KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

USAID DARI RAKYAT AMERIKA

PEDOMAN PENDAMPINGAN

RUMAH SAKIT KABUPATEN/KOTA

Lokus Percepatan Penurunan AKI dan AKB

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
Jakarta, Oktober 2020

Buku pedoman dibuat atas dukungan rakyat Amerika melalui United States Agency for International Development (USAID). Isi dari dokumen ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab penyusun, serta tidak selalu mencerminkan pandangan USAID atau Pemerintah Amerika Serikat.

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
DAFTAR TABEL v
DAFTAR GAMBAR v
DAFTAR SINGKATAN vi
BAB I. PENDAHULUAN 1

A. LATAR BELAKANG 1
B. TUJUAN DAN SASARAN UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA LOKUS PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB 2
C. DASAR HUKUM 3
D. ISTILAH 3

BAB II. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA 5

A. MODEL SISTER HOSPITAL 5
B. MODEL PENGUATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL- NEONATAL 6
C. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN BAYI BARU LAHIR 6
D. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA LOKUS PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB 2020-2024 8

BAB III. STRATEGI UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA 13

A. KERANGKA STRATEGI UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA 13
B. LANGKAH-LANGKAH PENDAMPINGAN TATA KELOLA KLINIS RS 16
C. PENGORGANISASIAN 20

BAB IV. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA 24

A. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA KLINIS 24
B. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA RS 27
C. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA PROGRAM 29

BAB V. PEMANTAUAN DAN EVALUASI 31

A. INDIKATOR YANG DIGUNAKAN 31
B. MEKANISME PEMANTAUAN DAN EVALUASI 32
C. PEMANTAPAN SISTEM INFORMASI 33

KEPUSTAKAAN 34
LAMPIRAN 1. LOKUS PENURUNAN AKI/AKB DI 120 (2020) + 80 KABUPATEN/KOTA (2021) 35
LAMPIRAN 2. PEMBAGIAN WILAYAH RS PENDAMPING 36
LAMPIRAN 3. DAFTAR RS PENDAMPING DAN KESELURUHAN RS YANG DIDAMPINGI 37
LAMPIRAN 4. KAJIAN MANDIRI RS KABUPATEN/KOTA 45

DAFTAR TABEL

Tabel 1: RS pendamping dan kabupaten/kota yang didampingi 9
Tabel 2: Skema 1 Kerangka pelaksanaa pendampingan RS kabupaten/kota 13
Tabel 3: Komponen instrumen kajian mandiri RS kabupaten/kota 14
Tabel 4: Ringkasan pengorganisasian pendampingan RS di berbagai tingkat 22
Tabel 5: Daftar alat pantau kinerja klinis maternal-neonatal di RS kabupaten/kota 26

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Skema 2 tahapan kegiatan pendampingan tata kelola klinis RS kabupaten/kota 16
Gambar 2: Peningkatan tiga tata keloma untuk pendampingan RS kabupaten/kota 24
Gambar 3: Pendekatan pendampingan tata kelola klinis 26

DAFTAR SINGKATAN

AKB	Angka kematian bayi
AKI	Angka kematian ibu
AKN	Angka kematian neonatal
AMP	Audit Maternal-Perinatal
BBL	Bayi baru lahir
BBLR	Bayi berat lahir rendah
CFR	*Case fatality rate*
COVID-19	*Corona-virus disease* 2019
Daring	Dalam jaringan (*internet*)
Dinkes	Dinas Kesehatan
EMAS	*Expanding Maternal and Newborn Survival Program*
Faskes	Fasilitas (pelayanan) kesehatan atau fasyankes
FGD	*Focused group discussion*
FKTP	Fasilitas kesehatan tingkat primer
IMD	Inisiasi menyusu dini
IUFD	*Intrauterine foetal death*
JKN/BPJS	Jaminan Kesehatan Nasional/Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KM	Kajian mandiri
M&E	*Monitoring* dan evaluasi
MN	Maternal-neonatal
Nakes	Tenaga kesehatan
NSPK	Norma/standar pelayanan kesehatan
Pemda	Pemerintah daerah
PMK	Perawatan metoda kanguru
PONED	Pelayanan obstetri-neonatal emergensi dasar
PONEK	Pelayanan obstetri-neonatal emergensi komprehensif
POCQI	*Point of Care – Quality Improvement*
RS/RSUD	Rumah sakit/Rumah sakit umum daerah
RTL	Rencana tindak lanjut
Satgas	Satuan Tugas
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumderdaya manusia
SPO	Standar prosedur operasional (atau SOP, *standard operating procedure*)
SpA	Spesialis anak
SpOG	Spesialis obstetri-ginekologi
SUPAS	Survei Penduduk Antar-Sensus
TK	Tata kelola
TPMB	Tempat praktek mandiri bidan

BAB I. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia telah menyatakan komitmen untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan) pada tahun 2030, termasuk penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Di antara berbagai upaya yang dilakukan oleh Kemenkes RI, pendampingan RS kabupaten/kota lokus intervensi penurunan AKI dan AKB yang dilaksanakan oleh RS vertikal dan RSUD terpilih merupakan upaya terobosan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB.

A. LATAR BELAKANG

Besaran Masalah, Lokasi dan Penyebab Kematian

Angka kematian ibu di Indonesia cukup tinggi, yaitu 305 per 100,000 kelahiran hidup (SUPAS 2015), ditargetkan menjadi 183 per 100,000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2024 dan 68 per 100,000 KH pada tahun 2030. Angka kematian bayi berdasarkan SDKI 2017 adalah 24 per 1000 KH dan ditargetkan menjadi 16 per 1,000 KH di tahun 2024, dengan menekankan penurunan kematian bayi baru lahir menjadi 10 per 1,000 KH di tahun 2024 dari sebelumnya, yaitu 15 per 1,000 KH (SDKI 2017). Adapun target angka kematian bayi menjadi 12 per 1,000 KH ditahun 2030. Intervensi pada kesehatan ibu akan berdampak pada penurunan kematian bayi baru lahir dan lahir mati oleh karena ada keterkaitan yang sangat erat antara kondisi dan pelayanan kesehatan ibu dengan kondisi bayi baru lahir.

Pada tahun 2015, dari laporan rutin Direktorat Kesehatan Keluarga hanya 4,999 (34 persen) kematian ibu yang dilaporkan dari perkiraan 14,640 jumlah total kematian ibu. Kematian bayi yang dilaporkan sebanyak 24,635 (16 persen) dari perkiraan 151,200 kematian bayi, sedangkan kematian bayi baru lahir yang dilaporkan 17,490 (24 persen) dari perkiraan 72,000 kematian bayi baru lahir. Hal ini menunjukkan bahwa ada masalah terkait dengan pencatatan dan pelaporan kematian ibu, bayi baru lahir dan bayi yang akan menyulitkan ketika melakukan intervensi, monitoring dan evaluasi serta perencanaan dan penganggaran.

Berdasarkan laporan SRS 2014 kematian ibu dan kematian bayi baru lahir banyak terjadi di rumah sakit. Tempat kematian ibu 77 persen di rumah sakit, di rumah (15,6 persen), di perjalanan ke faskes (4.1 persen) dan di faskes lainnya (2.5 persen)[1], sedangkan kematian bayi baru lahir 62.8 – 68.0 persen di rumah sakit, di rumah (16.0 – 24.4 persen), di perjalanan ke RS (2.0 – 3.9 persen) dan faskes lainnya (6.5 – 13.0 persen). Hal ini menunjukkan adanya perbaikan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan, utamanya RS, di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Berdasarkan SIRS 2016, penyebab kematian ibu adalah **eklampsia (33.1 persen), perdarahan obstetrik (27 persen), komplikasi non-obstetrik (15.7 persen), komplikasi obstetrik lainnya (12 persen), infeksi pada kehamilan (6 persen) dan penyebab lainnya (4.8 persen)**. Adapun penyebab kematian neonatal tertinggi disebabkan oleh **komplikasi intraparum (28.3 persen), gangguan respiratori dan kardiovaskular (21.3 persen), komplikasi bayi berat lahir rendah (BBLR) dan prematuritas (19 persen),** kelainan bawaan (14.8 persen), infeksi 7.3 persen, penyebab lainnya (8.2 persen) dan tetanus neonatorum (1.2 persen). Adapun penyebab kematian bayi adalah kondisi perinatal 49.9 persen, penyakit lain 18 persen, kelainan bawaan 12.7 persen, pneumonia 9.7 persen, diare 7.1 persen dan penyakit infeksi lainnya 2.4 persen.

[1] Dirjen Kesehatan Masyarakat pada Rakerkesnas 2019, diunduh dari laman: http://www.kesmas.kemkes.go.id/portal/konten/~rilis-berita/021517-di-rakesnas-2019_-dirjen-kesmas-paparkan-strategi-penurunan-aki-dan-neonatal pada tanggal 11 Maret 2020.

Dengan mengetahui besaran masalah, tempat dan penyebab kematian maka akan memudahkan program untuk melakukan intervensi penurunan kematian ibu dan bayi dengan melihat faktor penyebab langsung dan tidak langsung serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi penyebab kematian.

Intervensi yang Dilakukan untuk Penurunan AKI dan AKB

Strategi intervensi yang diterapkan dalam upaya penurunan AKI dan AKB adalah: 1) peningkatan akses pelayanan kesehatan semesta; 2) peningkatan kualitas pelayanan; 3) pemberdayaan masyarakat; dan 4) penguatan tatakelola manajemen, klinis dan program. Keempat hal tersebut dilaksanakan melalui penguatan sistem kesehatan untuk penurunan AKI dan AKB yang didukung oleh komitmen pimpinan, koordinasi program di berbagai tingkat administrasi, peningkatan kesehatan berbasis gender dan pemberdayaan perempuan, serta tindak lanjut pemantauan dan evaluasi yang dilakukan sesuai standar.

Pedoman ini menitik-beratkan pada peningkatan kualitas pelayanan ibu dan bayi yang didukung oleh penguatan tata kelola klinis di RS kabupaten/kota lokus percepatan penurunan kematian ibu dan bayi melalui metode pendampingan oleh RS Vertikal dan 3 (tiga) RSUD terpilih (RSUD dr. Moewardi, RSUD dr. Soetomo dan RSUD dr. Saiful Anwar). Di dalam pendampingan ini juga dilaksanakan pemantapan sistem informasi, audit maternal-perinatal (AMP) dan penguatan sistem rujukan.

Pendampingan ke RSUD kabupaten/kota akan dilaksanakan secara bertahap seiring dengan pentahapan kabupaten/kota lokus intervensi percepatan penurunan AKI dan AKB untuk tahun 2020 di 120 kabupaten/kota, tahun 2021 di 200 kabupaten/kota, tahun 2022 di 320 kabupaten/kota, tahun 2023 di 470 kabupaten/kota dan tahun 2024 di seluruh 514 kabupaten/kota. Agar pelaksanaan pendampingan dapat berjalan sesuai dengan ketentuan maka disusunlah buku *Pedoman Pendampingan RS Kabupaten/Kota Lokus Percepatan Penurunan AKI dan AKB* ini.

B. TUJUAN DAN SASARAN UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA LOKUS PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB

Tujuan Umum

Menurunnya jumlah kematian ibu dan bayi yang bisa dicegah di RS kabupaten/kota dan di wilayah kabupaten/kota lokus percepatan penurunan AKI dan AKB.

Tujuan Khusus

1. Adanya Pedoman Pendampingan RS Kabupaten/Kota Lokus Percepatan Penurunan AKI dan AKB yang digunakan sebagai acuan oleh RS Vertikal dan RSUD terpilih.
2. Terlaksananya pendampingan RS kabupaten/kota di lokus percepatan penurunan AKI dan AKB.
3. Adanya penguatan sistem rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi di kabupaten/kota.
4. Terlaksananya pemantauan dan evaluasi upaya pendampingan RS kabupaten/kota dan upaya korektif yang dilakukan, sesuai dengan temuan masalah.

Pedoman ini ditujukan untuk **sasaran** berikut.

1. Penentu kebijakan dan pengelola program kesehatan ibu dan bayi di tiap tingkat administratif.
2. Pimpinan dan pelaksana RS pendamping (RS Vertikal dan RSUD terpilih).
3. Pimpinan dan staf terkait RS kabupaten/kota lokus percepatan penurunan kematian ibu dan bayi.
4. Organisasi profesi terkait penurunan AKI dan AKB di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

5. Pemda dan sektor terkait yang mendukung percepatan penurunan AKI dan AKB.
6. Semua pihak yang terkait dengan upaya pendampingan RS kabupaten/kota.

C. DASAR HUKUM

Dasar hukum upaya upaya pendampingan faskes ini sebagai berikut.

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah.
4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
5. Peraturan Menkes Nomor 01 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
6. Peraturan Menkes No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jamkesnas.
7. Peraturan Menkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
8. Peraturan Menkes No. 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Kontrasepsi serta Yankes Seksual.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit.
13. Keputusan Menkes No. 1069 Tahun 2008 Tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar RS Pendidikan.
14. Keputusan Menkes No. HK.02.02/MENKES/390/2014 Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional.
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/391/2014 Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional.
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 94 Tahun 2020 Tentang Penetapan Lokus AKI-AKB.
17. Surat Edaran Sekretariat Jenderal Nomor HK.02.02/D.III/548/2020 Tentang Peningkatan Peran Rumah Sakit Dalam Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.
18. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0363/2015 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Provinsi dan Rumah Sakit Rujukan Regional.

D. ISTILAH

Di bawah ini pengertian dari istilah-istilah terkait dengan upaya pendampingan RS.

1. *Pengampuan rumah sakit* adalah rangkaian kegiatan pengembangan kapasitas klinis dan atau manajemen dari rumah sakit pengampu kepada rumah sakit yang diampu yang sifatnya berlaku sementara sesuai kebutuhan yang disepakati oleh para pihak agar rumah sakit yang diampu dapat memenuhi suatu standar atau kriteria yang berlaku.
2. *Pendampingan rumah sakit rujukan* adalah pendampingan rumah sakit yang dilakukan oleh RS Vertikal kepada rumah sakit rujukan nasional atau daerah (provinsi dan kabupaten/kota untuk mencapai kriteria standar sebagai rumah sakit pendamping).
3. *Pendampingan Tata Kelola Klinis* adalah tatanan praktis peningkatan kinerja klinis pemberi pelayanan kesehatan dalam sistem kesehatan yang diikuti dengan konsultasi berkelanjutan dalam rangka meningkatkan kemampuan klinis tenaga kesehatan dan merupakan bagian dari pendidikan

klinis berkelanjutan untuk menjamin pemberian pelayanan kesehatan secara efektif mengikuti standar prosedur operasional yang berlaku dan dilaksanakan secara tepat waktu.

4. *Pendampingan Tata Kelola RS Kabupaten/Kota*: adalah upaya peningkatan kinerja manajemen RS tersebut untuk memberikan suasana kondusif bagi peningkatan mutu pelayanan di RS.
5. *Pendampingan Tata Kelola Program* adalah pendampingan kinerja program kesehatan untuk perbaikan kualitas pelayanan dan penguatan sistem dan jejaring rujukan, dalam hal ini untuk kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
6. *Rumah Sakit Vertikal* adalah rumah sakit (RS Umum dan RS Khusus) milik Kementerian Kesehatan RI.
7. *Rumah Sakit Rujukan* meliputi Rumah Sakit Rujukan Nasional, Provinsi dan Regional sesuai dengan peraturan yang berlaku.
8. *Rumah Sakit Regional* adalah RS tipe B yang ditunjuk sebagai RS rujukan regional, bagi $\geq$ 5 kabupaten/kota.
9. *Rumah Sakit Pendamping* adalah rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan dan kriteria untuk melakukan pendampingan kepada rumah sakit lainnya.
10. *Rumah Sakit yang Didampingi* adalah rumah sakit yang menerima pendampingan untuk pengembangan kapasitas klinis dan/atau manajemen dan menjadi sasaran pendampingan rumah sakit.
11. *Rumah Sakit Swasta* adalah rumah sakit (menurut tipe masing-masing) milik swasta atau milik non-pemerintah (pusat maupun daerah/TNI/Polri).
12. *Tim Pendamping* adalah kelompok klinisi yang terdiri dari dokter spesialis terkait dengan kesehatan maternal-neonatal, dokter umum/perawat/bidan/tenaga elektromedis, yang sesuai dengan fungsinya melakukan pendampingan kepada klinisi di rumah sakit yang didampingi.

BAB II. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA

Upaya peningkatan pelayanan KIA di RS kabupaten/kota, telah dilakukan sejak lama melalui kerjasama antara pemerintah daerah kabupaten/kota dengan Fakultas Kedokteran dari beberapa Universitas Pendidikan melalui metode penempatan dokter residen tahap akhir atau penempatan dokter spesialis baru lulus dengan periode tertentu. Metode ini diadaptasi oleh program bekerjasama dengan mitra pembangunan dalam rangka percepatan penurunan kematian ibu dan kematian bayi seperti dijelaskan di Sub-Bab A, B dan C di bawah ini. Sub-Bab D menjelaskan metode pendampingan yang akan dilakukan pada tahun 2020-2024.

A. MODEL *SISTER HOSPITAL*

Pendampingan di beberapa RS kabupaten/kota di Provinsi NTT dengan metode *Sister Hospital* yang merupakan program dari *Australia-Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health Program* (AIPMNH) bantuan *The Australian Department of Foreign Affairs and Trade* (DFAT) melalui kerjasama beberapa Fakultas Kedokteran/RS terpilih dengan pemda kabupaten/kota setempat. Metode *Sister Hospital* menempatkan residen atau dokter spesialis dan perawat secara bergiliran dalam periode waktu tertentu ke RSUD kabupaten/kota yang dilaksanakan pada tahun 2009-2012 dianggap paling sesuai mengingat sebagian besar RSUD kabupaten/kota di provinsi NTT kekurangan (tidak ada) SDM kesehatan, utamanya dokter spesialis obstetri dan ginekologi, spesialis anestesi, spesialis anak dan perawat neonatal. Tim ini memberikan pelayanan maternal dan neonatal dan sekaligus diharapkan dapat melakukan fasilitasi peningkatan kapasitas pelayanan maternal-neonatal di beberapa puskesmas setempat.

RS pendamping/mitra yang terlibat dalam kegiatan *Sister Hospital* ini adalah:i) RSUP dr Sardjito (Yogyakarta); ii) RSUP dr Wahidin Sudirohusodo (Makassar); iii) RSUP dr Kariadi (Semarang); iv) RSUP Cipto Mangunkusumo (Jakarta); v) RSUP Sanglah (Denpasar); vi) RSUD dr Soetomo (Surabaya); vii) RS Panti Rapih (Yogyakarta); viii) RSUD dr Saiful Anwar (Malang, Jatim); dan ix) RSAB Harapan Kita (Jakarta).

Walaupun model *Sister Hospital* dianggap berhasil menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi baru lahir di RSUD, namun ada beberapa kendala terkait kesinambungan upaya ini, yaitu: i) biaya pelaksanaannya cukup tinggi karena para tenaga kesehatan tersebut setiap bulan berganti; ii) manajemen sistem rujukan tidak berjalan maksimal; iii) pembinaan puskesmas terbatas karena residen/dokter spesialis sibuk memberikan pelayanan; iv) belum maksimalnya perbaikan sistem pelayanan dan pengelolaan data RS (termasuk pelaporan kematian kurang mendapat perhatian); v) belum siapnya pemerintah daerah mengambil alih semua pembiayaan dan manajemen pelaksanaan upaya ini; dan vi) kurang koordinasi dengan Program Kesehatan Maternal-Neonatal di berbagai tingkatan administrasi sehingga kurang mendapat dukungan program untuk perluasan upaya. Masalah ini akan teratasi bila penempatan dokter spesialis (wajib kerja sarjana/program pendayagunaan dokter spesialis) yang dijalankan Kementerian Kesehatan sudah mengisi semua kebutuhan ketersediaan dan kecukupan dokter spesialis di RSUD kabupaten/kota.

B. MODEL PENGUATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL-NEONATAL

Pendampingan model penguatan manajemen pelayanan kesehatan maternal dan bayi baru lahir di 150 RS kabupaten/kota dan 300 puskesmas di enam provinsi (Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan) dilaksanakan pada tahun 2013-2017 yang difasilitasi oleh Program *Expanding Maternal and Newborn Survival* (EMAS). EMAS merupakan program bantuan USAID, bekerja sama dengan Direktorat Kesehatan Ibu dan Direktorat Kesehatan Anak, Kemenkes RI serta organisasi profesi yang bertujuan membantu percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir di daerah intervensi melalui penguatan manajemen dan peningkatan kapasitas pelayanan serta pemantapan sistem rujukan.

