



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA

EMAS

Menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Pedoman Umum Monitoring Pelayanan Emergensi Maternal dan Neonatal



Pokja

PK
Antar Fasilitas

Maklumat
Pelayanan

FMM-
Peduli KIA

Monitoring &
Pengelolaan Umpan Balik

Pedoman Umum Monitoring Pelayanan Emergensi Maternal dan Neonatal

DAFTAR ISI

Bab I. Pendahuluan

- A. Latar Belakang
- B. Maksud dan Tujuan
- C. Pengertian Umum
- D. Tujuan Pelaksanaan Monitoring
- E. Ruang Lingkup
- F. Hasil yang diharapkan

Bab II. Informasi yang Dikumpulkan

Bab III. Menggunakan Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) sebagai Media Monitoring Pelayanan

- A. Mempersiapkan Diskusi Kelompok Terfokus

Bab IV. Pengolahan, Tabulasi Data dan Analisis Informasi

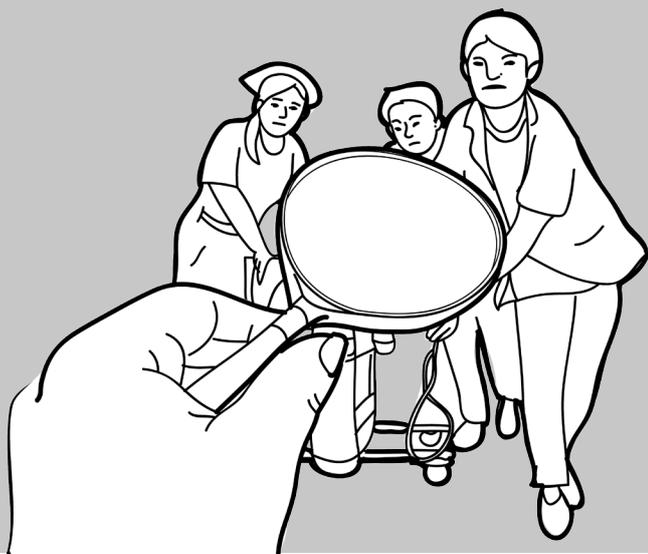
Bab V. Kesahihan dan Keterandalan Informasi

Bab VI. Langkah-langkah Fasilitasi

- Kartu Penilaian Komunitas/ Temu Pelanggan (KPK)
- Kartu Laporan warga (KLW)
- Kolaborative Monitoring/ Pemantauan Bersama (PB)

Bab VII. Publikasi dan Keterbukaan Informasi Hasil KPK/KLW/PM (Monitoring)

Bab VIII. Penutup



Bab I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Kementerian Kesehatan RI telah meluncurkan program EMAS (Expanding of Maternal and Neonatal Survival). Program ini berjangka waktu 5 tahun (2012-2016) untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui pendekatan klinis dan penguatan sistem rujukan yang efektif dan efisien di Rumah Sakit dan Puskesmas. Program EMAS bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKN di Indonesia sebesar 25% dengan meningkatkan kualitas dan akses kegawatdaruratan yang setara. Program EMAS dilaksanakan di 6 Provinsi yang berkontribusi terhadap 50% kematian ibu dan bayi di tingkat nasional. Secara teknis kegiatan program EMAS akan meliputi upaya penguatan kualitas pelayanan klinis kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir. Dilengkapi dengan upaya peningkatan partisipasi, transparansi dan akuntabilitas (tatakelola/governance) pelayanan, serta pemanfaatan teknologi sistem informasi komunikasi.

Dalam rangka meningkatkan partisipasi, transparansi dan akuntabilitas dalam pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal diperlukan keterlibatan masyarakat dalam monitoring pelayanan sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-undang Pelayanan Publik. Dalam program EMAS, diperkenalkan beberapa alat yang mudah diterapkan dan dapat dilakukan secara berkelanjutan. Beberapa alat monitoring yang diimplementasikan tersebut adalah Community Score Card (CSC), atau Kartu Penilaian Komunitas (KPK), Citizen Report Card (CRC), atau Kartu Laporan/Kabar dan Laporan dari Warga (KLW), dan Collaborative Monitoring/ Participatory Monitoring atau Pemantau Kolaboratif (PM).

