

Yang saya hormati:

Sdr Ketua Umum PB Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI), dr. Nurdadi Saleh, SpOG
Sdr Ketua Kolegium Obstetri Ginekologi Indonesia, Prof Dr dr Soegiharto Soebiyanto SpOG(K)
Sdr Ketua Umum Panitia PIT POGI 20 Medan, Prof. dr. Budi R. Hadibroto. SpOG(K)
Para Guru Besar
Undangan dan Teman Sejawat serta Hadirin lainnya

Assalaamu `alaikum warakhmatullaahi wabarakaatuh

Sebelumnya, marilah kita bersama-sama memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan kepada kita kenikmatan, kesehatan dan kesempatan untuk berkumpul bersama pada PIT POGI 20 di kota Medan, pertemuan tahunan tempat kita berbagi ilmu, pengalaman dan bersilatullahim.

Selanjutnya, saya ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Kolegium, PB POGI, Panitia PIT POGI 20, yang telah memberi kesempatan dan kehormatan kepada saya untuk menyampaikan Orasi Ilmiah di Medan ini. Orasi ini saya beri judul:

TEROBOSAN POGI DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TERHADAP PENINGKATAN KESEHATAN PEREMPUAN INDONESIA

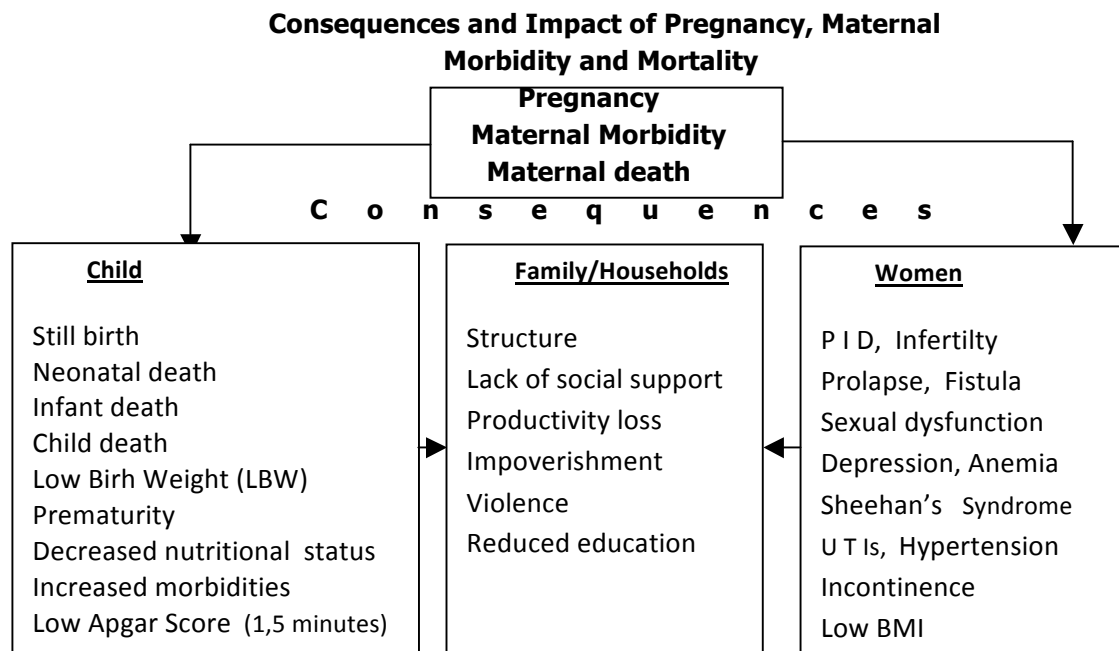
Pada orasi ini saya akan lebih fokus pada masalah kesehatan reproduksi perempuan Indonesia yang masih memprihatinkan, khususnya angka kematian ibu (AKI) yang masih tinggi dengan kegamangan target Milleneum Development Goals (MDGs) tahun 2015 yang mungkin tidak akan tercapai. Saya tidak akan berbicara tentang tehnologi kesehatan reproduksi yang mutakhir, tapi lebih menyoroti kondisi di lapangan yang ditemui setiap hari, yang masih jauh dari harapan. Lebih dari 5.000 ibu Indonesia meninggal setiap tahun karena hamil dan melahirkan, yang sebetulnya sebagian besar bisa dicegah asal pemerintah dan masyarakat Indonesia bersama sama **mau** menangani dengan sungguh sungguh. Temuan dan penanganan awal yang sebenarnya hanya memerlukan ilmu dasar kedokteran dan obstetri sesuai dengan kompetensinya bila tidak dilakukan, sering menimbulkan komplikasi berat yang dapat menyebabkan kematian. Mengapa sebagai Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi (SpOG) kita harus lebih fokus terhadap Kesehatan Perempuan? Karena kitalah para SpOG yang sering melihat ibu Indonesia yang dalam keadaan gawat merentang nyawa waktu hamil dan melahirkan.