Kelebihan dari pendampingan ini, selain cukup komprehensif dan terstruktur juga melibatkan pihak manajemen RS untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui perbaikan implementasi dari standar prosedur operasional dan standar manajemen terkait pelayanan maternal dan neonatal yang disepakati, Upaya ini juga didukung dengan teknologi informasi yang berpengaruh terhadap penguatan pengetahuan di tingkat masyarakat (SMS Bunda), penguatan sistem rujukan "Si Jari Emas", serta adanya *dashboard* di RS yang menggambarkan pelayanan maternal dan neonatal di RS yang didampingi. Kelebihan lain adalah cukup kuatnya kolaborasi dengan Direktorat Kesehatan Ibu dan Direktorat Kesehatan Anak, utamanya dalam mengembangkan beberapa pedoman yang diawali implementasinya di daerah intervensi program EMAS.
Kelemahan program ini adalah terbatasnya sumberdaya pelaksana pendampingan di tingkat pusat.

C. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN BAYI BARU LAHIR

Kegiatan pendampingan ini difasilitasi oleh UNICEF dan dilaksanakan oleh Direktorat Kesehatan Anak, Kemenkes RI dibantu organisasi profesi (UKK Neonatologi-IDAI, IPANI-PPNI dan IKATEMI) dan dilaksanakan di empat RSUD Kabupaten di Papua pada tahun 2014. RSUD tersebut adalah RSUD Biak Numfor, RSUD Nabire, RSUD Yohari (Kabupaten Jayapura) serta RS DOK II Jayapura. Fokus pendampingan ditujukan pada peningkatan kualitas pelayanan tia penyebab utama kematian neonatal, yaitu **komplikasi BBLR, infeksi dan asfiksia.** Kegiatan ini diawali dengan advokasi dan diskusi antara tim pusat dengan Dinkes Provinsi Papua dan UNICEF mengenai pentingnya peningkatan pelayanan kesehatan bayi baru lahir, utamanya yang terkait dengan penyebab utama kematian, mengingat kematian bayi baru lahir di Papua sangat tinggi.

Metode pendampingan "*in-house training*" dipilih karena dirasakan paling efektif untuk kondisi di Papua, selain jarak tempuh ke kabupaten sangat jauh, juga agar lebih sesuai dengan kondisi setempat. Setelah ditetapkan empat RSUD (dengan harapan bisa menjadi pembelajaran RSUD di sekitarnya), kemudian ditindaklanjuti dengan sosialisasi dan advokasi kepada Pemda setempat melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Direktur RS Kabupaten. Selanjutnya, berikut ini pentahapan pelaksanaan pendampingan RSUD kabupaten terpilih bagi pelayanan bayi baru lahir.

1. RSUD kabupaten melakukan *need assessment* menggunakan instrumen dari Tim Pendamping Pusat. Selanjutnya, hasil *assessment* diserahkan kepada Tim Pendamping Pusat. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran secara komprehensif ketersediaan faktor yang mendukung dan menjadi kendala dalam melaksanakan tata laksana BBLR, infeksi dan asfiksia di RSUD sesuai dengan SOP terbaru saat itu, baik dilihat dari SDM, ketersediaan dan kondisi siap pakai dari sarana dan prasarana, alat kesehatan, bahan habis pakai, obat serta perencanaan dan kebijakan RSUD.

2. Hasil *assessment* dianalisis dan dibahas di tingkat Pusat, didiskusikan bersama antara Tim Pendamping, penanggung-jawab program di Kemenkes dan UNICEF. Tujuannya untuk membahas pentahapan intervensi yang dilakukan di tiap RSUD sesuai dengan kondisi masing-masing, di samping membicarakan persiapan lainnya antara lain Tim Pendamping, pentahapan intervensi untuk tiap RSUD dan persiapannya.

   Dari hasil *asessement* empat RSUD, diperoleh gambaran sebagai berikut:

   a. Belum ada kerjasama tim dalam melaksanakan intervensi terkini untuk penurunan kematian neonatal utamanya dalam mengatasi masalah BBLR (baik prematur maupun dismatur, infeksi dan asfiksia);
   b. Perlu peningkatan kapasitas dan kerjasama dokter SpA, perawat neonatologi dan tenaga elektromedik RSUD dalam pelayanan bayi baru lahir utamanya untuk BBLR, prematur dan asfiksia sesuai standar terkini. Tenaga elektromedik ditujukan utamanya untuk kesiapan sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam menunjang pelayanan;
   c. Kesinambungan dan integrasi dukungan kesiapan sarana/prasarana, alat medik, bahan habis pakai dan obat untuk pelayanan bayi baru lahir belum eksplisit, termasuk biaya operasional dan pemeliharaan, karena belum ada perencanaan secara terintegrasi.

3. Pendampingan yang dilakukan pada metode ini adalah menempatkan dokter spesialis anak (*fellow neonatologist*) selama satu minggu, dan perawat neonatus selama dua minggu dan tenaga elektromedik di setiap RSUD yang didampingi, dalam rangka memperkuat pelayanan pada bayi baru lahir dengan BBLR, infeksi dan asfiksia. Tim tidak memberikan pelayanan atau menggantikan pekerjaan staf RS, namun lebih menekankan pada peningkatan kapasitas dan memastikan kepatuhan SDM terhadap SOP terkini, dengan *output* menurunnya kematian bayi baru lahir di RSUD yang disebabkan oleh komplikasi BBLR, infeksi dan asfiksia. RSUD dijadikan wahana *on the job training* bagi RSUD/puskesmas di sekitarnya.

Peningkatan kapasitas dilaksanakan secara bertahap, Tim Pendamping kembali ke tempat kerja masing-masing selama dua bulan dan datang lagi ke RSUD untuk memberi peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan tentang topik berikutnya setelah didahului dengan evaluasi pembelajaran sebelumnya. Di dalam masa tunggu dua bulan, semua Tim Pendamping keempat RSUD bersama pengelola program terkait dan para narasumber membicarakan pelaksanaan pendampingan, membahas dukungan dan permasalahan yang dihadapi serta pentingnya advokasi dukungan pihak manajemen RS. Pada pertemuan ini juga dibahas tindak lanjut kunjungan berikutnya serta pendekatan yang akan dilaksanakan. Di antaranya, advokasi kepada pihak manajemen RSUD untuk hal tertentu yang membutuhkan dukungan manajemen guna memperlancar pelaksanaan pendampingan dalam rangka meningkatkan pelayanan bayi baru lahir.

Pendampingan yang dilaksanakan selama lebih dari setahun (dalam enam siklus kunjungan pendampingan) ini terfokus pada penguatan pelayanan bayi baru lahir terkait dengan BBLR, infeksi dan asfiksia, baik dari segi tata kelola klinis dan manajemen. Namun, tidak tertutup kemungkinan untuk membahas topik lainnya, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan tiap RSUD. Pada waktu keiatan pendampingan RSUD, ada dokter dan perawat/bidan dari dua puskesmas terdekat yang mengikuti orientasi pada tiga hari pertama setiap siklus kunjungan.

Selama periode pendampingan, dilakukan dua kali pemantauan lapangan. Tim Pusat (penanggung-jawab Program Kesehatan Bayi, Direktorat Kesehatan Anak dan UKK Neonatologi IDAI, IKATEMI dan IPANI) didampingi Dinas Kesehatan Provinsi mengunjungi Dinas Kesehatan Kabupaten dan

RSUD untuk mendapatkan gambaran langsung terkait dengan pendampingan, kendala serta faktor pendukung keberhasilan.

Tim Pusat meminta pihak manajemen RSUD, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi untuk memantapkan kesinambungan sistem rujukan, termasuk penguatan kinerja tim dalam upaya perbaikan. Hal ini ditindaklanjuti dengan pembahasan bersama pihak terkait di tingkat provinsi. Pada pendampingan metode ini, dukungan Dinkes Provinsi Papua cukup besar, baik dalam hal dukungan ketersediaan alat kesehatan, penguatan sistem rujukan, maupun fasilitasi peningkatan kapasitas nakes. Demikian pula dukungan Dinkes Kabupaten dan Direktur RSUD serta organisasi profesi setempat cukup besar. Hal ini terlihat dari adanya perubahan perilaku SDM kesehatan pemberi dan penunjang pelayanan kesehatan bayi baru lahir di RSUD dan puskesmas yang didampingi

Pedampingan metode ini dirasakan efektif karena disesuaikan dengan kondisi RSUD yang didampingi. Kemajuan peningkatan kualitas pelayanannya dapat diikuti dan tersedia waktu yang cukup untuk mendiskusikan permasalahan yang dihadapi. RSUD yang dinilai cukup baik implementasinya (misalnya RSUD Biak Numfor) difasilitasi sebagai lahan *on the job training* untuk RSUD kabupaten terdekat dan puskesmas perawatan di wilayah yang sama.

Kelemahan metode pendampingan ini adalah dibutuhkan sumber daya yang cukup besar mengingat tim pendamping yang diterjunkan untuk spesialis anak (satu minggu) dan perawat neonatus (dua minggu) dan tenaga elektromedik dari Pusat. Dengan bantuan dana UNICEF telah dilakukan diseminasi pendampingan metode ini ke RSUD Manokwari, RSUD Aceh Timur dan RSUD Langsa.

D. MODEL PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA LOKUS PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB 2020-2024

Model pendampingan yang diinisiasi oleh Kemenkes ini dilakukan pada tahun 2020-2024 di lokus percepatan penurunan AKI dan AKB dengan memperhatikan model-model sebelumnya. Upaya yang dilakukan cukup luas, dengan target pada tahun 2024 semua kabupaten/kota tercakup. Upaya ini dilakukan secara bertahap, yaitu:

- Tahun 2020 mencakup 120 kabupaten/kota;
- Tahun 2021 secara kumulatif mencakup 200 kabupaten/kota;
- Tahun 2022 secara kumulatif mencakup 320 RS kabupaten/kota;
- Tahun 2023 secara kumulatif mencakup 470 RS kabupaten/kota; dan
- Tahun 2024 secara kumulatif mencakup seluruh kabupaten/kota sehingga 514 RS kabupaten/kota akan didampingi.

Pendampingan RS kabupaten/kota dilakukan oleh 13 RS vertikal dan tiga RSUD terpilih ke RS Kabupaten/Kota Lokus Percepatan Penurunan AKI dan AKB merupakan bentuk komitmen yang tinggi dari asosiasi RS Vertikal dan tiga RSUD terpilih dalam mendukung Pemerintah menurunkan AKI dan AKB. Konsep ini telah dibahas di tingkat Menteri dan Eselon I dengan para direktur RS Vertikal dan RSUD terpilih pada beberapakali pertemuan Rapat Terbatas di tahun 2019.

Ke-13 RS Vertikal tersebut adalah: 1) RSUP dr. H. Adam Malik; 2) RSUP dr. M. Djamil; 3) RSUP dr. M. Hoesin; 4) RSAB Harapan Kita; 5) RSUP Fatmawati; 6) RSUP dr Cipto Mangunkusumo; 7) RSUP Persahabatan; 8) RSUP dr. Hasan Sadikin; 9) RSUP dr. Kariadi; 10) RSUP dr. Sardjito; 11) RSUP Sanglah; 12) RSUP dr Wahidin Sudirohuso; 13) RSUP Prof. dr. RD Kandou; sedangkan 3 RSUD terplih adalah: 14) RSUD dr. Moewardi; 15) RSUD dr. Soetomo; 16) RSUD dr. Saiful Anwar. Tabel 1 menjelaskan penugasan pendampingan RS Pendamping ke RS kabupaten/kota untuk tahun 2020.

Tabel 1: RS pendamping dan kabupaten/kota yang didampingi

NO	RS PENDAMPING	KABUPATEN/KOTA YANG DIDAMPINGI
1.	RSUP dr H Adam Malik	**Aceh:** Pidie, Bireun, Aceh Utara **Sumatera Utara:** Mandailing Natal, Asahan, Deli Serdang, Nias Selatan
2.	RSUP dr. M. Djamil	**Riau**: Palalawan, Rokan Hilir **Kep. Riau**: Kota Batam **Sumatera Barat**: Pesisir Selatan, Agam, Pasaman Barat, Kota Padang **Jambi**: Tanjung Jabung Timur
3.	RSUP dr. M. Hoesin	**Bengkulu**: Bengkulu Utara, Seluma **Sumatera Selatan**: Musi Banyuasin, Banyuasin **Kep. Bangka Belitung**: Bangka Selatan, Belitung Timur
4.	RSAB Harapan Kita	**Lampung**: Kota Bandar Lampung **DKI Jakarta**: Jakarta Barat, Jakarta Utara **Jawa Barat**: Bogor, Subang **Banten**: Lebak, Serang
5.	RSUP Fatmawati	**Jawa Barat**: Kota Depok, Sukabumi, Kota Bekasi, Bekasi, Karawang, Cianjur
6.	RSUP dr Cipto Mangunkusumo	**Banten**: Pandeglang, Lebak, Tangerang, Kota Serang, Kota Cilegon, Kota Tangerang Selatan **DKI Jakarta**: Jakarta Timur
7.	RSUP Persahabatan	**Jawa Barat** : Kuningan, Kota Tasikmalaya, Majalengka, Sumedang, Ciamis
8.	RSUP dr. Hasan Sadikin	**Jawa Barat** : Indramayu, Garut, Bandung, Bandung Barat, Cirebon, Purwakarta, Kota Bandung, Tasikmalaya
9.	RSUP dr. Kariadi	**Kalimantan Tengah**: Kotawaringin Barat, Kotawaringin Timur **Kalimantan Selatan**: Kota Baru **Kalimantan Barat**: Kubu Raya **Jawa Tengah:** Grobogan, Brebes, Demak, Batang, Kota Semarang, Kendal, Pemalang, Tegal
10.	RSUD dr. Moewardi	**Jawa Tengah:** Cilacap, Banyumas, Boyolali, Sragen, Klaten, Blora
11.	RSUP dr. Sardjito	**D.I. Yogyakarta:** Bantul **Kalimantan Timur:** Kutai Kartanegara **Kalimantan Utara:** Nunukan, Bulungan
12.	RSUD dr. Soetomo	**Jawa Timur :** Jember, Kota Surabaya, Pasuruan, Bojonegoro, Sidoarjo, Pamekasan, Gresik, Bondowoso
13.	RSUD dr. Saiful Anwar	**Jawa Timur :** Mojokerto, Tulungagung, Jombang, Kediri, Malang, Lumajang, Sampang, Situbondo, Magetan, Banyuwangi
14.	RSUP Sanglah	**Bali:** Karangasem, Tabanan **NTB:** Lombok Timur, Lombok Tengah **NTT:** Timor Tengah Selatan
15.	RSUP dr Wahidin Sudirohusodo	**Sulawesi Barat:** Polewali Mandar, Mamuju **Sulawesi Selatan:** Gowa **Sulawesi Tengah:** Banggai Kepulauan, Donggala, Sigi **Sulawesi Tenggara:** Bombana, Konawe Selatan **Papua:** Mimika, Merauke, Asmat

NO	RS PENDAMPING	KABUPATEN/KOTA YANG DIDAMPINGI
		Papua Barat : Manokwari, Fakfak
16.	RSUP Prof. dr. RD Kandou	**Sulawesi Utara:** KepTalaud, Bolaang Mongondow Utara **Gorontalo :** Pohuwato, Boalemo **Maluku :** Maluku Tengah, Maluku Tenggara, Buru **Maluku Utara:** Kep Sula, Kota Tidore Kep

Pelaksanaan **pendampingan ditujukan kepada satu RSUD kabupaten/kota di setiap kabupaten/kota lokus** percepatan penurunan AKI dan AKB, walaupun tidak tertutup kemungkinan kesertaan dari RS lainnya dengan biaya mandiri. Pendekatan pendampingan ditujukan pada **peningkatan tiga tata kelola**, yaitu: i) tata kelola klinis di RS kabupaten/kota; ii) tata kelola RS; dan iii) tata kelola program di wilayah kabupaten/kota. Ketiganya dapat dilakukan secara simultan atau bertahap, sesuai dengan situasi dan kebutuhan.

Sebagai ringkasan dari Bab III dan IV, di bawah ini gambaran tentang pelaksanaan upaya pendampingan di lokus percepatan penurunan AKI dan AKB.

1. Pelaksana pendampingan adalah RS Pendamping (13 RS Vertikal dan tiga RSUD terpilih) yang akan menugaskan Tim Pendamping (komposisi dijelaskan pada Bab III.C). Pentahapan cakupan RSUD kabupaten/kota yang didampingi pada tahun 2020-2024 (lihat Bab II.D di atas) sesuai dengan kabupaten/kota terpilih di setiap provinsi seperti yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan.

2. Pendampingan RSUD menitik-beratkan pada tata kelola klinis dan manajemen yang mendukung **peningkatan kualitas pelayanan klinis penyebab utama kematian maternal, bayi baru lahir/bayi** yang disepakati bersama antara RS Pendamping dengan RSUD yang didampingi berdasarkan hasil kajian mandiri RSUD. Namun, diperlukan dukungan tata kelola program untuk menurunkan jumlah kematian maternal-neonatal serta lahir mati di wilayah kabupaten/kota. Peran dan tanggung-jawab Tim Pendamping dijelaskan pada Bab III.C dengan penekanan pelaksanaan tugas sebagai berikut:

    a. Menindaklanjuti kesepakatan bersama hasil analisis kajian mandiri (*self assessment*) dalam rangka **meningkatkan kualitas pelayanan dan meminimalkan jumlah kematian** ibu, bayi baru lahir/bayi dan lahir mati yang dapat dicegah di RSUD yang didampingi;
    b. **Melakukan fasilitasi adanya SOP** pelayanan maternal-neonatal/bayi yang mutakhir dan dipatuhi, serta sarana, prasarana dan alat kesehatan (SPA) pendukung;
    c. Berfokus pada penguatan **kerjasama tim RSUD, peningkatan kapasitas dan kepatuhan** terhadap SOP dari SDM pemberi pelayanan (maternal, neonatal dan bayi) dan tenaga elektromedis. Tim Pendamping **tidak memberi pelayanan atau mengoperasionalkan SPA**;
    d. Memastikan bahwa setiap subyek intervensi yang dilaksanakan merupakan hasil komunikasi dengan pihak RSUD dan mendapat dukungan penuh dari pihak manajemen RSUD;
    e. Menjaga kesinambungaan pelayanan yang berkualitas dengan terus menjalin komunikasi secara intensif dengan pemberi pelayanan/pihak manajemen RSUD;
    f. Memperkuat jejaring rujukan.

3. Kementerian Kesehatan dan mitra pembangunan dapat melibatkan organisasi profesi Pusat (POGI, IDAI, IBI, IPANI dan IKATEMI) bersama RS Pendamping ke RSUD terpilih, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya.

4. Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan mitra pembangunan terkait melakukan fasilitasi aktif bersama RS Pendamping dalam bekerjasama dengan **RS provinsi/RS regional dan organisasi profesi** di provinsi/kabupaten/kota setempat.

Pentahapan kegiatan pendampingan RSUD kabupaten/kota dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB 2020-2024 sebagai berikut:

1. Diawali dengan kajian mandiri RSUD kabupaten/kota untuk mendapatkan gambaran situasi pelayanan maternal-neonatal/bayi dan penyebab utama kematian.

2. Hasil kajian mandiri dianalisis oleh Tim Pendamping dan pengelola program di berbagai tingkat dengan mempertimbangkan masukan dari pihak ketiga untuk merencanakan topik prioritas dan langkah intervensi yang akan dilaksanakan.

3. Pelaksanaan kunjungan pertama Tim Pendamping ke RSUD kabupaten/kota merupakan interaksi awal pendampingan dengan kesempatan melakukan verifikasi hasil kajian mandiri. Hasil kajian mandiri oleh Tim Pendamping bersama pengelola program di berbagai tingkat juga perlu dikonfirmasi oleh pimpinan dan tim RSUD. Berdasarkan topik prioritas yang disepakati, selanjutnya dilakukan pembahasan rencana kegiatan, agar pelaksanan pendampingan mendapat dukungan penuh oleh semua pihak. Modus kunjungan ini sangat tergantung dari kondisi pandemi COVID-19, dapat berupa "kunjungan" daring/*online*, atau kunjungan fisik singkat dengan penerapan protokol kesehatan yang ketat.

Pada situasi COVID-19 dilakukan pengaturan sebagai berikut.

