



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA

EMAS
Menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Panduan Fasilitasi AMP



Panduan Fasilitasi
Pemantapan AMP

Panduan
Operasional

Panduan
Alat Pantau

Panduan Fasilitasi AMP

Pemantapan Proses
Audit Maternal dan Perinatal (AMP)
di Kabupaten/Kota

DAFTAR ISI

I LATAR BELAKANG

II TUJUAN

III KELUARAN

IV TAHAPAN KEGIATAN FASILITASI

Tahap I : Persiapan Pra Lokakarya Pemantapan Proses AMP

Tahap II : Fasilitasi Lokakarya Pemantapan AMP

Tahap III : Monitoring dan Evaluasi

V KERANGKA ACUAN PEMANTAPAN AMP DI KABUPATEN PROGRAM EMAS

VI PENUTUP



Maternal and perinatal audit systems have emerged as a fundamental principle in the context of obstetric care in the world over the recent years. Clinical audit systems improve patient care and service delivery, enlighten care providers on their strengths and weaknesses, improve knowledge and behaviour change in their patient care and enhance cost-effective use of resources [9,20,21]. The absence of maternal and perinatal audits in 50% and 63% of the hospitals respectively could be mainly linked to the lack of commitment, dedication and accountability of key staff and leadership.



Nyamtema *et al.*

BMC Pregnancy and Childbirth 2010

<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/29>

I TUJUAN



AMP merupakan proses yang perlu dan penting dilakukan dalam upaya menurunkan AKI/AKN, baik di tingkat fasilitas (audit medik kematian dan near miss audit) maupun di tingkat kabupaten. Dengan demikian perlu dipastikan proses AMP dilaksanakan dengan benar dan berkualitas sesuai Pedoman AMP 2010.

Pedoman AMP 2010 telah disosialisasikan ke seluruh INDONESIA sejak tahun 2010 ke tingkat KABUPATEN/ KOTA oleh Dinas Kesehatan Provinsi secara berjenjang dan berkesinambungan tergantung ketersediaan anggaran di daerah.

Dengan demikian, kabupaten/kota diharapkan melaksanakan penyesuaian di tingkat kabupaten/kota masing masing.

Buku ini dibuat sebagai pedoman bagi petugas Dinas Kesehatan dalam memfasilitasi terselenggaranya AMP sesuai dengan pendekatan baru.

PRINSIP-PRINSIP AMP 2010

Audit

- Semua kematian ibu melahirkan.
- Minimum 25% Kematian BBL.

Audit Maternal Perinatal

Merupakan bagian dari kewajiban profesi agar intervensi dapat diberikan secara lebih tepat dan kematian selanjutnya dapat dicegah.

Kementerian Kesehatan RI, melalui pembelajaran AMP sejak 2 dekade yang lalu telah merubah pendekatan mengacu pada prinsip

“NO NAME, NO BLAME, NO SHAME, dan NO PRO JUSTICIA”

Melalui pemanfaatan Tim pengkaji yang ditunjuk oleh Bupati/ Walikota

- untuk melakukan kajian/analisis/audit,
- serta memberikan rekomendasi yang akan ditindak lanjuti untuk melaksanakan perbaikan agar kasus yang sama tidak terulang lagi.

LATAR BELAKANG



A. Tujuan Umum

Terselenggaranya AMP yang mengacu pada Pedoman AMP 2010

B. Tujuan Khusus

1. Memfasilitasi persiapan Tim AMP sesuai Pedoman AMP 2010.
2. Menyiapkan Tim PENGKAJI AMP yang kompeten.
3. Memfasilitasi Pertemuan Rutin Tim Pengkaji.
4. Menyiapkan sistim pelaporan dan pengisian format AMP yang ada.
5. Menyiapkan materi anonim yang akan dikaji.
6. Menyusun Rencana Tindak lanjut pelaksanaan Pemantapan AMP.

KELUARAN



1. SK Tim AMP Pedoman AMP 2010.
2. Sistem Pelaporan, Pemanfaatan dan Penyimpanan Format
3. Tim Pengkaji yang kompeten.
4. Sekretariat dan Tim Manajemen KIA yang kompeten.
5. Hasil Kajian dan Rekomendasi.
6. Rencana Tindak lanjut Pemanjapan AMP yang sesuai Pedoman AMP 2010.
7. Pertemuan Rutin Tim Pengkaji.

