelaksanaan Program Aceh UGM di Meulaboh dan Banda Aceh.

Pembentukan manajemen proyek yang lebih dikenal dengan "*Supporting Human Resource Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat & Nanggroe Aceh Darussalam Province*" ini dilengkapi satu unit khusus yang memberikan support penuh pada staf dan tim yang bertugas di lapangan, yaitu *Project Supporting Unit (PSU)*. PSU juga berfungsi menjembatani para pengambil kebijakan di level manajerial yaitu staf senior yang rata-rata bergelar professor, dengan staf program yang menjalankan kegiatan di lapangan yang notabene adalah mahasiswanya. Seiring berjalannya waktu, PSU terbukti mampu meminimalisir gap di antara mereka.

Pada bulan-bulan awal lokasi proyek yang terbentang jauh memaksa Prof. Laksono, sebagai Koordinator Proyek, harus bolak-balik Jogja-Banda-Meulaboh hampir tiap minggu selama lebih kurang 8 bulan. Konsekuensi logis pada masa *emergency* dan *recovery* awal, dimana banyak kebijakan yang harus diputuskan. Tak heran pada saat itu pesawat Garuda sudah seperti rumah ke-2 bagi Prof. Laksono. Untuk mengatasi kendala lokasi, terkait

pengambilan keputusan dalam berbagai persoalan teknis lapangan yang muncul bertubi-tubi, pada akhirnya dipandang perlu bagi UGM untuk memiliki perwakilan di Meulaboh yang dipimpin oleh dosen senior.

Dan terhitung sejak Desember 2005 UGM menugaskan seorang *Senior Site Manager* sebagai "Duta Besar" yang bertanggung jawab di Meulaboh dan mendukung tim lapangan dalam pelaksanaan program masing-masing. Posisi *Senior Site Manager* mengalami pergantian beberapa kali. *Senior Site Manager* pertama diemban oleh dr. Bambang Hastha Yoga, Sp.KJ. selama 3 bulan. Kemudian digantikan oleh Drs. Hasan Basri, pensiunan dosen Fakultas Psikologi UGM yang juga bertugas selama 3 bulan di Meulaboh. Karena pertimbangan kesehatan, posisinya kemudian digantikan oleh dr. Bambang Hastha Yoga, SpKJ kembali pada bulan Juli 2006 hingga berakhirnya program pada Desember 2007.

UGM memiliki pertimbangan khusus dengan menugaskan seorang psikolog maupun psikiater sebagai *Senior Site Manager* di Meulaboh. Hal tersebut dilatarbelakangi keprihatinan UGM terhadap kondisi mental masyarakat Aceh saat itu yang sangat butuh perhatian, bukan semata-mata akibat bencana tsunami namun juga dampak negatif konflik berkepanjangan antara pemerintah dan GAM. Diharapkan keberadaan seorang psikolog maupun psikiater sebagai *Senior Site Manager* mampu menjalin komunikasi efektif dan hubungan baik dengan *stakeholder* dan berhasil mengidentifikasi problem, kendala serta berbagai perubahan terkait budaya lokal yang berpengaruh pada pelaksanaan program.

Selama lebih kurang 1,5 tahun dr. Yoga berhasil melebur dengan masyarakat dan budaya lokal untuk mendukung misi yang diembannya sehingga tidaklah mengherankan ketika suatu saat menjumpainya sedang asyik menikmati



Foto: Fajar

Pos Kesehatan tim UGM pada fase emergency bertempat di Meunasah (Musholla) RS Cut Nyak Dhien



Foto: Guardian Y Sanjaya

Pos Kesehatan tim UGM kemudian berpindah ke areal parkir RS Cut Nyak Dhien yang disulap menjadi barak, dan dilengkapi fasilitas pendukung seperti TV, AC, Mesin Cuci, Kompor gas, yang ditujukan untuk kenyamanan tim yang ditugaskan ke Meulaboh.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Rumah Sentosa, rumah pertama yang disewa untuk tempat tinggal tim medis, dilengkapi juga dengan kendaraan operasional Kijang Innova lengkap dengan pengemudinya untuk memfasilitasi semua tim UGM yang berada di Meulaboh.

mie keping Aceh atau "kopi terbalik" (kopi yang disajikan dalam cangkir atau gelas yang sengaja dibalik dengan bantuan sedotan sehingga menambah cita rasa khas kopi) sambil menyaksikan indahnya matahari terbenam di Suak Ribey, salah satu pantai terkenal di sana. Atau di lain kesempatan berbaur dengan masyarakat lokal yang memang terkenal sebagai penikmat kopi di warung kopi khas Aceh "Starblack", plesetan dari jaringan kafe internasional Starbucks.

Penugasan dr Yoga di Meulaboh juga tidak terlepas dari dukungan penuh Dekan Fakultas Kedokteran (FK) UGM bagi staf pengajarnya tersebut sehingga yang bersangkutan bisa optimal bertugas di Meulaboh tanpa meninggalkan kewajibannya di bagian terkait. Dalam satu bulan dr. Yoga membagi waktunya 75%-25% yaitu 3 minggu di Meulaboh dan 1 minggunya lagi di Jogja.

Secara umum, FK UGM juga sangat mendukung optimalisasi manajemen proyek di awal berdirinya PSU yaitu dengan memfasilitasi ruangan khusus di Gedung Bioetik sebagai kantor pusat operasional PSU pada bulan Juli 2005.

Perbaikan fasilitas di Meulaboh sejalan dengan makin mantapnya organisasi PSU. Banyak keberhasilan diraih. Berbagai perbaikan positif dirasakan betul oleh para staf program, terutama bagi para staf yang ditugaskan di lapangan seperti masalah logistik, dari yang semula tinggal di barak minim fasilitas, staf lapangan mulai menikmati nyamannya sebuah rumah dengan fasilitas lengkap plus jaringan internet yang memudahkan mereka berkomunikasi dengan dunia luar. Kemudian layanan penerbangan lokal yang awalnya menggunakan SMAC (Sabang Merauke Air Charter) yang sering diplestetkan karena kondisi pesawat (waktu itu) yang memprihatinkan sehingga membuat semua penumpang deg-degan dan khusuk berdoa selama rute penerbangan, beralih ke jenis pesawat *twin otter* yang relatif lebih aman dan nyaman bak pesawat pribadi seperti MAF (*Mission Aviation Fellowship*) atau SUSI AIR dengan kapasitas penumpang 9-15 orang atau dengan pesawat MERPATI.

Di awal program satu-satunya kendaraan yang bisa diandalkan tim lapangan untuk mendukung mobilitas mereka adalah ojek lokal atau lebih dikenal dengan istilah "bentor" alias becak motor yang sering membuat penumpangnya panas-dingin serasa naik *roller-coaster* karena kondisi jalanan Meulaboh pasca tsunami saat itu. Hal ini beralih 180° dengan dukungan kenyamanan kendaraan dinas kijang Innova lengkap dengan pengemudinya yang andal dan mengenal medan karena asli orang Aceh, Bang Jalil. Lebih dari itu, Bang Jalil sebagai pengemudi juga bertindak sebagai *tour guide*, yang pada waktu senggang membawa tim lapangan ke

tempat-tempat rekreasi lokal untuk sekedar *refreshing* melepas lelah dari tugas rutin kemanusiaan. Semua perbaikan itu diibaratkan “doping” yang bertujuan mampu mendongkrak dan memelihara kinerja tim untuk tetap semangat dalam menjalankan program dengan tingkat *stressing* yang tinggi dan jangka panjang. Tidak mudah untuk melayani orang, terlebih korban bencana sehingga diperlukan ekstra energi untuk tetap fokus dan itu hanya bisa terealisasi dengan pemberian fasilitas yang layak bagi tim lapangan sehingga mereka pun mampu memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat Meulaboh pada akhirnya.

Keberadaan rumah di Meulaboh sebagai “perwakilan Jogja” yang menjadi pusat operasional tim (medis) mengalami dua kali perpindahan. Tempat pertama adalah “Rumah Sentosa” karena terletak di Jalan Sentosa kemudian pindah ke “Rumah Gajah Mada” di Jalan Gajah Mada yang relatif lebih nyaman dan strategis karena makin dekat dengan RS Cut Nyak Dhien dan kantor Sekdakab Aceh Barat. Demikian pula dengan posisi manajer lapangan yang pernah bertugas di rumah tersebut, mengalami dua kali pergantian dari dr. Guardian Yoki Sanjaya yang bertugas dari Agustus 2005-Juni 2006 ke dr. Jumadi Santoso untuk periode Januari-Desember 2007. Antara bulan Juli-Desember 2006 posisi manajer lapangan sempat kosong namun secara informal dibantu oleh Arief Kurniawan yang saat itu bertugas sebagai manajer lapangan tim *Public Health*.

Bulan Juli 2007, dr. Guardian (Gugu) akhirnya kembali bergabung di Program Aceh UGM-WVA untuk memperkuat PSU sebagai Staf Monitoring dan Evaluasi yang berhasil menyusun evaluasi program berdasar analisis *log frame*. Pada saat yang bersamaan dr. Gugu juga mengerjakan penyusunan buku 3 tahun Program Aceh yang mencakup semua kegiatan masing-masing divisi secara terinci sebagai publikasi akhir program RS Dr. Sardjito-UGM di NAD khususnya Aceh Barat.

Kerjasama Manajemen Proyek dengan Australia

Sejalan dengan restrukturisasi internal UGM, *Royal Children’s Hospital* (RCH) sebagai kolaborator UGM yang berhasil meyakinkan pihak donor World Vision Australia (WVA) untuk mendanai program ini meminta Australian International Health Institute, The University of Melbourne (AIHI) membantu UGM dalam implementasi program termasuk penyusunan *project management plan* sebagai acuan pelaksanaan program secara keseluruhan. Format baku penyusunan *Term of Reference* (TOR) kegiatan serta laporan program per tiga bulan mulai disosialisasikan. Semua itu bertujuan meminimalisir risiko kegagalan dalam pencapaian tujuan program.



Dokumen PSU

Kantor pertama PSU bertempat di Gedung Bioetika Fakultas Kedokteran. Koordinasi kegiatan dilakukan di ruangan ini. Foto dari kiri, Indri, Jodhy Mayangkoro, Alifah Angraini, Evi Handayani dan Ronny Novianto.



Dokumen PSU

Kantor PSU sempat berpindah dua kali, terakhir PSU menempati sebuah ruangan di gedung KPTU Fakultas Kedokteran UGM lantai 3, yang disediakan khusus oleh Fakultas Kedokteran lengkap dengan ruang pertemuan.



Dokumen PSU

Pertemuan rutin proyek Aceh difasilitasi oleh PSU. Antara lain rapat mingguan tiap hari jumat, rapat Board of Advisory tiap tiga bulan, PMC meeting tiap bulan dan rapat koordinasi insidental lainnya.



Dokumen PSU

Penandatanganan MoU Kerjasama antara RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM dalam pengembangan proyek Aceh. Dari kiri, dr. Sri Endarini, MKes, Direktur RS Dr. Sardjito, Prof. Dr. Noor Rochman H, SU, Dekan Fakultas Psikologi dan Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K), Dekan Fakultas Kedokteran UGM.

AIHI juga mengembangkan *log frame* program sebagai bagian dari manajemen proyek, termasuk *log frame program management* yang menjadi tanggung jawab PSU. *Log frame output* manajemen program yang pertama terkait kebijakan manajemen terealisasi melalui *Project Management Committee (PMC) meeting* tiap bulan antara UGM-AIHI-RCH-WVA, baik dengan *teleconference* maupun *videoconference* untuk saling koordinasi antar kolaborator dan pengambilan keputusan bersama sesuai peran masing-masing. Terkait *log frame output* ke-2, yaitu kegiatan manajemen yang terencana sesuai aturan main yang dilaporkan secara periodik, PSU bertanggung jawab mengirimkan laporan keuangan dan naratif kegiatan program per 3 bulan kepada AIHI untuk diteruskan ke WVA. *Log frame output* ke-3 adalah manajemen keuangan yang mengacu pada prinsip-prinsip akuntansi yang berlaku yang mulai dijalankan PSU melalui sentralisasi manajemen proyek. *Log frame output* ke-4 adalah *technical assistance* untuk program sesuai kebutuhan dengan dilibatkannya konsultan ahli sebagai *Technical Adviser* serta dukungan administrasi dan logistik ke masing-masing program, dan *Log frame output* ke-5 adalah monitoring dan evaluasi yang terus diperbaiki PSU bersamaan dengan penerapan sentralisasi manajemen proyek.

Perbaikan manajemen terus dikembangkan bersama antara RCH-AIHI-UGM dalam rangka merespon permintaan WVA berkenaan dengan transparansi dan akuntabilitas, termasuk melibatkan internal auditor dari Jakarta -Hari Suhendro, untuk secara periodik melakukan validasi internal audit laporan keuangan sesuai prinsip-prinsip akuntansi di Indonesia. Internal audit yang pertama dilaksanakan pada bulan Juni 2006 dengan

pemeriksaan laporan transaksi keuangan program periode tahun 2005.

Dengan pelaksanaan validasi tersebut, Prof. Laksono sebagai *Project Coordinator* bertambah yakin akan perlunya sentralisasi manajemen dan keuangan proyek melalui PSU untuk lebih mengoptimalkan penggunaan dana WVA bagi kepentingan masyarakat Aceh. Selain itu, sentralisasi diharapkan mampu meningkatkan transparansi, akuntabilitas dan memudahkan monitoring program. Terhitung sejak Juli 2006, sentralisasi manajemen dan keuangan proyek dijalankan PSU dengan struktur organisasi baru terdiri atas manajer, akuntan, staf keuangan, staf buletin, staf komunikasi, dan *Office Boy*. Pelaksanaan sentralisasi ini bertepatan dengan perpindahan PSU dari kantor lama di Gedung Bioetik ke Gedung Administrasi Pusat (KPTU) Fakultas Kedokteran UGM, lantai 2. Hal ini juga secara politis mampu memberikan kesan baik kepada pihak kolaborator karena letaknya yang strategis, berada satu gedung bahkan satu lantai dengan dekanat, mencerminkan kemauan kuat UGM dalam merespon perubahan positif yang diharapkan lembaga donor.

Auditing

PSU berhasil mengembangkan prosedur manual manajemen proyek terkait penerapan sistem sentralisasi, juga format pengajuan dan laporan keuangan program sehingga PSU bisa membuat kompilasi laporan ke-4 program tiap bulannya, yaitu program *Clinical Services (CS)*; *Mental Health (MH)*; *Public Health (PH)*; dan *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* sebagai bentuk transparansi dan akuntabilitas serta memudahkan monitoring program. Dan sesuai permintaan WVA, PSU mengirimkan konsolidasi tersebut per 3 bulan. Setiap akhir

Sentralisasi sistem keuangan melalui PSU merupakan langkah yang baik bagi perbaikan manajemen keuangan proyek Aceh RS Dr. Sardjito-UGM. Sentralisasi ini juga merupakan keinginan pihak donor sesuai dengan format laporan standar mereka.



Dokumen PSU

bulan, ke-4 program memasukkan pengajuan budget ke PSU untuk aktivitas program secara umum dalam satu bulan ke depan dengan persetujuan koordinator dan manajer program terlebih dulu, dan tiap kali pelaksanaan kegiatan setiap program harus mengajukan TOR dan budget kegiatan personal yang mengacu pada *logframe* program. Selanjutnya PSU memproses lebih lanjut pengajuan tersebut untuk pencairan dana kegiatan melalui persetujuan *Deputy Project Coordinator* dan *Board of Advisor (BOA)*. Dana tersebut kemudian dikelola PSU untuk langsung dibayarkan kepada staf pelaksana kegiatan dan supplier terkait sehingga program hanya menyimpan dana khusus operasional sehari-hari dalam jumlah relatif kecil. Jadi semua bukti pengeluaran pun bisa terdokumentasi dengan rapi di PSU. Prosedur baru ini nantinya terbukti mampu menunjukkan perbaikan positif, berkenaan dengan transparansi dan akuntabilitas manajemen proyek, yaitu pada hasil internal audit ke-3.

Internal audit ke-2 oleh Pak Hendro dilaksanakan Agustus 2006 meliputi transaksi keuangan periode Januari-Juni 2006. Pada kesempatan tersebut, Pak Hendro juga memberikan banyak masukan dan pelatihan singkat yang mendukung penerapan sentralisasi keuangan seperti pelatihan membuat format voucher, laporan *petty cash* dan rekonsiliasi bank juga pengkodean aset, hutang dan biaya. Saking semangatnya, Pak Hendro sempat mengalami stroke ringan dan harus terbaring selama 2-3 hari di RS Panti Rapih sesaat sebelum kepulangannya ke Jakarta. Syukurlah tak lama berselang kondisinya berangsur membaik.

Internal audit ke-3 sudah terlaksana di bulan Februari 2007 meliputi validasi laporan keuangan periode Juli-Desember 2006 serta aliran dana dari WVA yang

diterima UGM di tahun 2006. Secara guyon, kami di PSU mengingatkan Pak Hendro untuk lebih santai dan jaga kondisi dengan tidak terlalu memaksakan diri. Hasil validasi yang ke-3 ini membuktikan adanya perubahan signifikan pada manajemen keuangan proyek. Ini lebih dipertegas lagi dengan laporan auditor independen, HLB Hadori & Rekan, yang dikontrak AIHI untuk memeriksa laporan keuangan penerimaan, pengeluaran dan saldo Program Aceh UGM-WVA yang menyatakan bahwa laporan penerimaan dan pengeluaran dana Program Aceh UGM-WVA menyajikan secara wajar, dalam semua hal yang material, sesuai prinsip akuntansi yang berlaku umum di Indonesia.

Salut kepada Pak Hendro atas support dan bantuannya sehingga PSU mampu menjalankan sentralisasi, terutama untuk keuangan proyek sehingga sesuai harapan WVA menjadi lebih transparan dan akuntabel. Semua itu juga tidak terlepas dari peran Akuntan PSU, Rina Dyah Utami, SE. yang banyak membantu manajer dan staf program terkait format baru pengajuan dan laporan keuangan sesuai prinsip akuntansi. Dedikasi dan kesabarannya patut diacungi jempol hingga akhirnya sistem baru (sentralisasi) bisa berjalan karena tidak mudah mengubah kebiasaan lama yang sudah membudaya sekian waktu, butuh waktu penyesuaian sehingga masing-masing program yang dulunya memiliki format berbeda-beda tanpa mengacu prinsip- akuntansi bisa menerima dan akhirnya menjalankan sistem baru tersebut.

Seiring dengan itu, laporan naratif kegiatan juga mulai menunjukkan adanya perbaikan dengan analisis yang lebih mendalam dari masing-masing program terkait isu yang berkembang di tiap pelaksanaan kegiatan dan hasil evaluasi. Per 3 bulan laporan tersebut dikirim ke AIHI

untuk dikompilasi menjadi laporan Program Aceh UGM-WVA yang komprehensif dan akhirnya dilaporkan ke WVA untuk persetujuan penurunan dana kegiatan. Laporan komprehensif tersebut juga dikirim balik AIHI ke UGM sebagai *feedback* untuk ditindaklanjuti masing-masing program. Meskipun sudah berupaya keras mengirimkan laporan tepat waktu tetap saja terjadi keterlambatan pengiriman laporan dan hal tersebut menjadi justifikasi pihak donor terkait keterlambatan transfer dana kegiatan. Hal ini berdampak pada pelaksanaan kegiatan selanjutnya yang terhambat dana kegiatan dan akhirnya kembali berpengaruh pada penyusunan laporan keuangan dan naratif kegiatan, terus seperti itu bak lingkaran permasalahan yang tidak terputus.

Komunikasi Proyek

Selain laporan keuangan dan naratif kegiatan tiap 3 bulan sekali, evaluasi internal tiap minggu juga dilaksanakan melalui rapat mingguan hari Jumat yang bertujuan melaporkan program berjalan dan permasalahan yang dihadapi sekaligus memutuskan bersama solusi permasalahan tersebut. Juga dibicarakan rencana kegiatan tiap program dan koordinasi persiapannya. Seringkali dalam rapat mingguan diagendakan *teleconference* dengan *Senior Site Manager* dan staf lapangan di Meulaboh serta *stakeholder* lokal untuk mendengar langsung kemajuan program dan situasi kondisi terakhir Meulaboh sebagai bagian dari koordinasi dan monitoring program. Khusus bahasan topik tertentu, PSU mengundang serta BOA dalam rapat mingguan pada hari Jumat untuk advokasi dan sekaligus informasi terbaru kegiatan program. Rapat mingguan berhasil menjadi sarana koordinasi dan evaluasi yang ampuh dalam penyelesaian tiap permasalahan.

PSU juga menerbitkan buletin mingguan sebagai media komunikasi resmi kepada BOA dan para kolaborator yang menginformasikan pelaksanaan kegiatan program tiap minggunya. Namun terhitung mulai edisi Oktober 2007, berkenaan dengan menurunnya intensitas kegiatan program menjelang terminasi proyek di akhir Desember 2007, buletin yang awalnya terbit mingguan menjadi terbit bulanan. Selain buletin, PSU juga berhasil mengembangkan website program di <http://unimelb-gmu-medschools.ugm.ac.id> yang berisi informasi kegiatan program sehingga bisa diakses lebih luas lagi. Updating website merupakan salah satu pekerjaan rumah bagi PSU untuk bisa selalu menyajikan informasi terbaru sesuai pelaksanaan program.

Sejak Maret 2007, kantor PSU pindah untuk kali ketiga di lantai 3 KPTU. Dan pada waktu berbarengan wacana *exit strategy* dalam rangka terminasi proyek di akhir Desember 2007 mulai intens dibahas di rapat mingguan. Tepat pada

tanggal 5-6 Juni 2007, PSU berhasil menyelenggarakan lokakarya "Pembangunan Kesehatan Aceh Barat 2008-2010" di Meulaboh yang membahas kemajuan pemulihan dan rekonstruksi sistem kesehatan Aceh Barat, dan CND secara khusus, serta membahas skenario pembangunan kesehatan dengan dana otonomi khusus. Lokakarya ini bermanfaat bagi *stakeholder* lokal dalam penyiapan kesinambungan program *capacity building* CND dan program kesehatan Aceh Barat. Menindaklanjuti keberhasilan lokakarya tersebut, PSU memfasilitasi advokasi tingkat propinsi pada 30 Juli-5 Agustus 2007 di Banda Aceh bekerjasama dengan Dinas Kesehatan NAD, Fakultas Ekonomi dan Kedokteran Unsyiah. Peran aktif institusi lokal membuktikan komitmen pemerintah daerah dalam mendukung kesinambungan program kesehatan di Aceh. Komitmen pemda merupakan isu penting untuk menjamin keberhasilan kesinambungan program.

Berbagai keberhasilan telah diraih PSU dalam rangka sentralisasi manajemen proyek yang transparan dan akuntabel, meskipun tidak dapat dipungkiri frekuensi pergantian staf yang cukup sering terjadi berdampak pada internal PSU seperti penundaan penyusunan laporan, buletin, inventoris, dan keterlambatan kontrak. Namun hal itu justru menjadi nilai positif dalam memaknai arti pentingnya kebersamaan, toleransi, respek, dan saling support dalam pencapaian prestasi kerja tim, juga hal lain yang tak kalah indah adalah pertemanan, sungguh menyenangkan punya banyak teman dengan beragam karakter. Satu hal pasti, diakui atau tidak, PSU merupakan "kawah candradimuka" bagi staf yang bergabung di dalamnya dan ini terbukti dengan keberhasilan mereka melanjutkan pendidikan dan karir di tempat lain dengan salah satunya berdasar referensi pengalaman kerja mereka di Program Aceh UGM-WVA.

Terima Kasih

Apresiasi dan ucapan terima kasih disampaikan kepada Krishna Hort dan Mia Urbano dari AIHI serta Prof. Laksono dan Dr. Tri Baskoro sebagai *Project Coordinator* dan *Deputy Project Coordinator* "Supporting Human Resource Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat & Nanggroe Aceh Darussalam Province", untuk usaha mereka yang tak kenal lelah mendampingi langkah PSU mewujudkan manajemen proyek yang transparan dan akuntabel. Juga kesabaran mereka dalam membantu mengatasi berbagai persoalan yang timbul dalam pelaksanaan program. Tak lupa terima kasih banyak kepada teman-teman yang telah memberikan warna bagi PSU di eranya masing-masing: Ifah, Boni, Indri, Evi, Alifah, Anto, mas Tri, mbak Rina, Ipé, Dian, Ayu, Desi, Rika, Sinta, Gugu, serta Jumadi, Bang Jalil dan mas Sartono yang ikut membantu PSU memberikan support pada tim lapangan di Rumah Gajah Mada.



Dokumen PSU



Dokumen PSU

Selain mengkoordinasi kegiatan-kegiatan yang dilakukan masing-masing divisi, PSU juga bertindak sebagai pelaksana kegiatan-kegiatan besar di lapangan dengan melibatkan semua staf. Semiloka terakhir dengan topik “Program Pembangunan dan Pemulihan Sistem Kesehatan Aceh Barat: Pencapaian dan Kelanjutan Program”, diselenggarakan di Meulaboh dengan mengundang semua peserta yang pernah terlibat di program UGM, baik Clinical Services, Mental Health, IMCI dan Public Health. Peserta semiloka antara lain dari Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat, DPRD, Bappeda, perwakilan dari 6 kabupaten pesisir pantai Barat, Dinas Kesehatan Propinsi, dan LSM.

RUMAH SAKIT CUT NYAK DHIEN

Rekonstruksi dan Rehabilitasi Pasca Tsunami

dr. Haris Marta Saputra, Sp.A

Pendahuluan

Bencana Tsunami pada Desember 2004 benar-benar membuat sistem kesehatan di Aceh Barat lumpuh, termasuk RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh. Satu rumah sakit TNI di Meulaboh rata dengan tanah sehingga otomatis RS CND menjadi satu-satunya rumah sakit di Aceh Barat sebagai pusat rujukan, bahkan bagi 3 kabupaten lain yang saat itu tidak terdapat fasilitas rumah sakit antara lain Kabupaten Nagan Raya, Kabupaten Aceh Jaya dan Kabupaten Aceh Barat Daya.

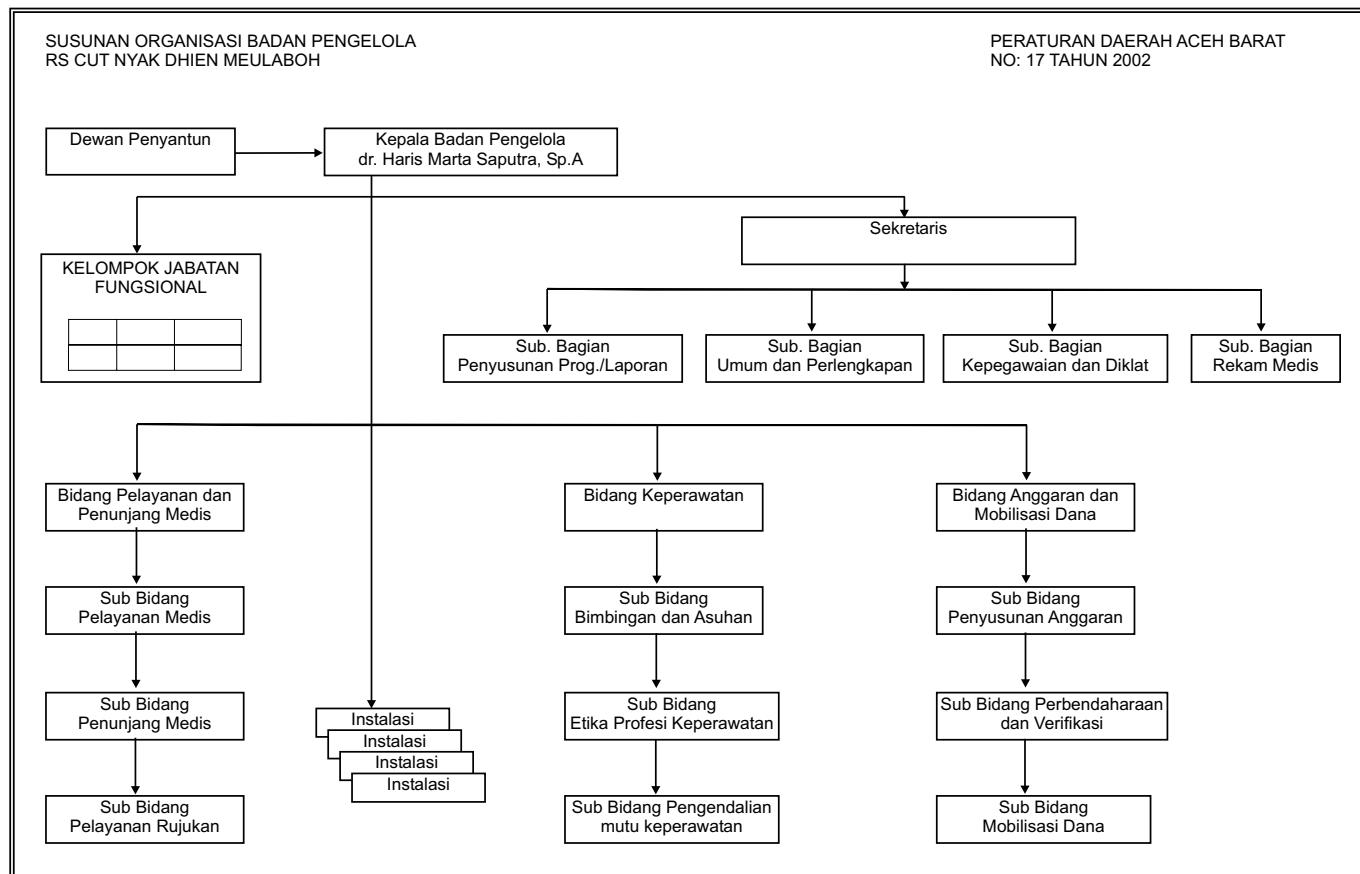
Secara fisik RS CND tidak terkena dampak kerusakan Tsunami ataupun gempa bumi, namun lumpuhnya RS CND lebih karena kurangnya sumber daya manusia (SDM) sesaat terjadinya Tsunami. Banyak staf RS CND secara langsung maupun tidak langsung terkena imbas bencana, sehingga tidak bisa aktif untuk bekerja di RS CND. Ketersediaan dokter spesialis hanya 6 macam, 2 pegawai tetap, 4 WKS (Wajib Kerja Spesialis). Dari keenam dokter spesialis, hanya 3 spesialis yang bekerja sesaat setelah terjadinya bencana. Pasien yang datang ke rumah

sakit terlalu banyak, di lain pihak rumah sakit tidak stabil. Ribuan pasien datang ke RS CND untuk mendapatkan pertolongan, bahan habis pakai sudah dihabiskan di hari pertama. Tiga sampai empat hari kota Meulaboh putus hubungan dengan dunia luar. Pertolongan pertama datang dari angkatan darat, kemudian datang bantuan dari PTP Medan pada hari ke-4 dan hari ke-5 datang bantuan dari pemerintah Singapura dan RS Dr. Sardjito yang dipimpin oleh dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD beserta 25 orang lainnya. Tim ini mulai bekerja di rumah sakit tanpa henti bersama 18 organisasi lain yang membantu di RS CND pada saat itu.

Berbagai bantuan datang setelahnya baik tenaga maupun peralatan medis dan ambulan. Bantuan ini terutama dari LSM internasional yaitu berupa pembangunan saluran air dari Prancis, bantuan peralatan medis dan kendaraan operasional dari Jepang dan sebagainya. Dalam perkembangannya RS CND menghendaki adanya peningkatan kapasitas SDM dan manajemen pelayanan RS CND dimana prospek ini bisa didapatkan dari bantuan tim UGM dengan donornya Word Vision Australia.



Bagan 1. Struktur keorganisasian RS Cut Nyak Dhien



Perkembangan Rumah Sakit Cut Nyak Dhien

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas paling kompleks, padat modal dan padat teknologi. Pengelolaan rumah sakit yang efisien memerlukan sistem informasi yang cepat, akurat, dan dapat dipercaya. Untuk itulah RS CND bekerjasama dengan UGM berupaya mewujudkan pengelolaan RS yang optimal dan berkualitas. Secara umum RS CND menyediakan 13 pelayanan antara lain:

1. Pelayanan umum
2. Pelayanan gigi
3. Pelayanan gawat darurat
4. Pelayanan Spesialis antara lain Anak, Kebidanan, Bedah, Penyakit Dalam, Mata, Jiwa, THT dan Syaraf
5. Pelayanan ICU
6. Laboratorium
7. Radiologi
8. Fisioterapi
9. Pelayanan psikologi
10. Kamar Operasi
11. Unit Transfusi Darah (UTD)
12. Farmasi
13. Gizi

RS CND mengalami perkembangan dari tahun ke tahun. Hal ini dapat dilihat dari salah satu indikator *performance* rumah sakit yakni pada *Bed Occupant Rate* (BOR) dari

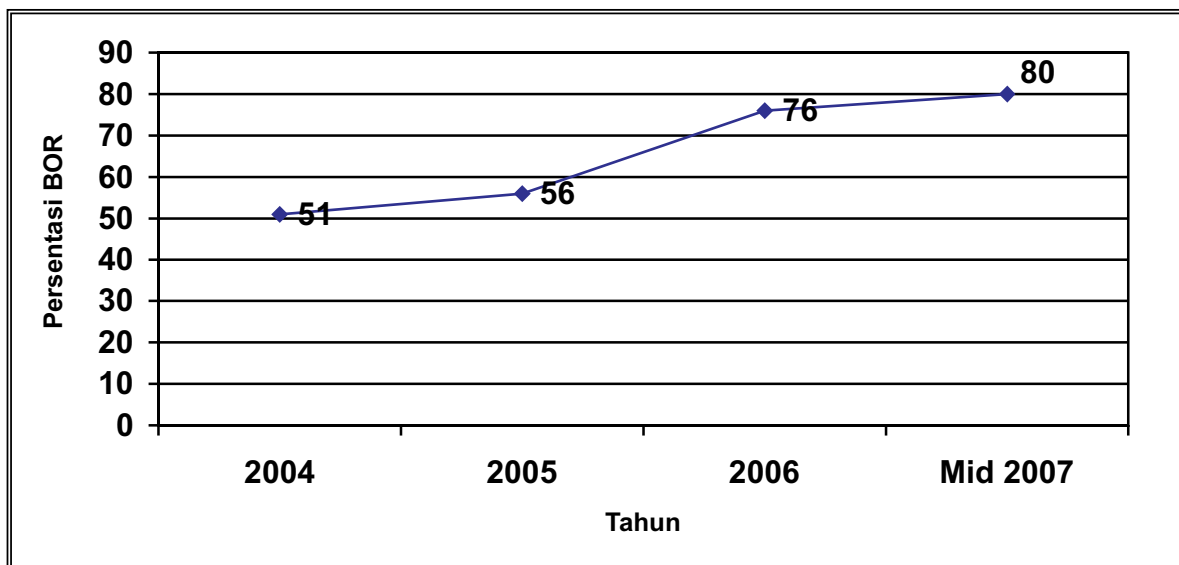
tahun 2004 yang dapat dilihat pada bagan 2.

Sejak tahun 2004 pemanfaatan tempat tidur yang ada di RS CND cenderung meningkat seiring dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai khususnya pelayanan dokter spesialis. (Sumber data laporan tahunan RS CND, Laporan Tim Medis RS Dr. Sardjito - Fakultas Kedokteran UGM, Penelitian CE&BU RS Dr. Sardjito Yogyakarta, 2007).