1. Modus pelaksanaan pendampingan dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara RS pendamping dan RSUD yang didampingi, yang sangat tergantung pada situasi tiap daerah, sehingga mungkin berbeda antar-daerah.
2. RS Pendamping yang berlangsung secara daring/*online* dapat melakukan fasilitasi dalam membuat beberapa SOP terkini yang menjadi acuan petugas dalam memberikan pelayanan atau dalam pelaksanaan tugas.
3. Tim RS Pendamping dapat melakukan peningkatan kapasitas SDM RSUD yang didampingi secara *online*, baik dalam bentuk tim atau menurut profesi, tergantung topik yang dibahas. Tim RSUD dianjurkan untuk lebih dahulu belajar mandiri dengan menggunakan bahan ajar, sehingga pada saat pembelajaran dapat dimanfaatkan untuk menanyakan hal-hal yang terkait dengan praktik, sesuai dengan kondisi dan pengalaman.
4. Pemberi pelayanan kesehatan maternal-neonatal/bayi dan tenaga elektromedik RSUD menerapkan SOP dan hasil pembelajaran, kemudian setelah 2-4 minggu (atau sesuai kesepakatan/ketersediaan waktu), Tim RS Pendamping bila mungkin melaksanakan kunjungan selama empat hari (termasuk perjalanan, kecuali untuk lokasi yang jauh), dengan menerapkan protokol kesehatan secara ketat bagi semua pihak. Pada kegiatan ini, selain untuk memastikan peningkatan kompetensi/*skills,* juga untuk identifikasi kendala dan faktor pendukung, serta membahas agenda pembelajaran berikutnya. Pada kesempatan ini Tim Pendamping dapat melakukan advokasi ke pimpinan/manajemen RSUD agar mendapat dukungan penuh.
5. Pengulangan untuk *item* 3 dan 4 akan dilakukan untuk pokok bahasan yang berikutnya. Dalam satu tahun dapat dilakukan sedikitnya tiga siklus yang sama (dengan topik yang berbeda), tergantung

ketersediaan/pengaturan sumber daya Tim Pendamping, alokasi dana APBN/APBD/mitra pembangunan dan kecepatan kemajuan/perbaikan dari tiap RSUD.

6. Seperti disebutkan pada *Item* 5, fokus pendampingan ini bersifat dinamis, bila masalah prioritas pertama telah teratasi, maka fokus pendampingan dapat dialihkan untuk mengatasi masalah prioritas berikutnya, di samping menjaga kesinambungan kualitas pelayanan yang sudah dicapai sebelumnya.

Dalam masa pandemi COVID-19 ini, intervensi yang dilakukan perlu dijaga kesinambungannya, antara lain melalui komunikasi secara teratur, diskusi dan peningkatan kapasitas melalui media elektronik/ daring.

BAB III. STRATEGI UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA

Strategi upaya pendampingan RS kabupaten/kota di bawah ini berlaku untuk periode 2020-2024. Namun pada tahun 2020, upaya yang rencananya dilaksanakan di 120 RSUD kabupaten/kota ini terkendala oleh adanya wabah COVID-19. Akibatnya, upaya untuk tahun 2020 akan dilaksanakan pada tahun 2021, bersama dengan pelaksanaan upaya pendampingan di 80 RSUD kabupaten/kota sebagai sasaran untuk tahun 2021. Dengan demikian, pada tahun 2021 akan dicakup 200 RS kabupaten/kota.

A. KERANGKA STRATEGI UPAYA PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA

Di bawah ini kerangka strategi upaya pendampingan RS kabupaten/kota untuk kesehatan ibu dan bayi (Skema 1), dengan penjelasannya.

Tabel 2: Skema 1 Kerangka pelaksanaan pendampingan RS kabupaten/kota

MASUKAN	PROSES	LUARAN	DAMPAK
• Tim Pendamping • Acuan pelaksanaan Pendampingan RS • Instrumen pendampingan RS • SPO • Komitmen: – Dinkes prov/kab/kota – Manajemen RS – Tim Klinis RS • Sarpras RS • Regulasi, peraturan • Dukungan sumberdaya dari Pemda • Dukungan teknis dan SDM dari: – Tim Provinsi – Tim Pusat – Organisasi profesi – Mitra pembangunan	**Persiapan** • Penyamaan persepsi; • Pembekalan Tim Pendamping; • Penyusunan rencana pelaksanaan; • Kajian mandiri (*self-assessment*/ SA) tiap RS kab/kota; • Hasil SA dan umpan balik. **Pelaksanaan** • Kunjungan pertama: bangun komitmen, interaksi positif, validasi hasil SA, identifikasi masalah prioritas berdasarkan hasil SA, penyusunan rencana tindak-lanjut (RTL). • Kunjungan kedua dst: bangun komitmen, interaksi positif, bahas pelaksanaan RTL yang lalu, identifikasi kendala dan solusinya, penyusunan RTL, tindak lanjut dengan manajemen RS dan Dinkes kab/kota. • Tindak-lanjut di setiap tahap pelaksanaan. • Dukungan program dari dinkes kab/kota, provinsi dan Pusat dalam mengatasi kendala.	• Kepatuhan tim RS terhadap SPO meningkat. • Jumlah pelaksana pelayanan kompeten meningkat. • Keberadaan dan pemeliharaan sarpras RS meningkat. • Kejadian infeksi nosokomial di RS menurun. • Audit medis/klinis dilakukan untuk setiap kematian ibu dan perinatal di RS. • Rujukan balik ke puskesmas meningkat. • Laporan kesakitan dan kematian ibu-neonatus/ bayi dan lahir mati RS dikirim ke dinkes kab/kota tiap bulan.	• Persentase kematian ibu, neonatus/bayi dan lahir mati yang dapat dicegah di RS menurun. • Jumlah kematian ibu, neonatus/ bayi dan lahir mati di wilayah kab/kota menurun. • Peningkatan mutu kasus rujukan FKTP. • Peningkatan sistem dan jejaring rujukan. • Peningkatan sistem informasi kesakitan dan kematian ibu, neonatus/bayi, dan lahir mati di RS dan di dinkes kab/kota untuk mendukung perencanaan pelayanan di RS dan Program KIA di wilayah kab/kota.
PEMANTAUAN PELAKSANAAN DI TIAP TINGKAT DAN DI RS KAB/KOTA			

Kerangka strategi tersebut meliputi komponen yang dijelaskan sebagai berikut.

1. **Masukan**: meliputi Tim Pendamping, pedoman pendampingan RS kabupaten/kota, instrumen pendampingan, standar prosedur operasional (SPO) di RS yang didampingi, komitmen dinkes provinsi/kabupaten/kota, manajemen RS dan tim klinisnya, serta ketersediaan sarana dan prasarana. Dukungan teknis dari tingkat provinsi dan Pusat juga tersedia, termasuk dari organisasi profesi dan mitra pembangunan, di samping komitmen dan dukungan sumberdaya dari Pemda setempat. Tersedia regulasi, termasuk undang-undang dan peraturan dari berbagai tingkat yang digunakan sebagai landasan hukum upaya pendampingan RS.

2. **Proses** yang diawali dengan tahap/kegiatan persiapan meliputi: penyamaan persep-si bagi semua pihak terkait, kajian mandiri RS kabupaten/kota dan pembekalan Tim Pendamping. Hasil kajian mandiri digunakan untuk memberikan gambaran keseluruhan tentang situasi tiap RS. Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut.

    - Pengiriman instrumen kajian mandiri (Simatneo) ke RS kabupaten/kota yang akan didampingi (lihat *link* di Lampiran 4 dan ringkasannya pada Tabel 2), diberi waktu satu minggu untuk mengisinya secara daring/*online*. Hasilnya akan dibahas dalam pembekalan Tim Pendamping dan digunakan sebagai dasar dalam menentukan masalah prioritas serta acuan untuk pendampingan di tiap RS. Hasil kajian ini divalidasi oleh Tim Pendamping pada kunjungan pertama.

Tabel 3: Komponen instrumen kajian mandiri RS kabupaten/kota

NO	KOMPONEN
1	Informasi umum
2	Data: maternal, neonatal, bayi postneonatal dan rujukan
3	Sumberdaya manusia: jumlah dan kompetensi
4	Sarana/Prasarana: sarana kesehatan, alat kesehatan, obat, bahan habis pakai, APD
5	Pelayanan: maternal, neonatal, bayi postneonatal
6	Manajemen RS: kesiapan pelayanan, pencatatan dan pelaporan
7	Ketersediaan SPO (SOP)

- Di tingkat Pusat dilaksanakan pembekalan Tim Pendamping, penjelasan tentang pedoman pendampingan, pembahasan hasil kajian mandiri RS kabupaten/kota yang didampingi serta penyusunan rencana pelaksanaan dan modalitas dalam melakukan pendampingan. Termasuk ke dalamnya adalah skenario kolaborasi dengan RS provinsi, RS regional, dan organisasi profesi serta kesepakatan pembagian tugas pendampingan.

- Di tingkat provinsi dilaksanakan kegiatan pra-pelaksanaan untuk menyamakan persepsi bagi semua pihak terkait dan elaborasi lebih lanjut tentang hasil pembekalan Tim Pendamping terkait, dengan melibatkan dinkes kabupaten/kota.

- Pada tahap pelaksanaan, kunjungan pertama dilakukan untuk membangun komitmen dan interaksi positif, validasi hasil kajian mandiri, identifikasi masalah prioritas berdasarkan data yang dihimpun, pembahasan interaktif tentang masalah prioritas dan penyusunan rencana tindak-lanjut (RTL). Pada kunjungan kedua dan seterusnya: selain menjaga komitmen dan interaksi positif, akan dibahas pelaksanaan RTL yang lalu, identifikasi kendala dan kemungkinan

solusinya, serta penyusunan RTL berikutnya, termasuk tindak lanjut dengan manajemen RS. Di antara kedua kunjungan tersebut, pendampingan tetap berlanjut melalui berbagai media (pertemuan virtual, telpon, email dan media sosial) untuk memantau pelaksanaan dan memberikan dukungan teknis.

- Tindak lanjut yang berkaitan dengan RS kabupaten/kota pada setiap tahap pelaksanaan dilakukan oleh tim klinis RS dan tim manajemen RS. Hal-hal yang terkait dengan sistem dan kebijakan kesehatan di wilayah ditindak-lanjuti oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, termasuk pemantapan sistem dan jejaring rujukan serta keterlibatan FKTP (yang belum dapat dilaksanakan pada tahun 2020, karena keterbatasan waktu akibat timbulnya wabah COVID-19).

3. **Luaran** yang diharapkan meliputi: i) kepatuhan tim pelaksana pelayanan kesehatan ibu dan bayi terhadap SPO meningkat; ii) jumlah tenaga kesehatan/pelaksana pelayanan kompeten meningkat; iii) keberadaan dan pemeliharaan sarana/pra-sarana meningkat; iv) kejadian infeksi nosokomial menurun; v) audit medis/klinis dilakukan untuk setiap kematian ibu dan perinatal; vi) rujukan balik ke puskesmas meningkat; vii) laporan kesakitan dan kematian ibu-neonatus/bayi dan lahir mati yang terjadi di RS dikirim ke Dinkes Kabupaten/Kota setiap bulan; dan viii) komitmen untuk mendukung Dinkes Kabupaten/Kota dalam memantapkan kesinambungan pelayanan RS kabupaten/kota dan puskesmas/FKTP, sistem dan jejaring rujukan dan peningkatkan mutu rujukan dari FKTP.

4. **Dampak** yang akan dicapai meliputi: i) proporsi kematian ibu, neonatus/bayi yang dapat dicegah di RS menurun; ii) jumlah kematian ibu, neonatus/bayi dan lahir mati di wilayah kabupaten/kota menurun; iii) peningkatan mutu kasus rujukan dari FKTP; iv) peningkatan sistem dan jejaring rujukan; dan v) peningkatan sistem informasi kesakitan dan kematian ibu, neonatus/bayi dan lahir mati, baik di dinkes kabupaten/kota maupun di RS kabupaten/kota, untuk mendukung perencanaan Program KIA di wilayah kab/kota dan perencanaan di RS.

Keterkaitan dengan Upaya Lain

Upaya pendampingan RS kabupaten/kota merupakan **bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan**. Dalam kaitannya dengan program kesehatan ibu dan bayi, sejumlah upaya lain yang mempunyai tujuan yang sama dan perlu disinkronkan dengan upaya ini sebagai berikut.

1. Pelayanan obstetri-neonatal emergensi komprehensif (PONEK) di RS dan pelayanan obstetri-neonatal emergensi dasar (PONED) di FKTP/Puskesmas.
2. Pendekatan medik berbasis bukti (*evidence-based medicine*): penanganan kasus yang berdasarkan bukti ilmiah berupa hasil penelitian terbaik, yang biasanya dituangkan sebagai SPO yang relevan untuk RS kabupaten/kota.
3. Audit medik kematian ibu dan bayi baru lahir, serta lahir mati yang dilakukan di RS dan Audit Maternal-Perinatal yang dilakukan oleh Dinkes kabupaten/kota.
4. Pemantapan sistem dan jejaring rujukan maternal-neonatal.
5. Pelatihan Gawat-Darurat Maternal-Neonatal.
6. Upaya lain yang di kemudian hari dapat dikembangkan sinkronisasinya, misalnya akreditasi RS dan pemanfaatan data BPJS untuk peningkatan mutu pelayanan.

B. LANGKAH-LANGKAH PENDAMPINGAN TATA KELOLA KLINIS RS

Langkah-langkah persiapan di tingkat Pusat dan provinsi serta kegiatan pendampingan tata kelola klinis di RS kabupaten/kota secara garis besar sebagai berikut (Skema 2) dengan tahapan sebagai berikut.

Gambar 1: Skema 2 tahapan kegiatan pendampingan tata kelola klinis RS kabupaten/kota

1. **Tahap Persiapan**: **Tim Pusat** mempersiapkan diri dengan kegiatan sebagai berikut.

    - Menyiapkan: i) pedoman pendampingan; ii) instrumen yang digunakan untuk keseluruhan kegiatan pendampingan; dan iii) skenario/strategi pelaksanaan yang akan diterapkan dalam pelaksanaan upaya pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan, termasuk kolaborasi dengan RS provinsi dan RS regional dalam mencermati ratio RS Pendamping (16 RS) dan RS kabupaten/kota yang didampingi (120 RS), yang berkisar antara 4-13 RS untuk tiap RS pendamping (lihat Tabel 1), serta mempertimbangkan jarak RS pendamping dan yang didampingi.

- Direktorat Kesehatan Keluarga, Ditjen Kesehatan Masyarakat; serta Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Direktorat Mutu dan Akreditasi di Ditjen Pelayanan Kesehatan, menyepakati konsep, pendekatan dan mekanisme yang dipilih untuk pelaksanaan upaya pendampingan RS kabupaten/kota.
- Persiapan materi pembekalan Tim RS pendamping, yang terdiri atas: i) pedoman pendampingan; ii) instrumen kajian mandiri dan instrumen pendampingan RS; iii) hasil kajian mandiri RS kabupaten/kota yang akan didampingi; iv) skenario kolaborasi dengan RS provinsi, RS regional dan organisasi profesi serta kesepakatan pembagian tugas pendampingan; dan v) format yang disepakati untuk penyusunan rencana pelaksanaan pendampingan dan modalitas dalam melakukan pendampingan.

- Menyamakan visi dan persepsi (melalui kegiatan orientasi) tentang upaya pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan dengan RS Pendamping, dinas kesehatan provinsi, RS provinsi, organisasi profesi terkait dan mitra pembangunan. Kemenkes telah menetapkan 16 RS Pendamping (dengan pembagian wilayah seperti pada Tabel 1 dan Lampiran 2). Tidak tertutup kemungkinan bahwa **setiap RS Pendamping berkolaborasi dengan RS rujukan provinsi atau RS regional dan organisasi profesi di tingkat provinsi yang menjadi tanggung-jawabnya, yang dapat dibahas secara internal**. Mekanisme kerjasama dengan pihak-pihak tersebut perlu disepakati bersama pada Tahap Persiapan.

- Pengiriman instrumen kajian mandiri RS kabupaten/kota (Lampiran 4), melalui dinas kesehatan provinsi, yang diharapkan dapat dilengkapi dalam waktu satu minggu. Pengiriman instrumen ini dilakukan paling sedikit dua minggu sebelum pembekalan Tim Pendamping, agar hasil kajian dapat dibahas pada saat pembekalan serta menjadi dasar dalam penyusunan rencana pelaksanaan dan modalitas dalam melakukan pendampingan RS kabupaten/kota.

- Pembekalan 16 Tim RS Pendamping bertujuan untuk: i) pemahaman pedoman dan instrumen pendampingan; ii) standarisasi proses dan teknik pendampingan klinis; iii) pembahasan hasil kajian mandiri RS; iv) pembagian wilayah kerja untuk setiap Tim RS Pendamping (lihat Tabel 1 dan Lampiran 2); dan v) menyusun rencana (termasuk strategi pendampingan dan kerjasama dengan RS provinsi/RS regional/organisasi profesi) untuk Tahap Pra-pendampingan di provinsi yang menjadi tanggung-jawab tiap Tim RS Pendamping.

2. **Tahap Pra-Pendampingan**: **Tim Provinsi** menyiapkan hal-hal berikut.

- Persiapan pra-pendampingan di provinsi dengan tujuan: i) menyamakan visi dan persepsi tentang upaya pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan dengan dinas kesehatan kabupaten, organisasi profesi dan pihak terkait lainnya; ii) menjelaskan pedoman dan instrumen mentoring, seperti yang dijelaskan kepada Tim Pendamping pada saat pembekalan; iii) membahas hasil kajian mandiri dari tiap RS kabupaten/kota di wilayah provinsi; iv) identifikasi masalah prioritas di tiap RS kabupaten/kota berdasarkan hasil kajian tersebut; dan v) **menyusun rencana/strategi pelaksanaan pendampingan RS** sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat, termasuk **kemungkinan untuk melibatkan RS provinsi/RS regional/organisasi profesi tingkat provinsi**, seperti dibahas pada pembekalan Tim Pendamping (rincian lebih lanjut pada **Lampiran 5**).

- Identifikasi RS di tingkat kabupaten/kota (selain RSUD) yang kemungkinan tertarik untuk mengikuti upaya pendampingan dengan biaya mandiri.

3. **Tahap Pelaksanaan Pendampingan pada Kunjungan Pertama** dengan kegiatan berikut (rincian lebih lanjut pada **Lampiran 5**).

    - Menyamakan persepsi dan visi tentang keseluruhan upaya pendampingan.

    - Membangun komitmen semua pihak yang terlibat dan menjalin hubungan baik antara pihak pendamping dan yang didampingi.

    - Validasi hasil kajian mandiri dan identifikasi berdasarkan data tiga masalah kesehatan maternal-neonatal yang akan digarap. Bila ada masalah besar dalam kesehatan bayi post-neonatal yang bersifat klinis, maka masalah tersebut juga dapat menjadi masalah prioritas.

    - Hasil validasi digunakan sebagai dasar penyusunan rencana pendampingan yang perlu disepakati bersama, termasuk:

        – persepsi tentang situasi dan kondisi RS yang didampingi;
        – proses pendampingan dan hasil yang akan dicapai dalam kurun waktu yang disepakati, serta kesinambungan pelayanan dengan FKTP; dan
        – indikator yang akan dipakai untuk memantau kemajuan.

    - Melaksanakan pendampingan tata kelola klinis (dibahas lebih lanjut pada Bab IV), yang dapat bergulir ke tata kelola RS dan tata kelola program.

    - Menyusun rencana tindak lanjut (RTL), yang akan dilaksanakan oleh RS yang didampingi dengan dukungan Tim Pendamping. Pelaksanaan RTL dipantau oleh Tim Pendamping dan dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi sampai saat kunjungan kedua. Hasil pelaksanaan RTL dibahas dalam pertemuan kedua dengan Tim Pendamping dan Dinas Kesehatan.

4. **Tahap Pengukuran Kinerja** (*benchmarking*) atau studi banding sebagai berikut.

    - Tahap ini bertujuan untuk membangun semangat RS yang diampu dengan mempelajari model RS Pendamping yang mempunyai kinerja klinis dan manajemen RS seperti yang disampaikan oleh Tim Pendamping, sehingga kiat-kiat sukses dapat dipelajari.

    - Kegiatan ini biasanya berupa kunjungan studi banding, namun dalam situasi wabah COVID-19 kegiatan ini dapat ditunda atau digantikan di kemudian hari dengan pembelajaran model RS kabupaten/kota yang berhasil meningkatkan kinerja klinis dan hasil seperti yang ditargetkan (lebih lanjut lihat **Lampiran 5**).

5. **Tahap Pelaksanaan Pendampingan pada Kunjungan Kedua dan seterusnya**.

    - Pada kunjungan kedua, yang waktunya bisa disepakati bersama, dibahas hasil pelaksanaan RTL pertemuan pertama, di samping tetap menjaga komitmen dan interaksi yang produktif.

    - Pembahasan terutama ditujukan kepada proses untuk memperbaiki mutu pelayanan dan hasil pelayanan (*output* dan *outcome*, misalnya jumlah kasus infeksi postpartum pada ibu yang melahirkan di RS, tingkat fatalitas komplikasi obstetri, jumlah lahir mati intrapartum) serta kendala yang dihadapi terkait dengan *input* dan proses pada pelaksanaan RTL sebelumnya.