TAHAP KEGIATAN FASILITASI



Tahap I : Persiapan Pra Lokakarya Pemantapan Proses AMP

Tahap II : Lokakarya Pemantapan Proses AMP

Tahap III : Pemantauan indikator keberhasilan AMP

(lihat Pedoman AMP hal 63-65)



Tahap I: Persiapan Pra Lokakarya Pemantapan Proses AMP

PASTIKAN

Dinas Kesehatan mereview:

1. Apakah SK Tim AMP sesuai dengan Pedoman AMP 2010 (lihat Pedoman AMP hal 16-22).
2. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam SK AMP:
 - Pelindung : Bupati/Walikota
 - Penanggung-jawab: Kepala Dinas Kesehatan, karena mempunyai tanggung-jawab rujukan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan di wilayah kerjanya.
 - Koordinator: Kepala Bidang Terkait yang ditunjuk Kadinkes, yaitu Yankes, Kesga/KIA
 - Tim Pengkaji:
 - jumlah disesuaikan kebutuhan,
 - lihat Pedoman AMP hal 18

- Perlu dituliskan "Nama" untuk menjaga akuntabilitas analisis dan rekomendasi yang diberikan
 - Apabila perlu penggantian anggota Tim, hanya perlu dibuatkan surat penunjukkan penggantian.
 - Kelompok Pelayanan PERLU ADA DALAM SK mengingat setiap kelompok mempunyai kewajiban (Pedoman AMP hal 20-22)
 - Misalnya kelompok kepala fasilitas yaitu Direktur RS baik pemerintah maupun swasta mempunyai kewajiban melaporkan kematian dalam 3x24 jam, rekapitulasi bulanan dan mengisi serta mengirim Rekam Medik Maternal (RMM)/ Rekam Medik Perinatal/ Neonatal (RMP) ke Dinas Kesehatan secara RAHASIA.
 - Kelompok Masyarakat mempunyai kewajiban memberikan INFORMASI LENGKAP seputar kematian.
 - Apabila SK belum ada, maka dapat dilakukan perbaikan ataupun pembuatan SK Tim AMP yang ditandatangani oleh Bupati/Walikota.
3. Apakah sudah dijalankan proses pengisian Format AMP baru dari mulai:
- Pemberitahuan Kematian Maternal Individual (PKmM)/ Pemberitahuan Kematian Perinatal/Neonatal Individual (PKmP) setiap kematian dalam 3x24 jam oleh kader, tenaga kesehatan dan RS;
 - Daftar Kematian Maternal (DKM)/ Daftar Kematian Perinatal/Neonatal (DKP) setiap bulan oleh Puskesmas dan RS;
 - Rekapitulasi Kematian Maternal (RKM)/ Rekapitulasi Kematian Perinatal/ Neonatal (RKP) Dinkes. Kabupaten/Kota;
 - Otopsi Verbal Maternal (OVM)/ Otopsi Verbal Perinatal-Neonatal (OVP) setiap kasus oleh bidan koordinator/ yang ditugaskan ;
 - Rekam Medik Maternal (RMM)/ Rekam Medik Perinatal/Neonatal (RMP) oleh pemberi layanan RS dan
 - Rekam Medik Kematian Perinatal/Neonatal Perantara (RMPP) oleh pemberi layanan fasilitas antara bila diperlukan (Pedoman AMP, lihat Bab Pencatatan dan Pelaporan hal. 26-34/soft file format terlampir).
 - Catatan: Format 4,5 dan 6 dikirim ke Tim AMP Dinas Kesehatan diketahui oleh Kepala Fasilitas (Direktur, Kapus, dll) dan dalam amplop bertuliskan RAHASIA.
4. Apakah anonimasi dokumen yang dikirim dari fasilitas secara rahasia telah dilakukan dan diregistrasi dengan pemberian nomor unik oleh Sekretariat.

CARA ANOMASI yaitu berkas rahasia difotokopi, di tip-ex semua identifikasi klien, keluarga, tenaga kesehatan dan semua alamat klien termasuk nama dan alamat fasilitas pemberi layanan (RS ataupun Pusk/Poskesdes/Polindes), kemudian dokumen baru boleh diperbanyak.