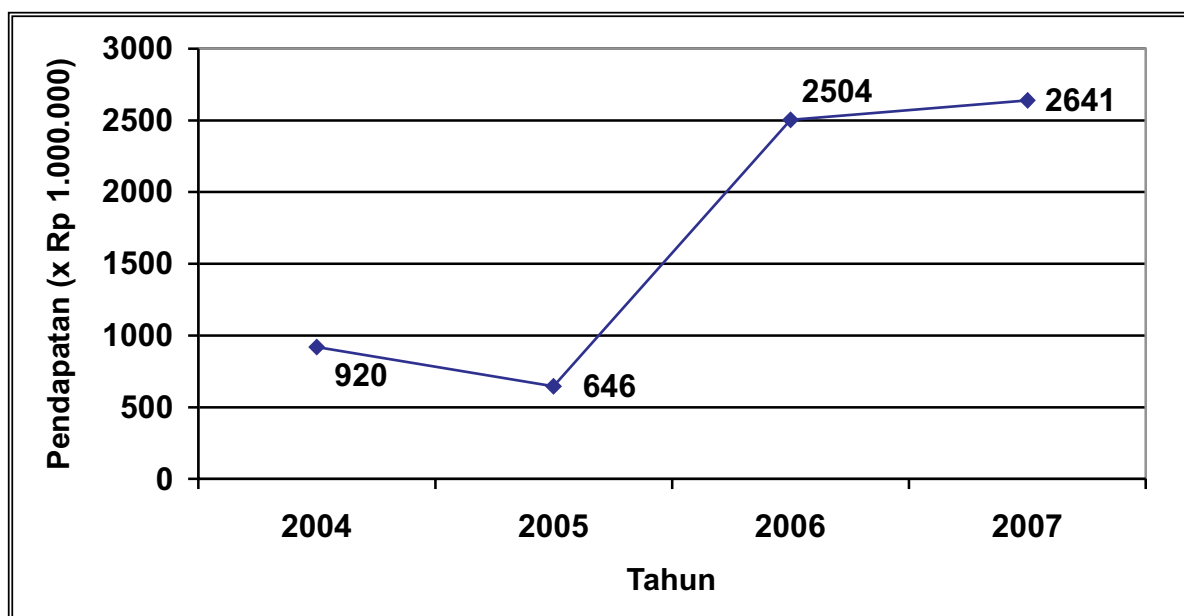
Tidak disangkal lagi bahwa RS CND sekarang menjadi pusat pelayanan kesehatan rujukan bagi fasilitas kesehatan lain di wilayah pantai barat NAD. Hal ini karena adanya permintaan kebutuhan akan pelayanan kesehatan bermutu di masyarakat yang semakin meningkat. Jika dilihat dari pendapatan RS CND per tahun (bagan 3), terdapat peningkatan pendapatan sebagai dampak dari meningkatnya kunjungan pasien ke RS CND.

Peningkatan jumlah kunjungan pasien harus diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit. Strategi pengembangan RS CND dibagi dalam jangka pendek, menengah dan jangka panjang. Untuk jangka pendek dan menengah difokuskan pada aspek (1) Perbaikan sistem manajemen rumah sakit; (2) Penyediaan fasilitas pelayanan yang adekuat dan standar; (3) Peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia; dan (4) Rekonstruksi dan renovasi bangunan rumah sakit.

Bagan 2. Persentasi penggunaan tempat tidur (BOR) di RS CND dari tahun 2004 sampai pertengahan 2007.



Bagan 3. Pendapatan RS CND tahun 2004- November 2007



Sedangkan untuk program jangka panjang diharapkan (1) RS CND dapat menjadi rumah sakit terakreditasi yang mempunyai layanan unggulan, mempunyai dokter spesialis yang lengkap dan permanen; (2) Bentuk organisasi menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD); dan (3) Menjadi rumah sakit tipe B non pendidikan.

Perubahan manajemen

Peningkatan kapasitas manajemen RS CND tidak terlepas dari perubahan budaya kerja antara lain perubahan budaya yang mengutamakan pelanggan, kerja sama tim dan perbaikan mutu berkelanjutan. Salah satu aspek penting perubahan manajemen yang mempengaruhi seluruh kinerja rumah sakit yaitu adanya perubahan manajemen pembayaran atau *billing system*.

Billing system mulai diterapkan di RS CND sejak Oktober 2006 melalui sistem manual di semua fasilitas rawat jalan atas bantuan tim UGM. Dalam perkembangannya, pengenalan sistem informasi rumah sakit oleh UGM membuat *billing system* lebih ditingkatkan lagi menjadi sistem *computerized* yang dimulai sejak Maret 2007. Sistem komputerisasi inilah yang seterusnya akan dikembangkan di RS CND dalam jangka pendek dan menengah untuk mencapai salah satu tujuan jangka panjang rumah sakit yaitu mewujudkan RS CND sebagai Badan Layanan Umum Daerah.

Diterapkannya *billing system* di RS CND dapat menjamin sistem keuangan yang transparan dan bisa dipertanggungjawabkan. Dari sistem yang ada dapat dilihat laporan-laporan penerimaan per kasir, per hari, per instalasi dari pelayanan yang diberikan di RS CND. Dengan didukung adanya rekapitulasi tindakan tenaga medis, para-



RS Cut Nyak Dhien Meulaboh semakin ramai dikunjungi pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tersedianya pelayanan dokter spesialis di RS CND membawa dampak meningkatnya kunjungan pasien yang juga berdampak pada meningkatnya pendapatan rumah sakit.

medis dan non paramedis, sistem bisa menjamin pembagian jasa medis yang lebih transparan dan adil bagi semua staf RS CND baik petugas medis, paramedis dan non medis

Sistem informasi rumah sakit juga mencakup pendataan pasien dan penunjang rekam medis. Rekapitulasi laporan bulanan, mingguan bahkan harian dari jumlah kunjungan pasien dapat diekstraksi dari sistem informasi yang sudah diterapkan. Sistem ini memudahkan petugas rekam medis untuk merekapitulasi berbagai macam data laporan seperti jumlah 10 penyakit terbanyak berdasarkan ICD-10, laporan indikator *performance* rumah sakit seperti BOR, ALOS, BTO, TOI, GDR dan NDR, ataupun laporan-laporan lain sesuai permintaan *user* baik dokter, perawat, pihak manajemen maupun pihak pemerintah daerah jika dibutuhkan.

Aspek manajemen lain yang berkembang yaitu manajemen kendali mutu. RS CND mulai menata ulang dan menguatkan sistem kendali mutu melalui berbagai manual standar yang sudah dibuat atas bantuan tim UGM. Manual kendali mutu yang berhasil dibuat antara lain manual standar manajemen mutu (SMM), standard pelayanan medis (SPM), *standard operating prosedur* (SOP) khususnya untuk 10 penyakit terbanyak di 4 bagian besar

seperti Bedah, Anak, Obsgyn dan Penyakit Dalam serta penyusunan praturan internal staf medis (*medical staff by-laws*) untuk meningkatkan mutu profesi medis dan mutu pelayanan medis di RS CND.

Semua usaha perubahan manajemen rumah sakit bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan RS CND baik ke luar dalam hal pelayanan langsung terhadap pasien maupun ke dalam untuk pemenuhan kebutuhan kepuasan bekerja bagi staf RS CND.

Fasilitas Peralatan

Pasca tsunami khususnya di NAD membuat instansi-instansi, baik di tingkat nasional maupun internasional untuk membantu masyarakat yang terkena dampaknya. Termasuk di sektor kesehatan dan rumah sakit. Berbagai macam bantuan datang tanpa henti baik bantuan tenaga, obat-obatan maupun peralatan medis. RS CND merupakan salah satu rumah sakit yang beruntung mendapatkan berbagai macam bantuan peralatan medis yang sebelumnya memang belum dimiliki oleh RS CND.

Peralatan medis ini sangat menunjang pelayanan di RS CND terutama pada beberapa bagian antara lain bagian Syaraf, Mata, THT, ICU, Kamar operasi, Radiologi, labora-



“Bantuan alat elektromedik canggih seperti EEG, ENMG, Evoked Potensial dari berbagai instansi di RS CND pasca Tsunami betul-betul luar biasa. Namun disini lain justru menuai kendala antara lain karena merknya yang tidak terkenal dan tidak dikenal di Indonesia sehingga diragukan kualitas dan keawetan alat-alat tersebut. Belum lagi SDM yang akan menangani dan mengoperasikan alat-alat tersebut kurang memahami bahkan tidak bisa mengoperasikan alat tersebut. Sarana pendukung juga tidak terlalu diperhatikan seperti tempat atau ruangan untuk menyimpan alat-alat tersebut yang tidak representatif.

Sayang sekali jika RS CND tidak bisa memfungsikan alat tersebut secara optimal. Perlu seorang operator yang mengerti betul bagaimana mengoperasikan alat-alat tersebut, tidak harus perawat melainkan cukup seseorang yang mengerti peralatan elektronik dan komputer”

torium dan sebagainya yang hampir di semua bagian RS CND. Pentingnya peralatan medis ini menunjang tujuan jangka panjang RS CND dalam menyediakan pelayanan dokter spesialis yang lengkap dan permanen serta dapat menjadikan RS CND sebagai rumah sakit tipe B non pendidikan di wilayah pantai barat NAD.

Perubahan Mutu Tenaga Medis Dan Paramedis

Mutu pelayanan tidak terlepas dari kualitas SDM rumah sakit baik tenaga medis maupun para medis. Bekerjasama dengan instansi lain, RS CND sudah menyelenggarakan berbagai program pelatihan bagi stafnya, antara lain program magang dan pelatihan di RS Dr. Sardjito Yogyakarta, program magang di Rumah Sakit Singapura dan program magang di RS Hasan Sadikin Bandung. Sedangkan pelatihan yang dilakukan di RS CND hampir melibatkan seluruh staf medis dan paramedisnya, antara

lain pelatihan *Medical emergency service, general emergency life support*, manajemen mutu keperawatan, manajemen gizi, pelatihan farmasi, manajemen rekam medis, manajemen keuangan dan masih banyak lagi yang bisa dilihat pada tabel 1.

Pembangunan Fisik

Tidak hanya manajemen dan SDM, pembangunan fisik rumah sakit juga merupakan salah satu perubahan yang terjadi di RS CND pasca Tsunami. Dengan luas 2,8 hektar, bangunan lama RS CND direnovasi atas bantuan pemerintah Singapura. Walaupun sedikit terhambat dengan banyaknya kendala birokrasi, namun saat ini proses rekonstruksi bangunan fisik RS CND sudah mulai berjalan dan diharapkan 1 tahun kedepan RS CND sudah memiliki bangunan baru berstandar internasional. Ditambah dengan bangunan tambahan bantuan Bank Mandiri melalui UGM yaitu bangsal psikiatri. RS CND akan memiliki

Tabel 1. Jenis pelatihan yang diikuti staf RS CND pada masa rekonstruksi dan rehabilitasi pasca Tsunami.

No.	Jenis Pelatihan	Tempat	Jumlah Staf Terlibat
1.	GELS	Meulaboh	37 orang
2.	EMS	Meulaboh	23 orang
3.	Asuhan Keperawatan	Meulaboh	53 orang
4.	Asuhan Persalinan	Jakarta, Medan	18 orang
5.	Manajemen Keperawatan	Meulaboh	11 orang
6.	Pengendalian Infeksi Nosocomial	Meulaboh	14 orang
7.	ICU	Yogyakarta	2 orang
8.	UGD	Yogyakarta, Banda Aceh, Singapura	5 orang
9.	Pengelolaan Limbah Medis	Meulaboh	4 orang
10.	Pelatihan Psikiatri	Yogyakarta, Banda Aceh	3 orang
11.	Pelatihan Billing Sistem	Meulaboh	12 orang
12.	Pelatihan Farmasi	Yogyakarta	2 orang
13.	Pelatihan Laboratorium	Yogyakarta, Bandung	3 orang
14.	Pelatihan Gizi	Yogyakarta, Bandung	2 orang



Foto: Guardian Y Sanjaya



Foto: Guardian Y Sanjaya

Renovasi RS Cut Nyak Dhien Meulaboh sempat tertunda yang secara tidak langsung menghambat beberapa kegiatan Program Aceh RS Dr. Sardjito - UGM. Pada foto tampak beberapa bangunan di rumah sakit sedang dibangun yang menyebabkan terganggunya beberapa pelayanan di rumah sakit.

fasilitas pelayanan psikiatri yang nantinya menjadi satu-satunya rumah sakit kabupaten yang memiliki pelayanan rujukan pasien jiwa selain BPKJ Banda Aceh.

Fasilitas lain adalah bantuan 10 buah rumah dinas untuk dokter tetap RS CND atas bantuan BRR. Pembangunan fisik yang terjadi di RS Cut Nyak Dhien diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan semangat staf dalam bekerja, melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Aceh Barat dan sekitarnya.

Program Kerjasama Dengan FK UGM/RS Dr. Sardjito

UGM melalui tim medisnya sebagai tulang punggung program rekonstruksi dan rehabilitasi pasca Tsunami di NAD merupakan satu-satunya instansi yang terus menerus mendukung RS CND tanpa henti selama lebih dari 3 tahun. Berbagai macam kegiatan berhasil diimplementasi-

kan di RS CND yang tidak lain untuk meningkatkan kualitas pelayanan RS CND baik keluar maupun ke dalam.

Setidaknya 11 program pokok UGM di RS CND dilakukan dalam jangka waktu 3 tahun sejak Januari 2005. Antara lain:

1. Pemenuhan kebutuhan pelayanan dokter spesialis di RS CND termasuk pelayanan psikiatri dan psikologi di RS CND.
2. Membentuk CND sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan di wilayah pantai barat Aceh sekaligus pusat pengembangan sistem manajemen bencana di wilayah Aceh Barat-Selatan.
3. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui peningkatan kapasitas manajemen dan pembuatan beberapa manual antara lain standar mutu, standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional. Secara khusus memperkuat kapasitas staf dan sistem manajemen di unit penunjang medis seperti gizi, far-

masi dan *management logistic*.

4. Peningkatan kapasitas staf struktural dan fungsional melalui program pelatihan, magang di RS Dr. Sardjito dan *mentoring* dengan mendatangkan ahli-ahli sesuai dengan bidangnya.
5. Mempromosikan rumah sakit agar lebih dikenal dan diakses oleh masyarakat di wilayah Aceh Barat dan sekitarnya.
6. *Team building* dan budaya kerja sebagai salah satu cara untuk mengubah budaya kerja menjadi lebih baik.
7. Peningkatan kapasitas rekam medis dan manajemen rekam medis di RS CND.
8. Memperkuat sistem manajemen keuangan RS CND sekaligus mengadvokasi perubahan status rumah sakit menjadi BLUD (Badan Layanan Umum Daerah).
9. Pengembangan sistem informasi rumah sakit.
10. Peningkatan kapasitas staf dalam mempersiapkan RS CND sebagai rumah sakit rujukan MTBS untuk wilayah pantai barat NAD.
11. Membentuk CND sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa di wilayah pantai barat Aceh, sekaligus merintis pembentukan klinik tumbuh kembang anak.

Kendala

Seperti halnya rumah sakit yang berada dibawah pemerintah daerah (belum independen), kebijakan akan perubahan sistem di rumah sakit harus melalui persetujuan pemerintah daerah dan DPRD terutama manajemen keuangan. Sistem ini mengganggu pelayanan dimana pengeluaran rumah sakit atau penggunaan anggaran un-

tuk kebutuhan rumah sakit harus menunggu pengesahan RKA yang memakan waktu cukup lama. Hal ini mengganggu pelayanan kepada pasien/ masyarakat. Sebagai contoh penyediaan bahan habis pakai seperti Oksigen, obat-obatan dan perawatan rumah sakit seperti lampu, saluran air dan sebagainya. Jika hal ini dibiarkan berlarut-larut, kualitas pelayanan rumah sakit akan sangat menurun.

Selain itu, sistem yang ada menyebabkan ketidakpuasan staf terhadap manajemen. Sebagai contoh adalah keterlambatan pemberian insentif bagi staf RS CND, terutama dokter spesialis, yang berimbas pada krisis kepercayaan dan ketidakpuasan kepada rumah sakit dan Pemda yang pada akhirnya mengakibatkan terganggunya fungsi pelayanan.

Krisis kepercayaan yang terjadi saat ini dan ketidakpuasan staf yang ada karena mekanisme manajemen keuangan di RS CND masih tergantung pada pemerintah daerah. Penerimaan penghasilan rumah sakit disetorkan terlebih dahulu ke kas daerah sehingga jasa pelayanan dokter dan paramedis tidak dapat segera dibayarkan dan bahkan tertunda sampai 3 bulan atau lebih.

Ketersediaan tenaga spesialis belum mencukupi. Saat ini sebagian besar tenaga spesialis didatangkan dari UGM, padahal UGM pada akhir tahun 2007 sudah menyelesaikan programnya di Aceh Barat terutama RS CND. RS CND bersama pemerintah daerah harus memikirkan jalan keluar untuk kelanjutan pengadaan dokter spesialis setelah kerja sama dengan UGM selesai. Untuk itu diperlukan koordinasi yang baik antara RS CND dan pemerintah daerah.



Pelayanan di RS Cut Nyak Dhien sedikit terganggu dengan adanya renovasi gedung rumah sakit bantuan pemerintah Singapura. Pembangunan ini sempat tertunda dan menghambat beberapa pelaksanaan program pengembangan rumah sakit.

RENCANA STRATEGIS

Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2006-2010

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rencana Strategis (Renstra) Pembangunan Kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2006-2010 merupakan dokumen kebijakan perencanaan sektor kesehatan yang disusun karena adanya kebutuhan terhadap pedoman / petunjuk tentang penanganan kesehatan di Kabupaten Aceh Barat untuk lima tahun kedepan secara terpadu, terintegrasi dan berkelanjutan.

Penyusunan Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Kabupaten Aceh Barat 2006-2010 dilatar belakangi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal dimaksud ialah : 1) belum sempurnanya dokumen rencana strategis pembangunan kesehatan yang dapat dijadikan pedoman spesifik penanganan kesehatan untuk Kabupaten Aceh Barat pasca gempa bumi, tsunami dan bencana alam lainnya serta pasca konflik secara terpadu, terkoordinasi, terintegrasi dan berkelanjutan, untuk mencapai visi, misi dan tujuan pembangunan kesehatan nasional dan global; 2) perlunya redesain pelayanan kesehatan di

Kabupaten Aceh Barat pasca gempa bumi dan tsunami akibat perubahan signifikan terhadap jumlah populasi, jumlah penduduk miskin, distribusi dan ketersediaan tenaga kesehatan.

Sedangkan faktor eksternal adalah : 1) terjadinya perubahan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan sektor kesehatan, khususnya revisi undang-undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah oleh undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dan proses revisi undang-undang No. 18 tahun 2003 sebagai dampak Memorandum Of Understanding antara Pemerintah Republik Indonesia dengan Gerakan Aceh Merdeka; 2) kondisi makro ekonomi Kabupaten Aceh Barat pasca konflik yang dirasakan masih menyebabkan kurang termotivasinya tenaga ahli kesehatan untuk mengembangkan karier; dan 3) bencana alam yang cukup besar yang telah merubah struktur dan pola pemanfaatan tata ruang yang menyebabkan perlunya relokasi fasilitas dan tenaga kesehatan demi pembangunan pasca bencana.





Foto: Arief Kurniawan

Dokumen rencana strategis pembangunan kesehatan Aceh Barat disusun untuk memberikan arahan dan pedoman terhadap terselenggaranya pembangunan kesehatan di Kabupaten Aceh Barat.

Secara umum, dokumen Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Aceh Barat ini merupakan pedoman umum pembangunan sektor kesehatan di Kabupaten Aceh Barat yang mengacu kepada Renstra Pembangunan Kabupaten Aceh Barat dan Renstra Pembangunan Kesehatan Propinsi NAD, yang diharapkan dapat memberikan arah dan langkah-langkah yang dibutuhkan untuk pembangunan sektor kesehatan dalam periode 2006-2010. Dokumen ini disusun berdasarkan proses konsultasi dengan para pihak terkait di Kabupaten dan dengan Puskesmas baik dari lingkungan pemerintahan maupun non pemerintahan, serta berdasarkan kaidah-kaidah perencanaan seperti keselarasan, keserasian, keterpaduan, kelestarian dan kesinambungan.

Ruang lingkup dokumen Renstra ini mencakup identifikasi isu-isu strategis, penetapan strategi dan program prioritas pembangunan kesehatan di Aceh Barat yang disepakati untuk ditindak lanjuti dalam rangka pencapaian Visi dan Misi Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.

Landasan dan Kedudukan Hukum Renstra

Dengan lahirnya undang-undang No. 32 tahun 2004 yang merevisi undang-undang No. 22 tahun 1999, penyelenggaraan Pemerintahan daerah didasarkan pada perencanaan pembangunan daerah sebagai satu kesatuan dalam system perencanaan pembangunan nasional. Perencanaan pembangunan daerah tersebut disusun oleh pemerintahan daerah Kabupaten sesuai dengan kewenangannya yang dilaksanakan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan perencanaan tersebut disusun secara berjangka meliputi :

a. Rencana pembangunan jangka panjang daerah disingkat dengan RPJP daerah untuk jangka waktu 20 (dua puluh) tahun yang memuat visi, misi dan arah

pembangunan daerah yang mengacu kepada RPJP nasional.

- b. Rencana pembangunan jangka menengah daerah yang selanjutnya disebut RPJM daerah yang jangka waktu 5 (lima) tahun merupakan penjabaran dari visi, misi, dan program kepala daerah yang penyusunannya berpedoman kepada RPJP daerah dengan memperhatikan RPJM nasional.
- c. RPJM daerah sebagaimana dimaksud pada huruf b memuat arah kebijakan keuangan daerah, strategi pembangunan daerah, kebijakan umum, dan program satuan kerja perangkat daerah, lintas satuan kerja perangkat daerah, dan program kewilayahan disertai dengan rencana kerja dalam rangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.
- d. Rencana kerja pembangunan daerah, selanjutnya disebut RKPd, merupakan penjabaran dari RPJM daerah untuk jangka waktu 1 (satu) tahun, yang memuat rancangan kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan daerah, rencana kerja dan pendanaannya, baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat, dengan mengacu kepada rencana kerja Pemerintah.
- e. RPJP daerah dan RJMD ditetapkan dengan Peraturan Daerah/ Qanun yang berpedoman pada Peraturan Pemerintah.

Terkait dengan perencanaan sektoral, Pasal 151 UU No. 32/2004 menyebutkan tentang adanya satuan kerja perangkat daerah menyusun rencana strategis yang selanjutnya disebut Rencana Strategis Satuan Kerja Pemerintah daerah (Renstra-SKPD). Renstra tersebut memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program dan kegiatan pembangunan sesuai dengan tugas dan fungsinya, berpedoman pada RPJM Daerah dan bersifat indikatif. Renstra-

SKPD tersebut dirumuskan dalam bentuk rencana kerja satuan kerja perangkat daerah yang memuat kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun yang ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat.

Dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah, untuk tercapainya daya guna dan hasil guna, pemanfaatan data dan informasi tersebut dikelola dalam sistem informasi daerah yang terintegrasi secara nasional. Perencanaan pembangunan daerah tersebut juga disusun untuk menjinakkan keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pengawasan. Dengan mempertimbangkan kerangka perencanaan pembangunan sector kesehatan sebagai bagian dari kerangka perencanaan nasional, kedudukan Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Aceh Barat dalam kebijakan nasional adalah sebagai pedoman spesifik pembangunan sector kesehatan secara menyeluruh dan bersifat memperkuat integrasi Renstra SKPD lembaga yang bergerak di sector kesehatan dengan RPJM di tingkat Kabupaten.

Isu – Isu Kesehatan

Secara umum, isu kesehatan di Aceh Barat dapat dilihat dari sisi persoalan kesehatan yang dialami masyarakat (health problem) dan persoalan yang dialami oleh penyedia pelayanan kesehatan (health service problem), yakni penyedia pelayanan kesehatan (Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, Polindes, Posynadu, Gudang Farmasi, Balai Pengawasan Obat dan Makanan dan Badan Koor-

dinasi Keluarga Berencana, serta Pelayanan Swasta dan LSM).

Dari sisi persoalan kesehatan yang dialami masyarakat (health problem), berupa dampak konflik yang berkepanjangan dan tsunami dan gempa bumi di Aceh Barat.

Dalam konteks persoalan kesehatan di masyarakat, setidaknya terdapat 10 isu kesehatan utama masyarakat adalah: 1) kesehatan ibu dan anak; 2) status gizi; 3) Malaria; 4) TBC; 5) Diare; 6) ISPA dan Pnemonia; 7) Demam Berdarah; 8) Lepra; 9) infeksi kulit; dan 10) kesehatan jiwa.

Sedangkan dari sisi penyedia pelayanan kesehatan, persoalan prioritas yang harus ditangani dikelompokkan dalam 5 kelompok permasalahan.

1. Kebijakan, Reformasi dan Penentuan Kembali Sistem Kesehatan
2. Perencanaan dan Pembiayaan Kesehatan
3. Sumber Daya Manusia
4. Fasilitas, Peralatan Kesehatan dan Perlengkapan Medis
5. Penyediaan Pelayanan (Service Delivery) Kesehatan Kepada masyarakat.

Tujuan Penyusunan Renstra Kesehatan

Tujuan penyusunan Renstra Pembangunan Kesehatan Aceh Barat adalah memberikan arahan dan pedoman terhadap terselenggaranya pembangunan kesehatan di Kabupaten Aceh Barat, dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan, secara terpadu, terkoordinasi dan berkelanjutan.



Foto: Eddy Supriyadi

Salah satu isu kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak. Hal ini sejalan dengan pelaksanaan Program MTBS di Aceh Barat oleh UGM, CRS dan Dinas Kesehatan.

VISI, MISI DAN STRATEGI

Visi Dinas Kesehatan Aceh Barat

Menjadi Dinas Kesehatan yang mampu memimpin usaha mencapai Aceh Barat Sehat 2010

Misi Dinas Kesehatan Aceh Barat

- Menggerakkan pembangunan daerah yang berwawasan kesehatan.
- Mendorong kemandirian masyarakat untuk meningkatkan kesehatan untuk hidup sehat.
- Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
- Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungan.

Strategi Pembangunan Kesehatan Aceh Barat diarahkan kepada beberapa hal :

- a. Pembangunan daerah yang berwawasan kesehatan serta melakukan berbagai upaya yang didasari oleh profesionalisme dan desentralisasi.
- b. Pelayanan kesehatan bermutu dan bernuansa Islami

ANALISIS SWOT DAN ISU-ISU PENGEMBANGAN

Analisis Kekuatan

- Dukungan penuh dari pemerintah daerah kabupaten
- Kepala Dinas memiliki kompetensi yang cukup baik
- Ada keinginan dan semangat karyawan untuk meningkatkan diri

Analisis Kelemahan

- Jumlah dan kompetensi karyawan masih rendah
- Kemampuan manajerial belum memadai dan belum merata
- Pemahaman terhadap pelaksanaan program masih rendah
- Hambatan komunikasi sering terjadi di berbagai level dan antar profesi
- Sistem pengawasan intern belum efektif
- Penelitian dan pengembangan belum mendapat perhatian yang optimal
- Belum ada Sistem informasi Kesehatan Daerah
- Koordinasi dengan Puskesmas sulit dilakukan karena



Foto: Eddy Supriyadi

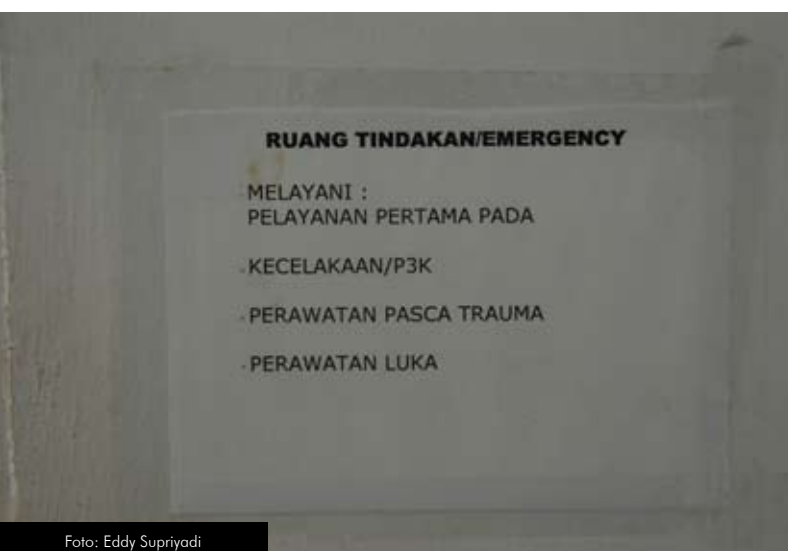


Foto: Eddy Supriyadi

Foto (atas), bangunan Puskesmas baru sudah beroperasi dalam melakukan pelayanan kesehatan. Tidak hanya bangunannya yang baru, melainkan jenis pelayanannya pun lebih lengkap dibandingkan sebelum Tsunami (foto bawah).

gaji tenaga Puskesmas dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten Aceh Barat

- Beban operasional yang besar akibat banyak pembangunan Puskesmas baru oleh NGO
- Kegiatan surveilliance penyakit belum terkoordinasi dengan baik

Analisis Peluang

- Pelatihan dan magang yang dibiayai oleh NGO
- Adanya donatur dari NGO yang memberi bantuan sarana dan prasarana
- Kerjasama dalam berbagai program dengan NGO
- Daya beli masyarakat yang cukup baik

- Sudah ada dasar hukum menjadi regulator dan pengawas pelaksanaan pelayanan kesehatan yang profesional

Analisis Ancaman

- Kesadaran masyarakat akan kesehatan masih rendah
- Persepsi masyarakat bahwa puskesmas tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan dengan baik
- Pengadaan obat, alat, reagen tidak tepat waktu dan sangat mahal karena terlalu banyaknya sistem dan jauhnya jarak

Tabel 1. Matriks Pengembangan Dinas Kesehatan Aceh Barat.

Sumber	Jenis Subsidi	Program Lama	Program Baru
Subsidi Pemerintah	Subsidi lama (rutin)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh bidan desa 3. Penyuluhan tentang imunisasi 4. Penyuluhan tentang kesehatan 5. Pencegahan dan pemberantasan penyakit 	Pembangunan dan rehabilitasi Puskesmas
	Subsidi baru (insidental pasca Tsunami)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh bidan desa 3. Penyuluhan tentang kesehatan 4. Pembangunan Puskesmas yang rusak 5. Pelayanan kesehatan keluarga miskin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadaan peralatan kesehatan 2. Pelayanan kesehatan korban Tsunami
NGO	NGO Lama (sebelum Tsunami)	-	
	NGO Baru (Pasca Tsunami)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembangunan kembali Puskesmas yang rusak 2. Bantuan peralatan bagi bidan desa 3. Pencegahan dan pemberantasan penyakit 4. Penyuluhan tentang kesehatan 5. Pelatihan MTBS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan Sistem Informasi Kesehatan Daerah 2. Pembangunan Puskesmas baru 3. Program Pemeriksaan Kesehatan Mata 4. Pendirian klinik kesehatan mental. 5. Pemberian bantuan peralatan untuk Puskesmas
Dana Masyarakat	Lama	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh Bidan desa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh Bidan desa
	Baru	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh Bidan desa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas 2. Pertolongan persalinan oleh Bidan desa

- Masyarakat makin informatif terhadap informasi kesehatan dan makin kritis
- APBD kecil, sedangkan NGO banyak yang sudah menyelesaikan bantuannya

Isu-Isu Pengembangan

1. Daya beli masyarakat cukup baik, namun kesadaran masyarakat atas kesehatan masih rendah
2. Banyaknya permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat pasca konflik dan tsunami, tetapi belum ditunjang peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan yang ada
3. Ada bantuan dana, fisik, dan program dari NGO, tetapi kemampuan perencanaan dan manajerial masih rendah
4. UPT Dinas merupakan hal yang penting, namun banyak masalah dalam melakukan koordinasi dengan Puskesmas

Strategi Pengembangan

1. Strategi Umum
Strategi umum yang diterapkan di Dinkes Meulaboh adalah pertumbuhan. Arah pertumbuhan dapat dilihat pada tabel 1.
2. Strategi Fungsional
 - a. Pelayanan
Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat:
Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya korban tsunami dan korban pasca konflik RI-GAM didanai oleh APBD II, APBN, NGO

Bidang Penyehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit:
Meningkatkan efektivitas pencegahan dan pengendalian penyakit menular melalui penggu-

naan sistem informasi kesehatan didukung dari dana APBD II dan World Vision Australia

Bidang Program dan Penyuluhan:

- Peningkatan cakupan promosi kesehatan dengan dana dari APBD II, BRR, APBN, dan NGO
- Pembangunan kembali dan pengembangan sarana dan prasarana Puskesmas dan Puskesmas pembantu didanai DAK dan dari NGO baik dalam maupun luar negeri

Bidang Farmasi dan Makanan

Peningkatan pelayanan kefarmasian dan pengawasan makanan didanai oleh APBD II dan NGO

b. Sumber Daya Manusia

Bagian Tata Usaha:

Optimalisasi jumlah dan kualitas tenaga kesehatan pasca tsunami

Kesehatan Mental:

Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan mental dengan menempatkan Psikolog di setiap Puskesmas

c. Keuangan

Melakukan perbaikan sistem penghitungan dan pengajuan anggaran

d. Hukum

Memanfaatkan status Puskesmas sebagai UPT Dinas untuk melakukan koordinasi yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat



Puskesmas Meurebo segera beroperasi beberapa minggu pasca Tsunami dengan dibantu relawan dari berbagai organisasi nasional maupun internasional. Saat ini Puskesmas memiliki peralatan medis yang baru bantuan dari berbagai pihak.

RENCANA IMPLEMENTASI STRATEGI FUNGSIONAL (TAHUN 2006-2007)

Bidang Pelayanan

Tabel 2. Rencana Program Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Perbaikan gizi masyarakat	Supervisi dan monitoring	Kabid Yankesmas/ kasie Kesga dan Gizi	2006	APBD II	59.400.000
	Pengadaan susu dan biskuit				
Program KIA	Pertemuan bidan desa	Kabid Yankesmas/ Koordinator bidan kabupaten	2006	APBD II	42.050.000
	pertemuan Akselerasi AKI				
	Supervisi dan monitoring				
Penunjang Jaminan Yankes Gakin	Pelayanan Kesehatan Kelu- arga Miskin	Kabid Yankesmas	2006	APBD II	81.000.000
Peningkatan Kesehatan Masyarakat	Pelayanan Kesehatan Jiwa	Kabid Yankesmas/ Kasie Kesehatan Khusus	2006	APBD II	100.500.000
	Pelayanan UKS				
	Pelayanan UKGS				
Peningkatan kesehatan masyarakat di Meureubo, J. Pahlawan, Kaway XVI, Sungai Mas, dan Woyla Barat	Pemberian pelayanan kesehatan	Ibu4Aceh	2006	Ibu4Aceh	
	Pelayanan Posyandu	Ibu4Aceh	2006	Ibu4Aceh	
Peningkatan KIA dan Gizi di Samatiga	Monitoring KIA	YEU	2006	YEU	
	Pengorganisasian kader Posyandu	YEU	2006	YEU	
Pelayanan Klinis	Pelayanan dokter spesialis di RS CND	UGM	2005-2007	World Vision Australia	
Pelayanan kesehatan di J. Pahlawaan	Pemeriksaan penyakit dan pemberian obat-obatan	Tim Medis Bala Keselamatan	2006-2010	Bala Kes- elamatan	
Pelatihan gizi di J. Pahlawan dan Meureubo	Pelatihan Kader	WVI	2006	WVI	
	Support kegiatan di Po- syandu	WVI	2006	WVI	
Peningkatan pelayanan kes- ehatan mental di 12 Puskes- mas	Pelatihan kader	UGM	2006-2007	World Vision Australia	
Pengembangan MTBS di Kab. Aceh Barat, Aceh Jaya, dan Nagan Raya	Pelatihan kader MTBS	UGM	2006-2007	World Vision Australia	
	TOT MTBS	UGM	2006-2007	World Vision Australia	
	Evaluasi pelatihan kader MTBS	UGM	2006-2007	World Vision Australia	

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Intervensi terhadap kasus malnutrisi di Tenda tanjong harapan, tenda lapang - I, barak Lapang, barak cot seulam, kubu, cot buloh, tenda ujong baroh	Assesment kasus malnutrisi	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
	Penyuluhan terhadap keluarga yang memiliki malnutrisi anak	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
	Promosi melalui media	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
	Pemberian makanan dan monitoring status kesehatan	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
Revitalisasi dan supervisi Posyandu di Tenda tanjong harapan, tenda lapang - I, barak Lapang, barak cot seulam, kubu, cot buloh, tenda ujong baroh	Fasilitasi penyuluhan kesehatan	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
	Supervisi program pemberian makanan bayi di posyandu	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	
	Promosi Posyandu sebagai pusat pengembangan anak	Respond to Aceh	2006-2007	Respond to Aceh	

Tabel 3. Rencana Program Bidang Penyehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit	Imunisasi	Kabid PL, P2P/Wasor Imunisasi	2006	APBD II	79.210.000
	PIN	Kabid PL, P2P	2006	APBD II	31.500.000
	Penanggulangan Malaria dan DBD	Wasor Malaria/DHF	2006	APBD II	115.000.000
	Pengamatan dan Penyelidikan Penyakit (Surveillance)	Kabid PL, Kasi P2P	2006	APBD II	45.000.000
	Pengendalian Penyakit TBC dan Kusta	Kabid PL, Kasi P2P (Wasor TB dan Kusta)	2006	APBD II	32.920.000
	Penyehatan lingkungan	Kabid PL, Kasi	2006	APBD II	29.610.000
	Penanggulangan Diare	P2P/Wasor Diare	2006	APBD II	22.568.000
Pengembangan Sistem Informasi	Pengembangan sistem pelaporan data ke Puskesmas	YEU	2006	YEU	
	Training Epi Info	UGM	2006	World Vision Australia	
	Pemetaan fasilitas kesehatan	UGM	2006	World Vision Australia	

T. Afrizal, DNCCom



Staf Dinas Kesehatan Aceh Barat, NAD

Kami sangat berterima kasih kepada UGM yang sudah 3 tahun membantu Aceh Barat pasca bencana Tsunami. Dengan adanya kerjasama yang terus-menerus dengan UGM, telah membukakan wawasan kami sebagai staf Dinas Kesehatan untuk berbuat sesuatu yang lebih baik bagi kesehatan masyarakat Aceh khususnya Aceh Barat. Setelah program UGM berakhir kami berharap hubungan yang telah terbina ini tidak berhenti, dan kami mengharapkan UGM tetap berkomunikasi dan tetap membantu Dinas Kesehatan dalam bentuk konsultasi dan supervisi ke Aceh Barat."