Mahmoud Fathalla, Mantan Presiden FIGO, United Nation Population Award Winner and Exceptional Women's Health Leader 2009, pada tahun 1997 sudah mengatakan: **seorang perempuan mendapat tugas mulia untuk meneruskan generasi mendatang yang belum bisa tergantikan, tapi terkait dengan itu juga menghadapi risiko yang tidak kecil, malahan bisa mencabut nyawanya.**

POGI juga sudah sangat sadar akan hal ini, terlihat pada Mukadimah Anggaran Dasar POGI 2012 menyebutkan bahwa: **taraf kesehatan perempuan Indonesia masih memprihatinkan. Hal ini tercermin dari tingginya angka kesakitan dan angka kematian ibu maupun perinatal. Disadari bahwa kesehatan perempuan merupakan kondisi yang mutlak harus diperhatikan, karena dari perempuan yang sehat akan lahir generasi mendatang yang sehat sehingga mampu menjadi tumpuan harapan bangsa Indonesia untuk bersaing di antara bangsa di dunia terutama dalam era globalisasi.**

Morbiditas dan mortalitas perempuan khususnya ibu hamil dan melahirkan selain berdampak terhadap dirinya, juga akan berdampak buruk terhadap keturunannya, seluruh keluarga dan lingkungannya. Dikatakan, kematian ibu hamil seperti gunung es, bila ada satu ibu meninggal,

ada dua puluh sampai tiga puluh ibu lain yang mengalami komplikasi berat dengan risiko dan *sequela*nya.



Dikutip dari : Koblinsky M, Denpasar 1 Agustus 2005

Bagaimana kondisi Kesehatan Perempuan Indonesia saat ini? Puncaknya digambarkan dengan masih tingginya angka kematian ibu hamil-bersalin (AKI) sebagai kodrat perempuan yang ditugaskan meneruskan generasi selanjutnya yang tidak tergantung tadi, dibandingkan dengan negara tetangga sudah lama kita sadari. Berbagai program sudah dicanangkan, namun hasilnya berupa penurunan AKI belum seperti yang diharapkan.

Dengan Malaysia saja sebagai perbandingan karena masih serumpun yang paling dekat, AKI Indonesia sangat jauh lebih tinggi. Pada Kongres Obstetri Ginekologi Indonesia (KOGI) 11 di Bali tahun 2000, saat AKI di Indonesia masih diatas 300 / 100.000 kelahiran hidup, Malaysia sudah mempresentasikan bahwa AKI nya sudah sekitar 40. 13 tahun kemudian angka Indonesia masih tinggi, di atas 200. Lebih dari lima ribu ibu hamil di Indonesia yang meninggal tahun 2011. Di luar geografi di Indonesia yang lebih menyulitkan, seharusnya yang lain sama. Kita tidak mau dikatakan SDM kita lebih rendah. Lalu apa? Mengapa AKI di Indonesia masih sangat tinggi? Mungkin kesungguhan tiap komponen yang mempengaruhi AKI ini tidak bisa bekerja dengan baik karena berbagai kendala. **Fathalla** juga mengatakan: **Wanita meninggal bukan karena penyakit yang tidak bisa diobati, mereka meninggal karena masyarakat belum memutuskan bahwa nyawanya perlu diselamatkan.**

Kendala yang menghambat penurunan kematian ibu di Indonesia.

Usaha pemerintah sudah cukup banyak. Ada gerakan sayang ibu, *Making Pregnancy Safer* tahun 2000 yang mengamanatkan bahwa setiap ibu hamil dilayani oleh tenaga kesehatan terlatih dan lain lain. Untuk pembiayaan, pemerintah menyediakan program Jamkesmas, jamkesda, jampersal dan lain lain. Sebentar lagi, mulai 1 Januari 2014 akan berlaku Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Sistem Jaminan Sosial Nasionalnya yang akan membiayai Jaminan Kesehatan Nasional.

Jumlah bidan yang diproduksi, dan jumlah SpOG sudah jauh lebih banyak. Apakah terdapat penurunan AKI yang lebih cepat? Ternyata tidak. Malahan ada yang mengatakan: makin banyak SpOG dan Bidan makin tinggi AKI. Di lapangan bagaimana?

Apakah komponen yang menjadi kendala penurunan AKI di Indonesia?

Kementerian Kesehatan mengatakan tingginya morbiditas dan mortalitas ibu hamil dan melahirkan di negara berkembang disebabkan oleh 3 terlambat seperti yang dikatakan WHO :

1. Terlambat memutuskan untuk merujuk.
2. Terlambat transportasi.
3. Terlambat pertolongan profesional di Rumah Sakit.

Dr Poedji Rochjati dari Pusat Safe Motherhood FK Unair / RSUD Dr Soetomo, berdasarkan pengalaman lapangannya menambahkan satu terlambat lagi yaitu: terlambat mengenali adanya masalah, selain 3 terlambat dari WHO yang diikuti oleh Kem Kes.

Jadi ada 4 terlambat :

1. Terlambat mengenali adanya masalah.
2. Terlambat memutuskan untuk merujuk.
3. Terlambat transportasi.
4. Terlambat mendapatkan pertolongan yang memadai.

Di Jawa Timur, ±40 % kematian ibu yang bisa dianalisa disebabkan karena terlambat mengenal adanya masalah. Dengan mengenali adanya masalah ini sedini mungkin, ibu hamil lebih dini direncanakan untuk mendapatkan pertolongan di tempat yang aman dan tepat waktu.

Terlambat mengenali adanya masalah.

Yang disampaikan disini berdasarkan observasi terhadap pasien rujukan ke RSUD Dr Soetomo selama ±20 tahun, terutama yang dengan morbiditas berat dan mortalitas. Saya yakin di provinsi lain kondisinya tidak banyak berbeda. Lebih dari 70 % kematian ibu hamil / melahirkan ini sebetulnya dapat dicegah apabila pasien ini ditangani dengan adekwat sejak awal.