    - Pembahasan berikutnya adalah untuk mencari solusi terhadap permasalahan yang ditemukan dan membagi tugas dan peran dalam mengatasi masalah yang ada dalam kurun waktu yang

disepakati. Kendala yang dihadapi mungkin dapat diatasi dengan modifikasi tata kelola RS atau bahkan tata kelola program terkait di wilayah kabupaten/kota. Dalam hal itu peran manajemen RS dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menjadi penting.

- Penyusunan RTL kedua dan seterusnya (biasanya diperlukan lebih dari dua kali kunjungan pendampingan). Fokus pada tiga topik yang dipilih untuk pertama kali bila telah teratasi pada kunjungan selanjutnya bisa dilanjutkan dengan tiga topik fokus berikutnya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat. Kegiatan yang tercantum dalam RTL pada umumnya merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan maternal-neonatal, misalnya:

  - pemantapan pelaksanaan SPO dan solusi bila ada hambatan dalam pelaksanaannya;
  - pengaturan tata kelola RS kabupaten/kota untuk lingkungan kerja kondusif bagi terciptanya pelayanan kesehatan maternal-neonatal yang bermutu;
  - penguatan Tim PONEK dan kesinambungannya dengan Tim PONED di puskesmas;
  - pelaksanaan audit medik di RS untuk kematian maternal-perinatal;
  - pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi audit medik kematian maternal-perinatal;
  - peningkatan sistem informasi tentang kesakitan dan kematian maternal-neonatal dan lahir mati, termasuk penugasan seorang staf RS untuk meningkatkan sistem pencatatan (misalnya rekam medik) dan pelaporan (internal RS antar-unit dan laporan bulanan ke dinkes kabupaten/kota).

6. **Pemantauan dan Evaluasi Pelaksanaan dan Hasil Pendampingan di tiap Tingkat**: dilakukan pada tiap tahap dan diupayakan untuk menggunakan aplikasi Simatneo, yang sudah ada. Topik ini akan dibahas lebih lanjut pada Bab V.

7. **Perluasan Upaya Pendampingan dan Pemantapan Jejaring Pelayanan serta Rujukan**: merupakan kelanjutan dari langkah-langkah di atas, yang meliputi:

   - perluasan kesinambungan pelayanan RS kabupaten/kota dengan FKTP, melalui pemantapan kerjasama dan komunikasi dengan puskesmas. Metodanya dapat disesuaikan dengan kondisi setempat, misalnya melalui proses pembelajaran, pendidikan berkelanjutan, supervisi fasilitatif oleh RS kabupaten/kota atau magang staf puskesmas di RS. Bila sumberdaya tersedia, bisa dilakukan langkah-langkah seperti pendampingan tata-kelola klinis di atas, dalam skala yang lebih sederhana, sesuai dengan peran dan tanggung-jawab FKTP;

   - pemantapan sistem dan jejaring rujukan agar kasus-kasus maternal-neonatal (dan post-neonatal, bila diperlukan) dapat diselamatkan dan lahir mati dapat dicegah. Kerjasama lintas batas dengan RS yang berdekatan dan RS swasta untuk mengatasi kendala yang ditemukan;

   - pemantapan sistem informasi, termasuk pencatatan dan pelaporan, pengolahan dan analisis data, penyajian dan pemanfaatan data, serta dokumentasi semua tahapan/langkah-langkah kegiatan tersebut di atas dan hasil yang dicapai.

Khusus untuk tahun 2020-2021 disusun pengaturan khusus (lihat Lampiran 5).

C. PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian Upaya Pendampingan RS Kabupaten/Kota ditunjang oleh Satuan Tugas (Satgas) Pendampingan. Di Pusat, Satgas ini merupakan bagian dari Kelompok Kerja Percepatan Penurunan AKI dan AKB yang diketuai oleh Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat. Didalamnya ada Sub-Kelompok Kerja Peningkatan Kualitas Pelayanan yang antara lain bertanggung-jawab meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal-neonatal di RS melalui pendampingan.

Satgas Pusat ini dibentuk sebagai unit pelaksana yang mengelola upaya pendampingan maternal-neonatal RS kabupaten/kota secara keseluruhan. Unsurnya terdiri atas: i) Ketua Satgas; ii) Sekretariat dan Administrasi Satgas; iii) Tim Klinis; dan iv) Tim Manajerial.

Satgas Pendampingan RS dan Peran/Tanggung Jawab

Satgas Pendampingan RS selain ada di tingkat Pusat, juga dibentuk di tingkat provinsi. Bila diperlukan, Pemda kabupaten/kota dapat membentuk Satgas Pendampingan tingkat kabupaten/kota untuk mendukung program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan berjejaring dengan satgas lainnya. Satgas Pendampingan RS kabupaten/kota tingkat Pusat dan Provinsi dalam melaksanakan tugasnya perlu selalu berkomunikasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam pelasanaan upaya pendampingan secara keseluruhan.

Secara keseluruhan, tugas Satgas Pendampingan RS pada prinsipnya sebagai berikut:
1. Koordinasi penyelenggaraan upaya pendampingan dan penyelarasan kegiatan program, jadwal, komunikasi, supervisi, pemantauan dan evaluasi.
2. Fasilitasi interaksi antara RS pendamping dan RS yang didampingi.
3. Mengumpulkan laporan/data hasil kegiatan pendampingan di setiap tingkat secara berjejaring sampai ke Sub-Pokja Peningkatan Kualitas Pelayanan di Pusat.

Tim Pusat terdiri atas Tim dari Direktorat Kesehatan Keluarga, Ditjen Kesehatan Masyarakat serta Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Direktorat Mutu dan Akreditasi, Ditjen Pelayanan Kesehatan serta organisasi profesi terkait, mitra pem-bangunan dan pihak terkait di Pusat. Peran dan tanggung-jawabnya sebagai berikut:
1. Menyusun dan menyepakati konsep, strategi dan cara pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi untuk keseluruhan upaya pendampingan RS bersama mitra pembangunan dan organisasi profesi terkait.
2. Melakukan pembekalan Tim RS Pendamping (dari RS vertikal), termasuk pemetaan.
3. Melakukan koordinasi dan fasilitasi dinkes provinsi untuk mempersiapkan kegiatan pendampingan RS kabupaten/kota di wilayah provinsi masing-masing.
4. Memantau kemajuan pelaksanaan Upaya Pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan dan evaluasinya.
5. Mendokumentasikan proses dan hasil Upaya Pendampingan RS kabupaten/kota untuk pembelajaran dan advokasi.
6. Melakukan tindak lanjut sesuai dengan hasil pemantauan dan evaluasi.
7. Mengalokasikan biaya untuk keberlanjutan upaya pendampingan RS kabupaten/kota sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan maternal-neonatal, dan bila diperlukan juga untuk bayi post-neonatal.

Tim Provinsi (Satgas Pendampingan RS Kabupaten/Kota Tingkat Provinsi): komposisinya disesuaikan dengan Kelompok Kerja Percepatan Penurunan AKI dan AKB tingkat Provinsi, yang terdiri atas pengelola program terkait di Dinas Kesehatan Provinsi, Pemda provinsi, organisasi profesi

terkait, mitra pembangunan dan pihak terkait di provinsi. Peran dan tanggung-jawabnya sebagai berikut:

1. Berkoordinasi dengan Satgas Pusat dan Tim Pendamping dalam mempersiapkan pelaksanaan upaya secara keseluruhan, termasuk memetakan kekuatan pendampingan di wilayah provinsi.
2. Melakukan koordinasi dan fasilitasi dinkes kabupaten/kota untuk mempersiapkan kegiatan pendampingan di wilayah kabupaten/kota masing-masing.
3. Memantau kemajuan pelaksanaan Upaya Pendampingan RS Kabupaten/Kota di wilayah provinsi dan melakukan evaluasi upaya secara keseluruhan.
4. Mendokumentasikan proses dan hasil Upaya Pendampingan RS Kabupaten/Kota untuk pembelajaran dan advokasi.
5. Melakukan tindak lanjut sesuai dengan hasil pemantauan dan evaluasi.

Tim Kabupaten/Kota terdiri atas pengelola program terkait di Dinkes Kabupaten/Kota, RS di tingkat kabupaten/kota, Pemda, organisasi profesi dan pihak terkait dengan peran dan tanggung-jawab berikut:

1. Berkoordinasi dengan Satgas Provinsi untuk persiapan keseluruhan kegiatan.
2. Bekerja sama dengan Pemda dan RS kabupaten/kota untuk mempersiapkan upaya pendampingan RS kabupaten/kota di wilayahnya.
3. Melakukan fasilitasi keseluruhan proses pendampingan RS kabupaten/kota di wilayah kerja dan mendukung RS untuk menjalankan perannya.
4. Meningkatkan tata kelola program kesehatan maternal-neonatal/bayi.
5. Memantau kemajuan pelaksanaan dan dan evaluasi Upaya Pendampingan RS kabupaten/kota.
6. Mendokumentasikan proses dan hasil Upaya Pendampingan RS untuk pembelajar-an dan advokasi.
7. Melakukan tindak lanjut sesuai dengan hasil pemantauan dan evaluasi, termasuk memantapkan jejaring pelayanan dan sistem rujukan.

Tim Pendamping dan Peran/Tanggung-Jawab

Tim Pendamping (dari 16 RS Pendamping) terdiri atas tenaga kesehatan berikut ini.

1. Direktur Pelayanan Medik atau yang mewakili sebagai Ketua Tim;
2. Dokter Spesialis Obstetri-Ginekologi (SpOG);
3. Dokter Spesialis Anak/Perinatologi (SpA);
4. Tenaga pendukung: bidan senior ruang bersalin, perawat perinatologi, tenaga elektromedis, tenaga pencegahan infeksi (dokter umum) dan tenaga spesialis lainnya bila diperlukan (berdasarkan kajian mandiri dari RS yang didampingi). Ketua Tim menetapkan komposisi tim sesuai dengan kebutuhan pada setiap kunjungan.

Peran dan tanggung-jawab Tim RS Pendamping sebagai berikut:

1. Menyiapkan diri sebagai Tim Pendamping dengan memahami keseluruhan proses dan teknik pendampingan RS kabupaten/kota.
2. Menjadi narasumber pada tahap Pra-Pendampingan di provinsi dan melakukan koordinasi dengan RS provinsi/RS regional/organisasi profesi provinsi sesuai dengan pembagian wilayah tugas.
3. Melakukan analisis hasil penilaian mandiri RS kabupaten/kota (dengan berkoordinasi dengan Satgas Provinsi dan Pusat) di wilayah tugas pendampingan dan melakukan validasi pada waktu kunjungan.
4. Melaksanakan kegiatan pendampingan RS kabupaten/kota sesuai kesepakatan.
5. Membantu melakukan pemantauan kemajuan pelaksanaan upaya pendampingan bersama Satgas Pendampingan Pusat/Provinsi dan organisasi profesi terkait serta melakukan advokasi yang terarah.
6. Menyusun laporan dan pembahasan hasil pendampingan RS untuk Satgas Pusat.

Sekretariat Kegiatan Pendampingan RS Kabupaten/Kota

Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan pendampingan RS kabupaten/kota, diadakan **Sekretariat di setiap RS Pendamping** (16) **dan RS yang didampingi** (120 untuk tahun 2020 dan 80 untuk tahun 2021 yang sekaligus akan dilaksanakan pada tahun 2021). Seorang staf RS yang mempunyai kemampuan sebagai berikut ditugaskan sebagai Koordinator Sekretariat di bawah bimbingan Penanggung-jawab kegiatan.

1. Mengumpulkan data yang terkait dengan upaya pendampingan tentang kesehatan maternal-neonatal/bayi dari unit-unit terkait di RS masing-masing.
2. Mengolah dan melakukan analisis data kesehatan maternal-neonatal/bayi tersebut.
3. Melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk upaya pendampingan RS untuk kelancaran seluruh kegiatan terkait.
4. Menyiapkan paparan untuk upaya pendampingan RS berdasarkan data RS.
5. Menyiapkan laporan secara berkala untuk pihak-pihak terkait di luar RS.

Ringkasan Pengorganisasian Pendampingan RS

Tabel 3 memberikan ringkasan tentang pengorganisasian upaya pendampingan RS kabupaten/kota di berbagai tingkat, termasuk keanggotaan dan peran pokok masing-masing. Bila karena keterbatasan waktu pelaksanaan upaya ini, satgas/institusi pengorganisasian belum sempat dibentuk, maka dapat digunakan tim lintas program dan/atau lintas sektor yang ada, sesuai dengan peran dan tugas masing-masing. Di tingkat kabupaten/kota, dapat digunakan berbagai tim lintas program yang ada, misalnya tim peningkatan kualitas mutu pelayanan, tim audit maternal-perinatal (AMP), atau tim lainnya. Dengan demikian, fungsi tim yang lebih diutamakan dan bukanlah pembentukan tim baru.

Tabel 4: Ringkasan pengorganisasian pendampingan RS di berbagai tingkat

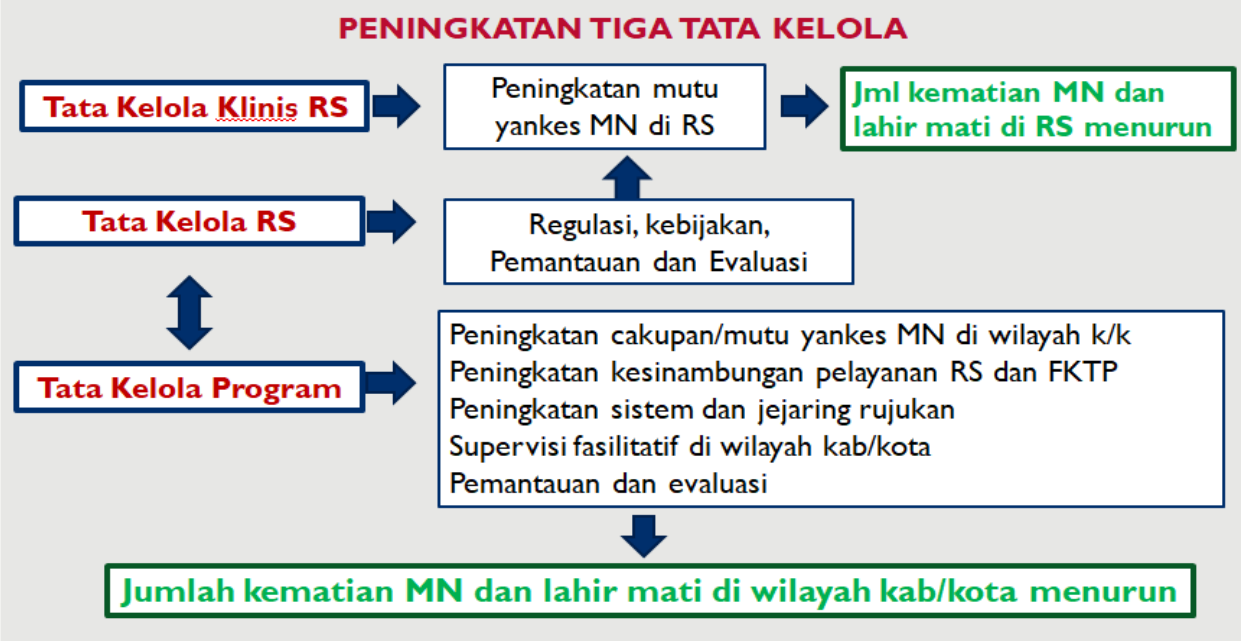
No	Satgas/Institusi	Anggota	Peran Pokok
1	Satgas Pusat	Ditjen Kesehatan Masyarakat Ditjen Pelayanan Kesehatan Organisasi profesi Mitra pembangunan	• Penyusunan konsep, strategi pelaksanaan, M&E • Koordinasi penyelenggaraan upaya pendampingan • Pembekalan Tim Pendamping, termasuk pemetaan kekuatan pendampingan • Pengumpulan laporan dan data hasil upaya
2	Satgas Provinsi	Dinkes, RS provinsi,	• Koordinasi dengan Satgas Pusat dan Tim

No	Satgas/Institusi	Anggota	Peran Pokok
		Pemda, organisasi profesi, mitra pembangunan	Pendamping dalam pelaksanaan dan M&E • Pemetaan kekuatan pendampingan di provinsi • Fasilitasi dinkes kab/kota di wilayah • Dokumentasi/kompilasi proses dan hasil upaya di wilayah provinsi • Melakukan tindak lanjut sesuai hasil M&E
3	Tim Kabupaten/Kota	Dinkes, RS kabupaten/kota, Pemda, organisasi profesi, pihak terkait	• Koordinasi dengan Satgas Provinsi dalam pelaksanaan pendampingan dan M&E • Konsolidasi untuk pelaksanaan upaya • Pelaksanaan keseluruhan proses pendampingan di RS dan di wilayah • Melakukan tindak lanjut sesuai dengan kesepakatan • Dokumentasi keseluruhan proses dan hasil upaya di wilayah
4	Tim Pendamping RS Kabupaten/Kota	Dari tiap RS Pendamping (16 RS): Direktur Pelayanan Medik atau yang mewakili, dokter SpOG, dokter SpA/ Perinatologi, tenaga pendukung (bidan senior ruang bersalin, perawat perinatologi, tenaga elektromedis, tenaga pencegahan infeksi, tenaga spesiais lainnya bila diperlukan)	• Menyiapkan diri sebagai Tim Pendamping dan bersama Satgas Pusat menyusun rencana kerja • Menjadi narasumber pada tahap Pra-Pendampingan di provinsi dan berkoordinasi dengan organisasi profesi provinsi • Analisis hasil penilaian mandiri RS kabupaten/kota • Melaksanakan kegiatan pendampingan RS kabupaten/kota sesuai dengan rencana • Membantu melakukan pemantauan kemajuan pelaksanaan upaya pendampingan sesuai rencana dan advokasi terarah • Menyusun laporan dan pembahasan hasil pendampingan RS untuk Satgas Pusat
5.	Sekretariat di tiap RS Pendamping dan RS yang Didampingi	Koordinator: seorang staf RS yang memenuhi syarat yang ditentukan, di bawahbimbingan Penanggung-jawab kegiatan Pendampingan	• Mengumpulkan data pendampingan kesehatan maternal-neonatal/bayi dari unit-unit terkait • Mengolah dan melakukan analisis data kesehatan maternal-neonatal/bayi • Berkoordinasi dengan pihak terkait untuk kelancaran seluruh kegiatan terkait • Menyiapkan paparan upaya pendampingan RS berdasarkan data RS • Menyiapkan laporan secara berkala untuk pihak-pihak terkait di luar RS

BAB IV. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN RS KABUPATEN/KOTA

Seperti disebutkan pada Bab II.D, pendekatan pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan ditujukan pada **peningkatan tiga tata kelola**, yaitu: i) tata kelola klinis di RS kabupaten/kota; ii) tata kelola RS kabupaten/kota; dan iii) tata kelola program di wilayah kabupaten/kota. Peningkatan tata kelola klinis RS mendapat perhatian utama, yang perlu didukung oleh peningkatan tata kelola RS oleh pimpinan dan manajemen RS untuk menciptakan suasana kondusif dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Namun, peningkatan tata kelola program harus dilakukan, bila targetnya menurunkan jumlah kematian maternal-neonatal dan lahir mati di wilayah kabupaten/ kota, bukan semata-mata di RSUD kabupaten/kota.

Gambar 2: Peningkatan tiga tata kelola untuk pendampingan RS kabupaten/kota



A. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA KLINIS

Pendampingan tata kelola klinis secara umum bertujuan **meningkatkan mutu pelayanan** sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) yang berlaku. Bila dalam proses ini ditemukan kendala yang bisa diatasi melalui perbaikan tata kelola RS, maka hal tersebut akan dibahas dengan manajemen RS. Lebih lanjut, bila diperlukan perubahan dalam tata kelola program, misalnya dalam hal peningkatan mutu rujukan dari FKTP, maka hal tersebut akan dibahas dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.

Fokus Topik Bahasan

Pendampingan tata kelola klinis difokuskan pada upaya **penyelamatan jiwa ibu, janin dan bayi baru lahir/bayi**, yang meliputi aspek pelayanan strategis, yaitu:

- Penanganan kasus gawat darurat maternal-neonatal/bayi;
- Mutu pelayanan dasar yang bersifat kritis, misalnya:
  - Pertolongan persalinan;
  - Pelayanan neonatal esensial dasar.