Tabel 4. Rencana Program Bidang Penyehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Promosi Kesehatan (penyuluhan kesehatan)	Penyuluhan PHBS	Kabid Program & penyuluhan/ Kasie Penyuluhan	2006	APBD II	88.000.000
	Publikasi dan harmonika berita				
	Penyebarluasan informasi				
Promosi higiene di Samatiga	Penyuluhan	SRC	2006	SRC	
Pengadaan Sarana dan Prasarana Kesehatan	Pengadaan Alat Medik Puskesmas	Kabid FM	2006	DAK & APBD II	642.150.000
	Pengadaan Mebelair Puskesmas	Kabid PP/TU	2006	DAK & APBD II	180.050.000
	Pengadaan sepeda motor (22 unit, untuk Pustu)	Kabid PP/TU	2006	DAK & APBD II	363.000.000
Peningkatan Sistem Informasi Kesehatan	Penyusunan Profil kesehatan	Kabid PP/Kasie Penyusunan program dan pelaporan	2006	APBD II	38.940.000
	Pengolahan dan analisa data SP2TP				
	Evaluasi Program				
	Pemantauan program				
Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	Pembangunan ruang rawat inap Puskesmas Kajeuen, Kec. Sungai Mas	Kabid Program & penyuluhan/ staf	2006	DAK & APBD II	210.180.000
	Pembangunan Puskesmas Pembantu (8 unit di Kec. We Timur, Sungai Mas, Kaaway XVI, dan Pante Ceureumen	Kabid Program & penyuluhan/ staf	2006	DAK & APBD II	2.520.376.000
	Pembangunan rumah dinas Puskesmas (11 unit di Kec. JP, Sungai Mas, Samatiga, Kaaway XVI, W. Timur, dan W. Barat	Kabid Program & penyuluhan/ staf	2006	DAK & APBD II	2.101.237.000
Rehabilitasi dan Rekonstruksi Sarana Kesehatan	Pembangunan Polindes Swak Pandan	Islamic Relief	2006	Islamic Relief	
	Rehab Puskesmas Tingkem Panyang	French Red Cross	2006-2007	French Red Cross	
	Pembangunan Pustu Ujungkala	French Red Cross	2006-2007	French Red Cross	
	Pembangunan Pustu Pribu	French Red Cross	2006-2007	French Red Cross	
	Pembangunan Pustu Seuneubouk Teungoh	French Red Cross	2006-2007	French Red Cross	
	Pembangunan Pustu Lueng Baru	French Red Cross	2006-2007	French Red Cross	
	Pembangunan 4 unit Pustu melalui Catholic Relief Service (CRS) di kecamatan W. Barat	CRS	2006-2007	CRS	
	Pembangunan Polindes 6 unit di Kecamatan A. Lambaleik dan W. Barat	CRS	2006-2007	CRS	
	Pembangunan Pustu 3 unit di Kec. Samatiga, Kec. Bubon dan Woyla	IFRC (International Federation Red Cross)	2006-2007	IFRC	

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Rehabilitasi dan Rekonstruksi Sarana Kesehatan	Rehabilitasi Pustu 2 unit di Kec. Bubon	IFRC (International Federation Red Cross)	2006-2007	IFRC	
	Pembangunan Polindes di Kecamatan Samatiga, 1 unit	IFRC (International Federation Red Cross)	2006-2007	IFRC	
	Pembangunan Polindes di kec. Swak Timah	Horizon Holland	2006	Horizon Holland	
	Pembangunan Pustu di Kec. Swak Timah	World Vision (Tender)	2006-2007	World Vision	
	Pembangunan Pustu Suak Pante Breuh	Islamic Relief	2006	Islamic Relief	

Bidang Penyehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Peningkatan pelayanan kefarmasian dan pengawasan makanan	Pengadaan obat dasar	Kabid Farmasi & Makanan	2006	APBD II	688.669.716
	Distribusi obat ke puskesmas	Kabid Farmasi & Makanan/ Kasi Pengawasan Obat	2006	APBD II	
	Penyebaran informasi bahan tambahan pangan, kosmetik, dan obat tradisional	Kabid Farmasi & Makanan/ Kasi Pengawasan Obat	2006	APBD II	20.570.000
	Pengawasan Farmasi	Kabid Farmasi	2006	APBD II	17.686.000
	Penyebaran informasi bahaya penyalahgunaan obat dan Napza	Kabid Farmasi	2006	APBD II	13.184.000
	Pengawasan makanan	Kabid Farmasi & Makanan/ Kasi Pengawasan Makanan	2006	APBD II	13.530.000
Revitalisasi Posyandu di Johan Pahlawan dan Meureubo	Penyediaan obat-obatan di Posyandu	World Vision Indonesia	2006		

Bidang Sumber Daya Manusia

Bidang Tata Usaha

Program	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Anggaran	
Penyesuaian jumlah tenaga kesehatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada	Rekrutmen pegawai baru				
Peningkatan kualitas tenaga kesehatan yang ada	Pelatihan komunikasi	UGM	Maret 2006	World Vision Australia	
	Pelatihan tenaga surveillance	UGM	Juli 2006	World Vision Australia	
Penempatan Psikolog di setiap Puskesmas	Penempatan Psikolog Ba-lee Zaituna di Puskesmas		2007		
	Rekrutmen Psikolog Baru		2007-2008		

dr. Amir Hamzah, Sp.PD, M.Kes



Kepala Dinas Kesehatan
Aceh Barat, NAD

“Selama tiga tahun belakangan ini banyak perubahan terjadi di Aceh Barat terutama di sektor kesehatan. Jika dilihat dari data yang ada antara lain jumlah kematian anak menurun, jumlah kasus malaria menurun dan masih banyak lagi. Hal ini berkat bantuan organisasi nasional dan internasional yang membantu terutama di sektor kesehatan sampai ke pelosok-pelosok daerah, sehingga mampu mencakup pelayanan yang lebih luas.

UGM adalah salah satu yang membantu Dinas Kesehatan melalui beberapa program. Program sistem informasi kesehatan daerah membuat staf Dinkes menjadi “melek” komputer dan internet. Program MTBS yang dilaksanakan di Aceh Barat membawa organisasi lain untuk bekerjasama dengan Dinkes mengimplementasikan program serupa dengan cakupan yang lebih luas. Namun satu prestasi bagi Dinkes adalah pencapaian program mental health dimana Pemerintah Daerah sudah mengalokasikan anggaran untuk program ini dengan mengontrak psikolog untuk bekerja di bawah Dinas Kesehatan.

Saya sangat kagum dengan program UGM di Aceh Barat. Sebagai institusi pendidikan, UGM bersedia datang ke daerah terpencil seperti ini dan membantu mengembangkan sistem kesehatan di sini, sementara institusi lain yang lebih dekat saja tidak bisa datang kemari. Ini merupakan pembelajaran yang besar bagi kami semua baik di Dinas Kesehatan maupun rumah sakit, bahwa UGM benar-benar memiliki tim yang solid, manajemen yang kuat dan komitmen yang kuat dalam membantu Aceh pasca Tsunami dan bahkan untuk jangka waktu yang lama, 3 tahun! Saya yakin ini membutuhkan usaha dan tenaga yang besar, dan saya bisa membayangkan betapa besar komitmen UGM dalam membantu Aceh Barat, kita harus belajar dari pengalaman penting ini.”



Foto: Eddy Supriyadi



Foto: Eddy Supriyadi

Pasca Tsunami banyak fasilitas kesehatan di Aceh direnovasi dan dibangun kembali oleh pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat yang bekerja di Aceh. Salah satu Puskesmas di Aceh Barat (foto), Puskesmas Johan Pahlawan, yang turut mendapatkan bantuan rekonstruksi bangunan.

BAB 3

Evaluasi Proyek

“Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province”



Metode evaluasi yang digunakan adalah analisis kualitatif, untuk mendapatkan masukan dari para pemegang kebijakan (*stakeholders*). Metode kualitatif tersebut menggunakan satu protokol kuesioner. Responden hanya diberi pertanyaan yang relevan dengan posisi mereka dalam proyek ini. Terdapat 34 wawancara yang dilaksanakan baik di Yogyakarta, Meulaboh, Banda Aceh, dan Melbourne. Wawancara di Melbourne dilaksanakan oleh Dr. Simon Slotakan sedangkan wawancara yang lain dilaksanakan oleh Ahmer Akhtar dan Guardian Y. Sanjaya. Evaluasi ini berdasarkan pada informasi yang diberikan responden.

Analisis *log frame* dalam evaluasi menggunakan *database* yang didisain dan dipersiapkan oleh Guardian Y. Sanjaya untuk melihat *output* proyek, dampak langsung, *outcome* proyek dan faktor resiko yang mempengaruhi keberhasilan proyek. Sejumlah data kuantitatif telah diperoleh dari analisa *log frame* yang dapat dilihat pada bab ini.

Laporan akhir dipersiapkan oleh Ahmer Akhtar (Australian International Health Institute) dan Guardian Y. Sanjaya (ataf *Monitoring* dan evaluasi, Project Supportig Unit, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada).

LAPORAN PELAKSANAAN

Ahmer Akhtar dan Guardian Y. Sanjaya

Program “**Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province**” awalnya dilaksanakan sebagai respon kemanusiaan terhadap bencana Tsunami di tahun 2004. Respon ini melibatkan rumah sakit Dr. Sardjito di Yogyakarta (**untuk selanjutnya disebut: RS Dr. Sardjito**) dan Fakultas Kedokteran dan Psikologi, Universitas Gadjah Mada (**untuk selanjutnya hanya disebut: UGM**). Kedua lembaga tersebut diminta memberikan bantuan bagi Aceh oleh pemerintah pusat. Pada tahap selanjutnya *Royal Children’s Hospital* (RCH), lembaga yang telah lama bekerja sama dengan RS Dr. Sardjito dalam penelitian medis ikut serta dalam proyek bantuan kemanusiaan ini.

Proyek ini kemudian berubah dari sebuah bentuk respon kemanusiaan menjadi proyek pemulihan dan pembangunan yang didukung oleh *World Vision Australia* (WVA). Sebagai lembaga donor, WVA menghendaki adanya mitra pelaksana lokal dalam proyek ini.

Proyek bantuan untuk pengembangan sistem kesehatan di Aceh Barat, yang merupakan salah satu daerah yang paling parah terkena bencana Tsunami di Aceh, sudah dijalankan semua oleh mitra lokal, yaitu RS Dr. Sardjito-

UGM. Proyek ini merupakan salah satu bentuk program bantuan bagi pemulihan sistem kesehatan jangka panjang dan konsisten di wilayah pesisir pantai barat Aceh. Fakta sederhana yang dapat diukur antara lain penyediaan tenaga medis secara rotasi, sebagai wujud bantuan terhadap komunitas dan sistem kesehatan setempat.

Paket bantuan manajemen dan teknis dari RS Dr. Sardjito-UGM telah menunjukkan dampak dan hasil yang bervariasi. Salah satu yang paling signifikan adalah kepercayaan masyarakat yang meningkat terhadap standar perawatan rumah sakit yang semakin baik. Usaha-usaha lain juga telah dibuat untuk memperbaiki kualitas pelayanan medis dan manajemen di rumah sakit. Namun usaha-usaha tersebut mempunyai dampak yang berbeda baik yang berupa keberhasilan maupun kegagalan. Bentuk-bentuk keberhasilan terlihat pada pendekatan terhadap sumber daya manusia di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND); pengenalan prosedur operasional standar; pengenalan mutu pelayanan klinis; penyediaan suplai air di semua bangsal rawat inap dan rawat jalan, pelaksanaan *Integrated Management of Childhood Illnesses* (Manajemen Terpadu Balita Sakit) pada level pelayanan primer (Puskesmas) dan rujukan (rumah sakit); pelatihan teknis dan manajemen bagi staf manajemen dan staf medis RS CND;



Pos kesehatan tim RS Dr. Sardjito - Fakultas Kedokteran UGM pada awal pasca Tsunami di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Foto: Fajar

pengenalan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang melibatkan 6 kabupaten di pesisir pantai barat Aceh; pengenalan teknologi informasi untuk mendukung *billing system* di RS CND serta pengenalan psikologi sebagai sebuah bidang yang membantu dan mendorong program kesehatan jiwa di masyarakat.

Komponen program yang kurang berhasil adalah perbaikan budaya kerja di rumah sakit daerah. Motivasi dan kepercayaan diri yang rendah serta ketergantungan staf rumah sakit kepada tim UGM merupakan penyebab dari ketidak-suksesan tersebut. Staf manajer senior di rumah sakit sepertinya tidak mampu menunjukkan tindakan positif untuk perubahan dan perbaikan kondisi kerja kepada staf di level menengah dan bawah. Besarnya gaji dan insentif yang diterima menjadi alasan utama mengapa staf tidak mau merubah dan memperbaiki kinerja mereka. Hal ini mengancam kesinambungan semua pencapaian program. Penting bagi staf manajer senior dan penentu kebijakan lokal di Banda Aceh dan Aceh Barat untuk tidak kehilangan apa yang sudah dicapai. Apakah nantinya ke-

hilangan pencapaian itu akan terjadi atau tidak tergantung pada situasi politik lokal dan kesediaan pihak-pihak lokal untuk meneruskan dan mengembangkan pencapaian-pencapaian itu.

Akan tetapi harus diingat bahwa perubahan kultural membutuhkan waktu yang lama untuk membuahkan hasil. Sulit untuk mendapatkan perubahan kelembagaan yang drastis hanya dalam waktu dua tahun. Perubahan yang telah dimulai oleh program ini kemungkinan akan lebih cepat tercapai apabila rumah sakit diubah statusnya menjadi rumah sakit independen. Walaupun hal ini bukanlah hal yang mudah.

Kemitraan yang dibentuk dalam pelaksanaan proyek mengalami sejumlah perubahan. Pada tahap awal, lembaga donor menyangsikan kapasitas kelembagaan dan manajemen keuangan UGM. Memang benar pada awal program terdapat disain proyek dan kapasitas manajemen proyek yang lemah serta kurang siapnya manajemen keuangan dan sistem pelaporan di pihak UGM,



Gempa Bumi dan Gelombang Tsunami menyapu daerah pesisir pantai barat propinsi NAD dan menghancurkan bangunan yang ada. Dapat dilihat pada foto (samping) bekas ketinggian gelombang Tsunami saat kejadian dan daya hancur Tsunami mematahkan pohon berdiameter 80 cm (bawah).



karena lembaga ini belum pernah menangani sebuah proyek dengan ukuran dan karakter seperti ini. Ketegangan-ketegangan pun terlihat pada tahap ini karena WVA menunda penurunan dana lanjutan untuk proyek sampai mekanisme-mekanisme yang sesuai dan transparan telah disiapkan. Usaha-usaha perbaikan kemudian dilakukan oleh UGM dalam penyusunan mekanisme bantuan manajemen dan teknis dari kemitraan lain. UGM membuat perubahan yang berarti dan menunjukkan kemajuan yang mengesankan dalam perbaikan manajemen proyek dan pelaporan keuangan. Adanya perubahan ini, lembaga donor kemudian menyetujui disain dan anggaran proyek, serta memberikan ruang yang lebih luas bagi semua mitra untuk melaksanakan perannya.

Peran *Australian International Health Institute* (AIHI) dan RCH sangat penting terhadap keseluruhan aspek manajemen dan teknis dari proyek ini. Peran AIHI mendapatkan apresiasi yang tinggi dari lembaga donor dan mitra lain. Tim *Technical Adviser* dari RCH mempunyai peran yang penting dalam menyediakan arahan program.

Program *Mental Health* menghadapi tantangan yang lebih kompleks yang berpengaruh pada kinerjanya. Walaupun komponen *Mental Health* kemudian memperbaiki kinerjanya, yang pada akhirnya mampu mempengaruhi

pemegang kebijakan lokal agar mempekerjakan psikolog di pusat-pusat layanan kesehatan, namun masih ada pertanyaan tersisa mengenai pencapaian akhir dari komponen ini. Evaluasi terpisah untuk program *Mental health* akan dilaksanakan pada tahap selanjutnya.

Kesempatan mendapatkan pembelajaran yang lebih luas muncul selama implementasi proyek, yang paling jelas adalah adanya model-model bantuan bagi sumber daya manusia bidang kesehatan di daerah terpencil. Kurangnya staf medis di daerah-daerah terpencil menunjukkan adanya ketimpangan dalam sistem kesehatan di Indonesia. Mekanisme penyediaan staf medis ke Kabupaten Aceh Barat dapat dipakai sebagai contoh mengenai bagaimana masalah sumber daya manusia di daerah terpencil yang tertinggal dapat ditangani dengan suatu sistem kontrak. Model bantuan teknis dan manajemen dapat pula dieksplorasi sebagai sebuah model peningkatan kapasitas dalam rangka mereformasi dan mengembangkan sistem kesehatan di wilayah-wilayah yang kurang maju di Indonesia. Model ini telah diaplikasikan oleh RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) pada proyek serupa di rumah sakit daerah di Kabupaten Nias yang didanai oleh Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Aceh-Nias (BRR).



Foto: Rahmat Hidayat

Bendera kebangsaan Indonesia Merah Putih dikibarkan setengah tiang di tengah-tengah reruntuhan Tsunami.

BAGIAN 1

Evolusi Proyek

Gempa dan gelombang Tsunami yang terjadi di sekitar Aceh, Indonesia pada 26 Desember 2004 menyisakan kerusakan luar biasa. Lebih dari 100.000 orang meninggal hanya di Indonesia saja, dan banyak yang dinyatakan hilang serta kehilangan tempat tinggal. Pantai Barat Aceh adalah salah satu wilayah yang paling parah.

Selain bencana ini, Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) sendiri telah mengalami konflik berkepanjangan sejak tahun 1980an. Diperkirakan lebih dari 10.000 orang tewas terbunuh dengan jumlah yang terluka lebih banyak lagi. Konflik tersebut mempunyai efek yang serius terhadap sistem pelayanan kesehatan primer dan rujukan, terutama pada level kabupaten (khususnya sistem rujukan dan tenaga ahli profesional). Kondisi kesehatan jiwa dan psikososial terganggu oleh ketidak-amanan, kekerasan, dan perpindahan tempat tinggal. Faktor-faktor ini memicu munculnya dampak lain pada sistem kesehatan, seperti kurangnya pengawasan dan supervisi, kurangnya staf, terbatasnya obat-obatan dan peralatan medis, lemahnya sistem informasi, dan buruknya kualitas perawatan yang berbuntut pada terbengkalainya rumah sakit daerah, serta pusat-pusat layanan kesehatan primer (Puskesmas), dengan staf yang mempunyai motivasi dan kepercayaan diri yang rendah.

Tsunami yang terjadi memperburuk proses layanan kesehatan pada sistem kesehatan yang sudah lemah ini. Banyaknya staf yang meninggal di Banda Aceh dan Meulaboh mengurangi kapasitas manajemen pada level propinsi dan kabupaten sehingga mempengaruhi bantuan teknis, arah kebijakan, perencanaan dan koordinasi. Trauma kehilangan yang dialami oleh masyarakat dan pekerja kesehatan sangat mempengaruhi kapasitas staf lokal terhadap respon dan pemulihan bencana. Kerusakan jalan dan fasilitas kesehatan, khususnya di sepanjang pantai barat menyebabkan hilangnya akses serta menurunnya pelayanan. Adanya pusat-pusat relokasi sementara, perubahan demografi, rekonstruksi tempat tinggal dan kelompok masyarakat yang baru serta pengenalan instansi nasional dan internasional yang melaksanakan proyek kesehatan, kesemuanya bermakna bahwa pengorganisasian dan perencanaan layanan kesehatan sedang terjadi di sebuah lingkungan yang kompleks dan dinamis. Namun demikian, terdapat peluang-peluang dalam mewujudkan pengaruh jangka panjang melalui penguatan sistem kesehatan dalam pemberian layanan yang esensial kepada komunitas yang terkena bencana dan konflik ini, melalui sumber daya baru dan situasi yang kondusif pasca penandatanganan persetujuan damai.



Foto: Ksirhna Hort

Ilustrasi keadaan Aceh pasca Tsunami Desember 2004 tergambar dalam sebuah lukisan dinding atau Mural di Aceh Barat.



Dokumen PSU

Penandatanganan MoU antara RS Dr. Sardjito yang diwakili oleh dr. Sri Endarini, MPH, Fakultas Kedokteran UGM oleh Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K) dan Fakultas Psikologi UGM oleh Prof. Dr. M. Noor Rochman H, SU pada bulan November 2005.

Latar Belakang

Proyek “Supporting Human Resource Development and Health Service Reconstruction in Aceh Barat and NAD” bermula dari respon terhadap bencana Tsunami. Instansi yang terlibat di tahap awal adalah Rumah Sakit Dr. Sardjito (RS Dr. Sardjito), Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (untuk selanjutnya disebut: UGM) dan *Royal Children’s Hospital* (RCH) Australia. Tiap insititusi tersebut terlibat dalam respon kemanusiaan.

Berbagai organisasi di Indonesia diminta langsung oleh pemerintah pusat untuk menyediakan pertolongan pasca Tsunami di Aceh. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito mempunyai mandat resmi untuk membantu dan ikut dalam upaya pemulihan di Banda Aceh dan Pantai Barat Aceh (Meulaboh, Kabupaten Aceh Barat). Di tahap respon akut, RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM memutuskan bantuan yang paling efektif adalah dengan mengirimkan bantuan medis. Tenaga medis yang dikirim terdiri dari dokter spesialis, paramedis, staf perawat dan bahkan staf non medis untuk membantu Rumah Sakit Cut Nyak Dien (RS CND) di Meulaboh sejak hari keempat pasca Tsunami. Pada saat itu, pasien di rumah sakit membludak dan para staf lokal merasa kewalahan serta tidak dapat bekerja optimal karena banyak diantara mereka yang juga kehilangan anggota keluarga, rumah dan harta benda.

Terhitung sejak Januari 2005, Aceh dibanjiri bantuan dari organisasi nasional, internasional, angkatan laut dan angkatan darat dari berbagai negara untuk membantu operasi pemulihan secara langsung. Direktur RS CND melaporkan bahwa kegiatan organisasi tersebut kurang terkontrol. Karena tidak pernah mengalami hal sebesar ini, dr. Haris kemudian meminta bantuan darurat berupa tenaga dan obat-obatan dari Jakarta.

Padatahapini, organisasi badan dunia (PBB) melaksanakan fungsi koordinasi dalam bekerjasama dengan pemerintah. Di tingkat Banda Aceh dan Meulaboh, *World Health Organization* (WHO) melakukan fungsi koordinasi di sektor kesehatan. Namun fungsi koordinasi di Meulaboh terancam saat WHO meninggalkan Meulaboh. UGM kemudian membantu peningkatan kapasitas staf Dinas Kesehatan agar bisa berperan sebagai fungsi koordinasi antar LSM di sektor kesehatan. Walaupun kemudian fungsi ini diperankan oleh UNICEF.

Pada waktu yang bersamaan, dr. Yati Soenarto, seorang spesialis anak RS Dr. Sardjito dihubungi oleh Profesor Graeme Barnes, dari RCH untuk menawarkan bantuan. Kedua rumah sakit ini telah bekerjasama dalam penelitian medis selama puluhan tahun dan telah menjalin hubungan erat yang kemudian diwujudkan dalam respon terhadap bencana Tsunami. Komunikasi diantaranya membuat Dr. Trevor Duke bersama seorang kolega dari bagian Ilmu Kesehatan Anak (IKA) RS Dr. Sardjito melakukan penilaian awal di Aceh.



Dokumen PSU

World Vision Australia menyetujui untuk mendanai Program Aceh yang dilakukan oleh RS Dr. Sardjito - Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM. Program ini akhirnya bisa terealisasi sesuai dengan yang dtelah direncanakan.

Penilaian Kebutuhan dan Tahap Perencanaan Awal

Penilaian dilaksanakan oleh beberapa bagian secara independen. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito diminta pemerintah pusat untuk merespon dan kemudian mengadakan penilaian sendiri.

RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) memiliki tim tanggap darurat dalam membantu dan melakukan penilaian kebutuhan. Tiap tim terdiri dari 10 orang spesialis termasuk di dalamnya ahli bedah, dokter anak dan psikiater. Tim ini mempunyai prosedur operasi dan protokol standar sendiri dan tidak menggunakan standar yang dapat diterima secara internasional seperti Rapid Assessment Tools dari WHO.

Penilaian dan misi kemanusiaan lainnya dilaksanakan oleh Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Tim ini pada awalnya membantu Dinas Kesehatan Propinsi dan Rumah Sakit Zainoel Abidin di Banda Aceh. Bantuan yang diberikan dalam bentuk dukungan manajemen, sistem surveilans dan sistem informasi kesehatan.

Fakultas Psikologi UGM ikut serta dalam penilaian awal secara terpisah. Bersama pemerintah pusat (Tim Rapid Assessment Departemen Kesehatan Indonesia) Fakultas Psikologi mengungkapkan adanya peningkatan gangguan jiwa yang berhubungan dengan trauma dan juga masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang lebih luas, yang muncul pada komunitas yang terkena dampak bencana.

Penilaian lainnya dilakukan oleh Dr. Trevor Duke bersama

staf Bagian IKA RS Dr. Sardjito. Tidak ada alat penilaian khusus yang digunakan kecuali penilaian subjektif dari perspektif yang luas tentang dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan anak.

Pada Januari 2005, Dekan Fakultas Kedokteran, Fakultas Psikologi dan dr. Yati Soenarto secara informal mengumpulkan seluruh tim untuk membuat analisis terpadu untuk mengembangkan program bantuan jangka panjang. Pertemuan tersebut mempertimbangkan temuan-temuan dari keempat penilaian yang berbeda, yaitu:

1. Tim Medis FK UGM dan RS Dr. Sardjito terkait dengan penilaian Rumah Sakit Cut Nyak Dhien.
2. Fakultas Psikologi dengan penilaian Kesehatan Jiwa.
3. RCH dan bagian IKA RS Dr. Sardjito dengan penilaian Kesehatan Anak.
4. Bagian Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

Hasil pertemuan melahirkan kerangka awal proyek yang terbagi dalam empat komponen:

1. *Clinical Services (CS)*: Kegiatan utamanya adalah mengirimkan tenaga dokter spesialis secara rotasi, yang kemudian dikembangkan lebih lanjut, termasuk memperbaiki mutu pelayanan, manajemen, budaya kerja dan etos kerja di RS CND.
2. *Mental Health (MH)*: Program ini memusatkan pada dua dimensi masalah: dimensi kesehatan mental dan dimensi psikososial. Pada tahap awal perencanaan program, digagaslah sebuah ide sistem rujukan kesehatan mental. Secara keseluruhan, program dibangun berlandaskan tiga metode: Intervensi berbasis pusat pelayanan dengan membangun pusat-pusat kesehatan mental dan psikososial di Banda Aceh dan Meulaboh, intervensi berbasis komunitas melalui

Soft opening pusat pelayanan psikologi Balee Zaituna di Meulaboh pada bulan September 2005, menandai resminya kegiatan Divisi Mental Health di Aceh Barat, walaupun kegiatannya sudah berlangsung sejak awal pasca Tsunami.



Dokumen Mental Health

- program pelayanan outreach berbasis komunitas dan intervensi berbasis media komunikasi massa.
3. *Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)*: Sejak awal, komponen ini mempunyai pendekatan dan kegiatan yang jelas, yaitu membantu pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas dan pelayanan rujukan dalam menyediakan pelatihan dan pelayanan berbasis Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). UGM selama bertahun-tahun telah menjadi pusat pelayanan dan teknis MTBS di Indonesia.
 4. *Public Health (PH)*: Komponen proyek ini dirancang untuk meningkatkan kapasitas lokal di bidang surveilans melalui pengembangan sistem informasi di RS CND dan Dinas Kesehatan. Di tahap selanjutnya, pengembangan sistem informasi di RS CND dimulai dari rekam medis pasien dan billing system, yang kemudian justru menjadi fokus utamanya.

Dalam menindaklanjuti pertemuan tersebut, dibentuklah sebuah tim untuk mempersiapkan proposal proyek yang lebih terinci. Proposal ini dipaparkan di hadapan donor dengan tujuan bantuan jangka panjang di Aceh Barat (Pantai Barat Aceh). Proposal tersebut didasarkan pada kerangka kerjasama di atas, yang menyarankan adanya kerjasama antara RCH dan Fakultas Kedokteran dan Psikologi UGM sebagai mitra pelaksana.

Sejak awal, semua mitra sudah memutuskan bahwa komitmen yang dimaksud adalah untuk pembangunan jangka panjang. Situasi di Aceh pada saat itu membingungkan bagi pemerintah daerah dan masyarakat karena banyaknya organisasi yang menjanjikan proyek, dana dan pembangunan. Banyak organisasi melakukan perjanjian dengan mitra lokal

sebagai bantuan kemanusiaan. Celakanya, banyak janji-janji tersebut tidak terwujud dan muncullah semacam budaya ketidakpercayaan. Tim UGM/RCH/RS Dr. Sardjito menyadari keadaan ini dan memastikan bahwa proyek ini bukan termasuk proyek hit and run atau proyek jangka pendek.

World Vision Bergabung Sebagai Mitra Donor

Profesor Graeme Barmes dari RCH mengadakan pertemuan dengan *World Vision Australia (WVA)* untuk sesuatu yang lain. Namun pertemuan ini berubah menjadi diskusi tentang bantuan Tsunami yang kemudian berlanjut ke langkah yang menjadikan WVA sebagai calon donor.

Pada bulan Maret 2005, WVA mengundang tim UGM/RCH untuk membicarakan proposal proyek dan mekanisme pelaksanaannya termasuk manajemen, pengawasan dan evaluasi proyek. Penggunaan logical framework (log frame) sebagai alat perencanaan dan pengawasan telah dibicarakan oleh donor di tahap awal ini.

Dari April 2005, WVA memberikan bantuan dana ringan kepada RCH yang kemudian dikirimkan ke UGM untuk mendanai kegiatan awal proyek RS Dr. Sardjito-UGM. Pada tahap ini, WVA menyalurkan dana melalui RCH untuk kemudian dikelola oleh RCH International (RCHI) dan meneruskannya ke UGM dan RS Dr. Sardjito. Bulan Desember 2005, WVA secara formal setuju mendanai proyek ini hingga Desember 2007 dengan jumlah dana yang disetujui sebesar AUS 2,8 juta.

BAGIAN 2

Pelaksanaan Proyek

Mulai bulan Maret-April 2005, tahap respon akut secara resmi diumumkan berakhir oleh pemerintah pusat. Seluruh organisasi yang bekerja di Aceh mulai merencanakan program untuk fase transisi dan pemulihan dan pengembangan. Di awal proyek pendanaan WVA, pengelolaan proyek masih menggunakan mekanisme pelaksanaan dan manajemen seperti pengelolaan tim-tim awal RS Dr. Sardjito-UGM. Hal ini menjadi alasan mengapa pada Maret hingga Agustus 2005, manajemen dan pencatatan keuangan dianggap tidak memuaskan oleh pihak donor. Pada saat itu, dilaporkan juga bahwa staf yang bertugas di Meulaboh masih tinggal di barak, tidak ada komunikasi dengan dunia luar, tidak ada aturan istirahat atau rekreasi, serta buruknya sistem pelaporan dan manajemen.

Di tiap komponen proyek, ditugaskan seorang koordinator yang berada di Yogyakarta. Sedangkan di Meulaboh ditunjuk seorang *site manager* yang mengkoordinir tim. Tim-tim yang ada tetap saja tidak terkoordinir, bahkan dilaporkan "lepas kendali", tidak bertanggung-jawab, tidak ada koordinasi nyata antar tim, dan tidak ada sistem laporan keuangan dan manajemen yang sesuai.

Pada bulan Mei 2005, pejabat senior UGM dan tenaga lapangan merasa frustrasi dengan keadaan tersebut. Ada

keinginan untuk menata ulang dan merubah manajemen proyek. Sebuah misi pencari fakta oleh Laksono Trisnantoro mengungkapkan perlunya koordinasi tim, sistem pendukung proyek, dan faktor keamanan yang harus dipertimbangkan. Keadaan tersebut memaksa semua tim untuk melakukan rapat darurat di Yogyakarta. Rapat dihadiri oleh Dekan dan Wakil Dekan Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM serta manajer senior RS Dr. Sardjito. Hasil rapat menyimpulkan bahwa manajemen proyek saat itu dianggap tidak memuaskan dan perlu diadakan perombakan total. Rapat juga memutuskan untuk menugaskan Profesor Laksono Trisnantoro sebagai Koordinator Proyek. Hal ini berimbas pada perubahan struktur organisasi, mekanisme pelaksanaan dan rekrutmen staf, serta langkah proyek berikutnya yaitu mempersiapkan dokumen perencanaan proyek dengan menggunakan pendekatan yang lebih terstruktur.

Di tingkat Melbourne, WVA melanjutkan negosiasi proyek dengan RCHI. WVA tidak dapat mengirim dana lagi sebelum adanya persetujuan tentang perencanaan dan anggaran proyek yang baku. UGM dan RS Dr. Sardjito terpaksa harus menggalang dana dari kantong mereka sendiri untuk menjamin tidak terputusnya kegiatan di Meulaboh, karena hal ini dapat berakibat serius terhadap hubungan dan kepercayaan daerah.



Sistem manajerial baru yang dimulai awal tahun 2006 sejak bergabungnya AIHI merupakan fase terberat bagi semua staf Program Aceh RS Dr. Sardjito - UGM.

Dokumen PSU



Foto: Fajar

Pada fase awal kerjasama dengan pihak Australia, pendanaan dari WVA terhambat. Tim RS Dr. Sardjito-UGM harus meminjam dana dari lembaga lain untuk tetap menjalankan program demi menjaga kepercayaan daerah.

Di tingkat Meulaboh, politik dan kebudayaan juga memegang peranan. Banyak laporan, termasuk dari RS CND, menyebutkan bahwa staf lokal kurang antusias untuk ikut terlibat dengan program-program RS Dr. Sardjito-UGM. Tim UGM kurang diperhitungkan karena banyaknya bantuan lain yang datang, dan jauh lebih besar dari apa yang UGM berikan. Pada kenyataannya memang staf UGM hanya menerima gaji yang lebih rendah dibanding dengan sebagian besar LSM lokal maupun internasional. Butuh waktu cukup lama untuk merubah pandangan staf lokal terhadap tim UGM. Salah satu faktor antara lain perubahan lingkungan pasca Tsunami. Selama masa itu, pasien yang datang ke Rumah Sakit Cut Nyak Dhien (RS CND) seringkali langsung dikirim ke dokter-dokter UGM yang tinggal di barak dengan alasan tidak ada dokter di rumah sakit.

Perubahan-perubahan

Pada bulan Juni 2005, dapat terlihat dampak dari keputusan penunjukan koordinator proyek baru dan perubahan struktur organisasi dan manajemen. Struktur organisasi yang baru dipersiapkan dan diterapkan. Struktur manajemen baru terdiri dari:

1. Dewan Penasehat yang terdiri dari staf senior Fakultas Kedokteran dan Psikologi UGM dan RS Dr. Sardjito.
2. Koordinator Proyek yang bertanggung jawab untuk mengelola dan mengkoordinir semua mitra di Yogyakarta dan Melbourne.
3. Sebuah unit baru, *Project Supporting Unit* (PSU), dibentuk sebagai unit pendukung operasional semua divisi dan untuk memusatkan manajemen, pengawasan keuangan dan administrasi.
4. Empat program atau divisi atau sub proyek dibentuk yang masing-masing terdiri dari seorang manajer

program, seorang koordinator program dan beberapa koordinator lapangan.