Terlambat mengenali masalah ini karena bahaya terhadap ibu hamil tidak diketahui sebelumnya atau tidak terdeteksi di fasilitas kesehatan. Masih banyak ibu hamil yang tidak memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan termasuk ke bidan. Kebiasaan, tradisi, pendidikan, pengetahuan kesehatan yang rendah belum menyadarkan masyarakat bahwa kehamilan disamping bisa mendatangkan kebahagiaan, bisa pula membahayakan nyawa seorang ibu.

Ketakutan akan biaya masih menghantui masyarakat untuk datang ke fasilitas kesehatan / rumah sakit. Masih banyak yang tidak memeriksakan diri karena tidak ada biaya. Tidak semua ibu hamil yang membutuhkan pelayanan kesehatan mempunyai surat sebagai peserta jaminan kesehatan yang ada. Untuk mendapatkannya harus mengurus lebih dahulu, dengan segala birokrasinya dan membutuhkan waktu, sedangkan kondisi ibu sudah memerlukan penanganan akut. Program pemerintah yang baik, banyak kendalanya di lapangan, terutama birokrasi yang rumit untuk orang desa. Kalau di Jawa saja program tidak berjalan mulus, bagaimana di daerah terpencil? Dengan akan berlakunya UU no 24/2011 tentang BPJS pada tahun 2014 nanti, pembiayaan kesehatan akan dipenuhi oleh BPJS Kesehatan. Masalah ini diatas kertas tampaknya akan bisa dipecahkan dengan baik, tapi perlu dicermati apakah semua aparat sudah siap?

Walaupun sudah datang ke fasilitas kesehatan, bahaya yang mengincar ibu hamil sering tidak diketahui keberadaannya, atau walaupun sudah diketahui, dianggap masih bisa ditangani padahal bukan lagi kompetensinya. Anamnesis tidak dilakukan dengan teliti, seperti untuk mengetahui adanya penyakit jantung tidak ditanyakan apa pernah sesak kalau bekerja, olahraga. Untuk mengetahui adanya gangguan pembekuan darah tidak ditanyakan apa sering terjadi perdarahan kurang wajar seperti haid lama, mimisan, berdarah sedang gosok gigi. Atau, walaupun ibu sudah menyampaikan ada gejala diatas, sering tidak disadari bahwa ini merupakan gejala penyakit yang lebih serius sehingga tidak dialami.

Terlambatnya penanganan Perdarahan Pasca Persalinan (PPP) sering karena tidak terdeteksi perdarahan sudah terjadi, tapi terkumpul dalam rongga rahim, tiba tiba keluar darah banyak 4-6 jam setelah plasenta lahir. Keadaan ini terjadi karena tidak memeriksa kontraksi dan tinggi fundus uteri dengan baik pada jam jam pertama, tapi di rekam medik ditulis kontraksi uterus baik. Kalau perdarahan sudah banyak, sering diikuti dengan gangguan pembekuan darah dan komplikasi lainnya seperti gagal ginjal, sehingga penanganan makin sulit dan prognosinya buruk.

Pemeriksaan jantung/paru tidak lagi rutin dilakukan pada ibu hamil oleh dokter umum di Puskesmas. Juga SpOG tidak rutin melakukannya. Kalaupun dikerjakan mungkin tidak teliti, sehingga sering kelewatan. Pasien kelainan jantung umumnya diketahui setelah ada gagal jantung sehingga sering terlambat untuk ditolong. 3 dari 9 pasien penyakit jantung hamil yang meninggal di RS Dr Soetomo tahun 2012, baru diketahui menderita kelainan jantung setelah terjadi payah jantung berat beberapa saat sebelum meninggal. Yang lainnya, walaupun sudah diketahui sebelum hamil, tidak ditangani dengan adekuat, karena yang merawat tidak kompeten. Pengukuran tekanan darah, walaupun dikerjakan mungkin tidak cermat. Lebih dari 80 % pasien preeklamsia berat / eklamsia dengan komplikasi parah seperti edema paru, perdarahan otak yang datang ke R S U D Dr Soetomo Surabaya sebenarnya sudah diperiksa teratur di bidan atau Puskesmas, dengan tekanan darahnya normal sampai 1-4 minggu sebelumnya. Perlu didalami mengapa hal ini bisa terjadi, karena komplikasi preeklamsia seharusnya dapat dicegah dengan perawatan yang baik pada awal gejala preeklamsia ringan, kalau perlu mengakhiri kehamilan. Dari pengamatan tersebut, K4 yang menjadi standar perawatan antenatal tidak bisa menyaring preeklamsia dengan baik. Pasien hipertensi sering tidak ditangani dengan baik sejak awal.

Terlambat memutuskan untuk merujuk.

Rujukan ke fasilitas kesehatan yang tepat, terlambat. Kondisi ini bisa disebabkan terlambatnya diputuskan oleh tenaga kesehatan, dapat pula pasien dan keluarganya belum mau dirujuk ke rumah sakit lebih lengkap apalagi tempatnya jauh dari tempat tinggalnya. Kalau tidak mempunyai kartu jaminan kesehatan yang berlaku, ada ketakutan tidak mampu membayar, belum belum sudah diminta biaya ambulans. Juga biaya untuk keluarga yang mengantar menjadi masalah. Keterlambatan rujukan ke tempat yang tepat juga sering terjadi karena adanya kerja sama antara bidan dengan SpOG/rumah sakit berdasarkan imbalan. Atau pasien dikembalikan ke bidan segera setelah seksio sesarea walaupun ada komplikasi. SpOG dengan rumah sakitnya hanya tempat menumpang seksio sesarea, sedangkan yang punya pasien ialah bidan. Kadang kadang walaupun sudah harus dirujuk, tidak dirujuk karena takut dianggap tidak mampu atau takut kehilangan pasien. Terlambat mengenali adanya masalah dan memutuskan untuk merujuk di fasilitas kesehatan banyak disebabkan oleh tidak profesionalnya tenaga kesehatan.