KPK merupakan alat monitoring dan evaluasi pelayanan berbasis partisipasi masyarakat yang membuka peluang bagi masyarakat untuk menilai pelayanan publik, yang telah banyak diterapkan banyak lembaga non-pemerintah di beberapa negara, termasuk Indonesia. KPK dimaksudkan untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pelayanan publik yang diberikan kepada masyarakat baik di daerah pedesaan maupun di perkotaan.

KLW merupakan kombinasi survey partisipatif yang berbentuk umpan balik dari pengguna langsung layanan dengan seni menyampaikan pesan perbaikan pelayanan kepada penyedia layanan. KLW memadukan seni advokasi dan keahlian survai untuk mengetahui gambaran akan sesuatu yang nyata dihadapi warga

dalam memenuhi kebutuhan dasar melalui jasa pelayanan yang diberikan pemerintah dan penyelenggara layanan lainnya. Oleh karena itu KWL bukan survey belaka, melainkan advokasi perbaikan pelayanan yang didasarkan pada fakta-fakta berkaitan dengan kualitas pelayanan publik yang diterima masyarakat.

Pemantauan Bersama/Kolaborasi (PB) merupakan aktifitas pemantauan secara sistematis yang dilakukan oleh sebuah tim dari unsur pemangku kepentingan yang terkait dan berminat dalam penurunan angka kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir untuk mengungkap informasi yang berkaitan dengan program yang bertujuan mendorong perubahan dan penyesuaian untuk perbaikan pelayanan. Paradigma baru pelayanan publik menghendaki adanya reformasi pelayanan melalui demokratisasi, dimana kepentingan publik dan dialog menjadi sesuatu yang sangat penting. Peran pemerintah lebih ditekankan kepada melayani, daripada sekedar mengatur dan mengarahkan. Koalisi yang kolaboratif antara penyelenggara pelayanan, pemerintah dan masyarakat adalah pilihan utama untuk mencapai tujuan. Upaya-upaya ini dapat diwujudkan melalui monitoring oleh publik; kartu penilaian komunitas, kartu laporan warga maupun dengan pemantauan bersama/kolaboratif.

Dengan diundangkannya UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, penerapan paradigma baru dalam pelayanan tidak bisa ditawar lagi. Hal ini juga terjadi di sektor kesehatan, dimana pemerintah juga telah mengundang UU nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan. UU nomor 39 Tahun 2009, pada konsideran (b) menyatakan bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Sejalan dengan perkembangan pelayanan yang lebih menghargai hak-hak masyarakat sebagai warga negara, UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik juga menghendaki adanya partisipasi dan kontrol masyarakat terkait kualitas pelayanan publik.

Pasal 174 UU nomor 39 Tahun 2009 menyebutkan bahwa; (1) Masyarakat berperan serta, baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (2) Peran serta masyarakat tersebut mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif.

B. Maksud dan Tujuan

Pedoman Teknis Monitoring Pelayanan oleh Publik ini (KPK, KWL dan PB) dimaksudkan sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah khususnya Unit Pelayanan Kesehatan dan Pemangku Kepentingan Kesehatan terkait Kesehatan Ibu dan Anak dalam mendapatkan, mengelola dan menindaklanjuti umpan balik dari masyarakat penerima langsung layanan gawat darurat, dengan tujuan untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan gawat darurat pada masa selanjutnya. Bagi masyarakat, hasil dari monitoring melalui ketiga alat tersebut dapat digunakan sebagai gambaran tentang kinerja pelayanan unit yang bersangkutan.