Koordinator proyek adalah seorang staf profesional senior dari UGM dan RS Dr. Sardjito. Peran utama yang diemban adalah menjaga kelancaran kegiatan semua divisi, memberikan petunjuk teknis, koordinasi internal agar proyek berjalan baik khususnya bagi RS Dr. Sardjito yang mengelola administrasi internal untuk pengiriman tim medis ke lapangan.

Manajer program bertanggung jawab terhadap manajemen harian, berkoordinasi dengan staf di Meulaboh, berkoordinasi dengan PSU dan membuat laporan kepada koordinator proyek. Tiap manajer program bekerja dengan seorang koordinator program yang bertanggung jawab terhadap perencanaan dan dukungan teknis. Sebagai contoh antara lain koordinator program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, koordinator program mutu pelayanan dan sebagainya.

Di tingkat Meulaboh, seorang *Senior Site Manager* ditunjuk untuk mengawasi koordinasi dengan otoritas lokal di Meulaboh dan Banda Aceh, mengatur manajemen staf dan berhubungan dengan konsultan lapangan. *Field Manager*, *Liaison Officer*, dan *Field Consultant* mempunyai tanggung jawab yang berbeda untuk mengelola pelaksanaan kegiatan harian.

Tiap divisi mempunyai struktur organisasi sendiri untuk melaksanakan kegiatan yang mengacu pada *log frame*. Pendekatan vertikal seperti ini terus dipertahankan selama program berlangsung.



Foto: Ruth Wraith

Mental Health akan melakukan evaluasi khusus secara terpisah terutama dampak implementasi program ini di masyarakat. Ruth Wraith, Technical Advisor Program Mental Health berfoto bersama tim Balee Zaituna di Meulaboh.

Perubahan di Divisi Mental Health

Perlu diperhatikan bahwa divisi *mental health* hendaknya disebut sebagai wilayah evaluasi yang sedikit terpisah dan khusus. Komponen *mental health* menghadapi tantangan yang cukup berarti di bidang manajemen dan teknis sejak awal. Sebagai konsekuensi perubahan kepemimpinan yang terjadi di divisi ini, menyebabkan terjadinya perubahan sasaran program secara drastis. Yaitu dari semula fokus terhadap program pemulihan ekonomi dan sosial, lalu berubah ke arah masalah kesehatan jiwa dan psikososial melalui intervensi berbasis pusat pelayanan, komunitas, dan komunikasi massa. Hal ini merubah program kesehatan mental menjadi bagian dari tim pengembangan kesehatan di Aceh Barat.

Project Supporting Unit (PSU)

Pembentukan PSU merupakan salah satu kemajuan penting dalam manajemen proyek. Pencatatan keuangan dilaksanakan dengan prosedur operasional khusus. Tujuannya adalah untuk memusatkan pengelolaan dana, kemudiandicatat, dilaporkandandipertanggungjawabkan. Hal ini ternyata membuat banyak manajer program merasa tidak nyaman, karena mereka telah terbiasa bekerja sendirian tanpa mekanisme formal dalam memohon, mencatat dan melaporkan pengeluaran. Keadaan sebelumnya ini tidak dapat diterima oleh AIHI atau WVA.

WVA sebagai donor, yang juga turut menanda tangani Kode Etik bagi LSM-LSM di Australia tentang standar tata kelola, manajemen, pengawasan keuangan dan pelaporan, mau tidak mau harus mengikuti aturan ini untuk memastikan pertanggungjawaban pemanfaatan uang rakyat dan

menjaga kepercayaan publik. Kapasitas PSU di tahap ini masih lemah sehingga dirasa perlu mendatangkan ahli keuangan dari Jakarta untuk membantu membuat sistem dan melatih staf. Cara kerja seperti ini juga merupakan hal baru bagi Fakultas Kedokteran UGM. Sistem dan kultur manajemen yang ada saat itu tidak dirancang untuk sampai ke tingkat perencanaan terinci seperti yang diinginkan pihak donor. Mekanisme manajemen yang terstruktur maupun manajemen pengawasan dan pelaporan keuangan yang diwajibkan pihak donor memunculkan perasaan dikendalikan dan didikte oleh "donor asing". Walaupun PSU sudah berjuang keras di tahap-tahap awal namun WVA tetap tidak puas dengan kualitas laporan keuangan.

Australian International Health Institute (AIHI)

Pada Agustus 2005, RCHI sadar bahwa mereka tidak mempunyai pengalaman dan kemampuan untuk melaksanakan manajemen proyek. RCHI lebih baik diposisikan sebagai penyedia keahlian teknis dari staf-staf spesialis dibidangnya. WVA dan RCHI mendekati *Australian International Health Institute (AIHI)* untuk mengambil peran sebagai manajemen proyek. AIHI berlokasi di Universitas Melbourne dan menyediakan jasa teknis dan manajemen bagi para agensi donor untuk program-program kesehatan internasional. AIHI setuju mengambil peran sebagai bagian dari manajemen proyek secara *de facto* mulai September 2005. Secara formal AIHI dikontrak oleh WVA pada Januari 2006.

Dengan direkrutnya AIHI, semua mitra yang terlibat dalam proyek siap dan dimulailah tahap baru perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan proyek.

BAGIAN 3

Perencanaan Manajemen Proyek Baru

Sabagai bagian dari tim manajemen proyek, *Australian International Health Institute* (AIHI) mulai mengkaji dan mengembangkan mekanisme manajemen dan laporan keuangan. *Project Supporting Unit* (PSU) sebagai bagian dari tim manajemen proyek juga ikut dikaji. Saat itu ditemukan bahwa proyek ini tidak mempunyai prosedur operasional yang standar. Dukungan AIHI dalam membuat prosedur operasional, proses alur kerja, aturan administratif dan tanggung jawab staf membuat keorganisasian proyek menjadi lebih baik.

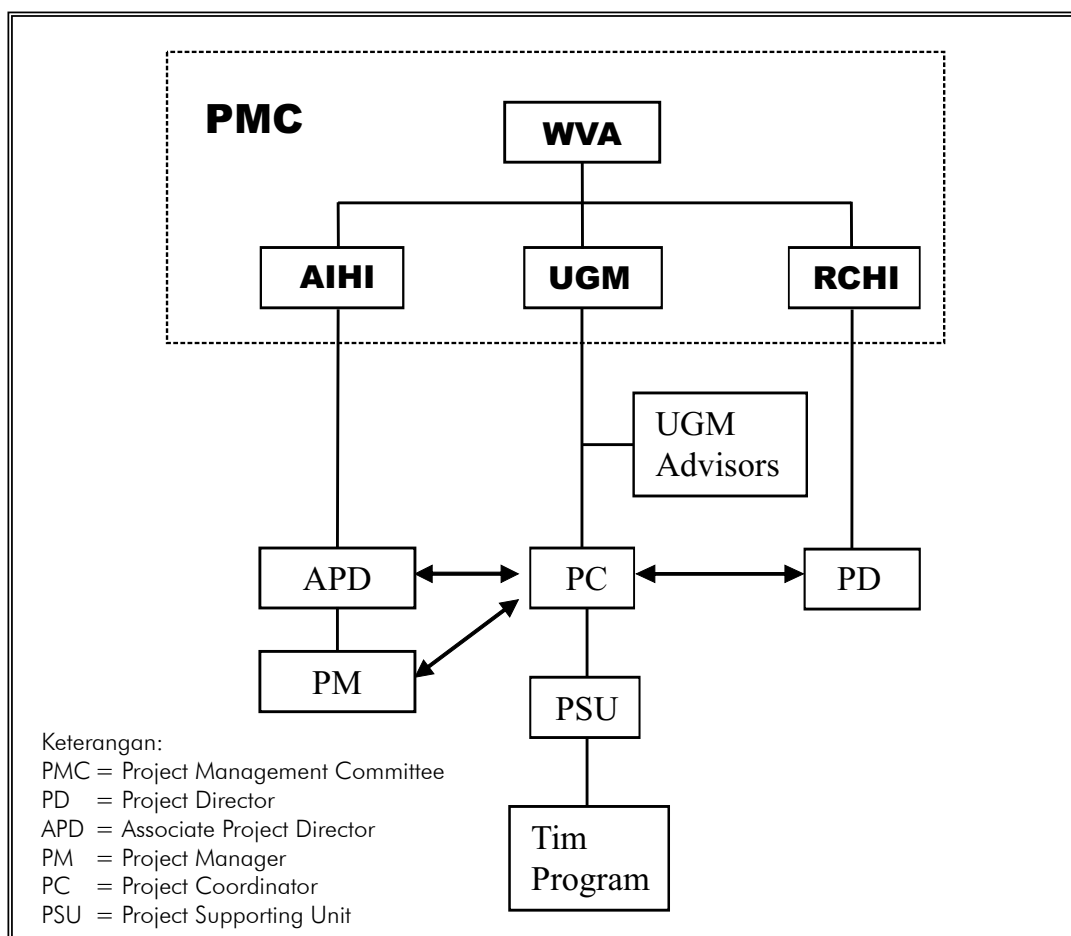
Dokumen formal rancangan dan pelaksanaan proyek disiapkan untuk pertama kalinya dengan merinci semua mitra yang terlibat. Termasuk didalamnya strategi dan tujuan proyek, struktur manajemen, proses alur kerja, peran serta dan tanggung jawab tiap mitra.

Sebuah struktur manajemen proyek yang baru dibentuk dengan menjadikan *Project Management Committee* (PMC) sebagai kunci dalam koordinasi dan pengambilan keputusan utama antara tiga mitra organisasi: RCH, AIHI dan UGM. Staf manajemen senior dari ketiga organisasi tersebut merupakan anggota PMC yang diketuai oleh RCH. WVA sebagai donor berfungsi sebagai anggota pengawas PMC. PMC melaporkan perkembangan proyek secara langsung kepada WVA.

Efektifitas Struktur Manajemen Proyek Baru

Pendekatan manajemen yang terstruktur dan lebih formal ini penting untuk meningkatkan manajemen proyek secara keseluruhan. Sebelumnya tidak pernah ada dokumen proyek yang terinci sampai dengan AIHI menerbitkan dokumen ini. Di dalam dokumen proyek menjelaskan tentang:

Bagan 1. Struktur Organisasi Program Aceh Kerjasama WVA, AIHI, UGM dan RCHI



1. Tujuan proyek,
2. Peran dan Tanggung Jawab,
3. Struktur Organisasi,
4. Prosedur Manajemen,
5. Prosedur Keuangan,
6. Manajemen Resiko, dan
7. Pelaporan

Pengawasan, Pertanggungjawaban dan Pelaporan

Pengawasan dan pertanggungjawaban proyek menggunakan beberapa mekanisme utama yaitu:

1. Rapat koordinasi mingguan dengan Meulaboh yang dipimpin oleh koordinator proyek tiap hari Jumat.
2. PMC meeting (dulunya disebut *Project Steering Committee*), dilakukan tiap bulan melalui telekonferensi maupun videokonferensi yang diikuti oleh UGM, AIHI, WVA dan RCH.
3. Rapat BOA tiap tiga bulan sekali seperti yang sudah dijelaskan dalam dokumen proyek.

Temuan Utama pada Manajemen Proyek Selama Evaluasi

Tahun pertama pelaksanaan proyek menunjukkan banyaknya kelemahan dalam mekanisme manajemen. Kelemahan ini terlihat pada (1) Mekanisme pertanggungjawaban; (2) Format laporan yang buruk khususnya laporan keuangan; (3) Proses perencanaan; serta (4) situasi tidak terduga yang muncul saat staf diterjunkan ke Meulaboh.

Perencanaan secara umum sudah lemah sejak tahap-tahap awal. Banyak alat perencanaan dan pendekatan yang berhubungan dengan pemulihan sektor kesehatan pasca bencana dan pasca konflik. Namun tak ada satu pun yang digunakan maupun dijadikan rujukan dalam perencanaan proyek.

Setelah satu tahun, pelaporan, pengawasan dan manajemen resiko membaik secara drastis. Laporan dianggap memuaskan oleh pihak donor dan pelaksanaan proyek berjalan sesuai dengan *log frame*.

Rapat koordinasi mingguan di UGM yang dipimpin oleh koordinator proyek atau *Project Coordinator (PC)* adalah penting dan efektif dalam mengawasi, menyelesaikan masalah dan mengkomunikasikan perkembangan proyek dengan anggota-anggota yang lain di tiap divisi. Rapat-rapat tersebut tidak selalu dihadiri semua undangan (rata-rata 50% kehadiran). Rapat tidak dicatat dalam sebuah notulensi resmi. Namun beberapa catatan telah dihasilkan dan informasinya disebarkan melalui buletin proyek mingguan.

Sebagian besar staf di tingkat Meulaboh tidak memahami keseluruhan struktur organisasi atau tujuan proyek kecuali divisi mereka sendiri. Saat manajer program ditanya apakah mereka mempunyai desain dan dokumen proyek secara keseluruhan, tidak satu pun manajer mengetahuinya. Bahkan mereka tidak dapat menggambarkan struktur organisasi secara keseluruhan. Arus informasi dari Yogyakarta ke Meulaboh dilaporkan lemah.



Dokumen PSU

Ruth Wraith, Technical Advisor program Mental Health, berbincang-bincang dengan dr. Yati Soenarto, PhD, Sp.A(K) setelah pertemuan pemaparan laporan perkembangan program Aceh di Fakultas Kedokteran UGM.



Dokumen PSU

dr. Ida Safitri (kedua kanan) sedang memaparkan program IMCI di depan Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat, dr. Amir Hamzah, Sp.PD, MKes (tengah) pada sebuah kesempatan pasca penandatanganan MoU.

Mekanisme manajerial proyek melalui PSU sangat penting dalam memperbaiki manajemen, pertanggungjawaban dan laporan proyek secara keseluruhan. Awalnya, PSU tidak mantap secara teknis tapi berkat bantuan dari AIHI dan WVA dalam mengembangkan prosedur operasi standar dan standar laporan, kualitas manajemen PSU perlahan-lahan membaik dan sekarang unit ini dapat bekerja secara mandiri.

Sejumlah pendapat mengatakan bahwa terlalu banyak orang yang berada di tingkat Yogyakarta dan beberapa diantaranya tidak begitu terlibat dengan kondisi di lapangan. Bahkan dalam evaluasi, diketahui ada seorang koordinator program yang hanya sekali berada di lapangan meskipun orang tersebut bertanggung jawab secara teknis di divisinya.

Struktur organisasi terlihat seperti "berat di Yogya". Hal ini bisa dijelaskan karena situasi politik internal dalam RS Dr. Sardjito dan UGM. Protokol di dalam organisasi tersebut memerlukan keterlibatan berbagai anggota staf senior di posisi-posisi formal, khususnya di dalam RS Dr. Sardjito dimana prosedur untuk melepas staf sangat rumit dan sensitif.

Peran PC berpengaruh besar terhadap keseluruhan arah dan koordinasi yang dibutuhkan proyek. Faktanya, terlepas dari peran strategis dan teknis, PC juga banyak berperan dalam hubungan politis antara dua fakultas di UGM dan Staf Medis Fungsional (SMF) di RS Dr. Sardjito.

Meskipun penggunaan *log frame*, mekanisme perencanaan, manajemen terstruktur, mekanisme laporan dan pengawasan, yang terlihat dipaksakan, ternyata

keseluruhan kualitas manajemen proyek jelas meningkat di tahun 2006 setelah AIHI bergabung.

Situasi dalam sebuah misi kemanusiaan dan respon terhadap bencana mempunyai *stressing* yang tinggi, terutama bagi staf yang dikirim ke lapangan. Salah satu area yang diketahui juga lemah adalah mekanisme formal dalam mendukung staf di lapangan. Kondisi staf pada tahap awal sangat sulit. Staf harus tinggal di barak dan tidak ada komunikasi dengan dunia luar. Manajemen proyek lalu memutuskan untuk menyewa rumah yang bisa ditinggali oleh staf medis selama ditugaskan. Namun demikian, tidak ada mekanisme untuk membantu staf yang mungkin mengalami stres karena terlalu terbebani tugas. Mekanisme dukungan staf yang dikirim dapat berupa sesi pembekalan sebelum dan setelah bertugas, penentuan jam kerja dan jam istirahat serta memberi peluang staf untuk rekreasi. Pihak manajemen proyek juga harus tanggap terhadap keadaan staf.

Pembayaran uang ke pihak Yogyakarta sering terlambat dengan alasan terlambatnya penyerahan laporan keuangan dan laporan naratif dari pihak pelaksana (UGM). Hal ini mengakibatkan frustrasi dan ketegangan antara pihak Melbourne, Yogyakarta dan Meulaboh.

Tekanan dan keterlibatan WVA dalam manajemen adalah penting untuk mendorong UGM meningkatkan sistem manajemen keuangannya, memastikan pertanggungjawabandan membangun struktur manajemen resiko. Meskipun ada komentar yang mengatakan terlihat berat sebelah, namun setelah direnungi ternyata tekanan dan keterlibatan ini memang diperlukan dan UGM menanggapi dengan meningkatkan kinerja manajemen.

BAGIAN 4

Efektifitas Kerjasama

Dokumen proyek menjelaskan tentang peran tiap-tiap partner sebagai berikut:

Universitas Gadjah Mada (UGM)

UGM adalah mitra pelaksana proyek ini dan mempunyai kepentingan dan kredit penuh atas perencanaan, desain, pengawasan dan evaluasi, pelaporan, pengadaan staf baik di lapangan maupun yang berada di UGM, serta manajemen keuangan untuk keempat divisi termasuk *Project Supporting Unit*. Staf dari RS Dr. Sardjito, yang merupakan rumah sakit pendidikan bagi Fakultas Kedokteran UGM, mengkoordinasikan bantuan tenaga medis dan pelatihan baik di UGM melalui *on-the-job-training* atau melalui *on-site training* di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien Meulaboh. Fakultas Kedokteran juga memainkan peranan dalam tata kelola proyek melalui wakil Fakultas dalam Dewan Penasehat proyek.

Royal Children's Hospital (RCH)

RCH bertanggung jawab terhadap keseluruhan manajemen proyek kepada WVA. RCH mengambil sumber daya dan keahlian teknis dari rumah sakitnya

serta dari *University of Melbourne*, khususnya *Center for International Child Health* dalam menyediakan petunjuk teknis berdasar bukti internasional kepada keempat divisi. Staf proyek di RCH telah membantu konseptualisasi, desain dan evaluasi program dan telah secara luas mengkaji program-program kesehatan UGM di Aceh pada Januari dan Juli 2005. RCH juga melibatkan *Australian International Health Institute (AIHI)* di *University of Melbourne* dengan berperan sebagai salah satu tim manajemen dalam proyek ini.

World Vision Australia (WVA)

WVA adalah donor dan pendukung proyek melalui penyediaan dana. WVA juga mengkaji laporan tiga bulanan dan melakukan kunjungan lapangan. WVA juga bertindak sebagai penghubung World Vision Indonesia agar mereka tetap mendapatkan informasi dan terlibat dalam proyek ini.

Kemitraan harus dinilai dengan memahami kekuatan mitra satu per satu serta sebagai satu kelompok kolektif.



Kerjasama yang kuat lintas sektoral akan memberikan dampak yang baik terhadap kesinambungan program. Pemerintah daerah dan DPRD setempat sudah dilibatkan dalam pengembangan sistem kesehatan di Aceh Barat sejak awal pelaksanaan program.

Dokumen PSU

Royal Children's Hospital, Fakultas Kedokteran UGM dan RS Dr. Sardjito

Kemitraan antara ketiga *stakeholder* ini berada dalam beberapa tingkat yang berbeda. Hubungan historis dan lama antara RCH dan RS Dr. Sardjito/FK UGM membentuk sebuah kemitraan alami dalam menanggapi bencana di Aceh. Dalam konteks Tsunami, hubungan ini cenderung bersifat informal yang berdasar semangat misi kemanusiaan. Formalisasi hubungan setelah proyek didanai justru mengungkap kelemahan kapasitas manajemen proyek dalam lingkungan yang kompleks. Tidak satupun organisasi tersebut yang pernah mengelola sebuah proyek semacam ini sebelumnya. Namun, hakikat kemitraan selalu saja positif, yang mampu menghasilkan keuntungan bagi semua pihak. Dengan memahami keterbatasan kemampuan, ketiganya dapat saling mengisi dalam mengelola pemecahan masalah yang diperlukan untuk memastikan kesinambungan proyek sekaligus meningkatkan kinerja.

RS Dr. Sardjito di Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit pendidikan utama di Indonesia. Rumah sakit ini mempunyai keahlian dalam tanggap darurat dengan sebuah tim yang terdiri dari 10 spesialisasi dalam merespon bencana skala besar seperti Tsunami. Rumah sakit yang bermitra dengan Fakultas Kedokteran ini, merupakan salah satu penyedia tenaga spesialis terdepan di Indonesia.

World Vision Australia (WVA)

RCH berpengaruh besar dalam membawa keterlibatan WVA sebagai mitra donor. WVA adalah LSM dunia yang biasanya melaksanakan proyek melalui kantor perwakilannya di masing-masing negara. Dalam kasus ini, karena banyaknya jumlah donasi publik dan WVA sendiri mencoba sebuah cara baru dan inovatif dalam bekerjasama dengan mitra lain, maka WVA menyetujui perannya sebagai donor dalam proyek ini. WVA mendapatkan pengalaman baru dalam adaptasinya bermitra dengan pihak luar. Sebagai sebuah organisasi yang menerapkan dan mempunyai mekanisme standar dalam mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi sebuah proyek. WVA secara alami mencermati dan membandingkan pengelolaan proyek ini sesuai dengan harapan mereka serta standar-standar yang ada. Hal ini juga yang menyebabkan WVA frustrasi pada tahun pertama karena kinerja dan pelaporan dinilai kurang memenuhi standar. Namun emikian selama siklusnya, proyek ini mengalami kemajuan sesuai yang diharapkan WVA. WVA kemudian berlahan-lahan tidak lagi mencampuri manajemen proyek dan lebih memperkenankan pelaksana proyek mengerjakannya dengan fleksibel.

Australian International Health Institute (AIHI)

Peran AIHI sangat dihargai oleh semua pihak. Namun

Evaluasi program secara obyektif dilakukan oleh pihak luar dengan metode wawancara ke semua pihak yang terlibat, baik di Aceh, Yogyakarta maupun Australia. Pada foto tampak Ahmer Akhtar (AIHI) mewawancarai dr. Anjar Asmara selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD.



Foto: Guardian Y Sanjaya

sebaliknya di tingkat Meulaboh peran AIHI justru tidak diperhatikan. Seringkali dalam rapat dengan staf RS CND atau *stakeholder* lain di Meulaboh atau Banda Aceh, AIHI dianggap sebagai donor. Sebenarnya peran AIHI adalah dalam perbaikan manajemen proyek, sebagai mediator antara UGM dan donor, yang sekaligus memfasilitasi koordinasi yang mantap di tingkat Melbourne. Masukan dari staf manajemen dan staf teknis AIHI dinilai penting bagi semua mitra baik di Indonesia maupun Australia. Terutama kemampuan AIHI mengenal kondisi dalam negeri dan kemampuan berbahasa Indonesia.

Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi (UGM)

Fakultas kedokteran UGM (FK UGM) adalah salah satu fakultas yang terkenal di Indonesia serta sudah menjadi fakultas bertaraf Internasional. FK UGM mempunyai reputasi tinggi sebagai penasihat pemerintah, melakukan penelitian, serta menjadi salah satu kelompok utama dalam mendukung sistem kesehatan daerah di Indonesia. Fakultas Kedokteran mempunyai jaringan alumni yang luas, termasuk di Aceh dimana mereka ikut dilibatkan sebelumnya.

Hanya sedikit sejarah tentang peran dan kapasitas psikologi klinis di Indonesia terlebih hubungannya dengan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di sistem kesehatan nasional. Hal ini karena psikologi merupakan profesi yang tidak dimasukkan secara formal dalam komponen sistem kesehatan dan kebijakan kesehatan nasional, maupun program-program khusus kesehatan jiwa yang ada dan didanai pemerintah Indonesia.

Kebersamaan dua fakultas untuk melaksanakan program pasca bencana yang besar ini merupakan pengalaman baru dalam lingkup universitas. Kemitraan telah melalui beragam ketegangan karena perbedaan pandangan dalam menentukan tindakan yang tepat. Antara lain ketegangan karena kualitas kinerja divisi *Mental Health* dan efisiensi biaya yang berhubungan dengan hasil akhir program tersebut. Di tahun 2006, ketegangan berkembang ke titik dimana komponen *Mental Health* hampir dihentikan yang menyebabkan krisis dalam proyek. Keadaan krisis menimbulkan respon dari divisi *Mental Health* bersama timnya yang ada di lapangan untuk meningkatkan kinerja ke tingkat yang akhirnya diterima oleh semua mitra.

RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND

Rumah Sakit Cut Nnyak Dhien adalah representasi rumah sakit daerah yang telah bertahan dari konflik selama 30 tahun. Daerah pantai barat adalah salah satu basis GAM (Gerakan Aceh Merdeka) dan mengalami banyak

konflik selama tahun 80an dan 90an. Hal ini berdampak pada menurunnya sistem pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan pelayanan rujukan (rumah sakit). Perlengkapan medis, standar pelayanan, motivasi staf, adanya penarikan biaya secara ilegal, kekurangan dokter spesialis, perawatan pasien yang buruk, sistem informasi yang sangat buruk, menyebabkan pasien menghindari rumah sakit dan lebih memilih untuk mendapatkan pelayanan medis ke Medan atau Malaysia. Dampak Tsunami telah menyebabkan rumah sakit lumpuh, tapi celakanya ini adalah satu-satunya rumah sakit yang masih aktif dan responsif walaupun dengan kemampuan yang seadanya.

Keputusan untuk mendukung dan bermitra dengan rumah sakit lokal berdasar atas alasan kemanusiaan. Namun keputusan untuk tinggal lebih lama dengan memfokuskan pada sebuah rencana pengembangan jangka panjang menunjukkan sebuah keputusan dan tindakan yang bagus dari UGM/RCH. Begitu proyek mulai dijalankan, kerumitan proyek mulai terlihat. Sistem manajemen yang lemah, tim yang terpecah-pecah, staf lokal yang mengalami trauma dan kemampuan klinis staf lokal yang rendah serta semangat yang rendah menjadikan suatu tantangan berat bagi tim RS Dr. Sardjito-UGM dan RS CND.

Dinamika budaya, politik dan konflik memainkan peranan penting dalam kemitraan dengan RS CND. Sikap kebanyakan staf di tahap awal cenderung tidak memandang tim UGM karena banyaknya bantuan lain yang lebih besar. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, ada persepsi lain yang mengatakan banyak lembaga-lembaga yang datang hanya memberikan janji-janji. Kemitraan di tingkat bawah pada tahap awal terbukti sulit dan menguji banyak staf, terutama bagi beberapa dokter spesialis yang dikirim. Staf lokal di RS CND pada saat itu memahami bahwa jika ada tim UGM, mereka tidak perlu lagi bekerja.

Keadaan politik berubah seiring dengan proses perdamaian, pemilihan umum daerah dan perubahan kepemimpinan di beberapa tingkat mempengaruhi kemajuan proyek dan hubungan antara Meulaboh dan Yogyakarta.

Hubungan segitiga antara RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND selalu berubah tiap waktu seiring dengan berubahnya sikap staf-staf lokal. Staf yang lebih tinggi bersikap hormat kepada UGM dan RS Dr. Sardjito, mereka sekarang dianggap sebagai keluarga dan disebut sebagai "keluarga besar". Hal ini sendiri sebenarnya merupakan pencapaian penting dalam lingkungan yang begitu kompleks.

dr. Haris Marta Saputra, Sp.A



Direktur RS Cut Nyak Dhien
Aceh Barat, NAD

"Kalau selama ini kita telah mengibaratkan bahwa Jogjakarta dan Aceh barat bagaikan saudara abang dan adik itu memang wajar., banyak sudah yang dilakukan oleh abang untuk membantu adiknya, mulai dari hari ke 5 pasca gempa dan tsunami sampai dengan saat ini, terutama kepada Rumah sakit Umum Cut Nyak Dhien. Dimana sudah ratusan orang lebih tenaga medis dan tenaga ahli lainnya yang datang silih berganti, baik yang datang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun dalam hal pengembangan Sumber daya manusia, berupa training, mentoring dan diskusi, serta pengembangan system management medical record dan billing.

Tak dapat kami lukiskan dengan kata-kata bagaimana perasaan kami pada saat bantuan dari Jogjakarta pertama datang yang berjumlah 25 orang dan dipimpin oleh dr Hendro SpB.

Banyak sudah perubahan-perubahan yang dilakukan oleh teman-teman dari Jogjakarta kepada perorangan, kelompok maupun organisasi, yang ini semua merupakan asset rumah sakit dalam melakukan peningkatan kinerja, dan peningkatan pelayanan. Terimakasih kami sampaikan kepada bapak Rektor UGM, bapak Dekan FK UGM, Ibu Direktur Rumah Sakit Sarjito, para kepala bagian dan para guru besar, juga tak lupa terima kasih kami kepada worl vision Australi serta AIHI, serta semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dan perhatiannya kepada kami"

Temuan-temuan Utama untuk Efektifitas Kemitraan

1. Kedekatan antar mitra sangat penting bagi kemajuan proyek.
2. Kemitraan antara RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND menjadi akrab dan kolaboratif. Kemitraan telah melalui banyak perubahan dan tantangan. Beberapa hasil positif dari kemitraan ini antara lain Bupati Aceh Barat sekarang meminta UGM menjadi partner jangka panjang dalam pembangunan daerah, dan mengajukan penawaran MOU untuk memperluas kerjasama dengan fakultas lain di UGM.
3. Pendekatan kemitraan dengan instansi dalam negeri ternyata lebih langgeng daripada melaksanakannya secara langsung.
4. Program peningkatan kapasitas yang dilakukan UGM telah memperkuat institusi-institusi lokal dan memberikan kontribusi dalam pembangunan bangsa.
5. Tanpa tekanan dan tuntutan dari donor atas sistem manajemen dan pertanggungjawaban finansial akan berimbas buruk terhadap proyek. Meskipun merupakan aspek yang sulit dalam kemitraan, hal ini terbukti efektif dalam mendapatkan respon yang baik dari UGM untuk melakukan perubahan.
6. Kemitraan antara AIHI dan UGM berkembang dari waktu ke waktu. Pada awalnya ada kekhawatiran dari UGM, mengapa mereka membutuhkan manajemen proyek "dari luar". Alasannya adalah karena UGM sendiri pada fase awal tidak mampu menunjukkan kemampuan manajemen proyek seperti yang diharapkan donor. Adanya bantuan dari pihak luar ini (AIHI) memberikan dampak yang baik bagi kemajuan proyek.
7. Hubungan kemitraan ini memberikan adanya keuntungan bersama dan memperjelas peran penting masing-masing mitra dalam mencapai tujuan-tujuan proyek.
8. Hubungan antara Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi UGM telah melalui tahap-tahap sulit. UGM harus mengadakan beberapa analisis internal terhadap proses belajar ini. Bagaimana mengatasi perbedaan dan bagaimana cara bekerjasama untuk proyek-proyek di masa mendatang.
9. Kemitraan antara Australia dan Indonesia jelas sangat menguntungkan. Kemitraan berfungsi maksimal saat terjadi keadaan saling menguntungkan, memahami peran dan tanggung jawab masing-masing dan saling menghormati. Walaupun ada perasaan terdikte dari "pihak luar/asing" dan kesan "ketidakmampuan" mitra lokal pada fase awal kemitraan. Namun hal ini cenderung dikarenakan oleh kesalahpahaman budaya. Pengalaman pelaksanaan proyek telah membimbing ke arah peningkatan pemahaman budaya dan kemampuan yang lebih baik.
10. Upaya UGM dan RS Dr. Sardjito sangat luar biasa. Tanggung jawab terbesar dalam proyek ini diperankan oleh universitas sebagai satu kesatuan dan melahirkan banyak pengembangan dan perbaikan baru terutama di bidang respon terhadap bencana baik di UGM maupun RS Dr. Sardjito.

BAGIAN 5

Pencapaian Proyek Berdasarkan *Logical Frameworks*

Pencapaian proyek yang disebutkan pada bagian ini berdasarkan analisis *output* terhadap *logical framework* (*log frame*). Meskipun banyak pertanyaan mengenai ketepatan dan kualitas *log frame*, faktanya *log frame* tetap digunakan proyek sebagai alat perencanaan dan pengawasan yang utama walaupun mengalami beberapa penyesuaian di tahap-tahap yang berbeda hingga sampai versi akhir yang diterima semua mitra. Meskipun demikian, penting untuk mengukur pencapaian proyek dengan mengacu *log frame* yang sudah disepakati.

Logical Frameworks (log frame)

Logical Frameworks atau *log frame* adalah sebuah instrumen yang digunakan sebuah proyek untuk membuat perencanaan kegiatan. *Log frame* digunakan sebagai pedoman melakukan kegiatan/ pelaksanaan, serta untuk pengawasan dan evaluasi proyek.

Walaupun terdapat perbedaan pendapat tentang efektifitas penggunaan *log frame* dalam proyek ini, namun secara umum *log frame* ini dapat memberikan beberapa keuntungan antara lain:

- *Log frame* dapat memberikan konsistensi tujuan proyek tiap-tiap komponen dalam sebuah proyek. Hal ini berguna terutama jika terdapat pergantian staf.
- Komponen-komponen yang ada disusun secara sistematis, konsisten dan koheren. Hal ini dapat menjelaskan dan memaparkan secara logis bagaimana sebuah proyek diharapkan dapat bekerja.
- *Log frame* membagi-bagi tujuan proyek secara hierarki. Hal ini sangat membantu dalam memastikan masing-masing input dan output tidak saling tercampur satu sama lainnya, atau menghindari tujuan yang sama dalam tiap-tiap komponennya.
- *Log frame* juga menjelaskan hubungan yang mendasari penilaian-penilaian terkait efisiensi dan efektivitas proyek terhadap hasil yang dicapai.
- *Log frame* dapat mengidentifikasi faktor utama yang berhubungan dengan kesuksesan sebuah proyek.
- *Log frame* dapat digunakan sebagai landasan pengawasan dan evaluasi sebuah proyek berdasarkan indikator kesuksesan masing-masing komponen.

Analisis Logical Frameworks

Analisis *log frame* dilakukan untuk mengukur output,

dampak langsung, peluang kesinambungan program dan faktor-faktor yang mendukung atau menghambat pencapaian program seperti yang tercantum pada *log frame* untuk tiap divisi. Pengukuran ini menggunakan dokumen-dokumen antara lain:

1. Laporan rutin seperti laporan mingguan, laporan bulanan, laporan tiga bulanan dan laporan tahunan.
2. Buletin mingguan
3. Laporan khusus seperti laporan seminar/semiloka, notulensi rapat, laporan perjalanan
4. Dokumen-dokumen proyek seperti dokumen proposal, MOU, dokumen TOR, dokumen kontrak

Seperti yang telah diketahui, proyek ini terbagi dalam 4 divisi yaitu (1) *Clinical Services*, (2) *Mental Health*, (3) *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI), dan (4) *Public Health*. Masing-masing divisi memiliki *log frame* yang dikembangkan secara terpisah. Namun dalam analisis *log frame* ini semua *log frame* disatukan dan dipecah-pecah berdasarkan komponen, output, aktivitas dan sub aktivitas.

Definisi

Divisi:

Adalah bagian dari proyek yang mempunyai struktur manajemen dan tim teknis untuk melaksanakan program bantuan pasca Tsunami yang didanai oleh WVA. Staf masing-masing divisi berasal dari UGM dan RS Dr. Sardjito yang dipimpin oleh manajer program. Masing-masing divisi juga mempunyai koordinator program yang memberikan arahan dalam melaksanakan program. Secara teknis manajer program dibantu oleh tim teknis yang terdiri dari asisten, manajer lapangan, konsultan dan *Liaison Officer* (staf penghubung).

Komponen:

Komponen membagi-bagi tujuan program secara lebih spesifik. Komponen merupakan cakupan kerja tiap divisi. Di dalam *log frame* proyek ini terdapat 10 komponen. Salah satu contoh komponen dari divisi *Clinical Services* yaitu Komponen 1: Pengiriman staf untuk merevitalisasi rumah sakit Cut Nyak Dhien.