Terlambat transportasi.

Masalah lain ialah transportasi seperti menunggu ambulans yang sedang dipakai, atau keterbatasan ambulans yang bisa membawa pasien ke luar kota. Siapa yang membayar transportasi? Siapa yang mendampingi? Bagaimana keluarga? Lebih parah lagi menunggu jadwal kapal, kalau pasiennya dari pulau. Ada yang sudah meninggal di kapal.

Terlambat mendapatkan pertolongan yang memadai.

Setelah pasien sampai di rumah sakit tidak cepat ditangani dengan adekuat. Dapat disebabkan oleh dokter SpOG tidak di tempat atau tidak dapat dihubungi, walaupun di kota / kabupaten tersebut ada 2 – 4 SpOG. Apalagi kalau SpOG hanya satu. Sering SpOG hanya merawat melalui telepon, padahal kalau memeriksa sendiri mungkin diagnosis dan penanganannya akan lebih tepat dan cepat. Kerja sama antar SpOG di satu tempat kadang kadang kurang bagus, yang ada persaingan. Keadaan lain yang dijumpai, ialah sesudah diputuskan seksio sesarea, tenaga

anestesinya tidak ada atau tidak berani karena kondisi pasien. Walaupun ada dokter spesialis anestesi kalau komplikasi cukup parah tidak berani karena tidak ada *ventilator* atau *ICU* penuh. Ini menyangkut fasilitas rumah sakit yang tidak memadai. Juga tidak tersedianya darah di rumah sakit daerah menyebabkan pasien harus dirujuk. Tidak jarang keadaan ini menyebabkan pasien yang *notabene* sudah dalam keadaan sakit parah, harus "jalan jalan" dulu 100–200 km sebelum sampai ke rumah sakit rujukan. 60 dari 103 kematian maternal di rumah sakit Dr Soetomo tahun 2011–2012 adalah rujukan luar kota yang ada rumah sakit dan SpOGnya. Menurunkan AKI "belum" merupakan prioritas utama semua PEMDA, karena banyak masalah daerah lainnya, apalagi bila dimasuki unsur politik. Akibatnya fasilitas kesehatannya masih di bawah standar. Pada masa otonomi daerah ini PEMDA dengan DPRD nya mempunyai "kekuasaan" yang sangat tinggi terhadap budget rumah sakit, personalia dan lain lain. Apabila pelayanan rumah sakit terhadap ibu hamil / melahirkan tidak diprioritaskan, mutu pelayanan akan jauh dari yang seharusnya.

Lain lain: Tidak ikut program Keluarga Berencana(KB)

Masih banyak ibu yang sebaiknya tidak hamil tapi hamil, seperti usia sudah lanjut, anak sudah banyak, ada penyakit yang membahayakan nyawa bila hamil seperti penyakit jantung. Dengan kemajuan pelayanan penyakit jantung bawaan, makin banyak perempuan dengan kelainan jantung bawaan yang kalau dulu sudah meninggal sebelum usia reproduksi sekarang bisa mencapainya, tapi tidak dipersiapkan untuk menanggung beban hamil. Program KB masih belum optimal, masih banyak "unmet need". Ada yang dengan alasan agama, tidak jarang pula karena alasan takut, atau dilarang suami. Biaya ikut program KB tidak selalu murah. Adanya rumor bahaya ber KB sangat mudah berkembang dan menjadi makanan pers. Tidak jarang pula pernyataan dokter yang tidak bijak disambar oleh media dengan proporsi yang tidak tepat. Munculnya berita negatif tentang KB memberi dampak besar terhadap keberhasilan program KB. Sebenarnya walaupun risiko ber KB ada, risiko kalau hamil berlipat lipatan lebih tinggi. Ibu hamil yang datang ke RSUD Dr Soetomo, cukup banyak yang diatas 40 tahun, paritas 4 keatas, malahan ada yang sampai 12.

Dari berbagai kendala yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu diatas dan beberapa penelitian lokal yang ada, didapatkan gambaran bahwa penyebab kematian ibu ialah:

- Terlambat mengidentifikasi masalah dan terlambat mengambil keputusan merujuk punya peran terbesar sebagai penyebab kematian ibu.
- Bidan, dokter, SpOG kurang profesional menangani ibu hamil dengan komplikasi.
- Kemiskinan dan pendidikan yang rendah menyebabkan ibu hamil tidak memeriksakan diri, atau tidak patuh terhadap saran perawatan.
- Birokrasi jaminan kesehatan menghambat pelayanan yang cepat.
- Anggaran pelayanan kesehatan terbatas, sehingga fasilitas tempat pelayanan, imbalan tenaga kesehatan tidak memadai.

Apakah POGI / SpOG dapat berperan untuk mengatasi masalah ini ?