Dokumen asli disimpan, dikelola dan dijaga kerahasiaannya oleh Sekretariat.

5. Menunjuk personil sekretariat (surat tugas Kabid/Koordinator Tim AMP) yang bertugas menjaga keamanan dan kerahasiaan dokumen yang masih ada identifikasi nama, alamat klien, provider dan fasilitas pemberi layanan.
6. Merapikan File penyimpanan semua format AMP oleh sekretariat AMP Dinkes.



Amplop berisi Laporan Rahasia disimpan dalam lemari

Dipastikan lemari penyimpanan file laporan terkunci

7. Menyiapkan kerjasama regional apabila diperlukan dalam pelayanan lintas batas antar kabupaten atau provinsi.
 - Hal ini mengingat yang melaksanakan AMP bukan kabupaten di mana fasilitas berada. Contoh: Pasien dari suatu kabupaten dirujuk ke kabupaten lain/kota lain kemudian meninggal di RS tipe B di kota lain lagi, maka RMM dan RMMP diisi oleh RS terakhir dan RS antara.
8. Menyiapkan Lokakarya Pemantapan AMP sesuai Pedoman AMP 2010



Tahap II: Fasilitasi Lokakarya Pemantapan AMP

6 Langkah dalam memfasilitasi Lokakarya:

Langkah 1: Review Kebijakan

Langkah 2: Review Format

Langkah 3: Pemantapan Pelaksanaan Kajian dan Mutu Rekomendasi

Langkah 4: Tim pengkaji melakukan kajian terhadap kasus

Langkah 5: Presentasikan Hasil Kajian dan Ringkasan Kajian

Langkah 6: Rencana Tindak Lanjut

Langkah 1



Lakukan review Kebijakan dan Kegiatan AMP tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota

Diharapkan ada presentasi:

- Presentasi Kebijakan AMP Provinsi setempat
- Presentasi Program AMP oleh Para Spesialis/Organisasi Profesi tingkat Provinsi
- Presentasi Program AMP Kabupaten/Kota setempat.

PERHATIKAN

APAKAH MATERI YANG DIPRESENTASIKAN SUDAH SESUAI PEDOMAN 2010, ATAU MENGACU PADA AMP PEDOMAN LAMA Bila YA, Perlu diberikan masukan perbaikan apabila presentasi di atas belum mengacu kepada Pedoman Baru.

PERHATIKAN

- Apakah sudah dilakukan sosialisasi Pedoman AMP 2010
- Apakah sudah ada penyesuaian SK Tim
- Apakah Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan sudah memanfaatkan Format Baru
- Apakah sudah memanfaatkan Tim Pengkaji untuk melakukan audit/analisis/kajian rutin
- Berapa frekuensi pertemuan kajian oleh Tim Pengkaji dalam setahun, sebaiknya BULANAN
- Sudah adakah Pemisahan kegiatan Audit/kaji dan Pembelajaran, (Pembelajaran mempunyai target pembelajaran dengan peserta yang berbeda sesuai rekomendasi Tim Pengkaji
- Sudah diakomodasi di dalam Perjanjian Kerjasama Antar Fasilitas.

PADA TAHAP INI DAPAT DISIMPULKAN APAKAH KABUPATEN KOTA SUDAH MELAKSANAKAN AMP BERDASARKAN PEDOMAN AMP 2010:

- Kebijakan sudah sesuai.
- SK Tim AMP sesuai.
- Adanya Nama Tim Pengkaji (penunjukan Bupati) yang berfungsi.
- Kewajiban fasilitas sudah jelas.
- Audit dilaksanakan melalui Kajian rutin.
- Terdapat pemisahan yang jelas antara kajian (Audit) dengan kegiatan pembelajaran

- Target Pembelajaran sesuai rekomendasi Kajian dengan sasaran 4 kelompok (masyarakat, tenaga kesehatan, pimpinan fasilitas dan pembuat kebijakan).
- Sudah masuk dalam Perjanjian Kerjasama (PK) Antar Fasilitas.



Langkah 2

Review format yang dipakai saat ini

CARANYA

Tanyakan bagaimana mekanisme pemanfaatan ke 16 FORMAT (8 MATERNAL dan 8 PERINATAL)

- Apakah telah diterapkan semua
- Bagaimana cara pemanfaatannya
- Siapa yang mengisi
- Waktu pengisian
- Bagaimana cara pengiriman dan bagaimana cara penyimpanan.