C. Pengertian Umum

Dalam pedoman ini yang dimaksud dengan:

1. Kartu Penilaian Komunitas/Community Score Card (KPK/CSC) adalah informasi dan penilaian komunitas terkait pelayanan gawat darurat persalinan yang disampaikan kepada penyedia layanan, dibahas dan dipaduserasikan dengan penilaian mandiri penyedia layanan untuk disampaikan kepada pembuat kebijakan agar terjadi peningkatan kualitas pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal
2. Kartu Laporan Warga/Citizen Report Card (KLW/CRC) adalah data dan informasi tentang pengalaman dan tingkat kepuasan masyarakat penerima layanan langsung layanan gawat darurat maternal dan neonatal yang disampaikan kepada penyedia layanan, pemerintah daerah dan DRPD untuk ditindaklanjuti sebagai bahan dalam meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal.
3. Pemantauan Bersama/Collaborative Monitoring (PB) adalah penilaian sistematis kualitas pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal yang dilakukan oleh sebuah tim lintas pemangku kepentingan yang terdiri dari perwakilan pemerintah, penyedia pelayanan, legislative, perwakilan organisasi profesi, perwakilan desa siaga, perwakilan media, perwakilan organisasi masyarakat sipil dan perwakilan pelanggan, yang menghasilkan rekomendasi untuk ditindaklanjuti oleh semua pelaku dalam rangka perbaikan kualitas layanan gawat darurat maternal dan neonatal.
4. Penyelenggaraan pelayanan adalah instansi pemerintah dan rumah sakit swasta yang menyediakan layanan gawat darurat maternal dan neonatal.
5. Instansi Pemerintah adalah Instansi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah termasuk BUMN/BUMD/BLUD.
6. Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundangundangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.
7. Unit pelayanan adalah fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta yang secara langsung memberikan pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal.
8. Pemberi pelayanan publik adalah pegawai atau tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
9. Penerima pelayanan adalah ibu/suami/keluarga yang menerima langsung layanan gawat darurat maternal dan neonatal, yang menerima pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal.
10. Kepuasan pelayanan adalah hasil pendapat dan penilaian penerima langsung layanan gawat darurat maternal dan neonatal terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh aparatur penyelenggara pelayanan maternal dan neonatal.
11. Biaya pelayanan publik adalah segala biaya (dengan nama atau sebutan apapun) sebagai imbal jasa atas pemberian pelayanan maternal dan neonatal, yang besaran dan tatacara pembayarannya ditetapkan oleh pejabat yang berwenang sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.
12. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat sebagai variabel umpan balik dari masyarakat untuk mengetahui kinerja unit pelayanan maternal dan neonatal.
13. Responden adalah penerima pelayanan komplikasi/gawat darurat maternal dan neonatal yang menerima langsung layanan tersebut, atau anggota keluarga terdekat (dalam kasus kematian) dalam satu tahun terakhir.
14. Forum Masyarakat Madani (FMM) adalah kelompok masyarakat tingkat kabupaten yang terdiri dari kumpulan individu yang memiliki perhatian dan komitmen bersama pemerintah dan swasta bahu membahu untuk turut serta secara pro aktif dalam memperkuat upaya-upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan (AKI) dan angka kematian bayi (AKB)

D. Tujuan Pelaksanaan Monitoring

Monitoring pelayanan oleh publik ini bertujuan untuk;

1. Mendapatkan informasi dan pengalaman penerima layanan langsung terkait akses yang meliputi akses informasi, akses pelayanan, akses transportasi ibu hamil terhadap layanan maternal dan neonatal.
2. Mengetahui informasi dan pengalaman terkait pelayanan yang adekuat tentang komplikasi obstetrik/kebidanan dan neonatal/bayi lahir didapatkan.
3. Mengetahui pengalaman dan informasi tentang dinamika pelayanan gawat darurat yang didapatkan oleh pasien baik dari sisi administrasi, fasilitas, pembiayaan, waktu, sambutan petugas dan lain-lain.
4. Mengetahui dan mendapatkan umpan balik dari penerima pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal sebagai bahan perbaikan kebijakan dan pelayanan.
5. Mengetahui pengalaman dan persepsi pemangku kepentingan pemerhati layanan gawat darurat maternal dan neonatal.
6. Mendapatkan rekomendasi dari pemangku kepentingan/pemerhati layanan gawat darurat maternal dan neonatal untuk meningkatkan kualitas pelayanan
7. Meningkatkan partisipasi, transparansi dan akuntabilitas pelayanan.
8. Meningkatkan kesadaran penanggung-jawab dan pemberi layanan untuk melakukan perbaikan kualitas pelayanan.