Jawabannya sangat dapat, dan harus. Mukadimah AD POGI sudah menyebutkan: akan mampu menjadikan POGI sebagai organisasi yang solid serta bermanfaat bagi anggotanya, profesional dan menjunjung tinggi etika kedokteran Indonesia serta **mampu memimpin dan berperan serta dalam penyelenggaraan kesehatan perempuan di Indonesia.**

Fathalla juga mengatakan: **SpOG mempunyai tugas dan tanggung jawab sosial serta kemampuan dan kesempatan untuk berperan lebih luas dalam pelayanan kesehatan perempuan.**

Pada waktu yang bersamaan **Turner dari WHO** mengatakan: **SpOG harus menjadi pemimpin untuk kesehatan, kesejahteraan dan hak asasi perempuan secara menyeluruh,.. menjadi jurubicara dari yang tidak berdaya, pahlawan dari yang terlantar, pejuang untuk yang miskin.**

Jadi jelaslah bahwa POGI / SpOG sudah seharusnya menjadi pemimpin dalam peningkatan kesehatan perempuan di tengah tengah berbagai keteringgalan di negara yang kita cintai ini.

Sebetulnya dari 4 terlambat sebagai penyebab kematian ibu hamil / melahirkan ini peran SpOG hanya pada pelayanan pasien saja. Yang lainnya lebih kepada tanggung jawab masyarakat, pemerintah. Tapi seperti diamanatkan mukadimah Anggaran Dasar POGI dan kata kata mutiara yang dipetik tadi, SpOG diamanatkan mempunyai tugas dan tanggung jawab sosial karena mempunyai kemampuan dan kesempatan untuk berperan lebih luas dalam pelayanan kesehatan perempuan, harus menjadi pemimpin untuk kesehatan, kesejahteraan dan hak asasi perempuan secara menyeluruh, menjadi jurubicara dari yang tidak berdaya, pahlawan dari yang terlantar, pejuang untuk yang miskin, maka SpOG / POGI perlu turun ke lapangan untuk ikut memikirkan, mengerjakan, mengadvokasi, mengawal para pengambil keputusan untuk mengatasi masalah kematian ibu yang ada.

Di Jawa Timur sudah banyak usaha POGI cabang dan Bagian Obstetri yang dilakukan untuk bekerja sama dengan dinas terkait untuk menekan angka kematian ibu ini.

-Pentaloka yang dipelopori oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, POGI Cabang dan RSUD Dr Soetomo sudah melaksanakan pertemuan tahunan sejak lebih dari 20 tahun. Kelemahannya ialah pengawasan implementasi di lapangan, karena berbagai masalah diatas .

-Kerjasama POGI Cabang dengan DinKes Kodya Surabaya yang mengikutkan semua rumah sakit Pemerintah dan swasta yang bersedia menerima dan menangani awal pasien gawat terutama perdarahan dan preeklamsia/eklamsia. Dari pilot project di satu puskesmas, telah berhasil mengeliminasi preeklamsia dengan memberikan asam salisilat dan antioksidan pada kasus yang pada skrining berisiko lebih tinggi untuk menjadi preeklamsia.

-Untuk memudahkan mengenal masalah, Dr Poedji memakai pendekatan risiko dengan membagi ibu hamil menjadi Kehamilan Risiko Rendah (KRR), Risiko Tinggi (KRT) dan Risiko Sangat Tinggi (KRST). Pendekatan risiko ini juga tidak diterima oleh pejabat Dep/Kem Kesehatan karena mengikuti pendapat pakar luar negeri yang mengatakan, pada penelitian mereka setiap kehamilan mempunyai risiko dan apabila ada kegawatan segera ditangani, tidak ada perbedaan morbiditas / mortalitas pada kehamilan risiko rendah dan tinggi. Tapi di Indonesia pendekatan ini penting karena pendidikan, sosio ekonomi, geografi dan birokrasi yang berbeda. Membutuhkan waktu yang cukup lama untuk pasien yang telah gawat mendapatkan pertolongan yang adekwat. Pendekatan Risiko dengan memakai Skor Poedji Rochjati sudah berlangsung sejak >20 tahun yang lalu. Dengan mengaplikasikan pendekatan risiko Dr Poedji Rochjati ini, beberapa daerah sudah berhasil menurunkan AKI lebih cepat dari penurunan AKI nasional, antara lain di Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Aceh Utara, Kepulauan Natuna dan lain lain. Di Kabupaten Probolinggo AKI / 100.000 kelahiran hidup 372 (1993), 105,9 (1995), 105,5 (1998-2002), 86,7 (2010) dan 80,6 (2011). Sayang tidak semua kabupaten melaksanakan dan melaporkan dengan baik. Tentu profesi tidak mempunyai tenaga dan biaya untuk melaksanakan sendiri, sedangkan pembinaan terhadap tenaga pelaksana juga tidak punya. Wewenang hanya sampai menghimbau, membantu dan mengawal.

POGI dengan anggotanya para SpOG perlu berperan membimbing / memberi penyuluhan pada ibu hamil agar memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan tanpa takut tidak mampu membayar. Di Malaysia semua ibu hamil memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan tanpa ketakutan masalah biaya, karena pemerintah menggratiskan pelayanan ibu hamil. Disamping itu, gaji dokter mencukupi, tidak berbeda jauh dengan dokter swasta. Kondisi inilah yang dapat

menurunkan AKI sampai dibawah 40 sekarang ini. Fasilitas kesehatan pemerintah kita seharusnya melayani ibu hamil dengan baik tanpa memungut biaya. Birokrasi rujukan jangan terlalu kaku. Birokrasi yang terjadi sekarang ini sering menyebabkan pelayanan kesehatan terlambat. Banyak juga pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukan tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan, sehingga tidak dilaksanakan.