Untuk meningkatkan mutu penanganan kasus gawat darurat dan pelayanan dasar yang bersifat kritis tersebut diperlukan:

- Keberadaan dan kecukupan tenaga kesehatan yang kompeten, yang ditentukan oleh pengetahuan dan keterampilan memadai, serta sikap yang tepat dalam pelayanan;
- Alat/sarana/prasarana;
- Pelayanan 24 jam/hari dan 7 hari/minggu (24/7). Keberadaan pelayanan 24/7 dipengaruhi oleh kebijakan pimpinan RS dalam pengaturan dan kecukupan tenaga kesehatan, sumberdaya lain dan kemudahan masyarakat menjangkau RS;
- Keberadaan upaya peningkatan mutu yang berkelanjutan di RS, misalnya kepatuhan pada SPO, audit klinis/medik kematian maternal-neonatal dan lahir mati, serta pendidikan berkelanjutan; dan
- Perencanaan RS yang didukung oleh hasil analisis data yang akurat.

Bila faktor-faktor penentu mutu pelayanan seperti disebutkan di atas bisa dipenuhi, maka RS akan dapat mencegah kematian maternal-neonatal dan lahir mati secara memadai. Selain faktor-faktor di atas, efektivitas pelayanan RS juga dipengaruhi oleh mutu sistem rujukan di wilayah kabupaten/kota, termasuk mutu rujukan kasus dari FKTP. Kurangnya antisipasi terhadap masalah yang mungkin timbul dan rujukan yang terlambat dapat mempersulit proses penyelamatan jiwa. Bila faktor-faktor tersebut belum tertata dengan baik, maka risiko terjadinya kematian maternal-neonatal dan lahir mati menjadi lebih besar. Dalam upaya pendampingan, faktor-faktor tersebut yang perlu diperbaiki atau ditingkatkan.

Metode Pendampingan Tata Kelola Klinis

Hal yang diharapkan dalam pendampingan tata kelola klinis adalah kepatuhan pada SPO, agar mutu pelayanan kesehatan memenuhi standar. Peningkatan kepatuhan pada SPO perlu ditekuni dan bila dilakukan dengan kesungguhan maka akan menjadi suatu kebiasaan baru seperti yang diharapkan. Contoh perubahan perilaku misalnya: selalu menggunakan alat pelindung diri yang sesuai ketika melakukan pertolongan persalinan normal pada masa wabah COVID-19, mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang neonatus, semua ibu dengan BBLR dilatih untuk melakukan perawatan metode kanguru dll.

Membangun kerjasama. Agar proses pendampingan berjalan dengan baik, diperlukan komitmen kuat dari pendamping dan yang didampingi, serta saling menghormati. Hal tersebut perlu dibangun oleh Tim Pendamping dan bila berhasil, maka akan terjadi komunikasi dan interaksi yang produktif.

Tim Pendamping yang efektif, masih aktif memberikan pelayanan klinis, sangat berpengalaman di bidangnya, berpengetahuan luas dan senang mengajar, dapat memberikan contoh, membimbing dan memberikan umpan-balik positif dan konstruktif. Hal ini dapat disampaikan secara langsung selama kegiatan pendampingan di lokasi dan melalui hubungan jarak jauh di antara dua kunjungan pendampingan.

Proses kerja sama mengikuti pola sebagai berikut.

1. Membina hubungan baik, bersikap terbuka dan fasilitatif.
2. Observasi tentang budaya institusi/RS, sistem yang diterapkan dan pelaksanaan pelayanan klinis.
3. Mendengarkan secara aktif dan menyampaikan pertanyaan yang tidak menghakimi atau memojokkan tim yang didampingi.
4. Melakukan interaksi produktif dengan mengembangkan kesepakatan, pembelajaran, advokasi, inspirasi, *coaching*, *role model*, persahabatan, dukungan, kerja tim, pemberian umpan-balik, pemantauan dan evaluasi kegiatan dll.
5. Keberlanjutan pendampingan, melalui kunjungan ulang, komunikasi melalui email, WA dsb dan pelaksanaan tindak lanjut.

Gambar 3: Pendekatan pendampingan tata kelola klinis

Pendekatan pendampingan secara keseluruhan **berorientasi pada tantangan dan keterbatasan serta upaya untuk mengatasinya dengan menunjukkan kreativitas dalam menghasilkan kinerja prima** (Gambar 1). Dalam melakukan dialog dan aksi, perlu didukung oleh **data yang diolah menjadi informasi sebagai dasar dalam mengambil tindakan/aksi yang tepat**.

Data yang dikumpulkan pada kajian man-diri RS dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah. Tim Pendamping membahas masalah prioritas tersebut melalui dialog ketika berkeliling ke ruang-ruang pelayanan di RS untuk memahami sistem kinerja pelayanan maternal-neonatal. Dengan menggunakan alat pantau kinerja klinis maternal-neonatal (lihat Tabel 4), maka akan teridentifikasi secara rinci aksi yang perlu dilakukan.

Tabel 5: Daftar alat pantau kinerja klinis maternal-neonatal di RS kabupaten/kota

NO	PELAYANAN MATERNAL	PELAYANAN NEONATAL
1	Respon emergensi obstetri	Respon emergensi neonatus
2	Manajemen aktif Kala III: pencegahan perdarahan postpartum	Resusitasi neonatus, apnea pada bayi prematur
3	Penatalaksanaan perdarahan postpartum	Penilaian neonatus kurang bulan
4	Penatalaksanaan pre-eklampsia berat/eklampsia	Penatalaksanaan BBLR
5	Penatalaksanaan sepsis maternal dan infeksi berat	Terapi oksigen dan ventilasi non-invasif
6	Persalinan macet	Asupan nutrisi untuk neonatus berisiko
7	Pencegahan infeksi	Tanda bahaya neonatus, stabilisasi dan prosedur rujukan

Catatan: Semua alat pantau kinerja tersebut dirangkum dalam Buku Instrumen Pendampingan yang menyertai pedoman ini.

Proses dialog dan aksi ini berlangsung seperti spiral dengan hasil yang diharapkan meningkat terus. Dukungan dari manajemen RS akan mempercepat pencapaian hasil yang diharapkan di institusi RS, sedangkan dukungan dari dinas kesehatan kabupaten/kota, termasuk pemantapan sistem rujukan, akan mempercepat pencapaian hasil yang diharapkan di wilayah kabupaten/kota.

Proses pembelajaran dapat dilakukan dalam grup, atau perorangan. Pendampingan tata kelola klinis dapat dilakukan secara tatap muka bila memungkinkan dalam situasi wabah COVID-19 ini (lihat acuan di Bab II.D), tetapi juga bisa dilakukan dari jarak jauh. Kegiatan ini dapat berlangsung antar-sesama pihak yang didampingi atau bersifat timbal-balik dengan Tim Pendamping. Proses dialog dan aksi yang dilakukan secara berkesinambungan perlu didukung oleh dokumentasi proses pembelajaran dan hasil yang dicapai dalam rangka menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi di RS kabupaten/kota.

Masalah yang diprioritaskan dalam tata kelola klinis meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. Penyebab utama kematian, khususnya kematian maternal dan perinatal. Sebagai contoh, aspek klinis yang diutamakan dalam masalah kesehatan ibu antara lain: perdarahan postpartum, eklamsi/pre-eklamsi, partus lama, sepsis, kehamilan dengan penyulit, seperti diabetes mellitus, obesitas, kelainan fisik dll. Aspek klinis yang diutamakan dalam masalah kesehatan bayi baru lahir misalnya asfiksia, bayi prematur, sepsis dan kelainan bawaan. Lahir mati perlu dikategorikan sebagai lahir mati antepartum dan lahir mati intrapartum, karena aksi yang dilakukan untuk keduanya berbeda. Lahir mati antepartum menunjukkan mutu pertolongan persalinan yang tidak memenuhi standar dan seharusnya tidak boleh terjadi.

2. Kematian yang tidak perlu terjadi, misalnya:

   - Lahir mati intrapartum;
   - Kematian bayi baru lahir dengan umur gestasi 37 minggu atau lebih;
   - Kematian bayi baru lahir dengan berat lahir 2,000 gram atau lebih.

   Semua kondisi tersebut bila banyak menyebabkan kematian di RS perlu mendapat perhatian dalam pendampingan dengan membahasnya secara bertahap menurut prioritas/besaran masalah.

3. Kondisi ibu yang membahayakan janin/bayi baru lahir, misalnya partus lama, eklamsi dan pre-eklamsi berat, ketuban pecah dini, keadaan ibu dengan risiko persalinan prematur dll.

4. Pelayanan klinis dasar yang bersifat kritis, misalnya pertolongan persalinan normal dan pelayanan neonatal esensial dasar. Demikian juga pelayanan antenatal bisa menjadi kritis pada ibu dengan penyulit, seperti hipertensi, obesitas, penyakit jantung, malaria, tuberkulosis, sifilis, HIV dan penyakit khronis lainnya. Pencegahan infeksi juga merupakan masalah dasar yang perlu diperhatikan pada semua layanan di RS.

Perlu dikaji faktor-faktor yang menimbulkan pengaruh terhadap kinerja klinis dan mutu pelayanan terkait dengan masalah-masalah tersebut di atas. Upaya peningkatan mutu pelayanan lainnya, seperti audit medik dan pendidikan berkelanjutan sangat menunjang dan terkait dalam upaya menurunkan jumlah kematian yang dapat dicegah.

Acara kegiatan pendampingan dalam kunjungan pendampingan yang pertama di RS kabupaten/kota dapat dilihat contohnya pada Lampiran 5, baik secara daring maupun luring. Pada kunjungan berikutnya, acara dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

B. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA RS

Pelaksanaan pendampingan tata kelola RS lebih bersifat diskusi dan advokasi kepada pimpinan dan tim manajemen RS kabupaten/kota. Dalam upaya meningkatkan tata kelola klinis, sering diperlukan **dukungan untuk menciptakan suasana yang kondusif demi terlaksananya tata kelola klinis yang lebih baik di RS tersebut dan tercapainya target yang disepakati**.

Untuk itu, pimpinan dan tim manajemen RS perlu melakukan kajian terhadap aspek-aspek berikut yang terkait dengan **kendala yang sering ditemukan** pada pembahasan tata kelola klinis.

1. Kecukupan dan pengaturan sumberdaya manusia untuk menerapkan SPO dalam rangka menghasilkan pelayanan bermutu.
2. Pengalokasian dana/sumber-sumber pembiayaan untuk proses-proses peningkatan mutu pelayanan untuk kesehatan maternal-neonatal/bayi.
3. Pemenuhan sarana/prasarana esensial untuk mendukung tercapainya pelayanan bermutu.
4. Komunikasi internal dan eksternal dengan mencari cara efektif dalam menyampai-kan informasi penting terkait dengan tata kelola klinis, termasuk dalam hal komunikasi risiko.
5. Pelaksanaan audit medik/klinik.
6. Kerjasama dengan pihak luar, khususnya dinas kesehatan kabupaten/kota, Pemda dan mitra pembangunan serta pihak terkait untuk mendapatkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan tata kelola klinis secara memadai.

Selain mengatasi kendala yang sering timbul, dalam upaya meningkatkan tata kelola klinis juga diperlukan adanya **inovasi strategis**, misalnya:

- Kesinambungan pelayanan RS kabupaten/kota dan FKTP (puskesmas dan FKTP lainnya), agar rujukan dilakukan tepat waktu dan mendapat pertolongan pertama yang memadai di FKTP;
- Tindak lanjut yang diperlukan sesuai dengan hasil pembahasan tata kelola klinis;
- Sistem rujukan dengan sistem komunikasi yang mantap; dan
- Jejaring rujukan RS dengan faskes di sekitarnya, termasuk faskes lintas-batas, yang perlu didukung dan **difasilitasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota**.

Hal-hal tersebut juga merupakan bagian dari tata kelola program, yang berada di bawah tanggung-jawab dinas kesehatan kabupaten/kota. Untuk terlaksananya inovasi penguatan sistem tersebut, RS kabupaten/kota perlu berkolaborasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.

Tindak Lanjut yang dapat Dilakukan RSUD Kabupaten/Kota

Tindak lanjut yang dapat dilakukan RSUD kabupaten/kota sebagai berikut.

1. Menjamin ketersediaan SDM, sarana, obat, alat kesehatan, alat/obat kontrasepsi dan vaksin, darah, serta alokasi dana yang memadai untuk keseluruhan kegiatan dalam upaya menurunkan jumlah kematian maternal dan neonatal serta lahir mati di RS kabupaten/kota.
2. Memastikan pelayanan PONEK 24 jam/hari dan 7 hari/minggu.
3. Akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan yang berkesinambungan.
4. Meningkatkan kompetensi staf melalui kegiatan pendampingan, penyegaran dan pelatihan.
5. Meningkatkan kepatuhan staf dalam pelaksanaan standar prosedur operasional.
6. Melakukan audit medik setiap kematian maternal-neonatal dan lahir mati di RS, yang hasilnya dilaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota yang akan digunakan sebagai bahan dalam audit maternal-perinatal di wilayah kabupaten/kota.
7. Meningkatkan pengumpulan, pengolahan dan analisis data kesakitan dan kematian maternal-neonatal dan lahir mati, penggunaannya untuk perencanaan dan pemaparannya untuk advokasi.
8. Melaporkan kematian maternal-neonatal dan lahir mati di RS setiap bulan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

Dokumentasi Proses dan Hasil yang Dicapai

Semua proses dan hasil pendampingan serta hasil pelayanan perlu didokumentasikan dengan baik, yang akan berguna sebagai bahan pembelajaran kasus per kasus dan dalam analisis data agregat, di samping untuk bahan pelaporan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Dokumentasi ini harus dianalisis secara berkala dan hasilnya digunakan dalam penyusunan rencana kerja selanjutnya.

Di RS, kematian bisa tidak terlaporkan, misalnya pada kasus kematian ibu akibat malaria berat yang dirujuk ke bagian penyakit dalam dan meninggal di bangsal bagian tersebut. Kasus tersebut mungkin dilaporkan sebagai kematian karena malaria, bukan sebagai kematian ibu. Begitu pula kematian di ruang bersalin/ruang operasi dapat lolos dari pencatatan. Hal yang sama terjadi pula dalam pencatatan kematian bayi baru lahir dan kasus lahir mati. Hal ini perlu diperbaiki untuk mendapatkan data kematian dan kesakitan yang akurat.

Pencatatan, termasuk **rekam medis, sering tidak-lengkap** dan dibiarkan tanpa teguran. Di samping itu, banyak petugas RS yang belum memahami istilah terkait dengan perinatologi, seperti **pemahaman tentang istilah lahir mati**, termasuk *intrauterine foetal death* (IUFD) atau *macerated stillbirth* dan lahir mati intrapartum (*fresh stillbirth*), **kematian neonatal dini** yang sering rancu. Lahir mati antepartum dan intrapartum tidak dibedakan. Dengan kerancuan seperti itu, maka analisis data pun menjadi tidak akurat. Data yang tidak akurat dapat menimbulkan interpretasi yang tidak tepat tentang situasi yang sebenarnya. Hal-hal tersebut perlu dibahas dalam pendampingan yang merupakan bagian tak terpisahkan dari pemantauan.

Mengingat pentingnya data yang akurat sebagai bahan dasar dalam melakukan perencanaan keseluruhan kegiatan peningkatan mutu pelayanan, manajemen RS perlu memberikan perhatian khusus pada:

- Pemantapan sistem informasi RS dengan penugasan staf yang memahami dasar-dasar epidemiologi (lihat Bab III.C) untuk: i) melakukan koordinasi dengan staf yang bertanggung-jawab dalam pencatatan medik/rekam medik; ii) memperbaiki sistem pencatatan-pelaporan di dalam RS dan pelaporan kesakitan dan kematian maternal-perinatal ke dinas kesehatan kabupaten/kota; iii) melakukan analisis data RS kabupaten/kota secara berkala (tiap 3-6 bulan), yang diawali dengan data maternal-neonatal/bayi dan lahir mati; iv) menyajikan dan menggunakan data untuk perencanaan dan advokasi;

- Peningkatan pemahaman staf terhadap terminologi kesehatan maternal-perinatal;

- Penyusunan laporan tahunan kinerja maternal dan perinatal RS.

C. PELAKSANAAN PENDAMPINGAN TATA KELOLA PROGRAM

Berbeda dengan pendampingan tata kelola klinis dan tata kelola RS yang difasilitasi oleh Tim Pendamping dari RS Pendamping, fasilitator untuk pendampingan tata kelola program adalah pengelola program terkait dari tingkat provinsi dan Pusat. Pelaksanaan pendampingan tata kelola program bersifat lebih luas, termasuk **inovasi strategis** dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal-neonatal seperti yang disebutkan pada Bab IV.B, yang juga merupakan **inovasi penguatan sistem**. Keberhasilan penurunan AKI dan AKB di wilayah kabupaten/kota harus didukung adanya penguatan sistem rujukan, penguatan pelayanan kesehatan primer, di samping mengatasi faktor langsung dan tidak langsung penyebab kematian ibu dan bayi.

Selain itu, **upaya mendasar** yang dilakukan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi sebagai berikut, di samping peran di Bab III.C.

1. Membuat regulasi dan diseminasi NSPK (norma dan standar pelayanan kesehatan), serta alokasi dana yang memadai untuk keseluruhan kegiatan dalam upaya percepatan penurunan AKI dan AKB.
2. Perencanaan, penempatan/distribusi tenaga kesehatan.
3. Penguatan sistem jejaring rujukan, rujukan balik dan rujukan lintas batas.
4. Pelaksanaan AMP-Surveilans dan Respon.
5. Supervisi fasilitatif untuk faskes Pemerintah dan swasta.
6. Optimalisasi pemanfaatan sumber pembiayaan melalui advokasi kepada Pemda, agar biaya untuk keberlanjutan upaya pendampingan RS kabupaten/kota tersedia.
7. Kemitraan dengan organisasi profesi, akademisi dan swasta.
8. Penggerakan masyarakat dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi.
9. Pemantauan dan evaluasi upaya pendampingan faskes yang didukung oleh peningkatan sistem informasi, termasuk peningkatan akurasi data, sejalan dengan upaya yang dilakukan oleh RS kabupaten/kota.

Dengan demikian, dinas kesehatan kabupaten/kota bertanggung jawab dalam keseluruhan proses pendampingan RS kabupaten/kota dan kehadiran pada setiap langkah pendampingan sangat diperlukan.

BAB V. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi upaya pendampingan RS kabupaten/kota pada dasarnya bertujuan memantau kemajuan dan kendala yang dihadapi, serta mengevaluasi keseluruhan upaya seperti yang dijelaskan pada Kerangka Strategi Upaya Pendampingan RS Kabupaten/Kota (Skema 1). Pemantauan diutamakan pada aspek proses dan hasil upaya (luaran, baik *output* maupun *outcome*), walaupun tidak terhindarkan untuk menilai kondisi masukan (*input*) bila luaran yang diharapkan tidak seperti yang diharapkan. Pemantauan dilakukan di tiap tingkat secara berkala, mengikuti proses dan menggunakan indikator yang relevan untuk tiap tingkat; sedangkan evaluasi cenderung dilakukan pada akhir upaya untuk melihat hasil secara keseluruhan dan dilakukan oleh tingkat yang lebih tinggi.

A. INDIKATOR YANG DIGUNAKAN

Dalam menentukan indikator yang digunakan, perlu dipilih indikator yang strategis, sehingga jumlah indikator tidak terlalu banyak agar tidak terlalu membebani pelaksana pelayanan dalam pencatatan dan pelaporan. Misalnya untuk indikator *input*, dipilih indikator tentang masukan yang harus ada, seperti Tim Pendamping dan RS kabupaten/kota yang didampingi. Dalam hal ini indikator yang perlu dipakai di tingkat Pusat dan provinsi antara lain sebagai berikut:

1. Ratio antara Tim Pendamping dan RS yang didampingi.
2. Frekuensi kunjungan atau interaksi antara Tim Pendamping dan RS yang didampingi dalam kurun waktu tertentu (misalnya tiga bulan).
3. Jumlah dan bentuk dukungan teknis yang diberikan oleh Pusat.
4. Jumlah dan bentuk dukungan teknis yang diberikan oleh provinsi, dll.

Indikator yang digunakan di tingkat kabupaten/kota perlu dikaitkan dengan peran dan fungsinya. Demikian pula, indikator yang digunakan untuk memantau proses tata kelola klinis di RS kabupaten/kota perlu dikaitkan dengan kegiatan strategis yang berlangsung dalam proses itu. Indikator yang berkaitan dengan hasil upaya (atau luaran) pada umumnya sama di semua tingkat, khususnya luaran *outcome* dan dampak. Hal ini menunjukkan bahwa semua upaya yang dilakukan di semua tingkat pada akhirnya menuju ke tujuan yang sama, dalam hal ini menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir dan lahir mati.