Output:

Mengindikasikan masing-masing target yang harus dihasilkan oleh proyek dalam mencapai tujuan tiap komponen. Secara keseluruhan terdapat 33 output.

Sebagai contoh adalah output dari komponen 1 divisi Clinical Services: Pengiriman staf medis / non medis (berdasar perlunya penilaian dan atas permintaan Direktur RS CND).

Aktivitas:

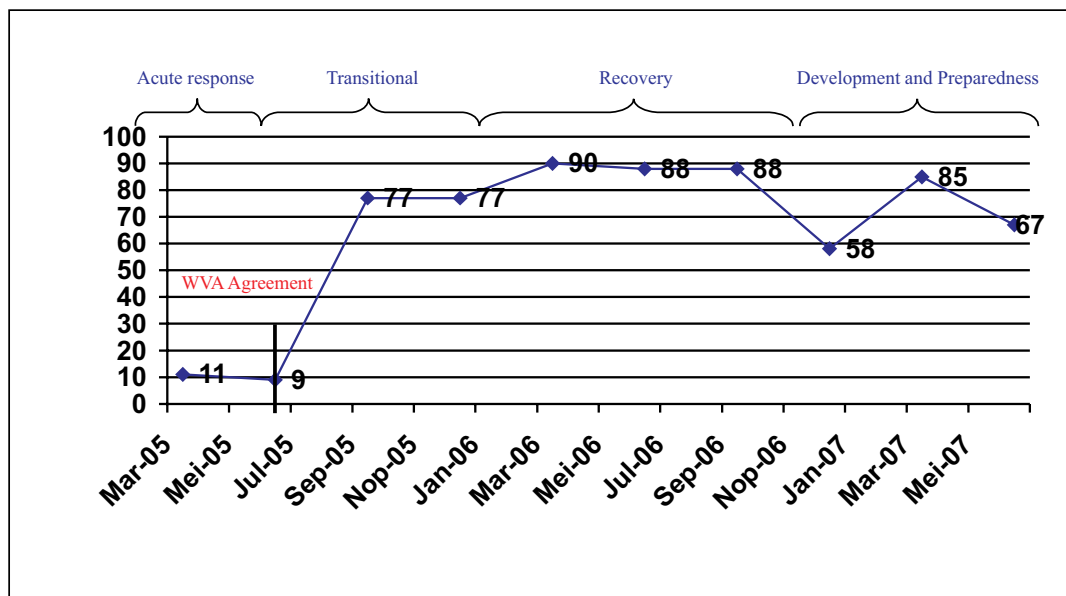
Mengindikasikan kegiatan-kegiatan yang diambil untuk

mencapai output. Semua aktivitas yang ada di log frame diakumulasikan. Terdapat 127 aktivitas dalam log frame ini. Salah satu contoh adalah aktivitas dari output 1 pada komponen 1 divisi clinical services yaitu: Rekrutmen Bulanan dan pengiriman staf medis ke RS CND yang terdiri dari dokter, perawat dan staf non klinis atas permintaan dan kebutuhan.

Tabel 1. Contoh log frame yang digunakan pada proyek "Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province". Contoh log frame mengambil komponen 1 divisi Clinical Services.

Divisi Clinical Services	Deskripsi	Indikator yang Dapat Diukur	Mekanisme Pembuktian	Asumsi Penting
Sasaran Program	Aceh Sehat 2010	Angka harapan hidup Angka kematian balita	Profil Kesehatan Aceh Barat	-
Tujuan Program	Untuk meningkatkan kualitas, jangkauan dan penggunaan pelayanan medis dalam rangka membuat RS CND berfungsi sebagai rumah sakit rujukan di pantai barat NAD.	Adanya dokter spesialis tetap di 4 bagian (Penyakit Dalam, Bedah, Anak, dan Kebidanan dan Kandungan) dengan unit-unit pendukungnya (Radiografer, analis laboratorium, apoteker, dan ahli gizi). Peningkatan mutu pelayanan Adanya tambahan pelayanan lain di RS CND. Peningkatan pengguna layanan medis.	Membandingkan data rutin mulai bulan Maret sejak UGM memberikan bantuan tetap di RS CND.	Pelayanan medis tersedia bagi masyarakat sesuai kebutuhan, terutama masyarakat tidak mampu. Adanya sumber pembiayaan untuk pelayanan yang berkesinambungan. Komitmen manajemen RS CND untuk mencapai tujuan.
Komponen 1: Bantuan tenaga dalam merevitalisasi rumah sakit.	Memperkuat dan mendukung sumber daya manusia lokal melalui pengiriman tim medis secara rotasi serta menyiapkan staf permanen.	Berfungsinya unit gawat darurat, kamar operasi, rawat inap dan rawat jalan pada akhir Desember 2006.	Laporan kegiatan bulanan tim medis. Jumlah pasien per bulan tiap instalasi.	Dukungan penuh dari direktur RS CND, Direktur RS Dr. Sardjito, Dekan FK UGM dan Ketua Komite Medis RS Dr. Sardjito.
Output 1.1	Revitalisasi penuh RS CND melalui bantuan tenaga medis (sesuai kebutuhan dan permintaan direktur RS CND).	Tersedianya dokter spesialis dari beberapa bagian di RS CND.	Laporan tahunan RS CND.	
Aktivitas 1.1.1	Merencanakan rotasi tim medis dengan masukan dari RS CND.	Penilaian secara berkala yang dilakukan direktur RS CND, supervisor program yang akan direview tiap kuartal oleh koordinator program <i>Clinical Services</i> dan ketua komite medis RS Dr. Sardjito.	Penilaian bulanan dari manajer Lapangan (berdasarkan permintaan RS CND dan laporan perkembangan tim medis).	Pihak manajemen dan staf RS CND bersedia bekerjasama dengan tim medis yang dikirim secara rotasi.
Aktivitas 1.1.2	Merekrut supervisor program untuk tiap-tiap bagian.	Perekrutan supervisor sudah dilakukan sebelum akhir Maret 2006.	Surat Keputusan Dekan tentang penugasan supervisor bagian.	Adanya staf yang ditunjuk dan bersedia bekerja sebagai supervisor bagian.
Aktivitas 1.1.3	Pengiriman tim medis bulanan dari RS Dr. Sardjito-UGM yang terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan staf non medis sesuai permintaan dan kebutuhan.	Tersedianya tim medis sesuai kebutuhan.	Laporan-laporan tim medis.	Staf RS Dr. Sardjito bersedia untuk berpartisipasi dalam tim medis untuk RS CND.

Bagan 2. Grafik ini menggambarkan frekuensi kegiatan Program Aceh selama periode 3 tahun. Kuartar pertama di tahun 2005 (sebelum masuknya World Vision Australia sebagai donor) adalah respon tanggap darurat dimana hampir semua bagian ikut andil dalam bantuan kemanusiaan di Aceh.



Database Aktivitas Proyek

Database dibuat untuk mendukung analisis *log frame*. Database digunakan untuk mendukung evaluasi dengan cara melacak aktivitas yang dilakukan antara lain aktivitas yang telah diselesaikan, aktivitas mana saja yang sedang dijalankan menurut *log frame* dan perkiraan waktu penyelesaian. Dengan database ini semua aktivitas dapat dikelompokkan ke dalam kategori-kategori berbeda, seperti: kategori waktu (bulanan, tiga bulanan dan tahunan), kategori divisi, kategori output atau kategori aktivitas. Aspek lain database adalah pengelompokan bersama aktivitas-aktivitas berdasarkan fase bencana mulai dari fase respon akut, fase transisi, fase pemulihan hingga fase pengembangan dan persiapan. Database ini digunakan sebagai dokumentasi proyek dan bisa melacak rincian tiap aktivitas yang pernah dilakukan. Frekuensi kegiatan proyek dapat dilihat pada bagan 1.

Penjelasan Masing-masing Divisi

Divisi Clinical Services (CS)

Sasaran program: Untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RS Cut Nyak Dien (RS CND), Meulaboh.

Tujuan program: Untuk memperkuat dan membangun kompetensi dasar staf medis dan non-medis lokal di RS CND, Meulaboh.

Tim *Clinical Services* bekerja di RS CND Kabupaten Aceh Barat. Aktivitas utamanya adalah mengirim tenaga medis seperti dokter spesialis/ residen senior, dokter umum, perawat, dan profesional kesehatan lainnya sebagai misi

kemanusiaan RS Sardjito-FK UGM yang dilakukan sejak Desember 2004, yaitu 4 hari setelah bencana gempa bumi dan Tsunami.

Log frame untuk Clinical Services dibagi menjadi 6 komponen, 16 output dan 57 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 95% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*.

Sejumlah aktivitas program ini dilakukan tidak menurut *log frame*, seperti beberapa seminar dan peringatan bencana Tsunami tahunan di Yogyakarta, bantuan infrastruktur untuk RS CND yaitu menyediakan instalasi air untuk tiap bangsal dan klinik rawat jalan, menyediakan beberapa perlengkapan medis, dan menyediakan satu unit mesin cuci untuk unit *laundry* di RS CND.

Divisi Mental Health (MH)

Sasaran program: Ikut serta dalam meningkatkan kesehatan psikologis masyarakat yang terkena imbas tsunami di Ibukota Provinsi Aceh dan Kabupaten Aceh Barat,

Tujuan program: Untuk membangun layanan kesehatan mental yang terpadu, berkelanjutan dan menyeluruh dan untuk membangun kapasitas kesehatan mental di tingkat masyarakat.

Tim Mental Health bekerja di dua Kabupaten/Kota dengan membangun 2 buah pusat pelayanan psikologi yaitu (1) Balee Zaituna (BZ) di Kabupaten Aceh Barat dan (2) Rumoh Seurunee (RS) di Kota Banda Aceh.

Log frame untuk program *Mental Health* terdiri dari 1 komponen, 5 koutput dan 32 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 92% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*. Beberapa aktivitas dirubah karena terbatasnya dana (Siaran radio). Satu aktivitas dibatalkan yaitu memformalkan izin untuk kedua pusat layanan. Tiga aktivitas ditambahkan, yaitu Bantuan Pemerintah Daerah untuk percontohan Pembangunan Layanan Kesehatan Mental Masyarakat Terpadu di Aceh Barat dan Banda Aceh, Evaluasi Program, dan Pembuatan Petunjuk untuk Desain Program Layanan Kesehatan Mental Masyarakat.

Divisi Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
Sasaran program: Ikut serta dalam mengembangkan layanan kesehatan bagi balita di Aceh Barat.

Tujuan program: Membangun kapasitas Puskesmas dan rumah sakit dalam manajemen kasus anak balita sakit di wilayah pantai Barat NAD (khususnya di Kabupaten Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya).

Tim IMCI bekerja di Meulaboh meliputi pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi Puskesmas

dan rumah sakit rujukan di 3 kabupaten, yaitu (1) Kabupaten Aceh Barat, (2) Kabupaten Aceh Jaya, (3) Kabupaten Nagan Raya dan (4) RS CND, Meulaboh. *Log frame* untuk program IMCI terdiri dari 1 komponen, 3 output dan 8 aktivitas. Tim ini telah melaksanakan 100% dari seluruh aktivitas berdasar *log frame*..

Divisi Public Health (PH)

Sasaran program: Peningkatan manajemen sistem informasi kesehatan dan surveilans penyakit di Aceh Barat.

Tujuan program: Memperkuat sistem manajemen informasi kesehatan Rumah Sakit Cut Nyak Dien (RS CND) dan surveilans kesehatan di Dinas Kesehatan Kesehatan Kabupaten Aceh Barat (Dinkes).

Tim PH bekerja di kabupaten Aceh Barat dalam membantu Dinkes dan RS CND. *Log frame* PH terdiri dari 2 komponen (Dinkes dan RS CND), 5 output dan 14 aktivitas. PH telah menyelesaikan 100% aktivitas berdasar *log frame* di Dinkes Aceh Barat dan rumah sakit.

Tabel 2. Pembagian komponen, output dan aktivitas masing-masing divisi. Penjelasan masing-masing komponen, output dan aktivitas dapat dilihat pada bagian berikutnya.

Divisi	Nama Komponen Komponen	Output	Jumlah Aktivitas
<i>Clinical Services</i>	Komponen 1 Bantuan Tim Medis	2 <i>output</i>	5 aktivitas
	Komponen 2 Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	2 <i>output</i>	5 aktivitas
	Komponen 3 Sistem Manajemen Mutu	4 <i>output</i>	18 aktivitas
	Komponen 4 Pendidikan dan Pelatihan	4 <i>output</i>	18 aktivitas
	Komponen 5 Pemberdayaan Masyarakat	3 <i>output</i>	5 aktivitas
	Komponen 6 Budaya dan Etika Kerja	1 <i>output</i>	6 aktivitas
<i>Mental Health</i>	Komponen Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikologis	5 <i>output</i>	33 aktivitas
IMCI	Komponen Manajemen Terpadu Balita Sakit	3 <i>output</i>	17 aktivitas
<i>Public Health</i>	Komponen 1 Sistem Informasi Rumah Sakit Cut Nyak Dhien	3 <i>output</i>	9 aktivitas
	Komponen 2 Sistem Informasi Dinas Kesehatan Aceh Barat	2 <i>output</i>	6 aktivitas

Output, Dampak Jangka Pendek, Faktor Resiko dan Outcome Proyek

A. Divisi Clinical Services (CS)

Komponen 1. Bantuan Tenaga Medis untuk merevitalisasi Rumah Sakit CND

Setidaknya 355 staf klinis dari RS Dr. Sardjito telah dikirim untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien di RS CND Meulaboh. Semua staf terbagi dalam 48 gelombang tim medis. Secara keseluruhan staf yang dikirim berasal dari SMF Bedah 27 orang, SMF Mata 23 orang, SMF Ilmu Kesehatan Anak (IKA) 14 orang, SMF Ilmu Penyakit Dalam 12 orang, SMF Anestesi 31 orang, SMF Neurologi 8 orang, SMF Kebidanan dan Kandungan 6 orang, SMF THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan) 11 orang, SMF Radiologi 23 orang, SMF Patologi Klinik 14 Orang, SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin 1 orang, dokter umum 27, Perawat Ahli 69 orang, ahli gizi 14 orang, staf administrasi 11 orang, staf manajemen 3 orang, Psikolog 4 orang, ahli farmasi 1 orang, ahli sanitasi 4 orang dan teknisi 4 orang. Tujuan pengiriman tim medis dari RS Dr. Sardjito ini adalah untuk merevitalisasi RS CND yang dimulai sesaat setelah bencana Tsunami.

Aktivitas lain termasuk menjamin ketersediaan dokter spesialis dan menyediakan layanan spesialis tambahan di rumah sakit CND. Layanan dokter spesialis yang baru adalah Psikiatri, Anestesi, Mata, THT, Neurologi, Patologi Klinik dan Radiologi.

Sebelas supervisor dari 10 Staf Medis Fungsional (SMF) RS Dr. Sardjito ditunjuk untuk mensupervisi pelayanan spesialis di RS CND.

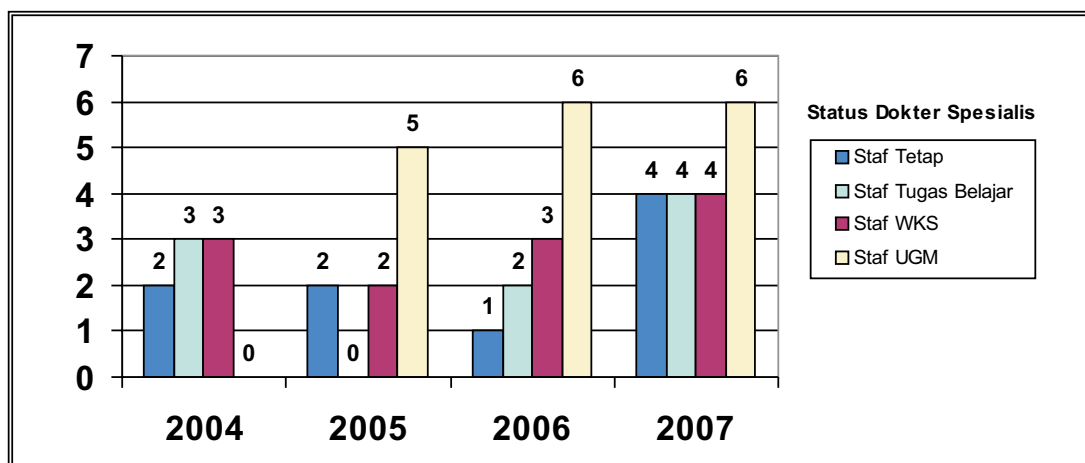
RS CND mempunyai pelayanan dokter spesialis lengkap yang dikirim dari RS Dr. Sardjito. Fakultas Kedokteran juga memfasilitasi dokter spesialis muda untuk mengambil Wajib Kerja Spesialis (WKS) selama 6 bulan di Aceh Barat (kategori daerah sangat terpencil) yang disamakan dengan 2 tahun masa bakti sesuai peraturan Departemen Kesehatan. Selama 3 tahun perjalanan proyek, Fakultas Kedokteran sudah memfasilitasi WKS untuk 11 dokter spesialis muda, terdiri dari 6 orang spesialis kebidanan dan kandungan, 3 orang spesialis anak, 1 orang spesialis syaraf dan 1 orang spesialis THT.

Membantu RS CND dalam menyediakan staf permanen dengan cara (1) Merekrut 1 dokter RS CND untuk mengambil pelatihan singkat bidang psikiatri di SMF Ilmu Kesehatan Jiwa RS Dr. Sardjito; (2) Membantu 6 dokter umum dari Kabupaten Aceh Barat untuk mengambil pendidikan spesialis di RS Dr. Sardjito yaitu 1 orang di SMF Ilmu Penyakit dalam, 1 orang di SMF THT, 1 orang di SMF bedah, 1 orang di SMF Ilmu Kesehatan Anak, 1 orang di SMF Anestesi, dan 1 orang di SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.

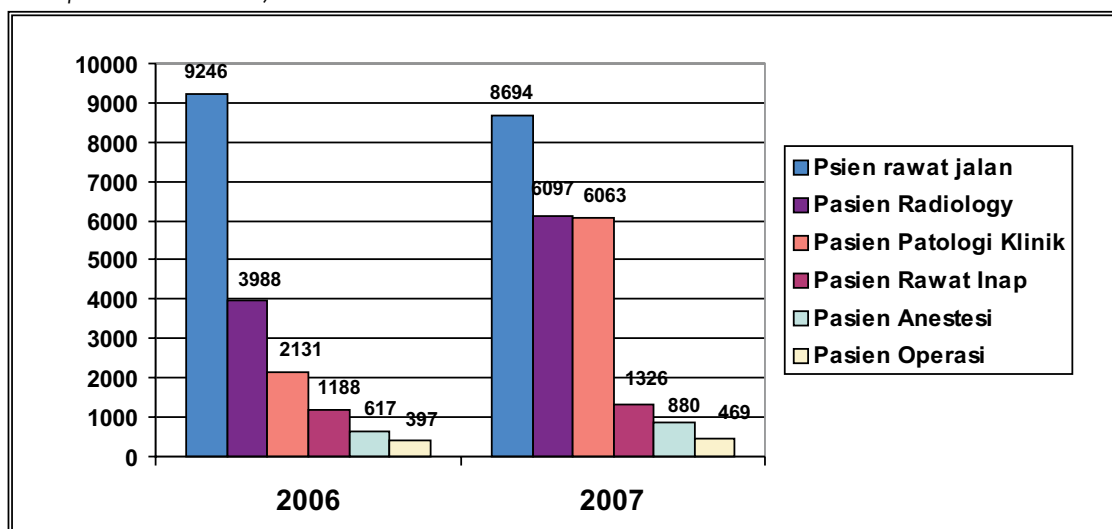
Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 1 CS

1. Meningkatnya kepercayaan pasien dan masyarakat terhadap kualitas perawatan dan pelayanan di RS CND. Tingkat kunjungan pasien meningkat. Hasil survei kepuasan pasien menunjukkan 80% pasien merasa puas dengan pelayanan di RS CND. Rumah sakit telah menjadi pusat rujukan bagi daerah-daerah lain seperti Kabupaten Aceh Jaya, Nagan Jaya, Aceh

Bagan 2. Ketersediaan dokter spesialis di RS CND Nyak Dhien per bulan dari tahun 2004 sampai tahun 2007 (Sumber: Laporan tahunan RS Cut Nyak Dhien dan Laporan Monitoring dan Evaluasi Program Aceh UGM).



Bagan 3. Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim RS Dr Sardjito - UGM pada tahun 2006 dan 2007 (Sumber: Laporan tim medis).



Barat Daya, Aceh Selatan (Tapak Tuan) and Kabupaten Aceh Singkil.

2. Peningkatan kapasitas, pengetahuan dan keterampilan bagi staf lokal dalam menyediakan pelayanan medis.
3. Peningkatan kesadaran bagi staf RS CND, pihak manajemen dan pemerintah daerah tentang pentingnya mempertahankan pelayanan spesialis di rumah sakit sebagai ujung tombak pelayanan kepada masyarakat.
4. Bantuan tenaga secara umum untuk memenuhi kekurangan sumber daya manusia di RS CND.

Faktor-faktor Resiko

1. Berbagai upaya telah diambil untuk mendorong pemerintah daerah meningkatkan insentif dokter spesialis sebagai daya tarik agar dokter spesialis betah untuk menetap lebih lama atau bahkan menjadi staf tetap. Sayangnya, hal ini belum terjadi dan mengurangi ketertarikan dokter spesialis untuk tinggal lebih lama atau menjadi staf tetap. Peraturan Menteri Kesehatan yang baru menyebut bahwa WKS tidak lagi wajib bagi lulusan dokter baru, berdampak pada semua daerah terpencil khususnya ketersediaan dokter spesialis di RS CND. Padahal sebagian dokter spesialis yang ada di RS CND adalah dokter WKS dengan masa tugas enam bulan.
2. Sebuah pernyataan dari manajemen senior RS CND bahwa dokter spesialis harus datang dari UGM, membuat dokter spesialis dari daerah lain yang lebih dekat dengan Meulaboh enggan untuk bekerja di RS CND.
3. Saat proyek ini berhenti, sangat beresiko terhentinya pelayanan dokter spesialis terutama jika sistem insentif dari pemerintah daerah tidak terealisasi. Hal ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang ada dan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

Komponen 2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)

Pembentukan DART (Tim Penanggulangan Gawat Darurat) untuk 6 kabupaten di wilayah pantai barat yaitu Kabupaten Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Jaya, Abdy, Aceh Selatan dan Kabupaten Aceh Singkil. Tim yang dinamakan Basel 118 tersebut menghubungkan para dokter, paramedis, layanan ambulans dari rumah sakit and Puskesmas di keenam kabupaten. Tim *Clinical Services* telah menyediakan pelatihan serta instrumen manajemen gawat darurat dan bencana untuk membangun dan menguatkan kapasitas anggota Basel 118.

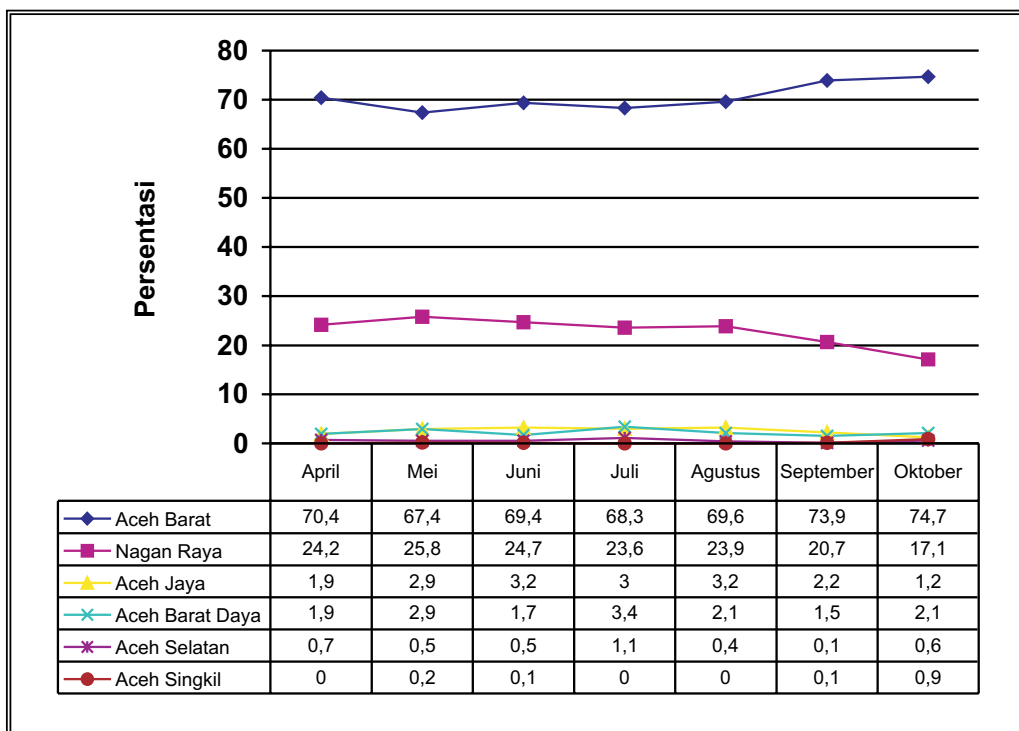
Menciptakan sebuah sistem manajemen dan brigade siaga bencana untuk merespon keadaan darurat bersama RS CND. Sistem tersebut mencakup 6 kabupaten di pantai barat NAD yang diperkuat dengan kesepakatan bersama (MOU) antara rumah sakit, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan di masing-masing kabupaten.

Hingga saat ini, 65 staf RS CND (5 dokter, 40 paramedis, 20 non-paramedis) telah mengikuti pelatihan kompetensi dasar manajemen darurat dan bencana guna menyiapkan RS CND sebagai rumah sakit rujukan yang mempunyai keahlian dan kapasitas manajemen kegawat-daruratan.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 2 CS

1. Sistem penanggulangan gawat darurat di sektor kesehatan yang ada sekarang mempunyai kapasitas yang lebih baik dalam merespon keadaan darurat dan bencana skala lokal.
2. Advokasi SPGDT dilakukan melalui beberapa semiloka yang menghadirkan para *stakeholder* dari 6 Dinas Kesehatan Kabupaten, dokter-dokter dari Puskesmas, dan staf RS CND. SPGDT dengan nama Basel 118 di pantai barat adalah sistem darurat pertama di

Bagan 4. Presentasi kunjungan pasien dari 6 kabupaten pesisir pantai barat NAD di fasilitas rawat jalan RS Cut Nyak Dhien tahun 2007 (Sumber: Data tim IT Public Health).



NAD. Dinas Kesehatan Propinsi menunjuknya sebagai proyek percontohan di NAD dan sebagai contoh untuk daerah-daerah lain di propinsi NAD.

- Salah satu cara untuk memantapkan SPGDT adalah dengan memasukkan program ini ke dalam Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) masing-masing kabupaten dan atau APBD propinsi guna kesinambungan program SPGDT di pantai Barat NAD.

Faktor-faktor Resiko

Program SPGDT belum disetujui untuk dimasukkan dalam anggaran daerah dan propinsi. Kesinambungan SPGDT dan tim Basel 118 merupakan salah satu tujuan komponen ini. Jika tujuan ini belum dapat diraih oleh proyek, sangat mungkin program SPGDT tidak akan dimasukkan dalam anggaran pemerintah daerah dan mengancam kesinambungan program.

Komponen 3. Sistem Manajemen Mutu (SMM)

Mendukung RSCND dalam menerapkan sistem manajemen mutu. Tim *Clinical Quality* (CliQ) yang dibentuk terdiri dari 3 konsultan manajemen mutu dari Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM, 2 asisten CliQ dan seorang *liaison officer* (LO atau staf penghubung). LO bersama memfasilitasi pelaksanaan program mutu di RS CND serta komunikasi antara RS CND dan tim CliQ. *Liaison officer* bekerja sama dengan manajer lapangan *Clinical Services* melaksanakan rapat koordinasi internal mingguan, yang dihadiri oleh semua perwakilan unit-unit

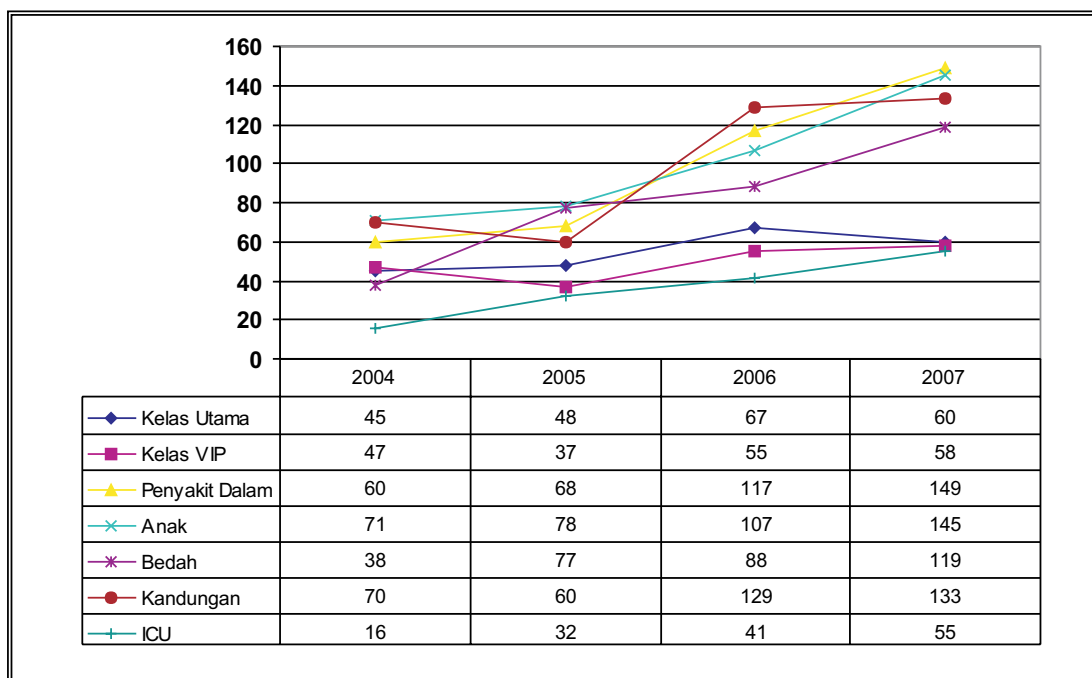
yang ada. Rapat rutin yang membahas permasalahan rumah sakit dan solusi permasalahannya ini merupakan pengalaman baru bagi RS CND yang sebelumnya tidak pernah dilakukan.

Buku standar manual mutu telah dibuat untuk RS CND dan dokumennya telah disetujui oleh manajemen rumah sakit. Manajemen RS CND telah menunjuk 11 stafnya sebagai anggota Komite Peningkatan Mutu yang disebut Manajemen Representatif (MR). Komite tersebut bekerjasama dengan tim CliQ dalam mendukung program dan mengawasi pemeliharaan standar mutu pelayanan rumah sakit. Hal ini dilakukan antara lain dengan cara:

- Menyediakan buku register standar untuk RS CND, yang dibagikan dan digunakan oleh semua unit di rumah sakit.
- Membuat modul manajemen mutu untuk RS CND.
- Membuat Standar Pelayanan Medis untuk 10 besar penyakit terutama untuk bagian kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, dan bedah.
- Membuat buku petunjuk manajemen logistik untuk memaksimalkan pemanfaatan peralatan dan persediaan.
- Membuat *Hospital Bylaws* (tata kelola) rumah sakit dalam mendukung manajemen mutu (kebijakan internal RS CND).

Dalam memfasilitasi pengembangan manajemen mutu, 5 staf dari RS CND, 1 staf dari Universitas Syah Kuala serta 2 orang anggota tim CliQ melakukan studi banding

Bagan 5. Jumlah kunjungan pasien rata-rata per bulan di fasilitas rawat inap RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dari tahun 2004 sampai 2007 (Sumber: Data Rekam Medis dan Buku Register RS Cut Nyak Dhien).



sistem manajemen mutu di Melbourne. 3 staf RS CND menghadiri pelatihan dalam sebuah forum *International Health Quality Network* (IHQN) di Surabaya dan studi banding sistem manajemen mutu di rumah sakit Tabanan Bali.

Sebagai pendukung peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit, tim *Clinical Services* membantu RS CND dalam penyediaan hal-hal berikut:

- Membuatkan instalasi air dan wastafel di tiap poliklinik dan bangsal.
- Menyediakan satu mesin cuci di unit *laundry* untuk mempercepat proses pencucian terutama baju bedah.
- Menyediakan beberapa peralatan medis.
- Membantu memasang incenerator (tempat pembakaran/penghancuran limbah medis) bantuan WHO untuk mendukung pengelolaan limbah medis RS CND dan Puskesmas di sekitar Meulaboh.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 3 CS

1. Pengenalan sistem manajemen mutu kepada RS CND merupakan langkah penting untuk memperkenalkan standar pelayanan minimum, pelayanan yang baik, yang bisa dipertanggungjawabkan.
2. Peningkatan mutu berdampak langsung pada standar keselamatan dan perawatan pasien.
3. Pengenalan mekanisme koordinasi antara tingkat senior, menengah dan bawah adalah tantangan baru dan berdampak baik dalam manajemen RS CND yang dapat mempengaruhi budaya kerja.

Faktor-faktor Resiko

1. Staf RS CND yang bertanggung jawab pada manajemen mutu, masih tergantung pada tim UGM dan tidak memberikan cukup kontribusi pada tiap pertemuan. Sebagai contoh, rapat koordinasi masih diatur oleh LO CliQ dan manajer lapangan *Clinical Services* meski proyek berakhir pada Desember 2007.
2. Masih adanya hambatan komunikasi antara manajer tingkat senior dan menengah di RS CND.
3. Manajer senior terlalu mengatur dan tidak melibatkan staf lain dalam mengambil keputusan. Hal ini diperparah dengan kurangnya semangat tim serta rendahnya motivasi staf untuk berubah.
4. Perubahan-perubahan politik di Meulaboh mengancam kesinambungan program pada komponen ini. Beberapa staf RS CND yang bertanggung jawab terhadap program peningkatan mutu dimutasi ke dinas lain, sedangkan staf yang baru tidak terlibat dalam perencanaan sejak awal, dan perlu waktu untuk melatih dan mengarahkannya.
5. Pengawasan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan sulit untuk dilaksanakan karena data pencatatan yang tidak lengkap serta mekanisme pengumpulan data yang tidak jelas.
6. Sulit untuk melihat dampak program terhadap perubahan angka mortalitas dan morbiditas penyakit, karena tidak adanya mekanisme pengumpulan data yang jelas di RS CND.

Komponen 4: Pendidikan dan Pelatihan

Staf RS CND dari 10 unit yang ada di RS CND, termasuk staf manajemen diikuti dalam *on the job training* di RS Dr. Sardjito-FK UGM untuk meningkatkan kapasitas manajemen dan pelayanan klinis sesuai dengan bidangnya. Dalam *on the job training*, materi yang diberikan mencakup:

- Pelatihan manajemen.
- Peningkatan ketrampilan pendukung (misalnya ketrampilan komputer, etika kerja dan kemampuan komunikasi).
- Program magang berbasis kompetensi.

Enam puluh sembilan staf RS CND ambil bagian dalam *on site training* yang diselenggarakan di Meulaboh. Pelatihan ini terdiri atas:

1. Pelatihan Manajemen Gizi yang diikuti 7 peserta dari Unit Gizi RS CND
2. Pelatihan Manajemen Kepala Ruang yang diikuti 15 peserta
3. Pelatihan Standar Asuhan Keperawatan yang diikuti 15 peserta
4. Pelatihan Pengendalian Infeksi Nosokomial Rumah Sakit yang diikuti oleh 20 peserta, dan
5. Pelatihan Manajemen Laboratorium yang diikuti 12 peserta dari Unit Laboratorium RS CND

Program mentoring selama 1 bulan di RS CND mendatangkan staf dari RS Dr. Sardjito, RS Tabanan Bali dan konsultan lain. Mentoring dilakukan untuk mendampingi staf lokal dalam melakukan perbaikan pelayanan medis

di masing-masing unitnya. Mentor yang dikirim bertugas melakukan penilaian dan membantu pelaksanaan standar pelayanan di masing-masing unit RS CND (misalnya Unit Farmasi, Unit Gizi, Unit Laboratorium, Unit Radiologi, Unit Perawatan Intensif, Unit Gawat Darurat, Ruang Operasi, Bangsal dan Pengendalian Infeksi Nosokomial). Kegiatan ini ditindak lanjuti dengan melakukan supervisi secara berkala terkait dengan kemajuan pelayanan yang sekaligus berfungsi untuk pengawasan dan evaluasi hingga Juni 2008.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 4 CS

1. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan staf medis dan manajemen RS CND. Hal ini merupakan kunci dari perbaikan pelayanan medis, manajemen dan keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Pengenalan *on site training* di unit-unit rumah sakit sebetulnya untuk transfer ilmu agar terjadi peningkatan standar pelayanan dan manajemen.
3. Manajer senior sekarang mempunyai kesadaran lebih baik terhadap program pelatihan yang disediakan dalam pengembangan staf secara profesional.