Prof Dr Djamhoer Martaadisoebrata dr SpOG(K) MSPH dalam orasinya pada KOGI 15 Denpasar 2012 yang berjudul MENUNTASKAN MDG 4-5: MENYONGSONG KEDOKTERAN PERSONAL SELULER, menyampaikan: Khusus untuk menuntaskan MDG 4-5, kita harus mengaktifkan Clinical Medicine ditambah dengan Community Medicine. Dalam dunia Obstetri Ginekologi, yang disebut Community Medicine itu, tidak lain adalah ObGinSos (Obstetri Ginekologi Sosial).

ObGinSos tidak cukup diajarkan, dirumuskan, dimonitor di kantor saja. Karena masalahnya ada di lapangan, aktifitasnya juga harus turun ke lapangan agar memberikan hasil yang baik. SpOG perlu ikut ke lapangan untuk memantau, melatih dan mengevaluasi hasil program yang direncanakan. Hasil yang dicapai Dr Poedji selama bertahun tahun ini hanya bisa dicapai karena beliau turun ke lapangan untuk melihat masalah, melatih dan memantau terus menerus. Sudah lebih dari satu tahun Orasi Prof. Djamhoer M disampaikan di depan anggota / Pengurus POGI. Sudah adakah gerakan POGI? Bagaimana hasilnya?

Lini depan tenaga kesehatan, terutama bidan, perlu ditingkatkan kemampuannya untuk mengenal risiko kehamilan yang membahayakan, bekerja lebih hati hati melakukan anamnesis, memeriksa ibu hamil dan segera merujuk apabila ada masalah. Bidan perlu diajari memeriksa, mengukur tekanan darah dengan benar. Perlu ada standarisasi tentang posisi pasien, alat yang dipakai dan tehnik pengukuran. Juga diajarkan cara melakukan auskultasi jantung dan paru, mengetahui bagaimana bunyi jantung dan paru yang normal. Kalau lain dari normal segera konsultasi ke dokter. Bidan seharusnya tidak merawat ibu hamil dengan komplikasi seperti preeklamsia ringan, hipertensi, asma dan lainlain. POGI / SpOG wajib mengawal penanganan masalah ini. Pendidikan bidan masih memerlukan SpOG yang berdedikasi sebagai tenaga pengajar, walaupun sudah ada bidan dengan pendidikan Strata I, II, mungkin III.

SpOG sesuai dengan perannya berkewajiban dengan sungguh sungguh berdiri di barisan depan menurunkan AKI, karena ini memang merupakan tugasnya. Pada wawancara calon peserta PPDS Obstetri Ginekologi tentang alasan memilih program studi ini, jawabannya selalu menyebutkan prihatin dengan tingginya AKI di Indonesia, serta banyaknya ibu hamil tidak mendapatkan pertolongan yang layak dan ingin berperan mengatasinya. Namun setelah lulus lebih banyak memikirkan bagaimana mencari pengembalian uang sekolah ditambah bonusnya.

Untuk Institusi Pendidikan Dokter Spesialis(IPDS), rekrutmen calon peserta PPDS Obstetri Ginekologi perlu mempertimbangkan calon yang berpotensi menurunkan AKI. Globalisasi penting, tapi menurunkan AKI jauh lebih penting. Kolegium juga perlu mengawasi rekrutmen calon peserta PPDS Obstetri Ginekologi di semua IPDS Obstetri Ginekologi. Jangan hanya karena bisa membayar tinggi, pusat pendidikan spesialis menerima calon peserta yang sudah diketahui tidak layak, apalagi etiknya sudah bermasalah.

POGI sudah mempunyai Buku Panduan Profesi, Buku Panduan Etika. Apakah sudah disosialisasikan dan diawasi dengan baik? Badan Pembina POGI dan cabang perlu lebih diaktifkan. Sebaliknya POGI perlu memperjuangkan agar imbalan tindakan obstetri sesuai dengan pekerjaan dan tanggung jawabnya.

- POGI cabang perlu ikut membantu mengawal, memantau peningkatan kemampuan Rumah sakit daerah. Peralatan, bank darah, dokter spesialis anestesi dengan *Intensive Care Unit* (ICU) serta peralatannya termasuk ventilator yang cukup sesuai kebutuhan. Kerja sama sesama SpOG di daerah ditingkatkan, saling mengisi. Kalau kerja samanya baik, suasana kerja lebih tenang, kalau repot bisa saling membantu, walaupun mungkin secara finansial ada yang agak dirugikan.

Juga kerjasama dengan dokter umum, spesialis lainnya, terutama anestesi sangat diperlukan. Dokter spesialis Jantung dan spesialis lainnya perlu diingatkan bahwa setiap perempuan bisa hamil, apakah aman jika dia hamil? Kalau memang akan hamil diajak menyiapkan pasien ini sebaik mungkin, agar kalau sudah hamil kondisinya sudah optimum.

Sejawat yang bekerja di rumah sakit kelas C perlu dilindungi secara hukum bila melakukan perawatan dibawah standar karena fasilitas memang tidak mendukung, padahal pasien harus segera ditolong. Kalau dirujuk ke rumah sakit yang lengkap jaraknya cukup jauh.