E. Ruang Lingkup

Pedoman umum ini bisa diterapkan terhadap seluruh unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan emergensi maternal dan neonatal, sebagai instrumen penilaian dalam mengelola umpan balik dari masyarakat penerima layanan yang hasilnya menjadi bahan perbaikan kebijakan oleh pemerintah daerah dan perbaikan kinerja pelayanan pada masing masing fasilitas.

F. Hasil yang diharapkan

1. Berfungsi dan meningkatnya aksi kolektif kelompok warga melalui (Forum Masyarakat Madani-FMM) yang memiliki perhatian terhadap penurunan AKI dan AKB dalam menuntut pelayanan publik dengan kualitas yang lebih tinggi dan bisa dipertanggungjawabkan
2. Digunakannya hasil monitoring oleh pemerintah daerah atau penyedia jasa pelayanan lain (puskesmas dan rumah sakit) untuk melakukan perbaikan pelayanan, perbaikan kebijakan, serta perbaikan alokasi anggaran dan kualitas perencanaan secara berkelanjutan
3. Digunakannya hasil monitoring sebagai salah satu alat kontrol atau pengawasan terhadap unit-unit pengelola layanan maternal dan neonatal oleh masyarakat
4. Menguatnya inisiatif masyarakat, dimana informasi/hasil monitoring secara luas mendorong masyarakat untuk mengambil langkah proaktif dan kreatif dalam mengkatalisasi peran masyarakat dalam meningkatkan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
5. Meningkatnya kualitas hubungan dan komunikasi antara penyedia layanan dan penerima pelayanan
6. Meningkatnya transparansi dan akuntabilitas penyedia layanan kesehatan ibu dan anak khususnya pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal



Bab II

Informasi yang Dikumpulkan

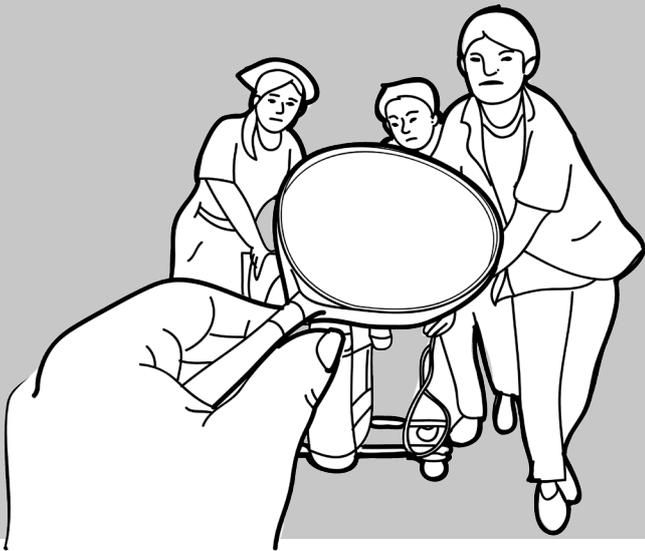
Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri PAN Nomor: 63/KEP/M.PAN/7/2003, yang kemudian dikembangkan menjadi 14 unsur yang "relevan", "valid" dan "reliabel", sebagai unsur minimal yang harus ada untuk menggali pengalaman dan kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
2. Persyaratan Pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
3. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya);
4. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku;
5. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
6. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
7. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan;
8. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
9. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
10. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan;
11. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan;
12. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan;

13. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan;
14. Keamanan Pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Bab III

Menggunakan Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) sebagai Media Monitoring Pelayanan



Monitoring pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal, baik menggunakan KPK, KWL maupun PB akan lebih banyak menggunakan Diskusi kelompok terfokus atau Focus Group Discussion (FGD) sebagai media pengumpulan informasi. FGD adalah media yang digunakan untuk mendiskusikan satu topik tertentu secara relatif mendalam. Biasanya diskusi kelompok ini diikuti tidak lebih dari 15 orang peserta dan dipandu oleh fasilitator terlatih dan pencatat proses (notulen).

Diskusi kelompok terfokus berbeda dengan diskusi kelompok informal, setidaknya karena topik dan alur diskusinya. Diskusi kelompok terfokus difokuskan untuk membicarakan satu topik secara mendalam. Sedangkan alur pembicaraan dalam diskusi kelompok dipandu oleh fasilitator dan pernyataan serta pembicaraan yang berlangsung ditulis secara cermat oleh pencatat proses.