Format AMP (Pedoman AMP 2010 hal. 26-34)

No.	Format	Pengisi	Penerima	Waktu
1.	PKmM/PKmP	Kader, Bidan di desa, BPS, Bidan RB, RS.	Puskesmas dan Dinkes untuk RS	3x24 jam
2.	Rekap tiap fasilitas DKM/DKP	Puskesmas, Rumah Sakit	Dinas Kesehatan	Setiap Bulan
3.	Rekap tiap kab/kota RKM/RKP	Dinas Kesehatan		Setiap Bulan
4.	OVM/OVP	Bidan Koordinator/petugas yang ditunjuk untuk semua kasus kematian.	Dinas Kesehatan secara rahasia	2x1minggu setelah laporan kematian.
5.	RMM/RMP	Pemberi layanan di RS atau Bidan Koordinator untuk kematian di tingkat Puskesmas kebawah.	Dinas Kesehatan secara rahasia oleh kepala fasilitas (Direktur/kepala puskesmas/Kepala BP).	2x1 minggu setelah laporan kematian dan audit medis fasilitas.
6.	RMMP/RMPP	Pemberi layanan di RS antara atau Bidan Koordinator untuk kematian di tingkat Puskesmas kebawah.	Dinas Kesehatan secara rahasia oleh kepala fasilitas antara (Direktur/ kepala puskesmas/ Kepala BP).	2x1 minggu setelah laporan kematian dan audit medis fasilitas.
7.	Review Kelengkapan Format	Sekretariat	Kembali minta kelengkapan data	Sebelum dianonimkan.
8.	Anonimasi No. 4,5 dan 6.	Sekretariat setelah diregistrasi dan diberi No. unik.	Dokumen dikirim ke Tim Pengkaji	Sebelum dilakukan Pertemuan Tim Pengkaji rutin.
9.	Berkas Rahasia	Sekretariat	Dijaga keamanan dan kerahasiaannya.	Sama dengan aturan rekam medis.
10.	Format Pengkaji dan Format Ringkasan Pengkaji M/P	Tim Pengkaji Kabupaten (SK Bupati/Walikota)	Bisa dikirim ke Tim Pengkaji Eksternal bila Tim Pengkaji Internal mendapat kesulitan/ tidak berkualitas.	Setiap berkas terkirim dan dibahas oleh Tim Pengkaji apabila setiap ada kasus/bulanan/ dua bulanan tergantung banyaknya kasus.
11.	Hasil kajian dan rekomendasi	Diolah oleh Koordinator dan Penanggung-jawab untuk menyusun RTL dan umpan balik	Dikirim ke POKJA untuk dibahas dan mendapat masukan.	Pada pertemuan POKJA

Lakukan review dengan mempergunakan ceklis di bawah.

REVIEW PENYESUAIAN AMP
LOKAKARYA AMP PROVINSI
TEMPAT.....
TANGGAL

NO	PROVINSI	
1.	SK TIM AMP BARU	
2.	JML TIM PENGKAJI	
3.	KEBIJAKAN AMP	
4.	STRATEGI	
5.	HAMBATAN	
6.	PEMBINAAN KABUPATEN/KOTA	
7.	MONEV	
8.	BERAPA % KAB/KOTA PENDEKATAN BARU	
9.	PENURUNAN KEMATIAN	

NO	KEGIATAN	KABUPATEN	KABUPATEN
1	SK TIM AMP BARU		
2	<ul style="list-style-type: none"> • JUMLAH TIM PENGKAJI SESUAI • SEMUA TIM TELAH MAMPU 		
3	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAT LAP KEMATIAN SESUAI • PKmM & PKmP • SIAPA PELAPOR • WAKTU MELAPOR • DIKIRIM KE PUSKESMAS • RS KIRIM KE DINKES 		
4	FORMAT REKAP KEMATIAN: <ul style="list-style-type: none"> • DKM & DKP PUSK & RS • RKP (REKAPITULASI) & RKM 		
5	WAKTU PELAPORAN RATA RATA (3 HARI)		
6	FORMAT OTOPSI VERBAL TERISI SEMUA	KASUS MATERNAL/ KASUS PERINATAL	KASUS MATERNAL/ KASUS PERINATAL
7	<ul style="list-style-type: none"> • WAKTU MENGISI OVM/OVP • OLEH SIAPA • % PUSK PUNYA TENAGA MAMPU 	HARI SETELAH LAPORAN MASUK	
8	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAT RMM DAN RMP DAN RMPM DAN RMMP TERISI SEMUA OLEH RS DAN PUSK (BPS, BDD, RB, PUSK) • OLEH SIAPA • WAKTU PENGISIAN SETELAH REVIEW KEMATIAN FASILITAS 		
9	DIKIRIM KE TIM MANAJEMEN AMP: CARA REGISTRASI ANONIMISASI		
10	FORMAT PENGKAJI TERISI BAGI SETIAP KASUS		