Dari sekian banyak indikator, baik indikator *input*, proses, luaran (*output* dan *outcome*) dan dampak, perlu dipilih beberapa indikator strategis di setiap tingkat yang perlu disepakati bersama. Dengan alasan tersebut maka dalam interaksi antara Tim Pendamping dan Tim yang didampingi perlu disepakati indikator yang akan digunakan dan target yang akan dicapai. Dengan membatasi jumlah indikator sesedikit mungkin, maka hal tersebut dapat menghemat waktu dalam proses pemantauan, namun mampu memberikan gambaran yang cukup menyeluruh dan menangkap adanya kendala yang perlu cepat diatasi.

Di bawah ini beberapa **contoh indikator** di tingkat RS kabupaten/kota, yang perlu disesuaikan dengan masalah prioritas (berdasarkan kajian mandiri RS), misalnya:

- Indikator proses:
  - Persentase proses persalinan yang dipantau dengan partograf;
  - Persentase neonatus yang mendapat IMD dan rawat gabung;
  - Persentase ibu yang melahirkan BBLR mendapatkan konseling tentang PMK;
  - Persentase rekam medik kasus ibu dan neonatus yang diisi secara lengkap

- Indikator luaran:
  – Persentase rencana tindak lanjut yang dilaksanakan;
  – *Trend* kejadian infeksi nosokomial di tempat perawatan ibu dan neonatus/bayi;
  – *Case fatality rate* kasus komplikasi obstetri.
- Indikator dampak:
  – Jumlah kematian ibu;
  – Jumlah kematian neonatus yang seharusnya dapat dicegah;
  – Jumlah lahir mati dan jumlah lahir mati intrapartum.

Indikator yang digunakan untuk evaluasi pada umumnya terfokus pada hasil upaya, walaupun tidak terhindarkan untuk melihat keterkaitan antara hasil dan proses serta *input*. Evaluasi pada umumnya dilakukan pada akhir upaya untuk pembelajaran dan untuk melihat hasil keseluruhan upaya, sedangkan pemantauan dilakukan sepanjang pelaksanaan upaya untuk memastikan bahwa pelaksanaan upaya berlangsung sesuai dengan rencana dan bila ada kendala dapat segera diatasi.

B. MEKANISME PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dapat dilakukan melalui berbagai mekanisme dengan mempertimbangkan situasi wabah COVID-19 ini. Pelaksanaan pemantauan perlu dilakukan secara teratur dan terjadwal dengan menerapkan protokol kesehatan atau melalui pertemuan virtual. Di tingkat RS dan kabupaten/kota pemantauan dapat dilakukan melalui forum yang sudah ada seperti berikut ini:

1. Rapat rutin (bulanan) staf RS untuk memantau kemajuan pelaksanaan rencana kegiatan pendampingan, khususnya tata kelola klinis. Bila ada kegiatan yang belum terlaksana atau hasil yang belum dicapai dalam waktu yang telah ditentukan, maka dicari penyebabnya dan diupayakan mengatasi masalah yang ada dengan dukungan dari manajemen RS. Perlu diupayakan agar hasil yang diharapkan tetap dapat dicapai pada waktu yang ditetapkan.
2. Kegiatan *on the job training* dan supervisi klinis rutin untuk pemantauan kompetensi staf RS dengan memastikan bahwa staf mampu melakukan tindakan dengan langkah-langkah klinis seperti yang tercantum dalam SPO.
3. Audit medik kematian maternal-neonatal dan lahir mati di RS yang akan menunjukkan adanya tindakan yang tidak sesuai dengan SPO, atau RS menerima rujukan yang terlambat (karena berbagai sebab) dan tidak diberi pertolongan pertama secara memadai di FKTP.
4. Kajian manajerial di RS, yang antara lain membahas kecukupan dan kinerja pelaksana pelayanan/SDM, kecukupan alat, obat, bahan habis pakai, dll.
5. Pertemuan setiap triwulan, yang difasilitasi oleh dinkes kabupaten/kota dan menghadirkan puskesmas di wilayah, untuk memantau kemampuan klinis RS secara keseluruhan dengan membahas data RS dalam tiga bulan terakhir:
   - Jumlah persalinan;
   - Jumlah kesakitan dan kematian maternal-perinatal menurut jenis/penyebabnya;
   - Jumlah kematian maternal-perinatal yang dapat dicegah;
   - Ringkasan hasil audit maternal-perinatal terpilih, yang mengandung unsur pembelajaran dan tindak lanjut strategis.

   Interaksi antar-fasilitas kesehatan melalui pertemuan triwulanan dapat berfungsi sebagai berikut:
   a. Memperkaya informasi yang diperlukan untuk meningkatkan sistem rujukan, termasuk akses dan mutu pelayanan rujukan serta rujukan kasus yang memadai dari FKTP ke RS.
   b. Memotivasi staf RS untuk meningkatkan kompetensi dan kinerja klinis serta meningkatkan kemampuan manajerial staf dinkes kabupaten/kota.

c. Dinkes kabupaten/kota lebih memahami kinerja RSUD dan masalah yang dihadapi.
d. Mendorong terbentuknya jejaring rujukan yang berfungsi optimal.

Evaluasi biasanya dilakukan pada 3-5 tahun setelah kegiatan berjalan. Namun, evaluasi kecil untuk melihat kemajuan secara keseluruhan dapat dilakukan setiap tahun yang mencakup semua aspek kegiatan pendampingan. Evaluasi klinis, bila diperlukan dapat dilakukan secara tersendiri, karena mungkin memerlukan proses klinis untuk menilai kompetensi petugas/individu dalam aspek klinis prioritas. Namun, ada pendekatan yang lebih sederhana, yaitu melalui analisis kerja tim. Sejauh tim RS efektif dalam mengatasi kasus emergensi obstetri dan neonatal (dengan CFR komplikasi obstetri semakin menurun sepanjang waktu) serta dalam memberikan pertolongan persalinan normal, maka dapat dianggap bahwa tim tersebut telah mengalami kemajuan. Dalam hal ini, yang diukur adalah kemajuan indikator *outcom*e dan dampak.

C. PEMANTAPAN SISTEM INFORMASI

Dalam memantapkan pelaksanaan upaya pendampingan di RS kabupaten/kota secara berkelanjutan, sistem informasi di RS kabupaten/kota perlu ditingkatkan, termasuk sistem pencatatan dan pelaporan dengan **menggunakan sistem yang ada**. Semua proses dan hasil pendampingan serta hasil pelayanan perlu didokumentasikan dengan baik, yang akan berguna sebagai bahan pembelajaran kasus per kasus dan analisis data agregat. Dokumentasi ini akan dianalisis secara berkala dan hasilnya digunakan dalam penyusunan rencana kerja selanjutnya.

Beberapa hal yang perlu mendapat perhatian khusus antara lain sebagai berikut:

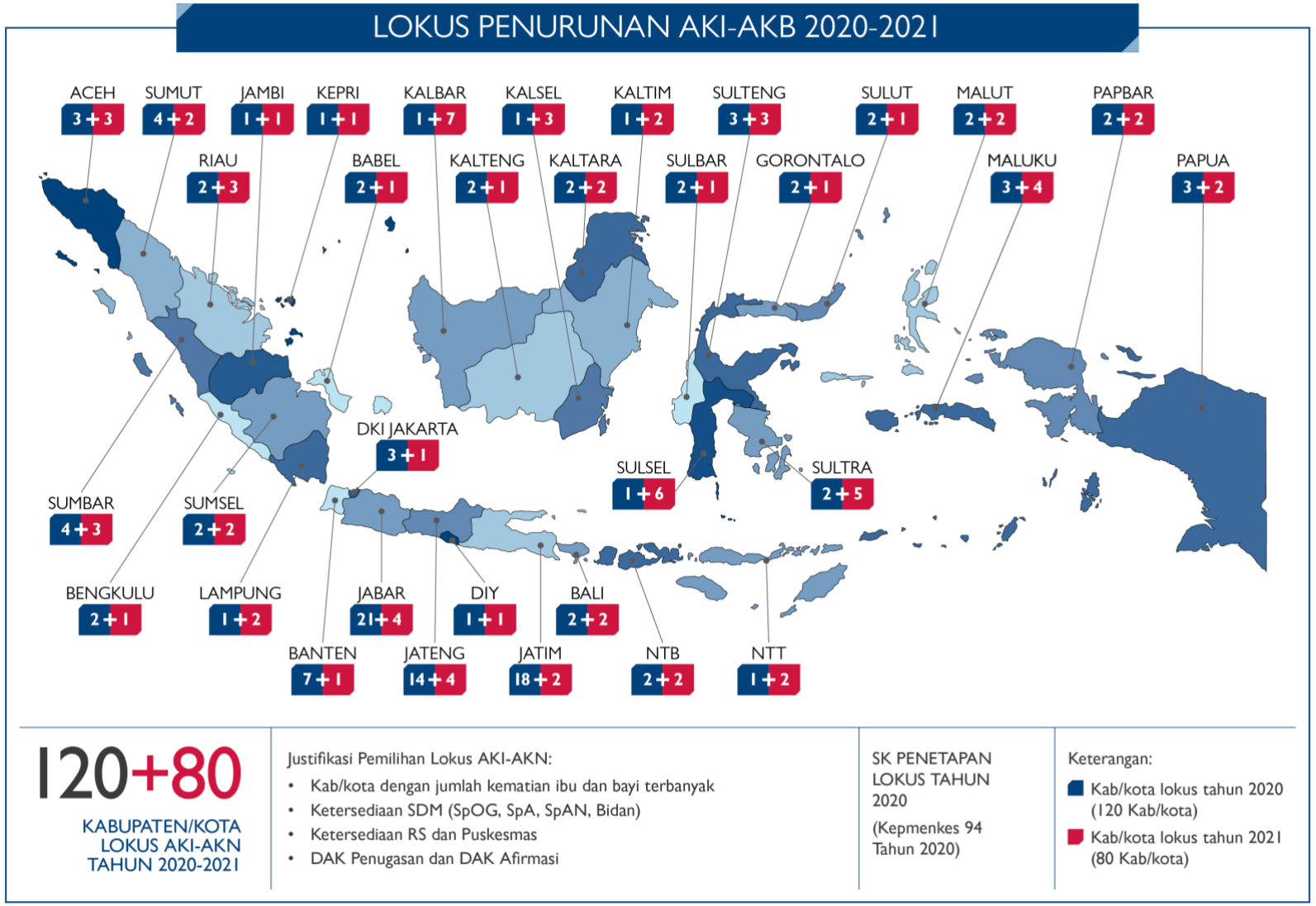
1. Sistem pencatatan, misalnya pencatatatn pelayanan/rekam medis harus diisi lengkap. Demikian pula tentang pencatatan kematian dan penyebab kematian. Kadang-kadang masih terjadi kematian ibu yang tidak tercatat dalam sistem pencatatan kematian ibu.
2. Pemahaman tentang istilah yang terkait dengan kematian maternal dan perinatal perlu ditingkatkan di antara para petugas di rekam medis dan pelaksana pelayanan. Pemahaman tentang istilah seperti berikut ini masih sering rancu:
   - Lahir mati: semua dianggap sebagai *intrauterine foetal death* (IUFD), belum dibedakan antara lahir mati antepartum dan lahir mati intrapartum, yang untuk mencegahnya mempunyai pendekatan yang berbeda;
   - Lahir mati dan kematian neonatal dini (terutama yang terjadi hanya beberapa saat setelah lahir hidup): tidak jarang dianggap sama, sementara keduanya mengindikasikan hal yang berbeda;
   - Kematian perinatal: yang meliputi lahir mati dan kematian neonatal.
3. Pelaporan RS ke dinkes kabupaten/kota dilakukan setiap bulan, khususnya tentang jumlah dan jenis persalinan serta kematian maternal-perinatal dan penyebabnya.
4. Analisis data, pengolahan dan penyajiannya untuk advokasi dan komunikasi.
5. Pemanfaatan pengolahan dan penggunaan data: data individu (yang sudah dianonimasi) yang berasal dari audit medik/klinis RS dan data agregat mempunyai kegunaan masing-masing, yang saling menunjang. Data yang sudah diolah menjadi informasi dapat digunakan untuk umpan-balik, perencanaan, perbaikan desain upaya/program dan advokasi.

Pemantapan sistem informasi juga diperlukan di wilayah kabupaten/kota, yang menjadi tanggung-jawab dinas kesehatan kabupaten/kota. Hal ini akan memperkuat upaya kesinambungan pelayanan di FKTP dengan pelayanan rujukan primer di RS kabupaten/kota, serta perencanaan program yang berbasis data.

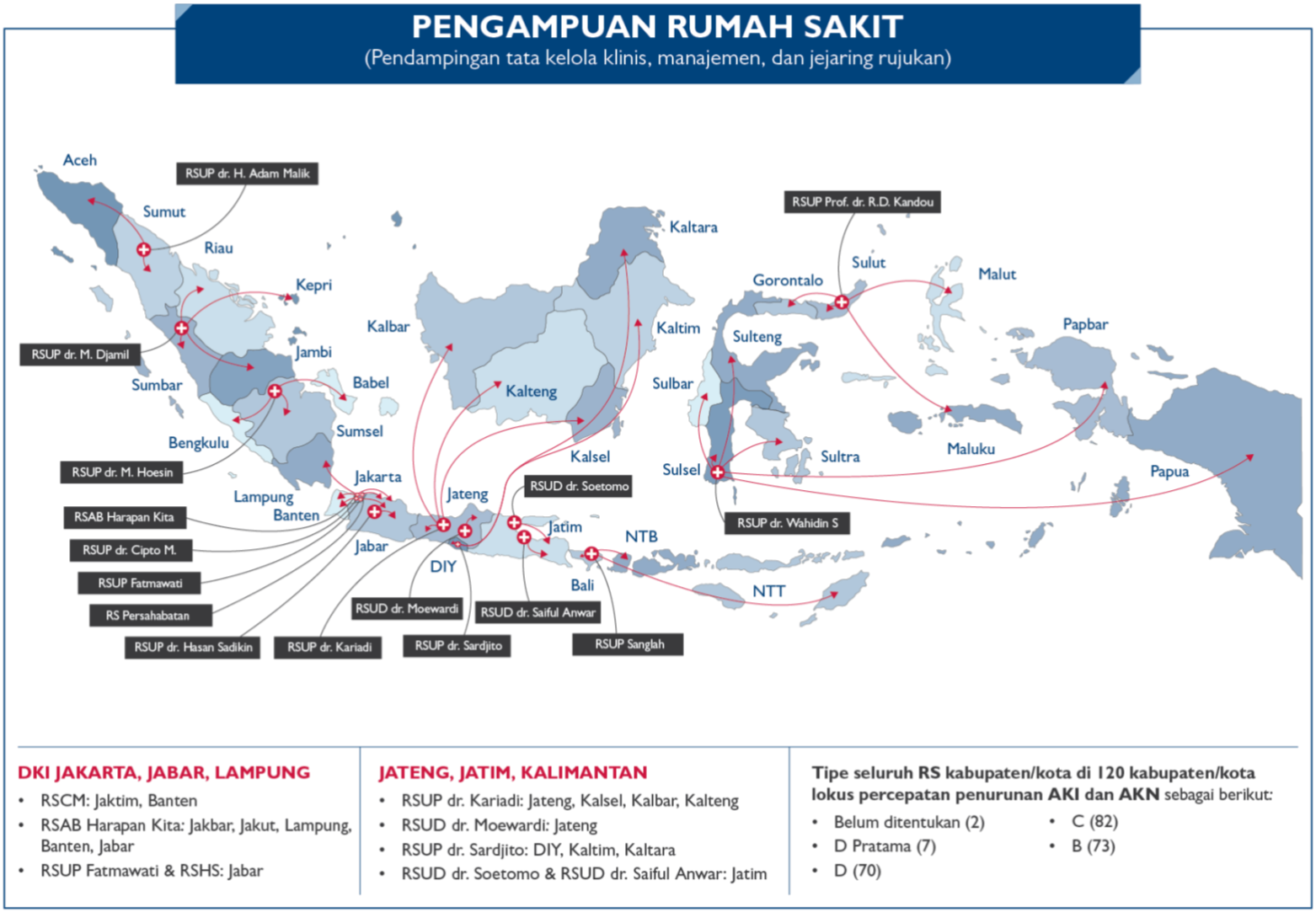
KEPUSTAKAAN

1. Kemenkes RI. Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Neonatal di 3 Kabupaten di Papua Melalui Metode Pendampingan. Jakarta, 2014.
2. Kemenkes RI. Pedoman Pendampingan Tata Kelola Klinis Kesehatan Neonatal di Kabupaten/Kota. Jakarta. 2015.
3. EMAS/USAID. Petunjuk Praktis Pendampingan Tata Kelola Klinik di Fasilitas Kesehatan.
4. Jalin/USAID. Pedoman Pendampingan untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit. *Draft.* Jakarta, 2020.
5. Jalin/USAID. Ringkasan Eksekutif: Pendekatan Pengampuan RS Kabupaten/Kota dalam Rangka Percepatan Penurunan AKI dan AKN. *Draft.* Jakarta, 2020.
6. Health Resource Facility. Independent Evaluation of the Australia-Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health (AIPMNH). Jakarta, 2015.
7. Jalin/USAID. Pendampingan Rumah Sakit dalam Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir di Indonesia. Strategi Monitoring & Evaluasi. *Unpublished.* Jakarta, 2020.

LAMPIRAN 1. LOKUS PENURUNAN AKI/AKB DI 120 (2020) + 80 KABUPATEN/KOTA (2021)



LAMPIRAN 2. PEMBAGIAN WILAYAH RS PENDAMPING



Tipe seluruh RS kabupaten/kota di 120 kabupaten/kota lokus percepatan penurunan AKI dan AKN sebagai berikut:

- Belum ditentukan (2);
- D pratama (7); D (70);
- C (82); dan B (73).