Di dalam konteks monitoring pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal, diskusi kelompok terfokus ini dilakukan setelah tim pelaksana mendapatkan informasi terkini mengenai layanan tersebut. Diskusi dilakukan bersama kelompok terpilih yang berhubungan langsung dengan pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal. Praktek diskusi kelompok terfokus akan melalui 3 tahapan pelaksanaan, yaitu; persiapan diskusi, fasilitasi diskusi, dan mengidentifikasi, mengelompokkan serta menyusun masukan.

A. Mempersiapkan Diskusi Kelompok Terfokus

1. Peserta

Jumlah peserta diskusi mempertimbangkan untuk menciptakan suasana akrab dan memungkinkan setiap peserta berbicara bergiliran. Tetapi jumlah peserta juga harus cukup banyak untuk menghasilkan diskusi yang dapat dianggap mewakili pandangan dari berbagai golongan. Oleh karena itu jumlah peserta antara 13-15 orang diperkirakan cukup untuk menghidupkan diskusi dan sekaligus cukup akrab untuk mendorong setiap peserta berbicara. Biasanya dalam menentukan peserta diskusi kelompok terfokus, kita dapat dipandu dengan pertanyaan—pertanyaan;

- a) Kesamaan latar belakang apa yang harus dipunyai oleh peserta diskusi?

Misalnya: apakah akan mempengaruhi hasil diskusi jika laki-laki dan perempuan disatukan untuk mendiskusikan pelayanan gawat darurat?

- b) Kelompok masyarakat apa saja yang harus hadir dalam diskusi ini?
Misalnya: ada beberapa kelompok berbeda dalam masyarakat yang harus di undang dalam diskusi ini?
- c) Apakah ada kelompok khusus yang seharusnya diundang dalam diskusi ini? Misalnya konsumen, akademisi, atau petugas yang memahami seluk beluk pelayanan gawat darurat atau khusus kasus near miss.

2. Fasilitator

Peran fasilitator sebagai pemandu diskusi sangat menentukan lancarnya proses diskusi, sehingga ketrampilan fasilitator untuk memandu kelompok menjadi hal yang penting. Salah satu syarat yang tidak dapat ditawar adalah: fasilitator harus orang yang senang bekerja dalam kelompok dan menikmati berbicara dengan kelompok. Kadang kala proses diskusi berjalan lancar atau sulit dikendalikan. Oleh karena itu seorang fasilitator harus seseorang yang mampu berfikir dan menanggapi situasi kelompok dengan cepat. Tidak kalah pentingnya, seorang fasilitator harus sensitif dengan berbagai karakter peserta dan mau menyimak setiap ucapan.

3 Menentukan tujuan dan topik diskusi

Berbeda dengan survey atau interview yang mengajukan banyak pertanyaan untuk mendapatkan gambaran satu topik dengan luas, diskusi kelompok terfokus sebaiknya hanya menentukan satu topik utama untuk didiskusikan dengan detail. Oleh karena itu kita harus dengan jelas menentukan terlebih dahulu aspek-aspek apa saja yang perlu diangkat dan dibahas rinci dalam diskusi. Untuk memperjelas semua itu, biasanya kita menuliskan terlebih dahulu 2-3 tujuan utama yang ingin kita peroleh untuk memecahkan masalah yang dihadapi. Berdasarkan tujuan itulah, kita akan menentukan topik-topik yang akan dibicarakan dalam diskusi.