11	FORMAT REKOMENDASI TERISI BAGI SETIAP KASUS		
12	PEMBAHASAN TIM PENGAJAI : <ul style="list-style-type: none"> • CARA • PROSES • FREKUENSI/TAHUN • PEMBIAYAAN • HAMBATAN 		
13	HASIL TAHUN LALU <ul style="list-style-type: none"> • BERAPA PERUBAHAN KEBIJAKAN • BERAPA PEMBELAJARAN INDIVIDUAL • PEMBELAJARAN KELOMPOK TERFOKUS • PEMBELAJARAN MASAL • BERAPA% REK DI TINDAK-LANJUTI 		
14	PENURUNAN KEMATIAN MATERNAL DAN PERINATAL CFR		
15	WAJIB LAPOR DAN AUDIT TERCANTUM DI DALAM PK		
16	STANDAR KINERJA KLINIK		
17	KESESUAIAN DENGAN HASIL KINERJA ALAT PANTAU RUJUKAN		
18	LAPORAN MEMANFAATKAN SIJARIEMAS DAN SIGAPKU		



Langkah 3

Pemantapan Pelaksanaan Kajian dan Mutu Rekomendasi

Pada hari kedua lokakarya/ workshop, disampaikan terlebih dahulu hasil review di atas sampai dimana capaian penyesuaian suatu kabupaten mengacu ceklis di atas.

Proses Kajian

Kegiatan akan dilanjutkan dengan proses kajian atau bisa dilaksanakan pada hari pertama apabila masih tersedia waktu pada siang atau sore hari. Menyiapkan kegiatan Kajian oleh Tim Pengkaji yang hadir dengan memanfaatkan dokumen yang telah dianonimkan oleh Sekretariat AMP.

Rangkaian pada tahap ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi kelompok yang terdiri dari beberapa Tim Pengkaji. Tim Pengkaji yang terbentuk tergantung peserta yang hadir dan kasus yang tersedia.
Tim Pengkaji Maternal: Minimal satu SpOG, satu bidan Senior praktek dan satu KIA Dinkes Kabupaten.
Tim Pengkaji Perinatal: Minimal satu SpA, satu SpOG, satu Perawat Perina dan satu KIA Dinkes Kabupaten.

Contoh Tim Pengkaji Melakukan Pertemuan Audit di Kabupaten Karawang



Contoh Tim Pengkaji Melakukan Pertemuan Audit di Kabupaten Karawang

Apabila terdapat jumlah peserta yang cukup banyak, maka bisa dibentuk lebih dari 1 Tim Pengkaji untuk maternal ataupun perinatal.

2. Berikan Pembekalan bagaimana cara melakukan Kajian dengan memanfaatkan Format Kajian dan Format Ringkasan Pengkaji.

Cara melakukan kajian oleh Tim Pengkaji adalah sebagai berikut: (lihat Pedoman AMP 2010 halaman 42 tentang analisis Kematian);

Langkah analisis adalah sebagai berikut:

Bahan yang dianalisis berasal dari OV (Otopsi Verbal), RM (Rekam Medis)/RMP (Rekam Medis Perantara) setiap kasus yang telah dianonimkan.

- Simpulkan apakah kasus tersebut dapat dicegah atau tidak
- Identifikasi secara rinci faktor yang dapat dicegah, dilihat apakah dari faktor medis atau non medis
- Identifikasi masalah medis dengan melakukan analisis mendalam segala sesuatu sejak upaya penilaian awal, pengenalan masalah/penegakan diagnosis, rencana tatalaksana, tatalaksana, monitoring dan resusitasi sampai meninggal.
- Identifikasi diatas dinilai sejak periode hamil, ante partum, intra partum dan post partum, nifas.
- Penilaian dilakukan mengacu pada kriteria pemenuhan standar pelayanan (sub standar/sub optimal) untuk masing-masing periode di atas.