LAMPIRAN 3. DAFTAR RS PENDAMPING DAN KESELURUHAN RS YANG DIDAMPINGI

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
1	RSUP dr. H. Adam Malik, Medan	APBN	Aceh	RSUD Zainal Abidin	Pidie	RS Umum Daerah TGK Chik Ditiro Sigli	B	35	5	6	3	3	2
					Bireun	RS Umum Daerah Dr. Fauziah	B	26	6	3	6	4	3
					Aceh Utara	RS Umum Daerah Cut Meutia	B	45	11	8	2	5	4
						RS Umum Daerah Panyabungan	C	15	3	2	2	2	1
					Asahan	RS Umum Daerah H. Abdul Manan Simatupang	C	14	2	3	3	4	1
					Deli Serdang	RS Umum Daerah Deli Serdang	B	30	6	7	3	5	4
					Nias Selatan	RS Umum Daerah Lukas Hilisimaetano	D						
2	RSUP dr. M. Djamil, Padang	APBN	Riau	RSUD Arifin Achmad	Pelalawan	RS Umum Daerah Selasih Riau	C	22	4	3	3	4	2
					Rokan Hilir	RS Umum Daerah Dr. R.M. Pratomo Bagansiapiapi	C	16	2	2	3	3	
			Kepri	RSUD Provinsi Kepulauan Riau	Kota Batam	RS Umum Daerah Embung Fatimah	B	15	3	3	3	4	4
			Sumbar	RSUD dr. Rasidin	Pesisir Selatan	RS Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan	C	18	3	2	3	3	2
					Agam	RS Umum Daerah Lubuk Basung	C	10	3	2	2	1	2
					Pasaman Barat	RS Umum Daerah Pasaman Barat	C	10	1	2	4	3	2
					Kota Padang	RS Umum Daerah dr. Rasidin Padang	C	9	3	3	3	4	2
			Jambi	RSUD Raden	Tanjung	RS Umum Daerah Nurdin Hamzah	C	9	3	1	2	3	1

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
				Mattaher	Jabung Timur								
3	RSUP dr M Hoesin, Palembang	APBN	Bengkulu	RSUD Dr. M. Yunus	Bengkulu Utara	RS Umum Daerah Arga Makmur	C	11	2	1	2	1	1
					Seluma	RS Umum Daerah Tais Kabupaten Seluma	D	6	1	1	1	1	1
			Sumsel		Musi Banyuasin	RS Umum Daerah Sekayu	B	26	6	3	3	3	2
					Banyuasin	RS Umum Daerah Banyuasin	C	11	2	2	2	3	1
			Babel	**RSUD Dr (HC) Ir SOEKARNO**	Bangka Selatan	RS Umum Daerah Kab. Bangka Selatan	C	15	2	3	2	3	2
					Belitung Timur	RS Umum Daerah Kab.Belitung Timur	C	26	2	1	4	2	1
4	RSAB Harapan Kita, Jakarta	APBN	Lampung	RSUD Dr. H. Abdul Moeloek	Kota Bandar Lampung	RS Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo	C	29	2	1	1	3	2
		APBN, DEKON	DKI Jakarta		Jakarta Barat	RS Umum Daerah Kalideres	B	35	4	3	4	6	5
					Jakarta Utara	RS Umum Daerah Koja	B	63	5	7	6	7	7
			Jawa Barat		Bogor	RS Umum Daerah Ciawi	B	41	4	3	3	4	3
					Subang	RS Umum Daerah Subang	B	27	5	5	1	5	2
			Banten		Lebak	RS Umum Daerah Dr. Adjidarmo	B	31	5	2	5	3	2
					Serang	RS Umum Daerah dr. Drajat Prawiranegara	B	36	4	4	3	4	3
5	RSUP	APBN	Jawa		Kota Depok	RS Umum Daerah Kota Depok	C	14	2	5	2	2	

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
	Fatmawati Jakarta		Barat		Sukabumi	RS Umum Daerah Sekarwangi	B	33	5	4	4	3	2
					Kota Bekasi	RS Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid	B	32	5	6	8	4	4
					Bekasi	RS Umum Daerah Kab.Bekasi	B	33	3	5	3	3	3
					Karawang	RS Umum Daerah Karawang	B	23	4	5	4	6	1
					Cianjur	RS Umum Daerah Sayang	B	32	4	3	3	5	2
6	RSUP dr. Cipto Mangun-kusumo, Jakarta	APBN, JALIN	Banten	RSUD Kab. Tangerang	Pandeglang	RS Umum Daerah Berkah Pandeglang	B	25	3	2	3	2	2
					Tangerang	RS Umum Daerah Balaraja	B	7	2	1	2	1	8
					Kota Cilegon	RS Umum Daerah Kota Cilegon	B	37	4	4		3	6
					Kota Serang	RSUD Kota Serang	C	8	2	1	2	3	1
					Kota Tangerang Selatan	RS Umum Daerah Kota Tangerang Selatan	C	27	4	4	3	4	2
					Jakarta Timur	RS Umum Daerah Pasar Rebo	B	29	5	5	3	6	4
					Kuningan	RS Umum Daerah 45 Kuningan	B	23	2	3	2	3	2
						RS Umum Daerah Linggajati Kuningan	C	10	1	2	1	1	1
					Kota Tasikmalaya	RS Umum Daerah dr. Soekardjo	B	17	4	5	4	4	2
					Majalengka	RS Umum Daerah Majalengka	C	16	2	4	2	2	1
					Sumedang	RS Umum Daerah Sumedang	B	33	3	5	4	2	1
					Ciamis	RS Umum Daerah Kab. Ciamis	C	18	3	3	3	4	2

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
8	RSUP dr. Hasan Sadikin, Bandung	APBN, JALIN	Jawa Barat		Indramayu	RS Umum Daerah Kab. Indramayu	B	17	3	3	3	4	2
					Garut	RS Umum Daerah dr. Slamet Garut	B	18	4	3	3	3	2
					Bandung	RS Umum Daerah Soreang	C	16	3	3	2	3	2
					Bandung Barat	RS Umum Daerah Cikalong Wetan	D	4	1		1	1	1
					Cirebon	RS Umum Daerah Arjawinangun	B	19	2	3	3	4	2
					Purwakarta	RS Umum Daerah Bayu Asih	B	16	5	3	2	3	4
					Kota Bandung	RS Umum Daerah Kota Bandung	B	20	4	4	3	3	2
					Tasikmalaya	RS Umum Daerah Singaparna Medika Citrautama	C	21	5	3	3	3	1
9	RSUP dr. Kariadi, Semarang	APBN, JALIN	Kalteng	RSUD Dr. Doris Sylvanus	Kotawaringin Barat	RS Umum Daerah Sultan Imanuddin	B	10	3	3	2	4	2
					Kotawaringin Timur	RS Umum Daerah Dr Murjani Sampit	B	30	5	4	6	3	3
			Kalsel	RSUD Ulin	Kota Baru	RS Umum Daerah Kabupaten Kotabaru	C	13	4	1	2	2	1
					Kubu Raya	RS Tk.II Kartika Husada Kes.Dam XII Tanjungpura	C		2	2	2	2	2
			Jateng		Grobogan	RS Umum Daerah Dr. R.Soedjati Soemodiardjo	B	13	3	3	4	4	3
					Brebes	RS Umum Daerah Brebes	B	10	4	3	3	3	1
					Demak	RS Umum Daerah Sunan Kalijaga	C	17	3	4	3	2	2
					Batang	RS Umum Daerah Kab. Batang	C	12	4	1	2	3	2

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
					Kota Semarang	RS Umum Daerah Tugurejo Semarang	B	29	6	5	6	5	3
					Kendal	RS Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal	B	16	3	2	3	4	3
					Pemalang	RS Umum Daerah Dr. M Ashari Pemalang	C	12	4	2	4	2	2
					Tegal	RS Umum Daerah dr. Soeselo Slawi Kabupaten Tegal	B	15	3	3	1	3	2
10	RSUD dr. Moewardi, Solo	APBN, JALIN	Jateng	RS Umum Daerah Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto	Cilacap	RS Umum Daerah Cilacap	B	19	3	2	3	2	2
					Banyumas	RSUD BANYUMAS	B	14	5	3	3	5	3
					Boyolali	RS Umum Daerah Pandan Arang Boyolali	C	11	3	3	2	3	2
					Sragen	RS Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro	B	20	4	3	4	5	3
					Klaten	RS Umum Daerah Bagas Waras	C	12	2	2	1	1	3
					Blora	RS Umum Daerah Dr. R. Soetijono Blora	C	13	2	1	2	1	1
11	RSUP dr. Sardjito, Jogjakarta	APBN	DIY		Bantul	RS Umum Daerah Panembahan Senopati	B	20	6	5	3	3	2
			Kaltim		Kutai Kartanegara	RS Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit	B	50	8	6	5	10	6
			Kaltara	RSUD Tarakan	Nunukan	RS Umum Daerah Kabupaten Nunukan	C	18	2	3	3	4	1
					Bulungan	RS Umum Daerah Tanjung Selor	C	17	3	2	1	2	2

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
12	RSUD dr. Soetomo, Surabaya	APBN, JALIN	Jatim		Jember	RS Umum Daerah Dr. Soebandi	B	17	6	3	3	4	4
					Kota Surabaya	RS Umum Daerah dr. Mohamad Soewandhie	B	29	7	6	3	5	3
					Pasuruan	RS Umum Daerah Bangil	B	14	4	3	3	3	3
					Bojonegoro	RS Umum Daerah Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo	B	19	4	3	2	2	2
					Sidoarjo	RS Umum Daerah Sidoarjo	B	35	8	6	4	7	5
					Pamekasan	RS Umum Daerah Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan	B	11	3	2	2	3	2
					Gresik	RS Umum Daerah Ibnu Sina Kab. Gresik	B	25	4	4	2	2	3
					Bondowoso	RS Umum dr. H.Koesnadi Bondowoso	B	16	3	3	3	3	2
					Mojokerto	RS Umum Daerah Raden Achmad Basoeni	C	7	2	2	1	3	1
					Tulungagung	RS Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung	B	28	4	3	4	3	3
					Jombang	RS Umum Daerah Kab. Jombang	B	25	4	5	4	3	2
					Kediri	RS Umum Daerah Kabupaten Kediri	B	15	3	3	3	4	2
					Malang	RS Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen	B	12	3	3	4	3	2
					Lumajang	RS Daerah Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang	B	17	3	3	3	4	2
					Sampang	RS Umum Daerah Kab. Sampang	C	10	1	1	1	4	1

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
					Situbondo	RS Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbon	C	15	3	4	3	4	1
					Magetan	RS Umum Daerah dr. Sayidiman Magetan	C	22	2	2	2	2	2
					Banyuwangi	RS Umum Daerah Genteng	C	13	3	2	3	2	2
14	RSUP Sanglah, Denpasar Bali	APBN	Bali		Karang Asem	RS Umum Daerah Karangasem	C	35	6	7	3	8	3
					Tabanan	RS Umum Daerah Tabanan	B	34	6	4	3	5	5
			NTB	RSUD Provinsi NTB	Lombok Timur	RS Umum Dr. R. Sudjono	C	37	6	1	3	5	2
					Lombok Tengah	RS Umum Praya	C	20	2	2	2	4	1
			NTT	RSUD Prof. Dr. WZ Johannes	Timor Tengah Selatan	RS Umum Soe	C	31	3	1	2	2	2
15	RSUP dr. Wahidin Sudiro-husodo, Makassar	APBN, JALIN	Sulbar	RSUD Provinsi Sulawesi Barat	Polewali Mandar	RS Umum Daerah Polewali	C	9	4	2	4	4	2
					Mamuju	RS Umum Daerah Kabupaten Mamuju	C	11	2	2	2	2	
						RS Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat	C	13	1	4	4	2	3
			Sulsel		Gowa	RS Umum Daerah Syehk Yusuf Gowa	B	21	3	4	2	2	3
			Sulteng	RSUD Undata Palu	Banggai Kepulauan	RS Umum Daerah Trikora Salakan	C	10	2	2	2	2	1
					Donggala	RS Umum Daerah Kabelota	C	10	2	2	1	2	1
					Sigi	RS Umum Daerah Tora Belo	C	11	1	2	1	1	2

NO	RS PENDAM-PING	PEM-BIAYA-AN	PROV. YANG DIDAM-PINGI	RS PROV. YANG DIDAMPINGI	KAB/KOTA LOKUS	NAMA RS	TIPE RS	DR UMUM	SpPD	SpA	Sp Be-dah	SpOG	SpAn
			Sultra	RSU Bahteramas	Bombana	RS Umum Daerah Kabupaten Bombana	C	10	2	2	2	2	
					Konawe Selatan	RS Umum Daerah Konawe Selatan	C	3	1	1	2	1	2
			Papua		Mimika	RS Umum Daerah Kabupaten Mimika	C	21	2	2	2	2	2
					Merauke	RS Umum Merauke	C	17	2	3	2	2	1
						RS TNI Angkatan Laut Merauke	D	5		1	2		
					Asmat	RS Umum Daerah Agats Kab. Asmat	D	12	1	1	1		1
			Papua Barat	RSUD Sorong	Manokwari	RS Umum Daerah Manokwari	C	6	2	3	1	2	1
					Fakfak	RS Umum Daerah Fakfak	C	11	2	3	2	2	1
					Kep Talaud	RS Umum Daerah Talaud	C	6	1	2	1	2	2
					Bolaang Mo-ngondow Utara	RS Umum Daerah Bolaang Mongondow Utara	D	8	1		1	2	1
			Goron-talo	RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe	Pohuwato	RS Umum Daerah Bumi Panua	C	20	1	2	2	1	1
					Boalemo	RS Umum Daerah Tani dan Nelayan	C	11	1	2	2	2	1
					Maluku Tengah	RS Umum Masohi	C	11	2	2	1	1	1
					Maluku Tenggara	RS Umum Karel Sadsuitubun	C	10	1	1	2	2	
					Buru	RSUD Kab. Buru	D	5	2	1	1	2	2
			Malut	RSU Ternate	Kepulauan Sula	RS Umum Daerah Sanana	D	7	2	1	1	1	

LAMPIRAN 4. KAJIAN MANDIRI RS KABUPATEN/KOTA

Disajikan dalam bentuk aplikasi yang bisa diakses melalui: https://simatneo.kemkes.go.id/login.php. *User name* dan *password* dapat diperoleh dari Direktorat Kesehatan Keluarga.

Lampiran 5. Penjelasan Rinci tentang Pelaksanaan Langkah-langkah Pendampingan

1. Langkah-langkah Pendampingan untuk Tahun 2020 dan 2021 (*lihat halaman berikutnya*)

Catatan

Tahapan Persiapan

a. Orientasi 120 RSUD untuk sosialisasi pendampingan dan orientasi SIMATNEO – Output: RSUD mengisi SIMATNEO – **Jalin – 16 OKtober 2020. Pengisian SIMATNEO hingga 24 Oktober 2020.**
b. Pembekalan RS vertical (tahapan, SIMATNEO, alat pantau) – **Jalin – 21 Oktober 2020.**
c. Hasil SIMATNEO dan kajian UGM disampaikan ke RS vertikan – **hingga 30 Oktober 2020.**
d. Pembahasan internal RS vertical tentang permasalahan yang ada di RSUD yang didampingi **– antara tanggal 2 – 7 November 2020.**
e. Pertemuan empat kali masing-masing empat RS pendamping beserta RS termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi untuk menyampaikan hasil analisis pendampingan kepada RSUD yang didampingi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta Dinas Kesehatan Provinsi dan menetapkan strategi pendampingan serta prioritas yang akan dikunjungi **– KESGA**
    1. 10 atau 11 November 2020 (RS di Provinsi Jalin);
    2. 13 November 2020 (RS di Provinsi Jalin);
    3. 17 November 2020;
    4. 19 November 2020.
f. **Kunjungan tim RS pendamping dan KESGA:**
    1. Direktur Utama/ Direktur Pelayanan Medik/ Manajemen RS (2 hari);
    2. Dit. KESGA (3 hari);
    3. Sp.OG (5 hari);
    4. Sp.A (5 hari);
    5. Tenaga Elektromedis (5 hari).

2. Penjelasan Tahap Pra-Pendampingan: Agenda

Tahap Pra-Pendampingan

TAHAPAN	KEGIATAN	OUTPUT
Persiapan pra-pendampingan di provinsi dengan dinkes kab/kota, organisasi profesi dan pihak terkait lainnya (stakeholder pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal di kabupaten/kota	Workshop persiapan: • Menyamakan visi dan persepsi tentang upaya pendampigan RS kabupaten/kota secara keseluruhan; • Menjelaskan pedoman dan instrument mentoring; • Membahas hasil kajian mandiri dari tiap RS kabupaten/kota di wilayah provisni; • Identifikasi masalah prioritas di tiap RS kabupaten/kota berdasarkan hasil kajian tersebut. **Peserta:** stakeholder pelayanan maternal-neonatal di tingkat provinsi dan kabupaten/kota **Pemateri:** Kemenkes/Kesga/Satgas **Narasumber:** Mentor	• Recana dan strategi spesifik untuk setiap faskes; • Meminta faskes untuk melakukan penilaian mandiri menggunakan instrument pendampin: alat pantau kinerja klinik maternal dan neonatal; • Meminta faskes mendokumentasikan kegiatan penilaian mandiri menggunakan alat pantau kinerja klinik; • Menyepakati tanggal pelaksanaan dan metode pendampingan.

Catatan

Workshop Pra-Pendampingan **dapat dilakukan secara daring** (dalam jaringan/*online*) **atau luring** (luar jaringan/*off line*). Agenda keduanya seperti dijelaskan berikut ini.

Agenda Daring Workshop Pra-Pendampingan

KEGIATAN	AGENDA DARING	OUTPUT
Workshop persiapan: • Menyamakan visi dan persepsi tentang upaya pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan; • Menjelaskan pedoman dan instrumen mentoring; • Membahas hasil kajian mandiri dari tiap RS kabupaten/kota di wilayah provinsi; • Identifikasi masalah prioritas di tiap RS kabupaten/kota berdasarkan hasil kajian tersebut. **Peserta:** stakeholder pelayanan maternal-neonatal di tingkat provinsi dan kabupaten/kota – 16 RS vertikal bersama Dinkes Provinsi, Satgas Pusat, dan Tim Pemulihan KIA. **Pemateri:** Kemenkes/Kesga/Satgas Nasional. **Narasumber:** Mentor dari RS Pendamping. **Waktu:** 1 hari.	• Pembukaan • Sambutan • **Materi 1 – Penyamaan Misi:** "Upaya Terobosan dalam Menurunkan AKI dan AKN" • **Materi 2 – Pedoman Mentoring** • **Materi 3 – Analisis kajian mandiri kualitas layanan kesehatan maternal-neonatal di RSUD kabupaten/kota** • **Materi 4 – Instrumen Pendampingan:** Alat Pantau Kinerja Klinis: melakukan pemantauan mandiri dan dokumentasi kegiatan • Diskusi kelompok (*breakout room*) dibagi berdasarkan pertimbangan: kesenjangan, masalah kesehatan maternal-neonatal, dll. – penetapan rencana pendampingan dan focus pendampingan (termasuk teknis penyiapan dokumentasi pemantauan kinerja klinik berdasarkan alat pantau kinerja klinis).	• Recana dan strategi spesifik untuk setiap faskes; • Meminta faskes untuk melakukan penilaian mandiri menggunakan instrument pendampin: **alat pantau kinerja klinik maternal dan neonatal;** • Meminta faskes **mendokumentasikan** kegiatan penilaian mandiri menggunakan alat pantau kinerja klinik; • Menyepakati tanggal pelaksanaan dan metode pendampingan.

Agenda Luring Workshop Pra-Pendampingan

KEGIATAN	AGENDA DARING	OUTPUT
Workshop persiapan: • Menyamakan visi dan persepsi tentang upaya pendampingan RS kabupaten/kota secara keseluruhan; • Menjelaskan pedoman dan instrumen mentoring; • Membahas hasil kajian mandiri dari tiap RS kabupaten/kota di wilayah provinsi; • Identifikasi masalah prioritas di tiap RS kabupaten/kota berdasarkan hasil kajian tersebut. **Peserta:** stakeholder pelayanan maternal-neonatal di tingkat provinsi dan kabupaten/kota – 16 RS vertikal bersama Dinkes Provinsi, Satgas Pusat, dan Tim Pemulihan KIA. **Pemateri:** Kemenkes/Kesga/Satgas Nasional. **Narasumber:** Mentor dari RS Pendamping. **Waktu:** 1 hari.	• Pembukaan • Sambutan • **Materi 1 – Penyamaan Misi:** "Upaya Terobosan dalam Menurunkan AKI dan AKN" • **Materi 2 – Pedoman Mentoring** • **Materi 3 – Analisis kajian mandiri kualitas layanan kesehatan maternal-neonatal di RSUD kabupaten/kota** • **Materi 4 – Instrumen Pendampingan:** Alat Pantau Kinerja Klinis: melakukan pemantauan mandiri dan dokumentasi kegiatan • Diskusi kelompok dibagi berdasarkan pertimbangan: kesenjangan, masalah kesehatan maternal-neonatal, dll. – penetapan rencana pendampingan dan focus pendampingan (termasuk teknis penyiapan dokumentasi pemantauan kinerja klinik berdasarkan alat pantau kinerja klinis).	• Recana dan strategi spesifik untuk setiap faskes; • Meminta faskes untuk melakukan penilaian mandiri menggunakan instrument pendampin: **alat pantau kinerja klinik maternal dan neonatal;** • Meminta faskes **mendokumentasikan** kegiatan penilaian mandiri menggunakan alat pantau kinerja klinik; • Menyepakati tanggal pelaksanaan dan metode pendampingan.

3. Penjelasan Tahap Pelaksanaan Pendampingan pada Kunjungan Pertama ke RS Kabupaten/Kota: Agenda

Pelasanaan Pendampingan pada Kunjungan Pertama (3 Hari)

TAHAPAN	KEGIATAN	OUTPUT
Menyamakan persepsi dan visi, membangun komitmen, dan menjalin hubungan baik.	**Lokakarya *Building Commitment*** • Metode: presentasi dan diskusi. • Pemateri: mentor • Peserta: stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neoanatal di kabupaten/kota.	• Presentasi Materi • Penandatanganan Kesepakatan • 4 jam – Hari 1 • Penugasan bagi RSUD untuk menyiapkan materi Hari 2, jarak pertemuan
Validasi hasil kajian mandiri dan identifikasi tiga masalah kesehatan maternal-neonatal yang akan digarap	Lanjutan dari Lokakarya ***Building Commitment*** • Metode: presentasi dan diskusi. • Pemateri: Direktur RS • Peserta: pelayanan kesehatan maternal-neoanatal di kabupaten/kota. • **Materi: Kinerja Layanan Maternal-Neonatal RS berdasar dan tidak terbatas dari Penilaian Mandiri SIMATNEO dan Alat Pantau Kinerja Klinik** • Luring: kunjungan ke area layanan maternal-neonatal • Daring: mendiskusikan dokumentasi faskes (video) tentang kegiatan penilaian mandiri menggunakan alat pantau kinerja klinik yang menunjukkan area layanan maternal-neonatal menggambarkan kesiapan: INPUT – PROSES di area tersebut sesuai instrument pendampingan.	Rencana dan Strategi Pendampingan: • Kesepatakan tentang situasi dan kondisi RS yang didampingi; • Rencana perbaikan dan metode pendampingan; • Waktu pendampingan; • Menyepakati target dan indicator yang akan dipakai untuk memantau kemanjuan.
Melaksanakan pendampingan tata Kelola klinis	**Luring** • Kunjungan mentor ke area pelayanan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan	• Validasi hasil kinerja faskes • Perubahan sesuai temuan • Diskusi mendalam terkait: – Kesenjangan dan kendala – bersama tim

TAHAPAN	KEGIATAN	OUTPUT
	neonates/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di faskes, terutama di unit area pelayanan maternal-neonatal. **Daring** • Diskusi mendalam/kajian video yang disiapkan faskes/ • Mengubah temuan dari diskusi menjadi ide-ide untuk POCQI di tiap area layanan maternal-neonatal. • *Breakout room*: pembahasan mendetail hingga implementasi teknis.	pelayanan di fasilitas kesehatan. – Penetapan ide POCQI • Menyiapkan RTL.
Menyusun rencana tindak lanjur	**Luring/Daring** Presentasi RTL oleh Tim RS Peserta: stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota Narasumber: Mentor	• RTL: rencana pemantauan RTL oleh mentor. • Menetapkan linimasa untuk mentoring/evaluasi RTL.