Penanganan Perdarahan Pasca Persalinan (PPP) sebenarnya bisa dilakukan oleh semua SpOG dengan baik asal didukung oleh fasilitas yang baik seperti persediaan darah, tim kamar bedah termasuk dokter anestesi yang siap 24 jam dalam waktu singkat bila diperlukan. Tehnologi sederhana tepat guna perlu dikembangkan. RSUD Dr Soetomo sudah melakukan beberapa inovasi untuk menangani perdarahan ini sebelum lanjut ke laparotomi/histerektomi. Dengan memasang kondom-kateter banyak kasus yang tidak memerlukan lagi laparotomi. Pada laparotomi, dilakukan prosedur B-Lynch modifikasi Surabaya, sehingga tidak perlu histerektomi.

-Yang berhadapan dengan ibu hamil dalam keadaan gawat sampai meninggal ialah kita para dokter SpOG. Banyak diantara ibu hamil ini tidak perlu meninggal karena seharusnya tidak hamil misalnya karena anaknya sudah banyak, usia sudah lanjut atau menderita penyakit tertentu seperti penyakit jantung. Mereka hamil karena tidak memakai kontrasepsi. SpOG perlu mengenal ibu yang memerlukan pelayanan kontrasepsi, memotivasinya dan sekaligus melayani. Keluarga Berencana di negara kita ini dipelopori oleh para Senior, guru guru kita dokter SpOG, diantaranya Prof. Hanifa Wignjosastro, Prof HM Judono, dr Suwardjono Surjadinigrat, Prof Harjono Soedigdomarto, dr Soeprono, Prof Sudraji Sumapraja dan lain lain banyak sekali. Oleh sebab itu seharusnya semua SpOG di Indonesia menjadi ujung tombak sebagai pelopor berhasilnya program Keluarga Berencana Nasional. Keberhasilan program KB akan banyak menurunkan kematian ibu.

ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Dengan akan diberlakukan UU NO 24 /2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), jaminan kesehatan nasional mengikuti BPJS Kesehatan. Tujuan undang undang ini sangat mulia, karena akan menjamin pelayanan kesehatan untuk seluruh penduduk. Sistem pelayanan terstruktur berjenjang dengan pola rujukan dan rujuk balik (referral system), sedangkan pembiayaan berdasarkan kapitasi tarif paket / INA CBGs. Kesertaan bersifat wajib bagi seluruh penduduk.

Apakah Undang undang no 24 th 2014 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) yang berisi Jaminan Kesehatan Nasional yang akan mulai diberlakukan 1 Januari 2014 dalam waktu dekat ini menguntungkan atau memberi dampak buruk terhadap Kesehatan Perempuan? Apakah undang undang ini akan mempercepat atau malahan menghambat pencapaian target MDGs? Peraturan yang kelihatannya sangat bagus di atas kertas, kalau tidak dipersiapkan dengan baik akan memberi dampak kekacauan.

Dari undang undang diatas ada yang positif untuk kesehatan ibu hamil, tapi ada pula yang berpotensi menghambat pelayanan yang baik. Yang positif ialah BPJS Kesehatan diikuti oleh semua penduduk, sehingga tidak perlu memikirkan biaya perawatan. Hanya perlu dicermati apakah yang baik dan diharapkan ini bisa terlaksana baik di lapangan.

Apakah rumah sakit dengan anggarannya masing masing sudah siap dengan kamar, peralatan dan tenaga kesehatannya termasuk SpOG menampung pasien yang mungkin *membludak*?

Apakah *reimbursement* bisa tepat waktu, tidak terlambat berbulan bulan malahan tahunan seperti sebelumnya? Belum lagi bila administrasinya dianggap belum betul.

Pelayanan tidak bisa menunggu. Bila rumah sakit penuh apakah tidak menghambat pelayanan pasien akut yang membutuhkan pertolongan segera?

Permenkes no 001/2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan mengikuti rujukan berjenjang yang harus diikuti sebagai syarat untuk mendapatkan jaminan pada BPJS Kesehatan. Pada **Permenkes Bab III pasal 4 disebutkan: Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.** Hal ini berpotensi memperlambat pelayanan, karena pada kasus yang sudah jelas harus dirawat di rumah sakit seperti panggul sempit, letak lintang, ibu hamil harus keliling dulu termasuk antre seharian. Malahan dapat membahayakan pasien pada kasus Obstetri tertentu seperti Perdarahan Pasca Persalinan, Preeklamsia/Eklamsia yang perjalanan penyakitnya bisa menyebabkan kematian dalam hitungan jam, malahan menit. Kedua keadaan ini merupakan penyebab $\pm 60\%$ kematian ibu hamil / melahirkan di Indonesia.

POGI diharapkan meneropong dengan cermat BPJS Kesehatan terutama **aturan rujukan berjenjang dengan pembiayaannya**, sehingga Permenkes no 001/2012 tidak menghambat pelayanan yang perlu cepat dan tepat waktu. Peraturan yang kelihatannya sudah bagus, sering tidak jalan di lapangan karena multi tafsir dan birokrasi yang kaku. Selain itu apakah pembiayaan sudah memadai untuk pelayanan termasuk remunerasi apakah sudah memadai dan adil yang bisa meningkatkan semangat kerja tenaga kesehatan.