Penilaian sub-standar/sub-optimal mengacu pada peringkat di bawah:

Peringkat	Tingkat Perawatan sub-optimal/sub-standar
0	Tidak ada pelayanan yang sub-optimal Semua sesuai standar, pasien tetap meninggal
1.	Terdapat perawatan sub-optimal, sekiranya standar dipenuhi, tetap akan terjadi kematian.
2.	Terdapat perawatan sub-optimal, apabila standar dipenuhi, ada kemungkinan kematian dapat dihindari
3.	Bila standar dipenuhi pasien akan terhindar dari kematian

- Setelah ditentukan masalah dan peringkat medis dan masalah non medis maka akan dituliskan dan dirangkum dalam Formulir Ringkasan Pengkaji yang akan menjadi dasar pemberian rekomendasi.
- Selanjutnya, tentukan penyebab kematian dan klasifikasikan sesuai ICD X
- Tujuan klasifikasi: identifikasi penyebab primer/mendasar (menunjukkan area mana program untuk mencegah kematian difokuskan) dan identifikasi penyebab akhir dan faktor penunjang yang biasanya mempunyai klasifikasi yang sama (merujuk bagaimana sumberdaya yang diperlukan untuk menyelamatkan hidup akan dialokasikan). Sebagai contoh yaitu: abortus septik sebagai penyebab mendasar, penyebab akhir pneumonia dan faktor penyumbang nekrosis akut tubuler, syok septik maka dibutuhkan sumber daya analisis ginjal, ventilasi mekanik, dan lain-lain.
- Penyusunan Rekomendasi dilakukan sesuai dengan masalah pelayanan bagian mana yang sub standar beserta peringkat yang telah ditentukan (Format Pengkaji) dan tentukan pihak mana secara rinci yang dituju dan akan /harus melaksanakan koreksi agar kejadian serupa dapat dihindarkan dikemudian hari.

Contoh-contoh:

No.	Pelayanan Sub Standar	Sasaran	Bentuk Kegiatan
1.	Pelayanan post seksio	Perawat ruangan kebidanan	Pendampingan/ <i>update</i> standar untuk semua perawat tersebut di beberapa RS di kab.
2.	Pelayanan persalinan mengakibatkan <i>rupture uteri</i> oleh BPS	Pemberi layanan mendapat teguran dan pembinaan	Pemberian SK teguran dan dimagangkan. Sosialisasi <i>update</i> pemanfaatan partograf kepada semua BPS di kab tsb.
3.	Pelayanan ANC dalam deteksi risti oleh BDD	Pemberi layanan mendapat teguran dan pembinaan	Pembinaan melalui Bidan Koordinator kepada semua BDD.
4.	Pelayanan ICU pada perdarahan otak akibat eklampsia	Perbaikan layanan ICU	Kelengkapan sarana dan obat
5.	Pelayanan resusitasi oleh puskesmas PONE.	Peningkatan skill di PONE	Magang di RS
6.	Pelayanan transportasi rujukan	Pemantapan P4K	Pemberdayaan Masyarakat melalui P4K dan Desa Siaga
7.	Klien tamu terlantar	Buat Kebijakan pelayanan bagi klien tamu	Keluarkan SK /Edaran bagi para klien tamu.



Langkah 4

Tim Pengkaji melakukan kajian terhadap kasus

PASTIKAN

Tim Pengkaji melaksanakan kajian terhadap kasus yang telah disediakan selama 2-3 jam ke depan dan di fasilitasi agar kasus benar dianalisis dan kedua format Pengkaji terisi dengan benar.

CARA FASILITASI

- Review apakah informasi dalam OV dan RM cukup berkualitas sehingga dapat menghasilkan analisis dari setiap periode layanan.
- Pengkajian harus dilaksanakan oleh para spesialis mengingat ada kemungkinan kedua pengkaji lainnya akan kesulitan menentukan pelayanan di tingkat RS yang cukup spesialistik (Misalnya: penentuan operasi, pelaksanaan, pelayanan NICU, TH/ dan lain-lain.). Pengkaji Dinkes lebih banyak mengkaji masalah non medis/pelayanan puskesmas ke bawah.