Faktor-faktor Resiko

1. Masih ada resistensi sebagian staf rumah sakit dalam menerapkan pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh selama mentoring dan pelatihan.
2. Tanggung jawab dan peran staf RS CND yang belum jelas dalam memelihara dan mengawasi penerapan pengetahuan dan ketrampilan baru tersebut berakibat minimnya tindak lanjut. Hal ini juga memunculkan sikap ketergantungan pada tim *Clinical Services* UGM



Sesi produksi makanan pada mentoring di Unit Gizi RS Cut Nyak Dhien.

Dokumen Clinical Services

Seorang pasien dibawa ke ruang operasi untuk mendapatkan tindakan operatif di RS Cut Nyak Dhien.



Foto: Guardian Y Sanjaya

3. Ketidak-pastian apakah manajer senior mempunyai komitmen terhadap pengembangan staf dan pendidikan berkerlanjutan.

Komponen 5: Pemberdayaan Masyarakat

Rencana untuk mengembangkan layanan informasi bagi pasien belum terlaksana hingga kini. Bahan-bahan telah disiapkan oleh tim *Clinical Services* tetapi pelaksanaan tidak berjalan karena tidak tersedianya informasi layanan pada rumah sakit CND secara detail, misalnya jenis layanan, biaya layanan dan lain-lain.

Tim *Clinical Services* telah membuat dan membagikan selebaran informasi tentang pelayanan umum di RS CND. Penyebaran leaflet ini juga mencakup kabupaten lain melalui Dinas Kesehatan Kabupaten dan fasilitas-fasilitas kesehatan seperti rumah sakit daerah dan Puskesmas.

Faktor-faktor Resiko

Sampai saat ini RS CND tidak mempunyai informasi pasien yang tepat dan terinci, terutama tentang biaya layanan dan jenis-jenis layanan yang ada. Hal ini menyebabkan ketidak-jelasan informasi pelayanan yang ada di RS CND yang berdampak pada keengganan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di RS CND. Pasien akan cenderung memilih untuk mendapatkan pelayanan medis di tempat-tempat lain.

Komponen 6: Membangun Budaya dan Etika Kerja di RS CND

Sebanyak 249 staf RS CND diikutsertakan dalam kursus kepemimpinan dan *team building* atau *outbound*. *Out*

bound dilakukan 10 kali secara bergantian. Hal ini membantu meningkatkan komunikasi antar staf dan saling bekerjasama dalam mengembangkan tata nilai dalam bekerja. Adanya tata nilai yang disepakati bersama tersebut memperjelas komitmen staf dalam meningkatkan kualitas pelayanan di tiap unit kerja. Kemudian hasil *out bound* ini ditindak lanjuti dengan evaluasi proses pelatihan, hasil pelatihan, dan penerapannya di RS CND secara langsung.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 6 CS

Dampak yang dapat diukur sangat kecil. Meskipun demikian, evaluasi terakhir yang dilakukan oleh tim *Clinical Services* mengungkapkan bahwa ketidakmauan untuk berubah dan meningkatkan budaya kerja atau menerapkan ketrampilan baru yang telah dipelajari, sangat berkaitan erat dengan tingkat pendapatan/ insentif. Staf melaporkan bahwa tanpa bertambahnya insentif, mereka enggan untuk "bekerja lebih".

Faktor-faktor Resiko

1. Masih ada keengganan staf rumah sakit untuk mengubah budaya kerja dan menerapkan tata nilai yang sudah disepakati. Hal ini berarti budaya kerja kembali seperti sebelumnya.
2. Tidak ada orang yang bertanggung jawab terhadap pengendalian budaya kerja di RS CND maupun yang menindak-lanjutinya.
3. Manajer senior rumah sakit masih mempertahankan jarak antar dengan staf menengah dan bawah yang berakibat rendahnya semangat staf untuk berubah.

Outcome Kegiatan Divisi *Clinical Services*

Outcome memerlukan waktu yang lebih lama untuk bisa diukur. Bagaimanapun juga dalam persepsi “outcome” pasca bencana dan lingkungan pasca konflik akan berbeda dari lingkungan yang lebih stabil. Keberhasilan dapat dilihat jika persepsi disamakan dalam satu perspektif jangka pendek. *Outcome* yang terlihat dan terukur pada tahap ini meliputi:

1. Penyediaan dokter spesialis dan staf medis untuk menyediakan pelayanan kepada pasien berpengaruh positif terhadap kehidupan dan kesehatan pasien yang mendapatkan perawatan.
2. Meningkatnya kepercayaan diri dari dalam rumah sakit karena keyakinan akan peningkatan mutu pelayanan yang mempengaruhi manajemen rumah sakit dan pemerintah daerah. Hal ini juga menyadarkan pentingnya rumah sakit daerah berstandar tinggi. Peningkatan mutu pelayanan bisa mendorong perubahan kebijakan daerah untuk mendukung kesinambungan mutu pelayanan khususnya tersedianya dokter spesialis.
3. Mekanisme pengiriman tenaga medis dan perawat



Dokumen IMCI

Metode MTBS sudah diterapkan di hampir semua Puskesmas di Aceh Barat. Namun kesinambungan program ini tergantung pada masing-masing kebijakan daerah.

dapat dikembangkan lebih lanjut sebagai contoh bagi pemerintah daerah dan rumah sakit kabupaten lain untuk bekerjasama dalam penyediaan dokter spesialis dengan rumah sakit seperti RS Dr. Sardjito atau yang lainnya. Model ini dapat juga mendorong terciptanya format baru manajemen rumah sakit serta mendorong transfer ilmu dan ketrampilan dari wilayah yang lebih berkembang ke wilayah yang kurang berkembang.

4. Pengenalan manajemen mutu, etika kerja, pelatihan dan pendidikan di RS CND dapat menjadi katalisator untuk perubahan di dalam rumah sakit. Sekarang, manajemen rumah sakit mempunyai keinginan untuk beralih menjadi rumah sakit independen atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), serta menjadi pusat rujukan bagi wilayah lain di Aceh. Tanda awal sudah terlihat, namun masih perlu memperbaiki transparansi keuangan, pengaturan jasa medis, pengaturan manajemen secara baik, pengaturan sumber daya manusia dan pengembangan profesional staf secara berkesinambungan. Sebelumnya, tidak ada satupun hal tersebut tersedia di rumah sakit.
5. RS CND akan bekerja dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam menyediakan dokter spesialis kontrak untuk bagian Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Bedah Umum dan Kebidanan dan Kandungan. Dokter spesialis dapat berasal dari lembaga lain selain UGM.
6. Bersama divisi lain, tim *Clinical Services* telah menyarankan pemerintah daerah untuk mendukung kesinambungan program dengan membuat perencanaan anggaran, terutama untuk pelayanan spesialis. Pembuatan rencana anggaran oleh divisi ini membantu pemerintah daerah untuk memasukkan pelayanan ini ke dalam anggaran daerah.

B. Divisi *Integrated Management of Child-good Illness (IMCI)*

Tim IMCI telah melaksanakan 11 kali pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) untuk staf Puskesmas. Pelatihan ini melibatkan 31 Puskesmas di 3 kabupaten yaitu Kabupaten Aceh Barat, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Pelatihan-pelatihan tersebut dihadiri oleh 234 peserta yang meliputi dokter umum, perawat dan bidan. Pelatihan MTBS rumah sakit juga telah diperkenalkan di Kabupaten Aceh Barat, tepatnya RS CND. Pelatihan MTBS rumah sakit ini adalah yang pertama kalinya dilakukan di Indonesia. Pelatihan MTBS rumah sakit mencakup bangsal anak, poli anak, unit perawatan intensif, bangsal kebidanan dan kandungan serta unit gawat darurat.

Pelatihan untuk calon fasilitator MTBS atau *Training for Trainers (ToT)* dilaksanakan untuk 25 peserta terpilih dari 3 kabupaten. Setelah selesai, peserta ToT kemudian bertindak sebagai fasilitator dalam aktivitas MTBS

berikutnya yang dikoordinir oleh UGM dan atau Dinas Kesehatan bekerjasama dengan LSM. Peserta ToT ini juga dilibatkan dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan prosedur MTBS di Puskesmas. Monitoring dan evaluasi MTBS menggunakan instrumen evaluasi standar untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan anak di ketiga kabupaten.

Dinas Kesehatan Aceh Barat (DHO) bekerjasama dengan *Catholic Relief Services* (LSM internasional yang bekerja di NAD), mengadopsi konsep pelatihan MTBS dari UGM untuk pelatihan MTBS bagi bidan desa yang berada di wilayah kabupaten Aceh Barat. Dinkes Aceh Barat merupakan satu-satunya kabupaten di Aceh yang sudah melatih lebih dari 127 bidan desa dengan pelatihan MTBS. Selain itu, Dinkes Aceh Barat kini dipercaya untuk melaksanakan pelatihan MTBS untuk bidan desa di kabupaten lain. Diantaranya kabupaten Aceh Barat Daya dan Aceh Singkil.

Kurang lebih 90% Puskesmas di 3 kabupaten ini sudah menerapkan prosedur MTBS untuk pasien-pasien di bawah usia 5 tahun.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Divisi IMCI

1. Pengenalan dan penerapan pendekatan berdasar bukti pada manajemen kesehatan anak di tingkat Puskesmas telah meningkatkan mutu perawatan penyakit pada anak secara umum di tiga kabupaten yang dilibatkan.
2. Meningkatkan kapasitas staf Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk melatih bidan desa dalam pendeteksian dan perawatan kesehatan anak di tingkat masyarakat.

3. Dengan menyediakan instrumen evaluasi MTBS, pengukuran perubahan yang terjadi dapat dilaksanakan.
4. Dinkes Kabupaten Aceh Barat mempunyai kapasitas dalam menyediakan program pelatihan MTBS bagi kabupaten lainnya.
5. Meningkatkan kapasitas rumah sakit untuk mengelola dan menerapkan perawatan anak menggunakan metode MTBS. Ini adalah pertama kalinya modul pelatihan MTBS untuk rumah sakit yang telah diadaptasi dan diterapkan di Indonesia.

Faktor-faktor Resiko

1. Program MTBS membutuhkan biaya yang banyak. Kestinambungan program sangat tergantung pada kebijakan pemerintah daerah dan dukungan Dinas Kesehatan. Advokasi dengan pemerintah daerah sudah sering dilakukan. Kestinambungan program MTBS di Aceh Barat tergantung pada pembiayaan yang digunakan untuk pemeliharaan sistem, pengawasan dan evaluasi, penyediaan obat dan surveilans.
2. Di tingkat puskesmas mutu penggunaan prosedur MTBS yang diterapkan bervariasi antara puskesmas satu dan yang lainnya.

Outcome Kegiatan Divisi IMCI

1. Peningkatan kapasitas di puskesmas dan bidan desa akan memberikan efek positif dalam manajemen penyakit pada anak secara umum. Jika mutu pelayanan diatur dengan baik, program-program MTBS dapat meningkatkan keyakinan masyarakat terhadap puskesmas dalam menyediakan diagnosis dan terapi yang efektif bagi anak di bawah 5 tahun. Hal



Penerapan pelatihan MTBS di fasilitas rujukan (rumah sakit) di Indonesia pertama kali dilakukan di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Pelatihan ini mengadaptasi modul WHO.

Foto: Eddy Supriyadi



Pendaftaran pasien di RS Cut Nyak Dhien sudah menggunakan sistem komputerisasi. Identitas pasien sudah menggunakan sistem bar code yang tidak memungkinkan adanya pencatatan ganda.

ini juga mendukung pengembangan dan pemulihan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

2. Salah satu hasil positif adalah Dinas Kesehatan Aceh Barat kini mampu menyediakan program pelatihan MTBS bagi kabupaten-kabupaten lain. Hal ini meningkatkan kemandirian dari kabupaten di daerah untuk saling membangun kapasitas dan dukungan secara timbal balik.

C. Divisi Public Health (PH)

Komponen 1: Memperkuat Sistem Informasi dan Perencanaan RS CND

Sistem rekam medis RS CND diperbaiki dengan cara memperkenalkan prosedur operasional baku, membuat alur kerja rekam medis dan membuat deskripsi tugas dan tanggung jawab staf rekam medis.

Peningkatan kapasitas staf rekam medis sudah dilakukan melalui serangkaian mentoring dan pelatihan bagi staf rekam medis dan staf administrasi di unit-unit terkait lainnya.

Pengenalan sistem berbasis komputer di RS CND telah dilakukan dan semua staf saat ini sudah mahir menggunakan komputer. Hal ini berdampak pada kepuasan staf terhadap sistem yang baru karena bisa mengurangi beban kerja.

Sistem manajemen keuangan di RS CND ditingkatkan dengan cara:

- Menerapkan *billing system* di unit rawat jalan sejak Oktober 2006.

- *Billing system* manual secara berangsur-angsur diubah menggunakan sistem elektronik yang didukung oleh perangkat keras (server, LAN dan komputer tambahan) dan perangkat lunak khusus (MedPlus).
- Memperkuat kapasitas lokal untuk mengelola *billing system* dengan program-program mentoring dan pelatihan untuk staf di bagian pendaftaran, kasir, staf keuangan, dan perawat poliklinik.
- Tahap pertama *billing system* secara elektronik diterapkan pada unit rawat jalan yang kemudian diterapkan di unit gawat darurat, unit radiologi dan laboratorium sejak Maret 2007. Pengembangan tahap yang kedua dilakukan pada loket pendaftaran Askes dan Askeskin serta 1 bangsal percontohan (Bangsal Kelas Utama) pada Oktober 2007.
- Advokasi dengan pemerintah daerah terkait kesinambungan pengembangan *billing system* di RS CND telah dilakukan melalui presentasi-presentasi pada tiap kesempatan dan beberapa semiloka. Pengembangan *billing system* juga sudah tercakup dalam rencana strategis rumah sakit 2006-2011 yang sudah disetujui *stakeholder*.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 1 PH

1. Pengenalan *billing system* secara elektronik mengurangi beban pekerjaan di unit-unit tempat sistem tersebut diterapkan.
2. Peningkatan transparansi jasa medis yang ditarik dari pasien menyebabkan peningkatan keyakinan pasien dan dapat mengurangi pembayaran ilegal.
3. Pengenalan teknologi informasi di dalam rumah sakit penting untuk mengubah dan mengembangkan rumah sakit di tingkat daerah. Hal ini adalah sebuah inovasi baru di Aceh.

4. Penerapan sistem informasi berbasis komputer adalah salah satu jalan untuk meningkatkan manajemen informasi dalam rumah sakit.

Faktor-faktor Resiko

1. Data yang ada di rekam medis masih tidak akurat karena ketidaklengkapan pencatatan harian dimana sistem pengumpulan data hanya bergantung pada mekanisme pencatatan harian.
2. Terdapat konflik antara staf rekam medis dengan perawat baik di rawat jalan maupun bangsal, terkait dengan tidak jelasnya siapa yang bertanggung jawab atas pencatatan harian. Staf rekam medis merasa bahwa perawat bertanggung jawab terhadap pengisian sensus harian, sementara itu, perawat enggan melakukannya karena mereka sudah dibebankan pekerjaan lain.
3. Beberapa staf rumah sakit tidak yakin dengan adanya *billing system* akan berdampak pada transparansi keuangan.
4. Beberapa staf merasa tidak senang dengan penerapan *billing system* karena hilangnya sumber pendapatan. Karena ada kebiasaan lama di rumah sakit yang meminta uang jasa medis langsung kepada pasien dan tidak melalui loket. Jika dilihat dari data yang ada, terdapat selisih pencatatan kurang-lebih 30% antara data yang ada di komputer dan data di buku register.
5. Langkah pengembangan berikutnya adalah memasang *billing system* elektronik di unit-unit lain melalui anggaran pemerintah daerah. Anggaran ini digunakan

untuk pembelian perangkat keras, pemeliharaan dan pelatihan karyawan. Kesenambungan program tersebut akan terancam jika tidak ada dukungan dari pemerintah daerah.

6. RS CND tidak mempunyai sumber daya manusia yang mampu untuk pemeliharaan sistem. Sejauh ini RS CND masih tergantung pada tim IT UGM.

Komponen 2: Peningkatan Perencanaan dan Sistem Informasi Kesehatan Daerah

Memperkuat kapasitas staf dinas kesehatan dalam manajemen sistem informasi dan surveilans berbasis peta geografis. Salah satu kegiatannya adalah dengan melatih 11 staf dinas kesehatan terutama untuk memetakan data-data rutin menggunakan *software* Epi Info. Pelatihan juga mencakup pelatihan komunikasi dan kepemimpinan untuk meningkatkan ketrampilan staf dinas kesehatan dalam mengkoordinir pertemuan sektor kesehatan dengan LSM-LSM yang bekerja di Aceh Barat.

Membangun jaringan LAN (*Local Area Network*) yang digunakan untuk mempercepat pengumpulan data dan pemantauan staf. Dinas Kesehatan Aceh Barat merupakan salah satu dinas kesehatan di NAD yang telah mempunyai jaringan LAN.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Komponen 2 PH

1. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan staf di bidang manajemen informasi dan surveilans.
2. Pengenalan teknologi informasi baru memudahkan

Anis Fuad, Manajer Program divis Public Health mempresentasikan konsep sistem informasi kesehatan daerah pada sebuah mini semiloka di Dinas Kesehatan Aceh Barat. Dinas Kesehatan Aceh Barat dipersiapkan dalam menuju SIKNAS online.



Foto: Arief Kurniawan

Dinas Kesehatan dalam pengumpulan data terutama untuk sistem informasi kesehatan daerah.

Faktor-faktor Resiko

1. Kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan Aceh Barat yang bertugas sebagai koordinator sistem informasi telah diganti. Kepala administrasi baru tidak mampu menjalankan peran sebagai koordinator sistem informasi karena tidak memiliki keahlian di bidang sistem informasi.
2. Tidak ada tindak lanjut dari staf Dinas Kesehatan terhadap pelatihan Epi Info yang sudah dilakukan oleh UGM. Pemetaan data kesehatan berhenti total. Pengumpulan, penyusunan dan analisa data kembali ke sistem sebelumnya.
3. LAN yang dulu dipasang oleh Tim UGM terpaksa dilepas karena adanya renovasi kantor Dinas Kesehatan. Staf Dinas Kesehatan mengalami kesulitan memasang LAN di bangunan yang baru. Jika tidak dibantu oleh tim UGM, LAN di Dinas Kesehatan beresiko tidak lagi digunakan.

Outcome Kegiatan Divisi *Public Health*

Pengenalan teknologi informasi kepada rumah sakit daerah telah membuktikan kepada staf, pihak manajemen dan pemerintah daerah bahwa sistem informasi dan *billing system* dapat merubah pola kerja yang mendorong meningkatnya transparansi, meningkatnya kepercayaan masyarakat dan staf terhadap manajemen rumah sakit.

D. Divisi *Mental Health*

Setelah kerangka program *Mental Health* diperbaiki, pengembangan kapasitas Rumoh Seurune (berpusat di Banda Aceh) dan Balee Zaituna (berpusat di Meulaboh) dapat lebih dipercepat. Kedua pusat ini beroperasi sejak tahun 2005. Keduanya berfungsi sebagai pusat pelayanan rujukan konsultasi dan bimbingan psikologi untuk tingkat lokal. Layanan lain yang disediakan meliputi:

- Pelatihan dan pendidikan kesehatan mental.
- Pelayanan *outreach*, memfasilitasi pertemuan kelompok-kelompok masyarakat, dan kegiatan-kegiatan lain untuk mengembangkan kapasitas kesehatan mental pada anak-anak, remaja, dan orang dewasa.

Enam orang staf lokal diangkat sebagai personil administratif dan keuangan untuk menjalankan kedua pusat tersebut.

Delapan orang psikolog ditugaskan sebagai tenaga psikolog yang memberikan pelayanan psikologi langsung di 10 barak (*satellite center*), 7 Puskesmas, dan 4 Puskesmas Pembantu (Pustu) di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh, serta 1 rumah sakit di Meulaboh. Keberadaan mereka telah memperluas cakupan pelayanan kesehatan mental di NAD.

Saat ini program *Mental health* berupa pelayanan kesehatan mental terpadu, telah diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan mental tingkat kabupaten dan propinsi. Pengintegrasian program ini melalui beberapa aktifitas antara lain:

- Integrasi layanan psikologi ke dalam pelayanan



Foto: Ruth Wraith

Ruth Wraith (tengah) berdiskusi dengan Dra. Sofia Retnowati (kiri) dan Diana Setyawati, Manajer Program Divisi *Mental Health* di Fakultas Psikologi UGM saat kunjungan bulan Januari 2008.

kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

- Pengembangan proyek percontohan untuk sistem rujukan kesehatan mental di Kabupaten Aceh Barat dan Kota Banda Aceh dengan bertempat di dua pusat pelayanan psikologi yang ada. Para psikolog di kedua pusat pelayanan tersebut secara rotasi memberikan layanan psikologis di 7 puskesmas, 4 puskesmas dan 1 rumah sakit (RS CND).
- Kegiatan-kegiatan advokasi dilakukan untuk mendukung program pelayanan kesehatan mental berbasis komunitas (CMHS), baik di tingkat kabupaten, provinsi, dan tingkat nasional termasuk penandatanganan MoU antara Fakultas Psikologi, Divisi *Mental Health*, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat.
- Pengenalan pelayanan kesehatan mental terpadu atau *Community Mental Health Services (CMHS)* diagendakan dalam Konferensi Asosiasi Psikolog Profesional di Bali.
- Memfasilitasi pengembangan standar nasional praktik psikolog klinik sebagai langkah advokasi masuknya profesi psikolog klinik sebagai salah satu bagian di Departemen Kesehatan.
- Studi banding pemerintah lokal, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi ke Yogyakarta dan Australia. Studi banding ini meninjau pelaksanaan program-program kesehatan mental di kedua tempat tersebut, sebagai salah satu advokasi dalam mendukung kesinambungan program kesehatan mental terpadu di Kabupaten Aceh Barat.
- Advokasi terhadap perubahan peraturan daerah (Perda) tentang pelayanan kesehatan masyarakat. Advokasi ini berhasil dengan dicantumkannya pelayanan kesehatan mental ke dalam perda dan masuknya tenaga psikolog ke dalam pelayanan kesehatan mental masyarakat.
- Kerja sama tim *Mental Health* dengan lembaga-lembaga lain dalam mendirikan Program Studi Psikologi (PSP) di bawah Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala, ditujukan untuk mencetak tenaga-tenaga psikolog lokal dalam memenuhi kebutuhan tenaga psikolog di Aceh. Pada awal berdirinya Program Studi Psikologi ini, Fakultas Psikologi UGM membantu dalam penyediaan tenaga pengajar yang dibiayai oleh pihak Fakultas, bukan oleh WVA.

Pelatihan dan Pendidikan

Tim *Mental Health* membantu menetapkan standar dan kompetensi pelayanan kesehatan mental di tingkat lokal melalui:

- Merekrut dan melatih 8 orang psikolog klinis (5 orang di Kabupaten Aceh Barat dan 3 orang di kota Banda Aceh) untuk memberikan pelayanan psikolog di Puskesmas-puskesmas.
- Pelatihan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa kepada 116

staf Puskesmas (82 di kota Banda Aceh dan 84 di Meulaboh) untuk mendukung program kesehatan mental di masing-masing kabupaten. Pelatihan ini menggunakan modul-modul *Individual and Group Counselling Training (IGCT)* dan *Psychological Support Training (PST)*.

- Perekrutan dan pelatihan kader masyarakat dengan modul-modul IGCT dan PST. Sebanyak 105 orang kader (47 orang di kota Banda Aceh dan 58 di Meulaboh) direkrut dan diberikan pelatihan IGCT dan PST. Kader ini kemudian ditugaskan sebagai tenaga penghubung di masyarakat untuk mengamati



Foto: Haryanto



Foto: Guardian Y Sanjaya

Pelayanan Psikologi Aceh Barat mencakup hampir semua Puskesmas di kabupaten ini. Dengan tenaga psikolog yang terbatas, pelayanan dilakukan secara rotasi ke tiap-tiap Puskesmas. Foto atas, salah satu Puskesmas yang dicakup tim Mental Health Aceh Barat; bawah, jadwal pelayanan psikolog di Puskesmas.

masalah-masalah kesehatan mental yang muncul, serta diperbantukan dalam pelayanan *outreach* kesehatan mental.

Pengenalan Kesehatan Mental di Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan mental, gangguan mental, dan pelayanan kesehatan mental melalui:

- Pelatihan tentang dukungan psikologik dan deteksi dini masalah-masalah kesehatan mental kepada 322 orang guru dan pemuka agama setempat. Dipilihnya guru dan pemuka agama karena tokoh-tokoh tersebut mempunyai pengaruh besar di masyarakat yang diharapkan dapat memberikan keuntungan terhadap deteksi dini gangguan mental yang muncul di masyarakat.
- Pembentukan gerakan sosial Komunitas Peduli Kesehatan Mental, dan pelibatan kelompok-kelompok masyarakat seperti sekolah-sekolah keagamaan dan fasilitas-fasilitas pelayanan masyarakat seperti posyandu dalam program-program kesehatan mental.
- Promosi kesehatan mental melalui pembuatan dan penyaluran bahan-bahan ajar dan buletin bulanan kesehatan mental. Para psikolog berperan dalam pengisian rubrik informasi dan konsultasi mingguan di surat kabar lokal.

Masyarakat yang telah mendapatkan informasi seputar pelayanan kesehatan mental berdampak pada peningkatan permintaan pelayanan psikososial, peningkatan jumlah klien, dan peran serta masyarakat dalam kesehatan mental. Peningkatan juga dijumpai pada area pelayanan *outreach*, terutama pelayanan puskesmas di Meulaboh dan Banda Aceh.

Dampak Jangka Pendek Kegiatan Divisi Mental Health

1. Bantuan pelayanan kesehatan mental dalam bentuk konsultasi kepada masyarakat korban bencana telah diberikan kepada pasien secara perorangan yang jumlahnya mencapai 1.507 orang dan kepada kelompok-kelompok masyarakat yang jumlahnya tidak tercatat.
2. Pendirian Pusat Pelayanan Psikologi di Banda Aceh dan Aceh Barat mendorong terciptanya pelayanan rujukan khusus yaitu kesehatan mental.
3. Ikut berpartisipasi dalam pembangunan pelayanan kesehatan mental di masyarakat dengan fokus utama pada anggota masyarakatnya.
4. Peningkatan kesadaran masyarakat tentang isu-isu seputar kesehatan mental, serta peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat tentang pembangunan kesehatan mental.
5. Peningkatan pengetahuan teknis dan ketrampilan petugas kesehatan tentang kesehatan mental.

Faktor-faktor Resiko

1. Secara umum, program kesehatan mental ini adalah konsep pendekatan kepada masyarakat yang sama sekali baru, yang penerapannya belum menjadi prioritas utama di NAD. Persepsi seperti ini senantiasa menghambat program pembangunan kesehatan mental masyarakat maupun proses advokasi ke pejabat pemerintahan setempat.
2. Baik masyarakat maupun petugas kesehatan belum terbiasa dengan layanan dan dukungan psikolog. Program asuhan keperawatan kesehatan mental masyarakat atau CMHN bentuk WHO yang difokuskan pada tindakan psikiatrik medis, lebih bisa diterima di masyarakat. Selain itu program CMHS lebih menyatu dengan sistem kesehatan yang ada.



Dokumen Mental Health

Sesi latihan pada pelatihan Mental Health Early Detection untuk tokoh agama. Kepedulian masyarakat terhadap kesehatan jiwa merupakan salah satu indikator keberhasilan diseminasi program-program mental health.

3. Untuk keperluan jangka panjang, intervensi berbasis Pusat Pelayanan Kesehatan Psikologi mungkin bukan model yang tepat. Hal ini karena sulitnya memperoleh bangunan yang layak dan tingginya biaya operasional. Ini merupakan dua hambatan yang paling besar untuk kesinambungan program. Tim *Mental Health* juga menemui kesulitan ketika akan mendirikan pusat pelayanan psikologi sebagai institusi yang mandiri karena terbentur masalah pendanaan; lagipula, peran pendirian pusat pelayanan psikologi didalam membantu pemerintah lokal masih belum jelas.
4. Pergantian staf psikolog klinis dan sulitnya mencari tenaga psikolog lokal yang bisa diandalkan adalah dua hambatan yang selalu menjadi penyebab lemahnya kapasitas untuk menjalankan program dan lambatnya pelaksanaan program.
5. Pusat Pelayanan Psikologi ini harus bersaing dengan LSM-LSM internasional lain yang juga menyediakan layanan serupa.

Outcome Kegiatan Divisi *Mental Health*

1. Pada tahap sekarang, hasil dari program ini masih sulit untuk diperkirakan. Namun demikian, hasilnya dapat dilihat dari pengaruh program ini terhadap sistem kesehatan masyarakat, di mana program-program kesehatan mental masyarakat sudah mulai dimasukkan dalam program dinas kesehatan dan psikolog sudah mulai dilibatkan untuk bersama-sama menjadi bagian dari lingkaran kerja sama profesional di bidang kesehatan. Namun demikian, semua ini tergantung pada bagaimana model percontohan ini dikelola dan dievaluasi.
2. Hasil yang paling mungkin dirasakan adalah adanya proses pembelajaran untuk Fakultas Psikologi UGM dan bagaimana mereka bisa menerapkannya ke dalam kegiatan-kegiatan pemulihan dan pembangunan pasca bencana.



Foto: Eddy Supriyadi



Foto: Guardian Y. Sanjaya

Salah satu sasaran kegiatan divisi Mental Health adalah kembali normalnya kehidupan sosial masyarakat yang terkena dampak Tsunami. Setelah tiga tahun pasca Tsunami, aktivitas masyarakat berangsur-angsur kembali normal. Bantuan dari berbagai pihak mempercepat keadaan ini.

BAGIAN 6

Pembelajaran dan Rekomendasi

Proses Pelaksanaan Tahap Penilaian, Perencanaan, Pelaksanaan, Pengorganisasian, dan Pengelolaan Proyek

1. Proyek ini berangkat dari misi kemanusiaan sebagai respon terhadap bencana. Pada awal perjalanannya, banyak kendala yang mesti dihadapi. Lembaga yang telah mempunyai perencanaan matang, siap bekerja dalam tim, mempunyai peran dan protokol yang jelas, peralatan yang memadai, dan mempunyai kesepakatan resmi dengan pemerintah, mampu merespon secara lebih baik dan menyeluruh. Baik RS Dr. Sardjito maupun UGM hendaknya mendata semua hal yang terjadi selama proyek ini dan menggunakannya sebagai dasar penyusunan standar protokol, tim, peralatan, dan mekanisme koordinasi pada proyek-proyek serupa. Struktur organisasi tim, deskripsi kerja dan mekanisme pengelolaan semestinya disatukan dalam bentuk sebuah dokumen penanggulangan bencana, yang ditinjau kembali setiap tahun sebagai salah satu komponen rencana strategis bagi kedua belah pihak.
2. Dalam tahap pelaksanaan, jelas terlihat lemahnya kapasitas Program Aceh UGM dalam mengelola

proyek. *Project Supporting Unit* (PSU) dan mekanisme pengelolaan yang sudah dirancang, seharusnya dilembagakan dan menjadi komponen utama dalam rencana penanggulangan bencana. PSU juga bertindak sebagai koordinator mekanisme operasional pelaksanaan proyek untuk memastikan standar pengelolaan proyek yang bermutu.

3. UGM hendaknya memastikan adanya koordinasi yang optimal antara fakultas-fakultas terkait jika ingin mengelola proyek dari lembaga-lembaga donor.
4. Baik UGM maupun RS Dr. Sardjito telah membuktikan diri sebagai organisasi yang mau belajar dan mampu beradaptasi dengan baik.
5. Jelas terlihat bahwa kelemahan proyek ini adalah perencanaan secara keseluruhan; perhatian lebih difokuskan pada “pelaksanaan”. Sebuah desain proyek yang baik, sebagaimana yang sudah dipahami oleh semua manajer pelaksana proyek sebagai sebuah standar operasional, seharusnya juga menjadi standar operasional untuk UGM dan RS Dr. Sardjito.
6. Meskipun *log frame* bisa dijadikan pedoman, tidak semua pihak sepenuhnya setuju bahwa ini bisa dijadikan sebagai sebuah alat perencanaan,

dr. Anjar Asmara, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD, berdiskusi dengan Wakil Bupati Kabupaten Aceh Barat dalam acara audiensi laporan akhir Program RS Dr Sardjito - UGM di Aceh Barat.

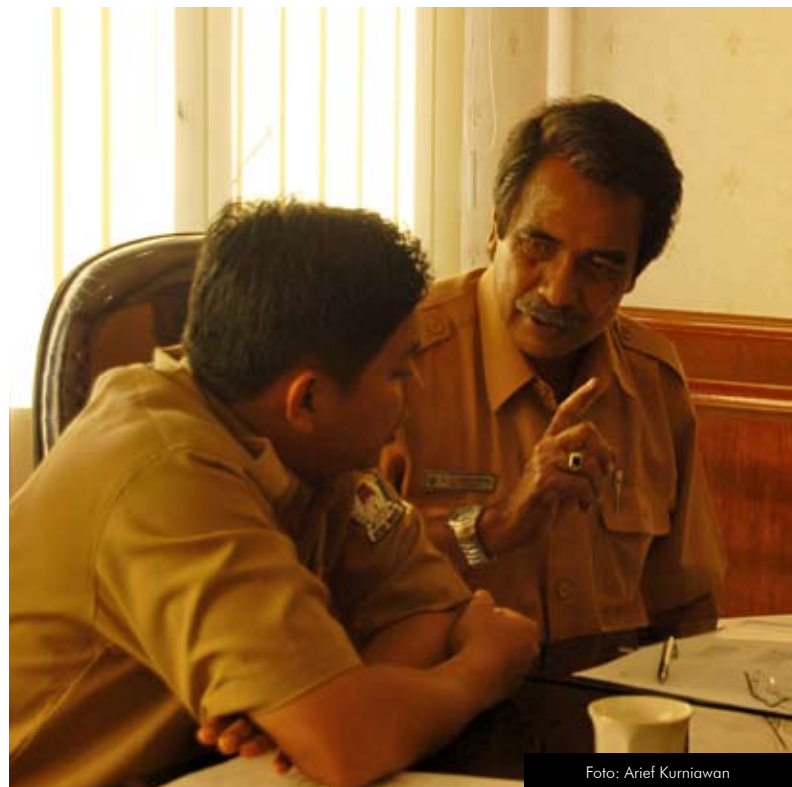


Foto: Arief Kurniawan

RS Dr Sardjito Yogyakarta mempunyai peran yang cukup besar dalam mendukung program pengembangan RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Sebagian besar staf yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien berasal dari RS Dr Sardjito.



Dokumen PSU

pengawasan, dan evaluasi yang tepat. Namun demikian, tidak ada yang mengajukan alternatif lain.

7. Sebuah proyek yang terencana akan dilengkapi dengan *Exit Strategy*, yang memungkinkan pengembangan rencana penghentian kegiatan dalam proyek.

Capaian Proyek

1. Prestasi penting yang dicapai tim adalah konsistensi dalam penyediaan tenaga medis untuk RS CND. Semua pihak sepakat bahwa ini adalah komponen proyek yang paling penting.
2. Secara umum, tujuan proyek ini berhasil dicapai sepenuhnya atau sebagian oleh masing-masing divisi. Beberapa kegiatan seperti pemberdayaan masyarakat terhadap pelayanan RS CND, sistem *laundry*, tidak berjalan sesuai dengan yang direncanakan.
3. Perubahan perilaku dan budaya kerja tidaklah mudah, dan membutuhkan waktu yang lama. Mengingat waktu pelaksanaan proyek yang singkat, tuntutan akan transparansi dan etika bekerja mungkin terlalu berlebihan, terlebih lagi hal itu bukan menjadi prioritas bagi RS CND di masa pemulihan pasca bencana.
4. Kesenambungan terhadap capaian proyek sangat tergantung pada niat baik para pemegang kebijakan di tingkat lokal dan pada kepemimpinan pihak rumah sakit dalam memaksimalkan investasi yang sudah ada dan mewujudkan capaian-capaian lainnya. Staf senior RS Dr. Sardjito/UGM/RS CND seyogyanya melakukan pemaparan baik di level Meulaboh maupun ke level yang lebih tinggi yaitu Propinsi NAD, terhadap hasil-hasil yang dicapai dan manfaat proyek bagi

masyarakat dan sistem kesehatan di daerah, serta resiko yang mungkin dihadapi jika terjadi kegagalan dalam pelaksanaannya.