Catatan: POCQI (*Point of Care – Quality Improvement*) merupakan pendekatan upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes, diadaptasi dari panduan WHO.

Catatan
Pelaksanaan Pendampingan (pada Kunjungan) Pertama selama 3 hari tersebut **dapat dilakukan secara daring atau luring**, seperti dijelaskan dalam agenda berikut ini.

a. Agenda Pendampingan secara Daring selama 3 Hari

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Daring, Hari 1

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Lokakarya Membangun Komitmen (4 jam) **Metode:** presentasi dan diskusi **Pemateri**: Mentor **Peserta:** stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota	• Registrasi dan pembukaan • Sambutan • Lokakarya Pembangunan Komuitmen **Materi 1:** Profil Kualitas Pelayanan Kesehatan Maternal-Neonatal di Kabupaten/Kota – Bupati **Materi 2:** Kepemimpinan Strategis dan Organisasi Pembelajar – Mentor **Penandatanganan Kebulatan Tekad Menurunkan AKI/AKN** (foto bersama) **Materi 3:** Pengarahan Teknis Pelaksanan Pendampingan Daring – Mentor (jika lebih dari 2 RSUD maka buat breakout room)	30 menit 3 x 15 menit 60 menit 60 menit 15 menit 45 menit	• Presentasi Materi • Penandatanganan kesepakatan 4 jam – Hari ke-1 • Penugasan bagi RSUD untuk menyiapkan materi Hari ke-2, jarak pertemuan
Lokakarya Membangun Komitmen – Lanjutan (4 jam) **Metode: presentasi dan diskusi** **Pemateri: Direktur RS** **Peserta:** stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di RS berdasar dan tidak terbatas dari penilaian mandiri SIMATNEO dan Alat Pantau Kinerja Klinik menggambarkan kesiapan: INPUT – PROSES di area tersebut sesuai intrumen pendampingan.	• ISHOMA • **Telaah Kualitas Pelayanan Maternal-Neonatal** – Mentor – Data intrumen SIMATNEO – Dokumentasi pemantauan kinerja klinis di RSUD (video) (diskusi kelompok kecil/breakout room – Latihan gap/root cause analysis hingga mendapatkan rencana dan strategi pendampingan jangka menengah) • **Validasi Pantauan Kinerja Pelauanan Maternal**-neonatal (video call dari area layanan dengan kesenjangan/tantangan terbesar) • **Wrapped-Up Dan Rencana Pendampingan Hari Ke-2** – Peresiapan problem solving menggunakan POCQI – Persiapan kajian kasus kematian/*near miss* maternal-neonatal	Paralel 90 menit 105 menit 45 menit	Rencana dan strategi pendampingan • Kesepakatan tentang situasi dan kondisi RS yang didampingi, pendampingan. • Rencana perbaikan dan metodenya. • Waktu. • Menyepakati target dan indicator yang akan dipakai untuk memantau kemajuan.

Tahapan Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Daring, Hari II

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
• Diskusi mendalam mengkaji video yang disiapkan oleh layanan kesehatan. • Mengubah temuan dari diskusi menajadi ide-ide untuk POCQI di tiap area layanan maternal-neonatal. • Breakout room: Pembahasan rinci hingga implementasi teknis	**Pembukaan Hari II** **Kajian kasus *near-miss*/kematian maternal-neonatal –** kasus dari RSUD disiapkan PPT – diskusi mengurai kesenjangan dalam pemberian layanan. **Pendampingan klinis di lapangan:** • Simulasi emergensi maternal dan neonatal – tujuan, teknis pelaksanaan, evaluasi dan pembelajaran. • Lanjutan diskusi *gap*/*root cause analysis* dengan metode POCQI – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • Lanjutan telaah lapangan area layanan maternal-neonatal tertentu (focus). • *Update*/*refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Persiapan RTL**	10 menit 60 menit 60 menit 180 menit (3 jam) 60 menit 45 menit 75 menit	• Validasi hasil kinerja fasilitas kesehatan. • Perbaikan sesuai temuan. • Diskusi mendalam terkait: – Kesenjangan dan kendala Bersama tim pelayanan di RS; – Penetapan ide POCQI. • Menyiapkan RTL

Tahapan Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Daring, Hari III

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Lanjutan pendampingan	**Pembukaan Hari III** **Pendampingan klinis di lapangan (lanjutan):** • Lanjutan diskusi *gap/root cause analysis* dengan metode POCQI – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • Lanjutan telaah lapangan area layanan maternal-neonatal tertentu (focus). • *Update/refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Persiapan RTL**	180 menit (3 jam) 60 menit	RTL
Presentasi RTL oleh tim fasilitas layanan kesehatan **Peserta:** stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota. **Narasumber:** Mentor	**Presentasi RTL RSUD –** Ketua tim PONEK/PJ QI Tanggapan terhadap RTL: • Saran dari stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di tingkat kabupaten/kota. • Saran dari mentor Penutupan	45 menit 60 menit 15 menit	Rencana pemantauan RTL oleh mentor. Menetapkan lini masa untuk menitoring dan evaluasi RTL.

b. Agenda Pendampingan secara Luring selama 3 Hari

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Luring, Hari 1

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Lokakarya Membangun Komitmen (4 jam) **Metode:** presentasi dan diskusi **Paparan:** Kepala daerah kabupaten/kota, direktur RS **Pemateri**: Mentor **Peserta:** stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota	• Registrasi dan pembukaan • Sambutan • Lokakarya Pembangunan Komuitmen **Materi 1:** Profil Kualitas Pelayanan Kesehatan Maternal-Neonatal di Kabupaten/Kota – Bupati **Materi 2:** Profil Kualitas Pelayanan Kesehatan Maternal-Neonatal di RSUD (termasuk dan tidak terbatas pada data SIMATNEO) – Direktur RSUD **Materi 3:** Kepemimpinan Strategis dan Organisasi Pembelajar – Mentor **Penandatanganan Kebulatan Tekad Menurunkan AKI/AKN** **Materi 4:** Pengarahan Teknis Pelaksanan Pendampingan Daring (menggunakan alat pantau kinerja klinik) – Mentor	30 menit 30 menit 30 menit 30 menit 60 menit 15 menit 45 menit	• Presentasi Materi. • Penandatanganan kesepakatan. • Penugasan bagi RSUD untuk menyiapkan materi Hari ke-2.
Lokakarya Membangun Komitmen – Lanjutan (4 jam) **Metode:** kunjungan, pendampingan lapangan dan diskusi. **Peserta:** stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di RSUD **Materi:** Validasi kinerja layanan maternal-neonatal RS berdasar dan tidak terbatas dari Penilaian Mandiri SIMATNEO dan Alat Pantau Kinerja Klinik – menggambarkan kesiapan: INPUT – PROSES di area tersebut sesuai dengan instrument pendampingan.	• ISHOMA • **Telaah Kualitas Pelayanan Maternal-Neonatal** – Mentor – Pendampingan menggunakan instrumen *walkthrough* dan alat pantau kinerja klinik. – Identifikasi kesenjangan dalam layanan kesehatan maternal-neonatal di semua area layanan – Dialog di tempat terhadap temuan kesenjangan dalam pelayanan di semua area layanan kesehatan maternal-neonatal. • **Wrapped-Up Dan Rencana Pendampingan Hari Ke-2** ○ Persiapan *problem solving* menggunakan POCQI ○ Persiapan kajian kasus kematian/*near miss* maternal-neonatal	Paralel Maternal dan Neonatal 180 menit (3 jam) 60 menit	Rencana dan strategi pendampingan: • Kesepakatan tentang situasi dan kondisi RS yang didampingi, pendampingan. • Rencana perbaikan dan metodenya. • Lini waktu. • Menyepakati target dan indikator yang akan dipakai untuk memantau kemajuan. • Tim mentor mendiskusikan rencana pendampingan secara internal.

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Luring, Hari 11

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
• Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonates/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal.	**Pembukaan Hari II** **Kajian kasus *near-miss*/kematian maternal-neonatal –** kasus dari RSUD disiapkan PPT – diskusi mengurai kesenjangan dalam pemberian layanan. **Pendampingan klinis di lapangan:** • Simulasi emergensi maternal dan neonatal. • Lanjutan diskusi *gap/root cause analysis* dengan metode POCQI – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • Lanjutan telaah lapangan area layanan maternal-neonatal. • *Update/refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Penyusunan RTL**	15 menit 60 menit 45 menit 60 menit 240 menit (4 jam) 60 menit	• Validasi hasil kinerja fasilitas kesehatan. • Perbaikan sesuai temuan. • Diskusi mendalam terkait: o Kesenjangan dan kendala Bersama tim pelayanan di RS; o Penetapan ide POCQI. • Menyiapkan RTL.

Agenda Pelaksanaan Pendampingan Pertama – Luring, Hari III

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Pendampingan klinis di lapangan	**Pembukaan Hari III** **Pendampingan klinis di lapangan (lanjutan):** • Lanjutan diskusi *gap*/*root cause analysis* dengan metode POCQI – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • Lanjutan telaah lapangan area layanan maternal-neonatal tertentu (focus). • *Update*/*refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Penyusunan RTL**	180 menit (3 jam) 60 menit	RTL
Presentasi RTL oleh tim RS **Peserta:** stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota. **Narasumber:** Mentor	**Presentasi RTL RSUD –** Ketua tim PONEK/PJ QI/ Wakil Direktur Pelayanan Medik & Keperawatan. **Tanggapan** terhadap RTL: • Saran dari stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di tingkat kabupaten/kota. • Saran dari mentor **Penutupan**	60 menit 90 menit 10 menit	Rencana pemantauan RTL oleh mentor. Menetapkan lini masa untuk menitoring dan evaluasi RTL.

4. Penjelasan Tahap Pengukuran Kinerja (*Bench-marking*) atau Studi Banding: Agenda

Tahap Studi Banding (*Bench-marking*) – Daring

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Melakukan workshop daring mengenai: • **MODEL (video) tentang kegiatan penilaian mandiri mengguanakan alat pantau kinerja klinik** yang menunjukkan area layanan maternal-neonatal menggambarkan kesiapan: INPUT – PROSES di area tersebut sesuai dengan instrument pendampingan. • Mengikuti secara daring kegiatan audit medis maternal-neonatal.	**Pembukaan** **Sambutan Direktur RS Vertikal –** pembelajaran dalam layanan kesehatan maternal-neonatal berkualitas. **Modeling Pelayanan Maternal-Neonatal Berkualitas:** • Dokumentasi faskes MODEL (video) tentang kegiatan penilaian mandiri mengguanakan alat pantau kinerja klinik yang menunjukkan area layanan maternal-neonatal menggambarkan kesiapan: INPUT – PROSES di area tersebut sesuai dengan instrument pendampingan – fokus pada kesenjangan di RSUD (Mentor). • Kegiatan kajian kasus kematian/*near-miss* maternal-neonatal. **Diskusi Tanya-Jawab** **Tanggapan dari Tim RSUD – review RTL**	15 menit 15 menit Paralel maternal-neoantal 120 menit 60 menit 30 menit 60 menit	Perbaikan/ Penyesuaian RTL RS.

5. Penjelasan Tahap Pelaksanaan Pendampingan pada Kunjungan Kedua dst ke RS Kabupaten/Kota: Agenda

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua (3 Hari)

TAHAPAN	AGENDA	OUTPUT
• Membangun komitmen • Diskusi hasil pelaksanaan RTL pertemuan pertama, disamping tetap menjaga komitmen dan interaksi yang produktif.	**Workshop (Luring/Daring)** **Metode:** presentasi dan diskusi **Pemateri:** Tim RS **Materi:** • Kemajuan kinerja sesuai dengan alat pantau; • Evaluasi kemajuan POCQI; • Pencapaian RTL; • Diskusi kesenjangan. **Peserta:** stakeholder pelayanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota. **Narasumber:** mentor	Presentasi materi Masukan dari diskusi untuk ditindaklanjuti.
• Melaksanakan pendampingan tata kelola klinis	**Luring:** • Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatak: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonates/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal. **Daring:** • Diskusi mendalam kajian video yang disiapkan RS – mengerucut pada area dengan kesenjangan. • Evaluasi pelaksanaan POCQI di tiap area layanan maternal-neonatal. • Breakout room: pembahasan rinci upaya perbaikan sesuai temuan.	RTL baru

Catatan

Pelaksanaan Pendampingan (pada Kunjungan) Kedua dst selama 3 hari tersebut **dapat dilakukan secara luring atau daring**, seperti dijelaskan dalam agenda berikut ini.

a. Agenda Pendampingan Kedua secara Luring selama 3 Hari

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Luring, Hari 1

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
***Workshop* (Luring)** **Metode:** presentasi dan diskusi **Pemateri:** Tim RS **Materi:** • Kemajuan kinerja sesuai dengan alat pantau; • Evaluasi kemajuan; • POCQI; • Pencapaian RTL; • Diskusi kesenjangan. **Peserta**: stakeholder layanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota. **Narasumber**: Mentor.	**Pembukaan** **Sambutan** **Materi 1** (Penyampaian oleh Tim RSUD): • Evaluasi SIMATNEO; • Pencapaian kinerja klinik berdasarkan alat pantau; • Laporan kemanjuan POCQI; • Kemajuan pelaksanaan RTL; • Diskusi kesenjangan. **Materi 2**: memperbaharui komitmen – apa, mengapa, dan bagaimana membuat perubahan terjadi. **Metode:** presentasi interaktif. **Narasumber:** mentor **Materi 3**: diskusi kelompok (parallel maternal-neonatal) • Evaluasi kinerja; • Tinjauan klinik dan dialog/pendampingan perbaikan di area layanan maternal-neonatal.	15 menit 30 menit 60 menit 45 menit 5 jam 30 menit	Presentasi materi Masukan dari diskusi untuk ditindaklanjuti.

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Luring, Hari 11

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Luring: • Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonatus/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal.	**Pembukaan hari II** **Kajian kasus *near-miss*/kematian maternal-neoantal** – kasus dari RSUD, disiapkan PPT – diskusi mengurai kesenjangan dalam pemberian layanan. **Telaah efisiensi dan efektifitas** rujukan – upaya peningkatan peran RSUD dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi rujukan maternal-neonatal. **Pendampingan klinis di lapangan:** • Lanjutan telaah lapangan • Lanjutan diskusi *gap*/*root cause analysis* dengan metode POCQI siklus ke-2 – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • *Update*/*refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Persiapan penyusunan RTL**	60 menit 120 menit 60 menit 90 menit 90 menit 60 menit	Pelaksanaan pendampingan: • Dialog; • *Refreshing*. RTL baru

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Luring, Hari III

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Luring: • Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonatus/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal.	**Pembukaan hari III** **Lanjutan telaah efisiensi dan efektifitas** rujukan – upaya peningkatan peran RSUD dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi rujukan maternal-neonatal – pembinaan jejaring rujukan di tingkat kabupaten/kota. **Lanjutan pendampingan klinis:** • Lanjutan diskusi gap/root cause analysis dengan metode POCQI siklus ke-2 – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • Lanjutan telaah lapangan area layanan maternal-neonatal tertentu (fokus) • *Update/refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Penyusunan RTL**	15 menit 60 menit 120 menit 60 menit	Pelaksanaan pendampingan: • Dialog; • *Refreshing*. RTL baru
	Presentasi RTL RSUD – Ketua tim PONEK/PJ QI/ Wakil Direktur Pelayanan Medik & Keperawatan. **Tanggapan terhadap RTL:** • Saran dari stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di tingkat kabupaten/kota. • Saran dari mentor **Penutupan**	60 menit 60 menit 15 menit	

b. Agenda Pendampingan Kedua secara Daring selama 3 Hari

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Daring, Hari 1

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
***Workshop* (Daring)** **Metode:** presentasi dan diskusi **Pemateri:** Tim RS **Materi:** • Kemajuan kinerja sesuai dengan alat pantau; • Evaluasi kemajuan; • POCQI; • Pencapaian RTL; • Diskusi kesenjangan. **Peserta**: stakeholder layanan kesehatan maternal-neonatal di kabupaten/kota. **Narasumber**: Mentor.	**Pembukaan** **Sambutan** **Materi 1** (Penyampaian oleh Tim RSUD): • Evaluasi SIMATNEO; • Pencapaian kinerja klinik berdasarkan alat pantau; • Laporan kemanjuan POCQI; • Kemajuan pelaksanaan RTL; • Diskusi kesenjangan. **Metode:** Presentasi dan diskusi, tanya-jawab. **Materi 2**: memperbaharui komitmen – apa, mengapa, dan bagaimana membuat perubahan terjadi. **Metode:** presentasi interaktif. **Narasumber:** mentor **Materi 3**: diskusi kelompok (parallel maternal-neonatal) • Evaluasi kinerja; • Telaah kritis terhadap rekaman video kegiatan/layanan/Teknik penatalaksanaan tertentu.	15 menit 30 menit 60 menit 45 menit 5 jam 30 menit	Presentasi materi Masukan dari diskusi untuk ditindaklanjuti.

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Daring, Hari 11

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Daring: • Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonatus/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal.	**Pembukaan hari II** **Kajian kasus *near-miss*/kematian maternal-neoantal** – kasus dari RSUD, disiapkan PPT – diskusi mengurai kesenjangan dalam pemberian layanan. **Telaah efisiensi dan efektifitas** rujukan – upaya peningkatan peran RSUD dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi rujukan maternal-neonatal. **Kunjungan ke area layanan kritikal** – menggunakan *video call*. **Pendampingan klinis di lapangan:** • Lanjutan diskusi *gap*/*root cause analysis* dengan metode POCQI siklus ke-2 – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • *Update*/*refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus. **Persiapan penyusunan RTL**	60 menit 120 menit 60 menit 90 menit 90 menit 60 menit	Pelaksanaan pendampingan: • Dialog; • *Refreshing*. RTL baru

Tahap Pelaksanaan Pendampingan Kedua – Daring, Hari III

KEGIATAN	AGENDA	WAKTU	OUTPUT
Daring: • Kunjungan mentor ke area layanan kesehatan maternal-neonatal: IGD, kamar bersalin, kamar operasi, ruang perawatan ibu dan ruang perawatan neonatus/SCN/NICU. • Simulasi kegawatdaruratan maternal-neonatal untuk melihat kesiapan emergensi di RS terutama di unit area layanan kesehatan maternal-neonatal.	**Pembukaan hari III** **Lanjutan telaah efisiensi dan efektifitas** - upaya peningkatan peran RSUD dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi rujukan maternal-neonatal – pembinaan jejaring rujukan di tingkat kabupaten/kota. **Lanjutan pendampingan klinis:** • Lanjutan diskusi *gap*/*root cause analysis* dengan metode POCQI siklus ke-2 – diskusi kelompok kecil sesuai kebutuhan, • *Update*/*refreshing* klinis sesuai kebutuhan – metode: simulasi dan diskusi kasus menggunakan bahan ajar rekaman video. **Penyusunan RTL**	60 menit 120 menit 60 menit	Pelaksanaan pendampingan: • Dialog; • *Refreshing*. RTL baru
	Presentasi RTL RSUD – Ketua tim PONEK/PJ QI/ Wakil Direktur Pelayanan Medik & Keperawatan. **Tanggapan terhadap RTL:** • Saran dari stakeholder fasilitas layanan kesehatan maternal-neonatal di tingkat kabupaten/kota. • Saran dari mentor **Penutupan**	90 menit 90 menit 15 menit	

Catatan

- Pendampingan klinis adalah upaya terobosan dalam meningkatkan kualitas pelayanan maternal-neonatal.
- Diperlukan upaya lebih dari mentor maupun *mentee* untuk dapat menterjemahkan informasi yang diperoleh agar mendapatkan solusi yang kreatif.
- Kunci keberhasilan dari pendampingan adalah:
  - Adanya kesamaan VISI dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.
  - Terbentuknya interaksi yang hangat antara mentor dan *mentee.*
  - Analisis yang komprehensif terhadap semua informasi yang diterima.
  - Penyusunan strategi pendampingan yang efektif dan efisien oleh mentor dengan keterlibatan erat semua *mentee.*