TIM AKAN SALING MELENGKAPI

- Pengisian format secara benar, jangan lupa menuliskan masalah di tiap periode dan rangkuman masalahnya di kolom rangkuman.
- Tidak semua kolom rekomendasi perlu diisi karena setiap kasus mempunyai rekomendasi yang berbeda (misalnya: tidak diperlukan pembelajaran bidan di desa apabila yang sub standar adalah penentuan seksio/pelayanan paska operasi atau tidak diperlukan pelayanan transportasi bila masalah yang sub standar adalah pelayanan terlambat merujuk (melewati garis merah partograf) oleh BPS dan lain-lain.
- Jangan lupa menuliskan rekomendasi pada kolom rekomendasi serta penentuan prioritasnya.
- Cara penentuan ICD X (Pedoman AMP 81-99)

Langkah 5



Presentasikan Hasil Kajian dan ringkasan Kajian

- Agar semua peserta melakukan review apakah hasil kajian dan rekomendasi sudah sesuai dengan kaidah yang ada (Format kajian dan Format Ringkasan Pengkaji).

BEBERAPA HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

- Pada format kajian, masalah dan rangkumannya perlu dituliskan detail dan sequennya (dari masa hamil sampai post nifas, dari datang sampai pulang bagian mana yang sub standar).
- Setelah dapat masalah detail yang bisa diperbaiki maka rekomendasi secara tajam dan tepat sasaran menyelesaikan bagian tersebut. Mis: substandard seksio atasi seksio, substandard ANC atasi ANC, substandard transportasi atau substandard jaminan kesehatan atasi masalah yang sesuai. Tidak perlu semua yang ada di dalam format diisi, karena format disediakan untuk mengarahkan analisis para pengkaji agar tidak ada yang terlupakan.
- Berikan arahan untuk analisis yang belum mengacu pada kaidah.
- Berikan arahan untuk rekomendasi yang belum tepat sasaran.



Langkah 6

Rencana Tindak Lanjut

Ada 2 macam RTL dalam Lokakarya ini yaitu:

- RTL hasil rekomendasi.
- RTL ini akan dibahas oleh koordinator Tim AMP dan dieksekusi oleh Penanggung-jawab AMP kabupaten/kota tersebut.
- RTL ini dapat diperkuat pada saat pertemuan POKJA yang ada

Pantau apakah RTL sudah:

- Mengakomodasi kebutuhan rekomendasi yang ada
- Mengenai target sasaran rekomendasi (masyarakat, tenaga kesehatan, kepala fasilitas atau pembuat kebijakan).
- RTL Program AMP kabupaten/kota
- RTL ini disusun oleh Dinas Kesehatan / Ka Pusk kalau ada dalam rangka pemantapan AMP di kabupaten/kota.



Tahap III: Monitoring dan Evaluasi

- Monitoring dan Evaluasi kegiatan penyesuaian dilaksanakan setelah Lokarya Pemantapan AMP
- Pada tahap ini dapat dilakukan fasilitasi perbaikan apabila pada saat monitoring didapatkan hal-hal yang masih belum sesuai
- Dapat memanfaatkan ceklis diatas yang sudah terisi sekaligus memantau indikator AMP Pedoman hal 63-65.
- Selain itu manfaatkan Alat Pantau Kinerja Pemantapan Jejaring Rujukan Ibu dan BBL.

V KERANGKA ACUAN PEMANTAPAN AMP DI KABUPATEN PROGRAM EMAS



LatarBelakang

Program EMAS telah dilaksanakan sejak tahun 2011 di 10 kabupaten, 6 Provinsi yang berfokus pada peningkatan pelayanan gawat darurat ibu dan BBL, termasuk jejaring sistem rujukan yang efektif, efisien, dan berkeadilan yang di dukung dengan sistem tata kelola yang baik, memanfaatkan teknologi informasi komunikasi modern dan menerapkan alat yang menjamin akuntabilitas pelayanan.

Salah satu alat yang di dimanfaatkan dalam membangun suatu jaringan pelayanan gawat darurat yang berkualitas yaitu AMP. Melalui program EMAS, AMP merupakan suatu bagian penting dimana dampak program yaitu penurunan kematian ibu dan BBL menjadi target sasaran. Di lokasi Program EMAS, di mana tingkat penurunan kematian sudah cukup berat, diharapkan semua kematian dapat diaudit, baik di tingkat fasilitas (audit medik kematian dan near miss) maupun kabupaten.