5. Semua divisi hendaknya secara teknis ditinjau ulang untuk menilai komponen mana yang benar-benar berhasil dan mana yang gagal dilaksanakan. Hal ini nantinya bisa menjadi bahan pembelajaran untuk proyek-proyek lain di masa mendatang.
6. Masing-masing divisi berjalan sendiri-sendiri, aktifitas yang dijalankan antar divisi tidak saling terkait. Perlu dibuat strategi proyek yang menyeluruh sehingga ada kesaling-terkaitan antar satu divisi dengan divisi lainnya yang akan membuat proyek lebih efisien.
7. Sejumlah faktor yang sifatnya kontekstual dan kelembagaan menjadi penghambat pelaksanaan program *Mental Health*, yang membuat program ini kurang berhasil bila dibandingkan dengan divisi yang lain. Namun demikian, evaluasi yang menyeluruh atas efek jangka panjang dan capaian program masih tetap diperlukan. Pada tahap awal, pelaksanaan program tidak sesuai dengan rencana dan membutuhkan dukungan teknis yang intensif. Pergantian staf sangat sering terjadi; pendekatan dan titik berat program mengalami perubahan yang signifikan, dari semula fokus pada pemenuhan kebutuhan beralih kepada pelayanan kesehatan mental berbasis masyarakat. Sebelum Oktober 2005, *Technical Adviser* untuk divisi kesehatan mental tidak menjalankan fungsinya. Dengan usaha yang keras dan rekrutmen yang lebih baik, pelaksanaan divisi ini menjadi lebih efisien di akhir proyek.



Saya melihat bahwa UGM sangat serius dalam membantu Aceh Barat terutama di sektor kesehatan. UGM sudah menunjukkan sikap sedikit bicara dan banyak bekerja, tidak seperti kebanyakan instansi yang bekerja di disini. UGM tidak hanya menunjukkan hasilnya tetapi juga membuktikan kepada kita semua terutama staf lokal, bagaimana mereka bekerja, bagaimana mereka menyelesaikan masalah dan sebagainya. Hal ini merupakan suatu pembelajaran dan transfer ilmu bagi staf lokal yang bekerja bersama-sama tim UGM. Kami juga menghendaki adanya kerjasama jangka panjang kembali dengan UGM terutama di sektor-sektor lain seperti pertanian, pertambangan dan atau pendidikan. Kita tahu bahwa pendidikan dan kesehatan merupakan dua sektor yang harus dikembangkan di Aceh Barat yang sekaligus dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah setelah trauma berkepanjangan akibat konflik, dibandingkan dengan cara-cara militer seperti sebelumnya.”

8. Tim *Mental Health* mempunyai peranan penting dalam perubahan kebijakan di tingkat lokal maupun nasional terlebih tentang keterlibatan psikolog klinis dalam sistem kesehatan lokal. Namun, gaji yang layak serta perbedaan struktur antara Pusat Pelayanan Psikologi yang dibentuk dengan sistem kesehatan lokal yang ada bisa menjadi isu yang menghambat kesinambungan program.
9. Tenaga konsultan dan teknis untuk manajemen proyek, yang memiliki kemampuan berbahasa Indonesia yang baik adalah input yang penting bagi capaian proyek secara keseluruhan.

Perbaikan Sistem Kesehatan dan Dampak Lain yang Lebih Luas

1. Kerjasama antara Fakultas Kedokteran UGM dan rumah sakit pendidikan (RS Dr. Sardjito) untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit daerah yang mengarah pada reformasi rumah sakit daerah pada dasarnya bisa diwujudkan dan bisa dijadikan model bagi lembaga-lembaga di daerah lain dalam membantu pembangunan nasional. Pembangunan di Indonesia pada dasarnya sudah mencakup banyak wilayah. Namun demikian, masih dijumpai daerah-daerah yang pembangunannya lambat dan terjadi ketimpangan distribusi sumber daya. Proyek ini bisa dijadikan model untuk membantu pembangunan di daerah-daerah dan mengangkat isu-isu horizontal/geografis yang lebih luas di dalam sistem kesehatan.
2. Distribusi sumber daya manusia adalah sumber utama ketimpangan yang terjadi di daerah-daerah miskin dan terpencil di Indonesia. Terlebih adanya peraturan Menteri Kesehatan yang baru, yang tidak mengharuskan lulusan Fakultas Kedokteran untuk melaksanakan PTT di daerah-daerah. Pengelolaan model baru untuk menarik minat para profesional di bidang kesehatan/medis untuk mau bekerja di daerah-daerah tersebut sedang dikembangkan. Mekanisme penyediaan layanan dokter spesialis di RS CND

- yang dibuat oleh RS Dr. Sardjito-UGM dan usaha-usaha untuk meminta pemerintah lokal membuat mekanisme insentif untuk menarik minat tenaga-tenaga dokter spesialis, dapat dijadikan sebagai model percontohan. Setiap kegiatan proyek harus didokumentasikan untuk dijadikan studi kasus yang menunjukkan bagaimana pemerintah lokal dapat membiayai pelayanan kesehatan dan memberikan insentif yang sesuai dengan persyaratan yang sesuai.
3. Meskipun Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat terlibat dalam pelaksanaan proyek sejak awal, namun efek dari komitmen tersebut masih lemah. Hal ini dapat mengganggu kesinambungan dampak program terhadap sistem kesehatan yang lebih luas, khususnya sistem rujukan dari level Puskesmas dan aspek-aspek dukungan kebijakan daerah.
4. Usaha-usaha yang telah dilakukan tim *Mental Health* untuk menyusun standar pelayanan psikologi klinis dan pelibatan psikolog dalam sistem kesehatan hendaknya didukung dengan sebuah studi kasus yang membuktikan keuntungan penerapan pendekatan ini.
5. Gabungan dari beberapa divisi dan dukungan teknis yang diberikan kepada RS CND dapat digunakan sebagai sebuah model pendekatan reformasi rumah sakit daerah, atau sebagai alat bantu untuk memperbaiki sistem kesehatan daerah di era desentralisasi. Hal ini dapat dilakukan dengan membeli jasa pelayanan dari rumah sakit-rumah sakit pendidikan dan fakultas-fakultas kedokteran.
6. UGM dikontrak oleh Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi Aceh-Nias(BRR) untuk menerapkan model pengembangan kapasitas serupa di rumah sakit-rumah sakit di Kabupaten Nias dan Nias Selatan. Sebuah tim lain dari RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) telah menerapkan model ini berdasarkan pada pendekatan teknis dan pengelolaan yang dirancang di Aceh Barat.
7. Ketika gempa bumi melanda Yogyakarta, baik RS Dr. Sardjito dan UGM segera memberikan respon dengan

persiapan yang lebih matang, dan menerapkan pendekatan pembangunan yang dipelajari langsung dari pengalaman di Aceh Barat.

Efektifitas Kerjasama

1. *World Vision Australia* (WVA) bekerja di luar kebiasaan organisasinya ketika memutuskan untuk menjadi lembaga donor melalui beberapa bentuk kerjasama dengan mitra lain. Proses dan model proyek ini menunjukkan bahwa kombinasi di antara keduanya berujung pada pengembangan kapasitas yang lebih efektif dan bertahan lama. WVA sebaiknya menerapkan pendekatan yang sama pada daerah-daerah yang tidak terkena bencana untuk mendukung pembangunan sistem kesehatan di Indonesia.
2. Kerjasama telah berbuah pada proses pembelajaran dan semua pihak bisa merasakan manfaatnya. RCH terus mengadakan kerjasama dengan RS Dr. Sardjito. Sementara AIHI dan FK UGM berupaya melanjutkan kerjasama riset di bidang sistem kesehatan. RS Dr. Sardjito dan UGM bersama-sama dengan pemerintah daerah Aceh Barat berupaya untuk tetap melanjutkan bantuan.
3. UGM telah mempunyai kapasitas untuk mengelola proyek berskala besar serta pengalaman teknis dalam sistem kesehatan pasca bencana. Hal ini membuat UGM layak untuk menjadi pusat kajian kebijakan, perencanaan dan pelaksanaan pemulihan sistem kesehatan dalam konteks bencana.
4. Budaya organisasi adalah bagian penting dalam kerjasama yang dibangun. Di antara beberapa mitra yang terlibat dalam kerjasama ini terdapat perbedaan budaya organisasi. Sebagai contoh, perbedaan budaya organisasi antara staf medis RS Dr. Sardjito dan RS Cut Nyak Dien. Hal ini tentu saja mempengaruhi hubungan kerjasama yang sedang dibangun, pelaksanaan program serta hasil-hasilnya. Perbedaan nilai atau pendekatan kultural dalam pengelolaan, desain proyek, pelaporan dan pelaksanaan juga mempengaruhi jalannya kerjasama tersebut. Sikap saling menerima dan saling mengerti terbentuk seiring perjalanan proyek tersebut.



Dokumen PSU

Laporan akhir Program Aceh RS Dr Sardjito - UGM dihadiri oleh perwakilan pemerintah kabupaten Aceh Barat dan DPRD. Turut hadir juga dr. Anjar Asmara, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD.

BAB 4

Personalia



Program Aceh ini merupakan kegiatan multidisiplin dimana melibatkan banyak profesi dari berbagai instansi/ bagian. Dokter, perawat, psikolog, konsultan gizi, farmasi, konsultan manajemen kesehatan, konsultan sistem informasi, sanitarian, teknisi dan masih banyak lagi. Tercatat sekitar 550 orang dari Yogyakarta diberangkatkan ke Aceh atau sekitar 15 orang per bulan dalam membantu rekonstruksi dan rehabilitasi di Aceh Barat dan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam terutama di sektor kesehatan.

Staf yang Diberangkatkan ke Aceh

PENGANTAR

**dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD
(Komandan Lapangan Tim Medis I)**

“Yoga Medical Rescue” adalah tim pertama yang mengawali bantuan RS Sardjito dan UGM di Aceh Barat tepatnya kota Meulaboh. Walaupun informasi mengenai Meulaboh hanya sedikit; rumah sakit masih berdiri utuh dan situasi di Meulaboh dikontrol TNI, tapi tim pertama yang dikoordinir dr. Hendro tetap berangkat ke Meulaboh sekalipun pengertian terkontrol tidak jelas betul. Yang pasti saat itu di Banda Aceh sudah padat dengan tim-tim lain.

Perbedaan pendapat antar anggota tim betul-betul membingungkan, bahkan salah satu anggota tim mendatangi dr. Hendro dan mengatakan “*Dok, atas nama seluruh tim kami menyampaikan keberatan kalau dikirim ke Meulaboh!*”. Jelas betul bahwa sikap anggota tim terbagi dalam tiga kelompok: yang tidak bersedia ke Meulaboh, yang bersedia, dan yang pasrah bongkokan pada pimpinan.

Sebagai pimpinan dr. Hendro sendiri sebetulnya sempat ciut nyali, membayangkan kota Meulaboh yang hancur seperti yang tampak pada foto udara yang dimuat di harian Kompas sehari sebelumnya. Apalagi pesan sms dr. Endro Basuki, Sp.B yang berbunyi “*Mas HW jangan jauh-jauh dari Banda Aceh ya, apalagi ke Meulaboh!*” membuat semakin bimbang. Tetapi dengan melihat kondisi yang ada dimana sampai saat itu belum ada tim yang ke Meulaboh, jelas tim ini lebih dibutuhkan di sana, dan secara kebetulan rombongan Mensos yang hanya ditemani seorang Dirjen, sekretaris dan satu pengawal TNI, yang menaiki helikopter Chinook pemerintah Singapura menawarkan untuk mengangkut tim medis yang bersedia ke Meulaboh. Keputusan akhir: “*Kita ke Meulaboh!*” membuat semua anggota tim kaget dan setengah terpaksa untuk melanjutkan misi. Soal nasib, yang bisa dan harus dilakukan adalah berdoa dan mohon doa restu. Sempat tercatat pesan terakhir dr. Hendro sebelum terbang ke Meulaboh melalui sms “*We are leaving 4 Meulaboh no hp signal pray for us*”, dan hanya keyakinan, niat yang baik dan dukungan semua pihak, tim ini berhasil kembali Yogyakarta tanpa kurang sedikitpun dan bahkan sebagian besar anggota tim pernah diberangkatkan kembali ke Meulaboh.

Akhirnya, walaupun masih ada yang *grundelan* bahkan sampai menjelang naik heli, semua naik ke Chinook Singapura yang akan membawa tim ke Meulaboh. Oleh karena itu pada foto yang diambil, adalah wajah-wajah yang kacau, walaupun belakangan terbukti penyebabnya ternyata bermacam-macam. Ada yang karena takut GAM,

ada yang karena lapar akibat belum sempat sarapan, dan ada yang takut karena baru pertama kali naik heli. Demikianlah akhirnya tim terbang menuju sasaran dan mendarat dengan selamat di bandara Cut Nyak Dhien Meulaboh pada tgl 31 Desember 2004 pukul 12.00. Dan tidak hanya itu, kota Meulaboh kemudian menjadi pusat kegiatan RS Dr Sardjito - UGM selama tiga tahun lebih, yang membuktikan bahwa dengan niat yang baik, keinginan menjadi terkabulkan.

Berikut nama-nama orang yang pernah dikirim ke Meulaboh sejak fase respon akut sampai tiga tahun setelahnya.



Foto: Hendro Wartatmo

TIM MEDIS RS DR. SARDJITO - FAKULTAS KEDOKTERAN UGM

Abu Haris Assidiqi, dr	Jiwa	Arifah, dr	Mata
Adang M, dr	Patologi Klinik	Ario Bagus	Perawat
Adnan A, dr	THT	Arlyn Yuanita, dr	Penyakit Dalam
Afrizal Fauzi H, dr	Anestesi	Arsil Abdan, dr	Mata
Agung Sapto Budi Nugroho	Sanitasi	Artha Ully B.S, dr	Patologi Klinik
Agung Setiawan	Perawat	Asri R	Apoteker
Agung Triyono, dr, SpA	Anak	Asri Riswiyanti, S.Farm, Apt	Farmasi
Agus Baratha, dr	Anestesi	Athailah, dr	Obstetri dan Ginekologi
Agus Barmawi, dr, Sp.B-KBD	Bedah	Bachrudin	Perawat
Agus Marwoto Badi, APP SPd	Trainer Keperawatan	B. Hasta Yoga, dr, Sp.KJ	Jiwa
Agus Pramuji, dr	Anestesi	Bambang Saputro	Tehnik
Agus Priyadi, dr	Bedah	Bambang Supriyadi	Perawat
Agus Suharto	Perawat	Basuki Rahmad, dr	Anestesi
Agus Surono, dr	THT	Bhirowo Yudo P, dr, Sp.Ant	Anestesi
Agus Waluyojati, dr	Anestesi	Bowo Ardiyanto, dr	Brigade Siaga Bencana
Ahmad Faesol, dr	Radiologi	Bowo Winarno	Perawat
Alexander Gunawan, dr	Bedah	Budhi Samodra, dr	Obstetri dan Ginekologi
Alexandria Novi	Perawat	Budhi Suryadharma, dr	Brigade Siaga Bencana
Ali Ashari, dr	Radiologi	Budi Pratiti, dr, SpKJ	Jiwa
Ana Anggraeni, dr, SpPD	Penyakit Dalam	Budi Satyadarma, dr	UGD
Ana Masjidawati, dr	Radiologi	Budi Suryanto, dr, Sp.M	Mata
Anace M Wowor	Perawat	Budiman Karma, dr	Patologi Klinik
Anang Ma'aruf, dr, Sp.B	Bedah	Cahyo, dr	Bedah
Anantia Sari Utami, dr	Radiologi	Carla, dr, SpKJ	Jiwa
Andi Christanto, dr	Jiwa	Cempaka Thursina, dr, Sp.S	Saraf
Andi Rahman Patombo, dr	Mata	Christina, dr	Anak
Anita Ekowati, dr, Sp.Rad	Radiologi	Cut Rosnani, dr	Radiologi
Antun Subono, dr	Saraf	D.T. Rosalina S, dr	Patologi Klinik
Anung Noto Nugroho, dr	Bedah	Dahmujiono	Tehnik
Anwarudin Latif, dr	Anestesi	Darsih, S. Kep. Ns.	Perawat
Aplin, dr	Bedah	Dewi Anjarwati, dr	Radiologi
Ardi Pramono, dr	Anestesi	Dewi Murdianti	Perawat
Ardian Suryo Anggoro. Dr	Obstetri dan Ginekologi	Dewi Rahmah Amalyah, dr	Brigade Siaga Bencana
Ardiansyah, dr	Saraf	Diani Dyah Saraswati, dr	Mata
Ardianto Senggono, dr	Anestesi	Dini Triana, dr	Brigade Siaga Bencana
Ardyasih, dr	Penyakit Dalam	Djasriah Ami	Perawat
Arie Bagus	Perawat	Djati Prasodjo, dr	Radiologi
Arief Priambodo, dr. Sp.A	Anak	Donald, dr	Bedah
Arif Budiman, dr	Mata	Donny Wishnu Chandra, dr	Mata

Prof. Dr. Noor Rachman H, SU



Board of Advisor
Program Aceh

"Program ini sangat memberi manfaat besar bagi masyarakat Aceh secara keseluruhan. Ini juga merupakan sarana pembelajaran bagi kita semua terutama kerjasama kegiatan misi sosial dengan negara lain dan dapat mengetahui dan menyadarkan pentingnya wawasan kultural yang berbeda. Selain itu kita dapat mengasah kepekaan sosial, empati sesama insan manusia dan sekaligus tantangan dalam mengembangkan wawasan dan implementasi atau penerapan ilmu."

Melalui program ini kita bisa belajar untuk bekerjasama sebagai satu tim dari berbagai disiplin ilmu dalam menangani masalah kemanusiaan. Untuk itu kerjasama tim lintas disiplin perlu dipertahankan. Jika perlu dibentuk teamwork khusus atau pusat studi permanen yang multi disiplin dalam menangani masalah yang tidak hanya bencana, melainkan permasalahan sosial lainnya."

dr. Yati Soenarto, PhD, SpA(K)



Board of Advisor
Program Aceh

“Program Aceh RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran dan Psikologi UGM merupakan proyek besar yang Alhamdulillah selesai dengan baik. Walaupun ada kekurangannya, tetapi satu hal yang pasti adalah program ini tidak terkesan “hit and run” dan sekedar “pasang bendera” seperti kebanyakan program-program lain pasca Tsunami di Aceh. Satu hal yang penting disini adalah dengan manajemen yang baik program ini mendapatkan kepercayaan atau “TRUST” dari pemerintah setempat. Program ini juga konsisten pada ide awalnya yaitu jangka panjang dan kesinambungan program yang didedikasikan sebenarnya untuk rakyat Aceh dan sistem kesehatan Aceh khususnya Aceh Barat.

Satu hal yang perlu diacungkan jempol adalah peran luar biasa tim-tim awal dari RS Dr. Sardjito dan staf Fakultas Kedokteran UGM sebagai pelopor misi kemanusiaan di Aceh walaupun harus mengeluarkan biaya sendiri dalam membantu masyarakat Aceh. Selaku instansi pendidikan dan rumah sakit pendidikan, melalui program ini berhasil mengusahakan program pendidikan S3 bagi stafnya antara lain di bidang Disaster Management (dr.Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD), Mental Health Referral System (dr. Bambang Hastha Yoga, Sp.KJ) dan clinical IMCI (dr. Ida Safitri, Sp.A dan Fitri Haryanti, S.Kep, M.Kes).

Kita berharap melalui exit strategy yang baik dapat mempertahankan kesinambungan program di Aceh Barat melalui supervisi, monitoring dan evaluasi jarak jauh. Hal lain bisa berwujud membantu staf lokal untuk mengikuti pelatihan-pelatihan di RS Dr. Sardjito dan atau Fakultas Kedokteran UGM. Saya yakin ini merupakan proyek percontohan yang baik. Terima kasih.

Dublianus, dr	Anestesi	Helmi Nikijuluw, dr	Bedah
Dwi Asti Sih Erawati	Perawat	Hendro Wartatmo, dr, SpBD-KBD	Bedah
Dwi Harjo Suyanto, dr	Jiwa	Heny M.A.R, dr, SpOG	Obstetri dan Ginekologi
Dwi Nurhayati, S.Sit.	Gizi	Heri Dwi Purnomo, dr	Anestesi
Dwi Susilowati, Dra	Psikologi Anak	Herjuno, dr	Bedah
Dwi Yulianti	Perawat	Heru Satria Gama, dr	Brigade Siaga Bencana
Dyah Ariyantini, dr	Brigade Siaga Bencana	Hosana Juku Pasida	Perawat
Dyah Astarini, dr	Radiologi	Husein, dr	Bedah
Dyah Nahdiyati, dr, Sp.A	Anak	I Ketut Wariasa	UGD
Edi Sukoco	Perawat	I Made Adi Pramana, dr	Anestesi
Edi Supriyanto	Gizi	Ida Rachmawati, dr	Jiwa
Eka Purwanto, dr	Anestesi	Imam Krisbiantoro, dr	Penyakit Dalam
Elled Gold NK, dr	Radiologi	Imam Masduki, dr	Mata
Elvina Prisilia, dr	Radiologi	Imam Tiharyo, dr	Mata
Endang Pujiastuti, dr, Mkes	Manajemen	Indra Raymond, dr	Bedah
Eniarti, dr	Jiwa	Indriyanti, dr	Jiwa
Eny Suswanti, dr	Brigade Siaga Bencana	Irniati, dr	Jiwa
Evita Wulandari, dr	Mata	Isusilaningsih	Perawat
Gandi Tri Darsono	Gizi	Jatmiko, dr	Bedah
Gembong Analisi, dr	Brigade Siaga Bencana	Joni T. Parinding, dr	Patologi Klinik
H. Antonius Christanto, dr	THT	Jono Ulomo, dr, Sp.PK	Patologi Klinik
H. Arsil Abdan, dr	Mata	K. Dandung Bawono, dr.	Anak
Hadiyasa Jatmika SE M Kom	RM RS Wonosari	K. Trubus P, dr	Anestesi
Hanif Afkari, dr	Brigade Siaga Bencana	Kardiman	Rekam Medis
Harli Amir M, dr	Penyakit Dalam	Kardiyo	Rekam Medis
Harry Ismanto	Staff Patologi Klinik	Katmansyah, dr	Mata
Harso	Anestesi	Kenedy Ginting, dr	Bedah
Hartono	IRD	Kuntadi Siswantoro, AMK	Perawat
Haryanta, dr	Anestesi	Kurnianto Trubus, dr	Anestesi
Haryanto, AMR	Staff Radiologi	Kus Martinah, dr, SpKJ	Jiwa
Haryati	Perawat	L. Anik	Perawat
Haryomo, AMR	Staff Radiologi	Lamsar Nababan	Perawat

Prof. dr. Sofia Mubarika, M.MedSc, PhD



"Saya sebagai salah satu anggota BoA (Board of Advisor) telah dua kali datang ke Meulaboh pada bulan Juni 2006 dan Januari 2008, dan sudah menyaksikan perbedaan dan kemajuan yang penting di kota Meulaboh. Sebagai wakil dari Fakultas Kedokteran UGM saya melihat ada 3 pilar pendukung keberhasilan kerjasama ini yaitu tim dari Melbourne University/ AIHI yang konsisten dan kaya akan konsep, tim Fakultas Kedokteran/ RS Dr. Sardjito dengan dedikasi yang tinggi serta Tim Pemerintah Daerah Aceh Barat /RS Cut Nyak Dhien yang bersemangat dan penuh harap.

Pada evaluasi terakhir bulan Januari 2008 telah disampaikan dari ketiga pihak laporan dan evaluasi berdasar pencapaian seluruh program serta rencana exit strategy yang telah disiapkan bersama. Beberapa program masih belum optimal pencapaiannya karena beberapa kendala yang dihadapi seperti pembangunan fisik RS CND yang belum terealisasi sampai sekarang. Tapi yang terpenting adalah kesinambungan yang diteruskan secara estafet dari Tim UGM ke tim Pemda, RS CND serta Dinkes Aceh Barat. Program-program dan sistem yang sudah disiapkan dan dilaksanakan harus dapat terus dilanjutkan dan dikembangkan.

Program Aceh selama 3 tahun ini betul-betul merupakan program yang luar biasa, karena sudah melibatkan kurang lebih 550 personel FK UGM/ RS Dr. Sardjito dan lebih dari 800 staf Pemda/RS CND/Dinkes yang telah terlibat dalam kegiatan-kegiatan program ini terutama staf RS CND. Namun yang lebih penting lagi adalah pembelajaran dari pengalaman dan terjalinnya hubungan kultural antar bangsa dan antar etnik.

Harapan kami bertumpu kepada kebijakan Pemda Aceh Barat untuk dapat memasukkan program kegiatan yang sudah dibina ke dalam APBD sebagai wujud dan komitmen dukungan untuk kesinambungan program."

Leili Indrayanti, dr	Patologi Klinik	Ngadiono	Perawat
M. Dalm	Penyakit Dalam	Ngatini, S.Kep, Ns	Perawat
M. Faisal Lutfi, dr	Mata	Noer Poerwati, SKM	Trainer Keperawatan
M. Jenny, dr	Jiwa	Nugroho Wicaksono, dr	Anestesi
M. Rokhan Harowi, dr	THT	Nunung, dr	Patologi Klinik
M. Tri Wahyu Pamungkas, dr	Saraf	Nur Alaydrus, dr	Obstetri dan Ginekologi
M. Warsun	Gizi	Nur Dwi Esthi, dr,Sp.KJ	Jiwa
M.S Bawono, dr	PSU	Nur Dwi Handayani, S.SiT	Gizi
Mahmud, dr	Brigade Siaga Bencana	Nur Hidayat, dr	Radiologi
Mardiyono	Jiwa	Nurcholid Umam K, dr	Brigade Siaga Bencana
Maridi	Rekam Medis	Nurdiyo AKML	Sanitasi
Marie Caesaria, dr, Sp.OG	Obstetri dan Ginekologi	Nurman Siddiq, dr	Penyakit Dalam
Marsudi	Perawat	Okto Prasetyo M, dr	Bedah
Martin Yudiantanto, dr	Anestesi	Pardawan, dr	Mata
Maryono	Penyakit Dalam	Patricia Suti Lasmani, S.Kp.Ns	Trainer Keperawatan
Maya, dr	Radiologi	Poltak, dr	Anestesi
Mei Neni, dr, SpA	Anak	Ponco, dr	Bedah
Mohammad Wibowo, dr	Penyakit Dalam	Pramujianto, dr	Saraf
Much. Agus S, dr, Sp THT	THT	Prasetyo Budi Dewanto, dr	Radiologi
Muchammad Budi N, dr, Sp.A	Anak	Probo Waseso, ST	Staff Radiologi
Muhammad Ismas Jusuf, dr	Syaraf	Tengku Ibrahim Alfian, Prof.	Fisipol UGM
Mujadi	Tehnik	Purwanta, dr	Jiwa
Mujiman	Staff Patologi Klinik	Purwanto	Perawat
Mulkan Muhammad	Sanitasi	Purwo Atmanto, S.Kp.Ns.	Trainer Keperawatan
Munirulanam, dr	Penyakit Dalam	R. Safil Rudiarto, dr	Radiologi
Murwantini	Perawat	R. Yudadi, dr	Bedah
N. Dasa Putra, dr	Bedah	Rahardjo Dwi Hartanto	Tehnik
Nanik Sri K, S.Kep, Ns	Perawat	Rahmad Gunawan, dr	Anestesi
Naufal Sastra Negara, dr	Anak	Rahmad Widodo, AMK	Perawat



"Benar. Allah memang Maha Penyayang. Tiga tahun kebersamai program ini, saya banyak merasakan pengalaman luar biasa dan pelajaran berharga. Tidak hanya kebahagiaan karena mendapatkan kesempatan berbagi dengan rakyat Aceh, namun juga hikmah bahwa situasi sosial dan sejarah kehidupan sangat mempengaruhi cara sebuah masyarakat mensikapi cobaan.

Kesehatan mental awalnya adalah sesuatu yang sangat asing di Aceh. Bahkan saya tinggal di Banda Aceh selama 1 bulan pasca Tsunami hanya untuk meyakinkan orang-orang yang saya temui bahwa "Menangis itu boleh, menangis itu sesuatu yang manusiawi untuk menumpahkan beban yang menghimpit di dada....."

Alhamdulillah, setelah 3 tahun, banyak jalan mulai terbuka. Kesadaran akan pentingnya kesehatan mental mulai membunyah, bahkan Pemda Aceh Barat menganggarkan khusus dalam APBD-nya untuk memiliki 3 Psikolog yang akan bekerja secara integral dengan profesi-profesi lain.

Perjalanan panjang selama 3 tahun itu berujung pada satu kata.... manajemen bencana..... semoga dapat dipelajari bersama dari buku ini."

Rahmat	Rekam Medis	Sulistyawati, dr	Radiologi
Rahmat Widodo	Penyakit Dalam	Sulistiyowati	Perawat
Rastri Paramita, dr	Mata	Sumadiono, dr, SpA	Anak
Retno Pamungkas, dr	Brigade Siaga Bencana	Sumardjo	Gizi
RH Jati Kesuma SE	Manajemen	Sumarjo, dr	Penyakit Dalam
Riat El Khair, dr	Patologi Klinik	Sumarsih, AMK	Perawat
Ristantio, dr, SpA	Anak	Sumidi, dr	Bedah
Robert Mangiri, dr	Radiologi	Sumitro	Gizi
Ronny TW, dr	Jiwa	Sunarso Effendi	Kulit dan Kelamin
Rose, dr	Mata	Sunartiyah	Jiwa
RR. Roosmirza Gayatri, dr	Brigade Siaga Bencana	Sunaryo, dr	Anestesi
Rukmi Kusningsih, dr, Sp. KJ	Psikiatri	Sunaryo, dr	Saraf
Santo Tri Wahyudi	Perawat	Suntoro	ICM
Santy Indah K	Perawat	Sunyar	Perawat
Sasmita Nugroho, dr, Sp A	Anak	Supanji, dr	Mata
Sefika Nugroho	Perawat	Suparman	Perawat
Seno Budi Santoso, dr	Bedah	Supartinah, AMK	Perawat
Sersanta, dr	Bedah	Supriyanto	Perawat
Sigit	Rekam Medis	Supriyati	Perawat
Sigit Widiatmoko, dr	Penyakit Dalam	Suroto	Perawat
Silas Henri, dr, SpKJ	Jiwa	Suryanto Lauw, dr	Radiologi
Siti Aminah, APP, SPd	Trainer Keperawatan	Suryo E Taruna, dr	Penyakit Dalam
Siti Nurhidayah	Perawat	Suswanto, dr	Patologi Klinik
Slamet	Perawat	Sutantri, dr, SpKJ	Jiwa
Slamet Agus WJ, dr	Anestesi	Sutono SKp	Perawat
Slamet Wiyono	Rekam Medis	Sutrisno, dr	Radiologi
Sri Asmuni, S.Kep, NS	Perawat	Syamsul Andi Hakim, dr	Brigade Siaga Bencana
Sri Hariastuti	Perawat	Syarifah Hanum, dr, SpA	Anak
Sri Purwanti	Perawat	T. Liempy, dr	Anestesi
Sri Sumayati	Anestesi	T. Santosa, Drs	Psikologi
Sudirja	Sanitasi	Tanti Dwi K, dr	Radiologi
Sugeng	Rekam Medis	Taryono	Rekam Medis
Sugianto, dr	Penyakit Dalam	Tatang Talka Gani, dr, Sp.M	Mata
Sugiri, dr	Patologi Klinik	Taufik, dr	Obgin
Sukirman, dr	Kulit dan Kelamin	Ten Saputro	Gizi

Th. Riawati, dr	Radiologi	Wahyu Riyanto, dr	Mata
Tini Sri Patmaningsih, dr	Jiwa	Wahyu Sudarmo, dr, Sp.M	Mata
Tita Octavia, dr	Mata	Wahyu Widiyanto	Psikolog
Tjahyo K. Utomo, dr	Bedah	Wahyu Wihartono, dr	Saraf
Tolkha A, dr, Sp. THT	THT	Warih, dr	Jiwa
Tri Agus Haryono, dr	Mata	Wariningsih	Perawat
Tri Hartati, APP Mkes	Trainer Keperawatan	Wayan Budi, dr	Anestesi
Tri Rini, dr, Sp.KJ	Jiwa	Whetric Bernada	UGD
Tri Subekti, S.Kep, Ns	Perawat	Widiastuti Agustin	Gizi
Triadi Sulaksono	Perawat	Wihandra, dr	Anestesi
Trisulo Utomo, dr, SpBU	Bedah	Wini Christina, dr	Jiwa
Triyoga Ekatani	Rekam Medis	Winteki Sendy, dr, SpB	Bedah
Triyogo, dr	Bedah	Wisnu Aji, dr	Saraf
Tru Subekti, S.Kep, Ns	Perawat	Wujeng Septarini, dr	Radiologi
Tumbur Simanjuntak, dr	Anestesi	Y. Kristianto, dr, SpKJ	Jiwa
Untung Asmudi	Laboratorium	Yayimah Iswanti	Perawat
Venny Pungus, dr	Jiwa	Yohanes Sugiri, dr	Patologi Klinik
Venny Pungus, dr	Jiwa	Yose Wizano, dr	Anestesi
Vicky Eko NH, dr	THT	Yustinus Ratriato Nugroho	Anestesi
Vindriawan, dr, SpA	Anak	Zainal Muttaqien, AMG	Gizi
Wahyu Budiantini, S.Kep, Ns	Perawat	Zulkarnain	Psikolog
Wahyu Nugroho	UGD		



“Keterlibatan saya dengan Program Kesehatan Mental dapat dikatakan unik. Peran sebagai Koordinator Program saya emban pada 3 bulan pertama, yakni periode Januari – Maret 2005. Setelah itu secara formal saya tidak terikat dengan program, sekalipun komunikasi personal tetap terjaga. Amanat sebagai koordinator kembali saya emban untuk periode 3 bulan terakhir, yakni mulai Oktober – Desember 2007. Dengan posisi yang unik ini saya melihat secara langsung bagaimana komitmen UGM di bidang kesehatan mental untuk Aceh dimulai, dan apa yang dicapai setelah perjuangan selama 3 tahun.”

Secara umum saya melihat kemajuan yang bermakna di bidang kesehatan mental di Aceh, terutama di Kabupaten Aceh Barat. Ketika UGM memulai, dapat dikatakan bahwa tidak ada sistem, kebijakan, maupun komitmen kesehatan mental di sana. Lebih dari itu, kesadaran masyarakat dan tokoh-tokohnya tentang kesehatan mental pun sangat rendah. Kekeliruan konsepsi tentang kesehatan mental, misalnya kesehatan mental semata-mata dikaitkan dengan gangguan jiwa, bukan hal yang aneh. Tiga tahun setelah usaha tidak kenal menyerah dari UGM, Pemda Aceh Barat mengalokasikan hampir 10% dari anggaran kesehatan untuk bidang kesehatan mental. Jadwal konsultasi tim psikolog di puskesmas dan Rumah Sakit Cut Nyak Dien selalu penuh. Sebagian besar adalah klien yang datang atas inisiatif sendiri. Yang benar-benar membesarkan hati adalah program kerja UGM di bidang kesehatan mental diambil alih dan dilanjutkan oleh Dinas Kesehatan Aceh Barat. Kiranya usaha keras dan tidak pantang menyerah dari tim UGM tidak berujung dengan kesia-siaan, melainkan manfaat bagi rakyat Aceh sekecil apa pun adanya.”

TIM ACEH BANGKIT PUSAT STUDI BENCANA ALAM UNIVERSITAS GADJAH MADA

Sutikno, Prof., Dr.
Haryana, Ir, M.Arch
Sutaryo, Prof. Dr. dr, Sp.AK
Mahar Agusno, dr, Sp.KJ
Sudibyakto, H, Dr, MS
Nizam, Dr
Agus Sartono, Dr
Muh. Aris Marfai

Sebagai respon terjadinya Tsunami, Pusat Studi Bencana Alam (PSBA) UGM yang didukung pihak Rektorat UGM turut berpartisipasi dalam rekonstruksi dan rehabilitasi pasca Tsunami di Aceh. Tim PSBA UGM membentuk kepanitian khusus dalam mengakomodasi bantuan untuk Aceh dan Sumatera Utara dengan nama Aceh Bangkit.