Terobosan yang perlu ditempuh POGI: melalui "HOME-PRIDE"

Selama ini sudah banyak upaya yang dilakukan baik oleh berbagai organisasi maupun pemerintah, tapi hasilnya belum memuaskan. Karena itu POGI yang berdiri paling depan untuk meningkatkan kesehatan perempuan, perlu melakukan terobosan, selain yang sudah disebutkan diatas sebelumnya. POGI mengajak pemerintah dan masyarakat bersama sama mengatasi masalah kematian ibu ibu Indonesia yang sangat tinggi ini, agar tidak dikatakan kita belum memutuskan nyawa perempuan perlu diselamatkan. Terobosan yang diperlukan antara lain:

1. Mengangkat kematian ibu sebagai *issue* nasional Kejadian Luar Biasa Menahun dengan lebih dari 5.000 ibu Indonesia meninggal setiap tahun, yang sebenarnya bisa dicegah.
2. Mendesak Menteri Kesehatan membuat Permenkes penurunan AKI. Di daerah Perda oleh Gubernur.
3. Membuat SK PB POGI tentang pemberdayaan POGI cabang untuk menurunkan AKI. Kartu Skor Poedji Rokhjati perlu dipertimbangkan untuk memudahkan pengenalan komplikasi, kalau perlu disederhanakan lagi.
4. POGI Pusat dan Cabang bekerja sama dengan pemerintah pusat maupun daerah di lingkungan Kementerian Kesehatan, Dalam Negeri dan lainnya yang terkait termasuk DPR/DPRD menyukseskan program menurunkan AKI. POGI ikut memantau Fasilitas kesehatan berupa ruangan, peralatan dan bahan habis di Puskesmas, Rumah Sakit, serta tenaga kesehatan termasuk SpOG perlu siap betul menghadapi kemungkinan banyaknya pasien yang mungkin datang
5. Dewan Pembina POGI cabang berperan aktif meningkatkan profesionalisme anggotanya.
6. Membangun kerjasama dengan organisasi profesi lainnya seperti IBI, Spesialis Anestesi, Jantung, Peny Dalam, IDAI, PERSI dan lain lain.
7. Bekerjasama dengan media elektronik, cetak untuk menyejahterakan bangsa dengan ikut mendidik masyarakat tentang kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi.
8. Membuat tulisan pendidikan masyarakat dan tenaga kesehatan berupa leaflet, buku buku, terutama tentang kehamilan dan risikonya, termasuk yang berisiko tinggi.

Terobosan POGI dengan bekerjasama ini merupakan gerakan moral dalam silaturahmi nasional dengan pemerintah dan masyarakat Indonesia. Kalau dikerjakan dengan baik, kerja ini akan mengubah *mindset* berpikir dari **pekerjaan yang dianggap beban (HOMEWORK) menjadi peluang amal yang membanggakan (HOME-PRIDE = Help Over Managerial support and Education for Potential RIsk DEcreasing)**.

Demikian yang dapat saya sampaikan dalam orasi pagi ini. Saya mohon maaf andaikata isi dan cara penyampaian ada yang tidak berkenan. Semuanya merupakan kekurangan saya. Wabillaahi taufik wal hidayah, wassalaamu `alaikum warakhmatullaahi wabarakaatuh.

RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : H.Lila Dewata Azinar
Tempat dan Tanggal Lahir : Painan (SumBar), 6 Desember 1940
Agama : Islam
Status Perkawinan : Kawin
Jabatan : Guru Besar Emeritus Universitas Airlangga
Pangkat/Gol.Ruang : Pembina Utama (Gol IV/e)
Alamat Kantor : Jl.Mayjend.Prof.Dr.Moestopo 6-8,Surabaya
Alamat Rumah : Galaxi Bumi Permai Blok A-2 no 11 Surabaya. 60111
e-mail : muruze32@yahoo.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1967 : Dokter, Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya
1973 : Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, FK UNAIR Surabaya
2000 : Konsultan Fertilitas Endokrinologi Reproduksi, Kolegium Obstetri Ginekologi Indonesia.

PEKERJAAN

1. Staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga 1973 - 2006
2. Kepala Divisi Kesehatan Reproduksi Bag/SMF Obstetri Ginekologi FK UNAIR/RSUD Dr.Soetomo 1984-1990.
3. Kepala Klinik Indrapura Bag/SMF Obstetri Ginekologi FK UNAIR/RSUD Dr.Soetomo 1978-1988.
4. Ketua Program Studi PPDS I Obstetri Ginekologi FK UNAIR/RSUD Dr.Soetomo 1988-1994.
5. Ketua Bag/SMF Obstetri Ginekologi FK UNAIR/RSUD Dr.Soetomo 1994-2006.
6. Guru Besar Universitas Airlangga 2007 – 2010
7. Guru Besar Emeritus Universitas Airlangga 2011 - sekarang

ORGANISASI PROFESI

1. Anggota IDI 1967 – sekarang.
2. Anggota POGI 1973 – sekarang.
3. Anggota PUSSI / PKMI 1976- sekarang.
4. Anggota HIFERI-POGI - sekarang
5. Ketua POGI Cabang Surabaya 1976- 1979.
6. Ketua PUSSI/ PKMI Jawa Timur 1979 – 1987
7. Dewan Penyantun PKMI 2000 - sekarang
8. Komisi Rekrutmen Kolegium Obstetri Ginekologi Indonesia 2003 – 2006
9. Komisi Rekrutmen, Monitoring, Evaluasi, Akreditasi Kolegium Obstetri Ginekologi Indonesia 2006 - 2009