Kemendes, melalui pembelajaran AMP sejak 2 dekade telah merubah pendekatan melalui prinsip "*no name, no blame, no shame* dan *no pro justicia*" dan memanfaatkan Tim pengkaji untuk melakukan kajian serta memberikan rekomendasi dengan keluarnya Pedoman AMP tahun 2010.

Melalui kajian awal di ke 10 kabupaten, hampir semua kabupaten melaksanakan AMP dengan frekwensi yang bervariasi dari mulai 1-11 kali pertahun, tergantung

anggaran yang ada. Belum semua kabupaten melakukan penyesuaian Tim AMP dan baru beberapa kabupaten melakukan kajian melalui adanya Tim pengkaji. Hampir semua kabupaten belum menerapkan AMP sesuai pedoman yang baru.

Oleh sebab itu melalui Program EMAS, Tim AMP kabupaten akan didukung melakukan perubahan pendekatan mengacu pada pendekatan baru sesuai pedoman yang ada.

Tujuan Umum

Terselenggaranya AMP di tingkat kabupaten mengacu pada pedoman AMP tahun 2010.

Tujuan khusus

1. Pembekalan Tim Pengkaji dalam melakukan kajian dan memberikan rekomendasi
2. Mengkaji kasus pada 6 bulan terakhir
3. Menyusun rekomendasi masing-masing kabupaten.
4. Menyusun Rencana Aksi AMP

Keluaran

1. Tim pengkaji mampu melakukan kajian.
2. Kajian kasus kematian ibu dan BBL 6 bulan.
3. Rekomendasi masing-masing kabupaten.
4. Rencana Aksi AMP

Rincian Kegiatan

Tahap Persiapan

1. Dinkes Kabupaten diharap melakukan penyesuaian Tim AMP sesuai Pedoman AMP tahun 2010.
2. Menyiapkan data kematian ibudan BBL (data bisa dibantu ME)
3. Mereview apakah AMP sudah dimasukkan ke dalam PK yang ada.
4. Mereview kinerja AMP melalui hasil Alat Pantau Kinerja (alat RS No 4 dan puskesmas No. 6)
5. Menyiapkan semua otopsi verbal kematian ibu dan BBI 6 bulan (Januari-Juni 2013)
6. Menyiapkan semua RMM dan RMP semua kasus di atas (catatan: semua data di atas dapat dibawa dalam elektronik file).

Tahap Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan di masing-masing provinsi melibatkan Tim kabupaten. Peserta adalah Tim AMP kabupaten yang terdiri dari Sekretariat dan Tim Pengkajisesuai SK atau calon Tim Pengkaji. (kurang lebih 10 orang)

Nara sumber adalah Dinkes Provinsi (Program KIA dan Program Yankes) dan Tim EMAS Jakarta dan Provinsi (Refferal Advisor, Manager, PTL, SPA, PPM, DF dan CC) Kegiatan akan dilaksanakan selama 2 hari.

Susuna Acara:**Hari I:**

- Kebijakan AMP oleh Dinkes Provinsi
- Pembekalan Tim Pengkaji oleh Fasilitator Dinkes Provinsi
- Melaksanakan kajian kasus oleh Pengkaji

Hari II:

- Pembahasan Tim Pengkaji oleh Tim Pengkaji
- Penyusunan Rekomendasi oleh Tim Pengkaji dan Sekretariat

Waktu Pelaksanaan

Minggu ke 2 atau ke 3 bulan Juli 2013.

VI PENUTUP



Dengan dilaksanakan fasilitasi kegiatan AMP di suatu kabupaten/ kota sebagaimana panduan di atas, maka diharapkan proses AMP sudah terjadi sesuai Pedoman AMP 2010 dan prinsip

“NO NAME, NO SHAME, NO BLAME dan NO PRO JUSTICIA”

dapat berjalan, analisis dan rekomendasi lebih tajam dan peningkatan kualitas pelayanan yang akhirnya

**MENGAKIBATKAN TERJADINYA PENURUNAN KEMATIAN
YANG MAKSIMAL**