Dengan keaktifan Rektor UGM saat itu, Prof. Soffian Effendi, melakukan pendekatan ke Bank Mandiri melalui Prof.

Dr. Nopirin dari Fakultas Ekonomi yang juga Komisaris Bank Mandiri di sebuah warung bakmi Jawa Pak Mo (di daerah Bantul), akhirnya Bank Mandiri memberikan bantuan untuk Aceh via UGM sebesar 6,4M. 1,2M akan digunakan untuk pembangunan bangsal Psikiatri "Zaitun" dan sisanya untuk penyediaan alat-alat medis untuk RS CND. Surat Keputusan bantuan dari Bank Mandiri tersebut tertanggal 12 April 2005, kemudian dana turun tanggal 22 Juni 2005.

Walaupun mengalami banyak hambatan dan sempat tertunda berbulan-bulan, namun program ini bisa terealisasi pada saat Program Aceh RS Dr Sardjito-UGM akan berakhir di tahun 2007. Alat-alat medis sudah dibeli dan dikirimkan ke RS CND, sedangkan bangsal Zaitun sedang dalam proses pembangunan yang akan selesai di tahun 2008.

TIM BAGIAN PENDIDIKAN KEDOKTERAN

Aditya Tri Hernowo, dr
E. Suryadi, dr, SU, MHPE
Gandes Retno Rahayu, dr, MMedEd, PhD
Harsono, Prof, dr
Ova Emilia, dr, MMedEd, SpOG, PhD
Soenarto Sastrowijoto, Prof, Dr, dr, SpTHT
Titi Savitri P, dr, MA, MMedEd, PhD
Tridjoko Hadianto, dr, DTM&H, M.Kes
Yoyo Suhoyo, dr

Bagian Pendidikan Kedokteran membantu dengan cara yang berbeda pasca Tsunami. Misi tim ini adalah memfungsikan kembali sistem pendidikan kedokteran di Universitas Syah Kuala (Unsyah) Banda Aceh melalui bantuan kegiatan akademik di FK Unsyah dengan mengirim dosen untuk memberikan kuliah di FK Unsyah serta membantu mahasiswa profesi FK Unsyah untuk melanjutkan pendidikan profesinya di UGM sementara FK Unsyah dan RS Zainoel Abidin belum berfungsi karena Tsunami.

Selain itu tim ini membantu mengadvokasi mahasiswa Fakultas Kedokteran UGM asal Aceh dalam bentuk beasiswa pendidikan melalui Bank BNI selama 2 semester.



Foto: Guardian Y Sanjaya

Bangsal Zaitun, sebuah bangsal tambahan untuk RS Cut Nyak Dhien, didirikan atas bantuan dana Bank Mandiri. Pada foto tampak fase awal pembangunan bangsal pada akhir tahun 2007.

TIM S2 IKM, TIM PMPK DAN TIM PEMETAAN FASILITAS KESEHATAN

Abdullah, SKM
Adi Utarini, dr, MSc, PhD
Adi Widagdo
Agastya, SE, MBA, MPM
Agung Dwi Nurcahyo
Ajid Risdianto, dr
Andreas Triwiyono, Dr, Ir
Andreasta Meliala, dr, DIH, MKes
Anis Fuad, DEA
Ardhining Westri H, SE
Arief Kurniawan
Aris Winarno
Atik Heru, SE, ST, MM
Bambang, SKM, MKes
Bondan Agus Suryanto, dr, MA
Choirul Anwar
Cholid Zakaria
Emi Dwi Suryanti
Endang L. Budiarti, Dra, Apt, MKes
Gede Usadhana Awatara
Hans P. Wijaya, MM
Hari Kusnanto, Prof, dr, SU, SrPH
Harmi Prasetyo
Hermansyah
Idet Harianto
Ihsan Husain, dr
Irfan Taufik, dr, MKes
Johanna Musila, drg
Joko Nugroho
K. Mukhsin, SKM
Laksono Trisnantoro, Prof, dr, MSc, PhD
Lava Himawan
Mansyur Romi, dr, MSi
Megarini, AMd
Meidinar Sihombing
Moh. Gamal RJ
Muchlis, SKM
Ni Luh Putu Eka, SKM, MKes
Raflizar
Rahman, dr, MKes
Rikyanto, dr, SpKK, MKes
Rina Dyah Utami, SE



Foto: Yodhi Mahendradata

Bagian S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) memperkuat sistem administrasi dan komunikasi di RS Zainoel Abidin dan Dinas Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam bekerjasama dengan organisasi nasional dan internasional. Sementara tim lain melakukan pemetaan fasilitas kesehatan bekerjasama dengan WHO dan Dinas Kesehatan Propinsi.

Rini Rismayanti, SE
Riris Andono Ahmad, dr, MPH
Ronny Novianto, dr, MKes
Safari D. Mangopo, dr, MKes
Siswuryanto, SKM, MKes
Slamet Joko Prihatin
Sukirno, AMD
Titik Ambarwati, SE
Tjahjono Koentjoro, dr, MPH, DrPH
Toni Purwono
Tri L. Kadarusman
Tugiman, SKM, MKes
Widi Nanto Sapramedi
Yodi Mahendradhata, dr, MSc
Zulfendri, Drs, MSi

Rina Dyah Utami, SE, Akt



Manajer Keuangan
Project Supporting Unit

"Awal bergabung dengan PSU pada bulan Juli 2006, pekerjaan terasa berat terlebih ketika itu PSU dibebankan untuk merubah sistem keuangan menjadi terpusat. Seiring dengan berjalannya waktu, sistem ini berjalan dengan baik sehingga memudahkan kami dalam mendukung semua kegiatan yang dilakukan. Dan saat program ini berakhir, begitu berat rasanya meninggalkan semua rutinas di Program Aceh, walaupun mengurus keuangan hanya bagian kecil dari program, namun banyak sisi lain yang dirasakan terutama kebersamaan dan persahabatan"

TIM CENTRE OF EPIDEMIOLOGY AND BIostatistic UNIT RS DR. SARDJITO YOGYAKARTA

Andaru Dahesihdewi, dr, Sp.PK.,M.Kes
Atik Tri Ratnawati, Dra, MA
Budiman Karma, dr, M.Kes
Mt. Sutena, SKM., MSi
Osman Sianipar, dr, DMM.,MSc.,Sp.PK(K)
Retna Siwi Padmawati, Dra, MA
Rizaldy Taslim Pinzon, dr, Sp.S.,M.Kes

Tindakan pemulihan pelayanan kesehatan telah banyak dilakukan namun hasil dan dampak dari tindakan pemulihan ini belum terukur. Tim CE&BU melakukan penelitian untuk mengetahui kesiapan RS Cut Nyak Dhien memberikan pelayanan kesehatan secara mandiri ditinjau dari sisi sistem manajemen dan mutu pelayanan klinik. Disamping itu juga untuk mengetahui praktek dalam pemberian obat yang rasional Kegiatan penelitian ini ditujukan untuk mengkaji hasil-hasil maupun dampak-dampak dari program dan kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya.

Selama 5 bulan, Maret - Agustus 2007, tim ini melakukan penelitian dengan metode observasi secara retrospektif maupun prospektif, wawancara dan dengan pembuktian dokumen. Salah satu alat ukur yang dipergunakan adalah instrumen akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pendekatan kualitatif juga dilakukan untuk mengetahui praktek dalam pemberian obat yang rasional dan mengetahui kesiapan rumah sakit saat Program Aceh RS Dr Sardjito-UGM berakhir.



Foto: Guardian Y Sanjaya

TIM TRAINER DAN MENTOR CLINICAL SERVICES

Agus Barmawi, dr, Sp.B
Al Afik, S.Kep
Asri Riswiyanti, S.Farm, Apt
Bowo Adiyanto, dr
Budhi Suryadharna, dr
Desak Gede Mahastiti, drg, M>Kes
Dwi Pudjaningsih, Dra, Apt, M.Kes
Haripurnomo K, dr, MPH, DrPH
Harry Ismanto

Haryomo, AMR
Hastuti Pelitawati, SSiT
Hendro Wartatmo, dr, Sp.B-KBD
IG Ketut Waryasa, AMK
Kuntadi, AMK
Moch. Zainal Muttaqirn, AMG
Mujiman
Nanik Sri Khodriyati, Skep, Ns
Ninik
Nur Dwi Handayani, SSiT
Probo Waseso, ST
Rahmad Widodo, AMK
Sang Ketut Arta, SKM, M.Kes
Sulanto Saleh Danu, dr, Sp.FK
Sumarsih, AMK
Sutono, S.Kep
Tri Subekti, Skep, Ns
Yulianto, S.Farm, Apt



dr. Tri Baskoro TS, MSc, PhD



Deputy Project Coordinator
Program Aceh

“Pengalaman sebagai deputy project coordinator Program Aceh dalam mengelola dana bantuan luar negeri benar-benar pekerjaan yang berat. Selama ini pengabdian masyarakat Fakultas Kedokteran belum pernah menggunakan dana yang sangat besar, apalagi melibatkan banyak personil. Satu hal yang mengesankan adalah pengalaman mentertibkan manajemen keuangan yang awalnya diajukan oleh masing-masing divisi kemudian harus dirubah menjadi sistem yang terpusat, dimana hal itu mengakibatkan pengiriman dana yang terlambat sementara disisi lain kegiatan harus tetap berjalan. Situasi menjadi sangat kritis saat Program Aceh memutuskan untuk meminjam dana dari instansi lain dengan resiko seandainya donor asing tiba-tiba menghentikannya oleh sebab yang tidak terduga, lalu siapa yang akan membayar pinjaman? Syukur selama berlangsungnya kegiatan di Aceh, semua berjalan lancar bahkan hasil laporan audit keuangan internal maupun eksternal menyebutkan wajar tanpa syarat”

TIM TRAINER MENTAL HEALTH

Bambang Hastha Yoga, dr, Sp.KJ
Carla Marchira Raymondalexas, dr, Sp. KJ
Diana Setiyawati, Psi, MHSc.
Eka Erfika, S.Psi, Psi
Hartatik, S.Psi, Psi
Haryanto FR, Drs, M.Si
Hasan Basri, Drs
Indahria,
Indahria, Dra
Jasmadi, S.Psi, Psi
Kusrohmaniah, M.Si
Mugiarti, S.Psi, Psi
Muhana
Mujudin, Drs, M.Si
Mujudin, M.Si

Nida Ul Hasanat, Dra, M.Si
Nuryati Atamimi
Pihasnawati, S.Psi, Psi.
Rahmi Diana, S.Psi, Psi.
Ratna Syifa'a, Dra, M.Si
Siti Waringah, Dra, M.Si
Sofia Retnowati, Dr, M.Si
Sri Kusrohmaniah, Dra, M.Si
Sriningsih, S.Psi
Subandi, Dr
Tina Afiatin, Dr, M.Si
Wahyu Widhiarso, S.Psi
Wiwik Sulistyaningsih, M.Si, Psi;
Yuli Fajar Susetyo, S.Psi
Yulia Direzkia, S.Psi, Psi

SUPERVISOR

Ahmad Hussein Asdie, Prof, Dr, dr, SpPD
Anita Ekowati, dr, Sp.Rad
Barmawi Hisyam, Prof, dr, Sp.PD-KP
Bhirowo Yudo Pratomo, dr, Sp.An(K)
Bambang Suryono, dr, SpAn-KIC, Mkes
Burham Warsito, dr, SpOG K.Onk
Cempaka, dr, Sp.S
Soewadi, H, Prof, Dr, dr, MPH, SpKJ(K)
Hendro Wartatmo, dr, SpB.KBD
Pernodjo Dahlan, dr, Sp.S(K)
Pudjo Hagung, dr, Sp.A
Purnomo Suryantoro, Prof, Dr, SpA(K), DTM&H
Risanto Siswosudarmo, dr, Sp.OG
Soewarso, dr. Med, SpPK(K)
Sutarno Atmohartono, dr, Sp.THT
Tatang Talka Gani, dr, SpM
Tengku Ibrahim Alfian, Prof, Dr
Usi Sukorini, dr, Sp.PK, M.Kes

BOARD OF ADVISORY

Hardyanto Soebono, Prof, Dr, dr, Sp.KK(K)
M. Noor Rohchman Hadjam, Prof, Dr, SU
Sofia Mubarika, Prof, Dr, dr, M.MedSc. PhD
Sofia Retnowati, Dr, MS
Sri Endarini, dr, MPH
Suhardjo, Prof, dr, S.U., Sp.M(K)
Sutaryo, Prof, Dr, dr, SpAK
Yati Soenarto, dr, PhD, Sp.A (K)

RESOURCE PERSON

Hanevi Jasri, dr, MARS
Gogot Suyitno, dr, Sp.Rad
Ichsan Abbas, Drs, MM
Osman Sianipar, dr, DMM.,MSc.,Sp.PK(K)
Sumaryono, Drs, M.Si
Tjahjono Koentjoro, dr, MPH, Dr.PH
Tri Wahyu Yulianto, SE, .Akt
Yulis Quarti, SE, Akt., MSi

TIM CLINICAL SERVICES

Atien Nur Chamidah, dr
Atrofiyati, S.Psi, M.Si
Bang Jalil
Guardian Yoki Sanjaya, dr
Hendro Wartatmo, dr, Sp.B-KBD
Ishandono Dachlan, dr, SpB, SpBP, MSc
Jumadi Santoso, dr
Kartika Ratna P, dr
Herlina Rahmawati Dewi
Lia Yusmarini, S.Ked
M. Arief Bachtiar, S.Psi, Psi
Noorsa Andjani, A.Md
Nurcholid Umam K, dr
Nurul Kodriati, S.Kep
Risalia Reni Arisanti, dr
Riyanti Setyaningsih
Rukmono Siswishanto, dr, Mkes, SpOG
Sartono
Slamet
P. Sudiharto, Dr, dr, Sp.BS
Sutaryo, Prof, Dr, dr, SpAK
Titi Pambudi, dr
Yoga Pamungkas, dr
Widodo TP, dr

TIM MENTAL HEALTH

A. Dwijuwono, S.Psi
Adi Cilik Pierawan, S.Psi.
Ahlizan, S.Ag
Arifah Sindhika Putri
Budi Andayani, Dra, MA
Dian Nasrah Marissa, MSc
Diana Setiyawati, Psi. MHSc.
Eka Putri Estiarti, S.Psi
Endang Faurianalisyawati, S.Psi
Farah Perwitasari, S.Psi
Fathul Himam, Drs, MA, PhD
Fitriadi, ST
Harum Setiawan W.W., S.Psi
Haryanto, Drs, Msi

Henry Arkan Wahyudi, S.Psi
Marty Mawarpury
Mira Mutia
M. Noor Rohchman Hadjam, Prof, Dr, SU
M. Zulkarnain, S.Psi
M. Syafi'i., S.Psi
Rahmat Hidayat, Psi, MSc
Sarifatul Latifah, SE
Siti Syapiyah Bintang, S.Psi, Psi
Sofia Retnowati, Dr, MS
Subandi, Drs, MA, PhD
Sumaryono, Drs, Msi
Sylvi Dewajani, S.Psi, Psi
Tina Afiatin, Dr. Msi
Tuti Hernawati, S.Psi
Wahyu Widiarso

TIM MTBS

Ahmad Prasetianto Utomo, dr
Arief Priambodo, dr, Sp.A
Ayoenita
Eddy Supriyadi, dr, Sp.A
Ema Madyaningrum, S.Kep, MKes
Fitri Haryanti, S.Kep.M.Kes
Gama Diswita, dr
Heru Subekti, SKep
Ida Safitri, dr, Sp.A
Indah
Jodhy Mayangkoro, dr
Lely Lusmilasari, S.Kep, MKes
Naufal S, dr
Nenny Sri Mulyani, dr, Sp.A(K)
Netty Nurani, dr, SpA
Pudjo Hagung, dr, Sp.A.
Purwanto, SKep
Roni Naning, dr, MKes, Sp.AK
Setya Wandhita, dr, Sp.A
Tri Prabowo, S.Kep
Tunjung Wibowo, dr, Sp.A
Wahyu Damayanti, dr, Sp.A
Yati Soenarto, dr, PhD, Sp.A(K)



"Kadang kesempatan tidak datang dua kali dan semua kembali pada soal pilihan, termasuk pilihan bergabung dalam Program Aceh UGM-WVA. Bisa bergabung di PSU pada masa peralihan menuju sentralisasi merupakan satu proses pembelajaran yg memperkaya pengalaman diri. Diperlukan seni tersendiri untuk tetap menjaga keseimbangan kaki kanan yang berpijak pada aturan main lembaga donor dengan tuntutan transparansi dan akuntabilitas, dan kaki kiri yang berpijak pada kenyataan bahwa PSU harus mengakomodir teman-teman di lapangan yang dihadapkan pada berbagai kendala teknis dalam pelaksanaan program. Kalau Santi bisa dapat pembelajaran untuk mengharmonisasikan 2 kultur yang berbeda, saya dapat satu lebih banyak, pembelajaran mengharmonisasikan 3 kultur yg berbeda dan bukan hal mudah untuk bisa menyenangkan semua orang. Satu hal pasti yang menyenangkan, Alhamdulillah (akhirnya) bisa juga ke Meulaboh dan Banda Aceh. Insya Allah, dengan menginjakkan kaki di "Serambi Mekkah" bisa 'nyampe' juga ke Mekkah... amin yaa Robbal 'alamin."

Ruth Wraith



Technical Advisor
Mental Health Program

“Working with the Mental Health Program with the staff of UGM, Balee Zaituna and Rumoh Seurunee to assist the people of Aceh has been a special experience in my long professional career in mental health and disaster psychosocial recovery.

I have deep respect and regard for the dedication and care of the staff of the program and the people of Aceh as they have worked together to assist the recovery of Aceh. I am confident the work of this program and the many outcomes and new initiatives will continue into the future. My heartfelt wishes are with everyone.”

TIM PUBLIC HEALTH

Abdullah, SKM
Agus Mutamakin
Ainu Rofiq
Amelia Hayati, SE
Anis Fuad, SKed, DEA
Ardian Budi Permana
Arief Kurniawan
Brian Hartomo, SE, MT
Furqonuddin Ramdhani
John Ridho Damanik
Rita Amelia
Ronny Novianto, dr, M.Kes
Tarudin, Amd
Shofiq

TIM PROJECT SUPPORTING UNIT

A. Evi Handayaningsih, dr
Alifah Anggraini, dr
Bambang Hasta Yoga, dr, Sp.Kj
Chatarina Rika
Chusniyani Febrianti, SE
Daisy Dewayanti, SE
Guardian Yoki Sanjaya, dr
Ifah Dian Cahyani, SE

Laksono Trisnantoro, Prof, dr, MSc, PhD
MS. Bawono, dr
Ni Nyoman Indriyani, SE
Rina Dyah Utami, SE, Akt
Sari Wulandari, SE
Tri Baskoro Tunggul Satoto, dr, MSc, PhD
Triyanto

RCH/RCH INTERNATIONAL AUSTRALIA

Garry Warne
Graeme Barnes
Karen Dunn
Ruth Wraith
Trevor Duke

AIHI, THE MELBOURNE UNIVERSITY

Khrisna Hort
Mia Urbano
Ahmer Akhtar
Uma Jatkar

WORLD VISION AUSTRALIA

Kate Dowling
Louise Searle
Mark Tennent

dr. Guardian Y. Sanjaya

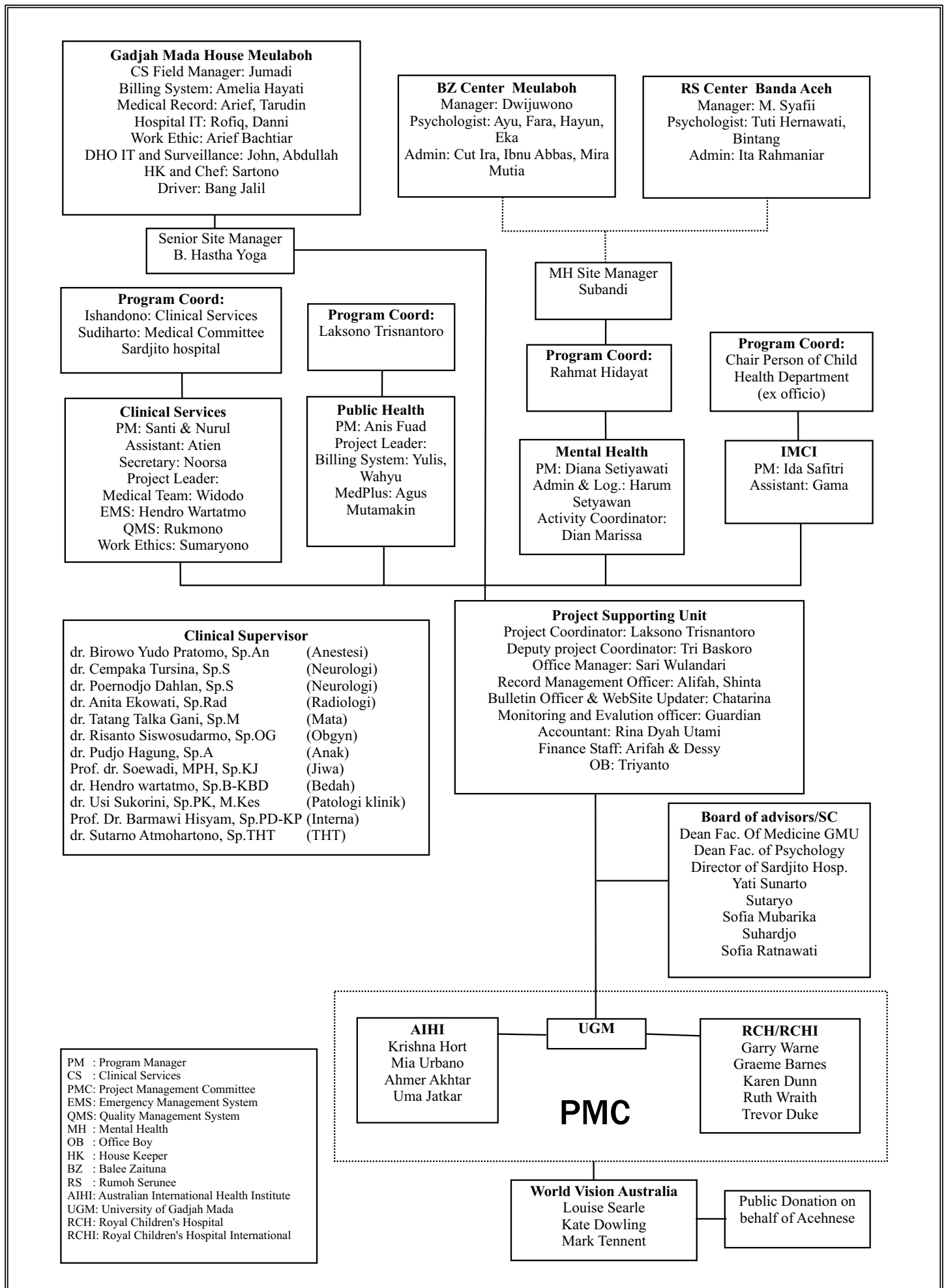


Staf Monitoring dan Evaluasi
Project Supporting Unit

“Bergabung dengan program ini di fase yang berbeda membuat saya memahami betapa besar dan sulitnya program ini dilaksanakan. Bisa dibayangkan berapa jumlah staf medis, paramedis dan non medis yang diberangkatkan ke Aceh, jumlah konsultan, tenaga teknis dan masih banyak lagi. Semuanya tidak lain adalah untuk pembangunan sistem kesehatan di daerah secara terpadu dan berkesinambungan.

Apresiasi setinggi-tingginya harus diberikan kepada staf yang sudah terlibat di program ini, dan juga staf lokal yang sudah mempercayakan UGM sebagai suatu lembaga yang dipercaya untuk membantu mengembangkan sistem kesehatan setempat. Saya percaya program ini telah memberikan pengaruh yang positif bagi setiap staf yang terlibat dari sudut pandangnya masing-masing. Semoga pengalaman yang luar biasa ini bisa dijadikan sebuah pegangan dalam pengembangan sistem kesehatan di Indonesia, khususnya di daerah terpencil.”

STRUKTUR ORGANISASI PROYEK



DOKUMEN PERJANJIAN KERJASAMA PROYEK

**SURAT PERJANJIAN KERJASAMA
ANTARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CUT NYAK DHIEN MEULABOH
DENGAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS GADJAH MADA
DAN
RUMAH SAKIT DR SARDJITO**

**Nomor : 445/405/2005
Nomor : UGM/KU/4646/C/03/03
Nomor : KS.01.01.5.1.14420**

**Tentang
PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT CUT NYAK DHIEN**

**Pada hari ini , rabu tanggal 23 Nopember tahun 2005, bertempat di Fakultas Kedokteran Uni-
versitas Gadjah Mada, yang bertanda tangan di bawah ini :**

Dr. Haris Marta Saputra, Sp.A : **Kepala Badan Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah
Cut Nyak Dhien berkedudukan di Meulaboh, Kabupat-
en Aceh Barah, Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Rumah
Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien, yang selanjutnya
disebut PIHAK PERTAMA.**

Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK : **Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Gad-
jah Mada Yogyakarta, dalam hal ini bertindak untuk
dan atas nama Fakultas Kedokteran Universitas Gad-
jah Mada Yogyakarta, yang selanjutnya disebut PIHAK
KEDUA.**

Dr. Sri Endarini , MPH. : **Direktur Utama Rumah Sakit Dr Sardjito dalam hal ini
bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Dr Sard-
jito, yang selanjutnya disebut PIHAK KETIGA**

**Ketiga belah pihak setuju dan menyatakan saling mengikatkan diri secara hukum untuk bek-
erjasama dalam hal pelayanan dan pengembangan kesehatan di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien
dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :**

**BAB I
U M U M**

**Pasal 1
Istilah Umum**

Dalam Surat perjanjian Kerjasama ini yang dimaksud dengan :

1. **Direktur RSUD**, adalah **Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien, Meulaboh, Aceh Barat, Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam**
2. **Dekan**, adalah **Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada**
3. **Direktur Rumah Sakit**, adalah **Direktur Utama Rumah Sakit Dr. Sardjito Jogjakarta**
4. **Rumah Sakit Umum Daerah** yang selanjutnya disebut **RSUD**, adalah **Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh, Aceh Barat, Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam**
5. **Fakultas**, adalah **Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada**
6. **Rumah Sakit**, adalah **Rumah Sakit Dr. Sardjito Jogjakarta**
7. **Program Pendidikan**, adalah **Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I), Program Pasca Sarjana, Program Pendidikan S-1 Kedokteran, S-1 Keperawatan, Diploma IV Bidan Pendidik, Diploma IV Perawat Gigi Pendidik, Diploma IV Ilmu Gizi dan Kesehatan.**

BAB II DASAR DAN TUJUAN

Pasal 2 Dasar

Perjanjian Kerjasama ini didasar atas saling membantu dan menguntungkan para pihak.

Pasal 3 Tujuan

Kerjasama ini bertujuan untuk :

1. **Meningkatkan pengalaman dan ketrampilan peserta Program Pendidikan di RSUD.**
2. **Meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan RSUD untuk meningkatkan kepuasan pasien.**
3. **Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan (profesionalisme) Sumber Daya Manusia RSUD**
4. **Membina hubungan-hubungan profesional antara kedua belah pihak secara institusional, sesuai aturan yang berlaku.**
5. **Membantu pengembangan Fakultas dalam pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.**

BAB II PELAKSANAAN KERJASAMA

Pasal 4 Tugas Pekerjaan

PIHAK PERTAMA mengirimkan permintaan pada **PIHAK KEDUA**, dan **PIHAK KEDUA** bekerjasama dengan **PIHAK KETIGA** untuk membantu pengembangan **PIHAK PERTAMA** yang pelaksanaannya akan diatur secara rinci dalam Surat Perjanjian Kerjasama tersendiri yang lebih operasional, dan tidak terpisahkan dari Piagam Kerjasama ini.

Pasal 5 Ruang Lingkup Pekerjaan Pihak Pertama

Ruang lingkup pekerjaan yang harus dilakukan oleh PIHAK PERTAMA, adalah :

1. **Memberikan jasa medis dari setiap pelayanan yang dilakukan dari PIHAK KETIGA sesuai dengan Perda Aceh Barat.**
2. **Memberikan Insentif pada PIHAK KETIGA sesuai dengan kesepakatan yang akan disusun secara lebih rinci kemudian.**
3. **Memberikan bantuan transportasi berupa kendaraan mobil (ambulan) kepada PIHAK KETIGA yang detail operasionalnya akan dibicarakan secara rinci kemudian.**
4. **Menyediakan satu rumah tinggal kepada PIHAK KETIGA dengan persyaratan tempat tinggal yang akan dibicarakan secara lebih rinci kemudian.**

Pasal 6
Ruang Lingkup Pekerjaan Pihak Ketiga

Ruang lingkup pekerjaan yang harus dilakukan oleh **PIHAK KETIGA**, adalah :

1. Membuka praktek poliklinik di RSUD sesuai jam kerja yang berlaku.
2. Melayani pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan bagi penderita
3. Menggunakan dan memanfaatkan semaksimal mungkin semua fasilitas penunjang yang ada di RSUD.
4. Pergantian Dokter ahli dilakukan sesuai dengan kesepakatan dengan masing-masing bidang keahlian yang akan diatur dan diketahui oleh **PIHAK KEDUA**.
5. Memberikan pelatihan medis dan paramedis bagi staf RSUD

Pasal 7
Prosedur Pelaksanaan

1. Jenis Program Pendidikan serta jadwal pengiriman Peserta Program Pendidikan akan diatur bersama lebih lanjut oleh Dekan dan Direktur.
2. Jenis pendidikan / pelatihan dan jadwal pengiriman tenaga medis, paramedis dan tenaga administrasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), serta tata cara penyelenggaraannya akan diatur lebih lanjut berdasarkan kesepakatan bersama antara **PIHAK KEDUA** dengan **PIHAK PERTAMA** untuk setiap kali penyelenggaraan.
3. Penelitian dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi sebagaimana dimaksud pasal 3 ayat (5) harus mendapat ijin terlebih dahulu sesuai dengan peraturan yang berlaku
4. **PIHAK PERTAMA** memberitahukan secara tertulis ke **PIHAK KEDUA** sebelum mengirim tenaga medis, paramedis, dan tenaga administrasi yang mengikuti pendidikan / pelatihan di Fakultas.
5. Untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam rangka pelaksanaan perjanjian kerja-sama ini dilakukan dan dikoordinir oleh **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** .
6. **PIHAK PERTAMA** dalam melaksanakan perjanjian kerjasama ini bertanggung jawab kepada Bupati.

BAB III
HONORARIUM

Pasal 8
Honorarium untuk Dokter

Penerimaan pendapatan bagi dokter sebagai akibat dari kerjasama ini yang ditetapkan dengan peraturan yang diatur melalui Petunjuk pelaksanaan yang disepakati bersama oleh masing-masing pihak .

Pasal 9
Jasa Institusi

Jasa institusi ditetapkan oleh peraturan yang diatur melalui Petunjuk Pelaksanaan yang disepakati oleh bersama oleh masing-masing pihak .

Pasal 10
Tarip dan Biaya

Besarnya tarip konsultasi / pemeriksaan rawat jalan, visite / pemeriksaan rawat inap, dan tindakan ditetapkan oleh peraturan yang diatur melalui Petunjuk Pelaksanaan yang disepakati bersama oleh masing-masing pihak.

Pasal 11
Masa Berlaku

1. Perjanjian Kerja Sama ini berlaku selama 3 (tiga) tahun terhitung mulai tanggal 23 Nopember 2005 sampai dengan 23 Nopember 2008.
2. Perjanjian ini dapat diperpanjang atau diputuskan atas persetujuan tertulis dari semua pihak dengan memberitahukan dahulu paling lambat 1 (satu) bulan sebelumnya.

BAB IV
PERSELISIHAN

Pasal 12

1. Perselisihan yang timbul antara PIHAK PERTAMA, PIHAK KEDUA, dan PIHAK KETIGA sebagai akibat pelaksanaan Perjanjian Kerjasama ini akan diselesaikan secara musyawarah untuk mufakat.
2. Apabila musyawarah sebagai dimaksud dalam ayat (1) pasal ini tidak tercapai kata mufakat maka kedua belah pihak bersepakat untuk menyelesaikan perselisihan tersebut kepada panitia arbitrase yang dibentuk oleh kedua belah pihak.
3. Panitia Arbitrase sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) pasal ini terdiri dari 4 (empat) orang anggota, yaitu 1 (satu) orang ditunjuk PIHAK PERTAMA, 1 (satu) orang ditunjuk PIHAK KEDUA, dan 1 (satu) orang ditunjuk PIHAK KETIGA, dan 1 orang ditunjuk atas kesepakatan PIHAK PERTAMA, PIHAK KEDUA dan PIHAK KETIGA.
4. Apabila panitia arbitrase sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) pasal ini tidak dapat menyelesaikan perselisihan yang terjadi, maka akan diupayakan pemecahannya melalui jalur hukum dengan memilih domisili yang tetap di Kepaniteraan Pengadilan Negeri di tempat perjanjian kerjasama ini ditandatangani (Jogjakarta).

BAB V
PENUTUP

Pasal 13

Apabila dikemudian hari terdapat hal-hal yang belum cukup diatur dalam perjanjian ini dan atas persetujuan kedua belah pihak akan ditetapkan dalam suatu perjanjian tersendiri yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari perjanjian ini.

Pasal 14

Perjanjian Kerjasama ini dibuat dan ditandatangani dalam rangkap 6 (enam), 2 (dua) diantaranya bermeterai cukup masing-masing untuk PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA yang mempunyai kekuatan hukum yang sama.

Ditetapkan di : Yogyakarta
Pada Tanggal : 23 Nopember 2005

PIHAK KEDUA
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada



Prof. Dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK

PIHAK PERTAMA
Kepala Badan Pengelola Rumah Sakit
Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh



dr. Haris Marta Saputra Sp.A

PIHAK KETIGA
Direktur Utama Rumah Sakit Dr. Sardjito



Dr. Sri Endarini, MPH.

MENGETAHUI:

Pj. Bupati Aceh Barat



Drs. H. Nasruddin, M.Si.



Dokumen PSU

Foto bersama didepan gedung pusat UGM. Dari kiri dr. Amir Hamzah, Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat, dr. Tribaskoro TS, Prof. Sutikno, Prof. Hardyanto Soebono (Dekan Fakultas Kedokteran UGM), Prof. Sofyan Effendy (Rektor UGM) dr. Yati Soenarto, Dra. Sofia Retnowati, Ruth Wraith, Prof. Sofia Mubarika, Mia Urbano dan dr. Haris Martha Saputra, Direktur RS Cut Nyak Dhien, Meulaboh Aceh Barat.

TERIMA KASIH

Instansi yang turut membantu dalam Program UGM di Aceh

- World Vision Australia
- Royal Children's Hospital
- Royal Children's Hospital International
- AIHI (Australian International Health Institute, University of Melbourne)
- Harian Kedaulatan Rakyat
- Pusat Studi Bencana Alam (PSBA) Universitas Gadjah Mada
- RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
- Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
- Bank Mandiri
- Bank BNI 46
- Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
- MAF (Mission Affiation Fellowship)
- SMAC (Sabang Merauke Air Charter)
- UNHAS (United Nation Humanitarian Air Service)
- Susi Air
- BRR (Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi Aceh dan Nias)
- Pemerintah Singapura
- Pemerintah Daerah Aceh Barat
- DPRD (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah) Aceh Barat
- Dinas Kesehatan Propinsi NAD
- Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat
- Dinas Pendidikan Kabupaten Aceh Barat
- Kantor Agama Kabupaten Aceh Barat
- Departemen Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Propinsi DIY
- Korem Teuku Umar
- RS Cut Nyak Dhien Meulaboh
- Universitas Syah Kuala Banda Aceh
- RS Zaenoel Abidin Banda Aceh
- RSUD Tabanan Bali
- RSUD Sleman Yogyakarta
- RS Grhasia Pakem Yogyakarta
- Panti Wreda Pakem
- RSJP Magelang
- RSUD Wates
- RSUD Wonosari



RS Dr. Sardjito
Yogyakarta

Fakultas Kedokteran UGM
Fakultas Psikologi UGM