4. Menuliskan pertanyaan pemandu

Pertanyaan pemandu dalam diskusi kelompok terarah biasanya dirancang agar mendorong orang untuk memberikan pendapat atau informasi dengan detail. Pertanyaan tersebut dapat dimulai dengan pertanyaan yang sangat umum dan diakhiri dengan pertanyaan yang lebih mendalam. Pada awal diskusi misalnya, fasilitator dapat mulai dengan pertanyaan yang bersifat umum untuk memperkenalkan topik yang akan dibahas dan membuat peserta merasa nyaman. Pertanyaan "terbuka" dapat digunakan untuk mendorong orang untuk menjawab dan mengeluarkan pendapat dalam bahasanya masing-masing. Selanjutnya, setelah suasana "mencair", fasilitator dapat mulai melontarkan pertanyaan yang lebih mendalam pada akhir diskusi. Tetapi dalam situasi tertentu, kadang-kadang kita harus merubah skenario diskusi secara spontan. Misalnya, jika kita menghadapi kelompok yang sulit untuk berbicara terbuka, mungkin kita lebih banyak melontarkan pertanyaan umum sampai peserta merasa nyaman.

Boks 1: Jenis Pertanyaan Pemandu

Pertanyaan pembuka (2-3 pertanyaan): Pertanyaan ini lebih banyak berfungsi sebagai “pemanasan” dan membuat peserta merasa nyaman. Pertanyaan pembuka ini mengarahkan pada topik yang akan didiskusikan.

Pertanyaan umum (2-4 pertanyaan): Pertanyaan umum dilontarkan untuk mengarahkan peserta mulai berbicara permasalahan yang akan didiskusikan secara umum.

Pertanyaan mendalam (2-4 pertanyaan): Pertanyaan yang lebih detail, sulit dan sensitif, sebaiknya dilontarkan setelah peserta merasa terlibat dalam diskusi. Fasilitator dapat bertanya mengenai kondisi, pendapat, atau ide tertentu. Semakin mendalam pertanyaan, semakin baik pula hasil yang akan didapat dari diskusi. Berkenaan dengan pertanyaan ini, fasilitator dapat menggunakan alat bantu seperti gambar, contoh kasus, atau menuliskan pendapat masing-masing peserta pada kerta metaplan/ flipchart.

Pertanyaan akhir (1 pertanyaan): Pertanyaan terakhir dilontarkan untuk memberikan kesempatan pada peserta untuk mengatakan sesuatu mengenai hasil dan pembicaraan selama diskusi. Fasilitator biasanya melontarkan pertanyaan untuk meminta peserta mengomentari topik-topik utama yang didiskusikan. Pertanyaan terakhir juga bertujuan untuk memastikan bahwa semua pendapat peserta sudah ditampung.

5. Melaksanakan FGD

Fasilitator berperan penting dalam memandu diskusi. Keterampilan fasilitator dapat dikembangkan melalui latihan dan semakin banyak pengalaman. Dalam memandu diskusi, tugas fasilitator setidaknya dapat dikategorikan dalam 3 hal, yaitu:

- Tugas sosial, seperti memperkenalkan peserta, membuat peserta nyaman, dll.
- Tugas administrasi, seperti menjaga waktu diskusi dan kelengkapan notulensi.
- Tugas menggali data, menjaga fokus dan partisipasi, menghidupkan suasana, dll.

Setiap diskusi sebaiknya didokumentasikan lengkap, baik tertulis maupun menggunakan alat rekaman. Notulen bertanggung jawab untuk menuliskan secara rinci diskusi dan suasana kelompok. Biasanya notulen duduk di luar lingkaran peserta, sehingga tidak mengganggu jalannya diskusi. Tetapi notulen harus dapat mengamati ekspresi tiap peserta.

6 Analisis dan menulis laporan hasil diskusi

Analisis dapat dilakukan dengan cara:

- Mengelompokkan setiap jawaban berdasarkan pertanyaan fasilitator. Dengan menuliskan setiap jawaban di bawah pertanyaan, kita dapat mengetahui berbagai pendapat dan reaksi setiap peserta terhadap suatu topik atau pertanyaan yang dilontarkan.
- Menandai hal yang penting dalam catatan atau transkrip.

Berdasarkan data tersebut, kita dapat menuliskan semacam kesimpulan mengenai pendapat dan reaksi peserta terhadap topik yang didiskusikan. Sebaiknya dalam laporan diperhatikan beberapa hal seperti:

- Tulislah laporan secara singkat kira-kira 1 atau 2 halaman saja.
- Memberi gambaran mengenai peserta diskusi.
- Menulis kesimpulan mengenai pendapat peserta terhadap topik yang didiskusikan.
- Menuliskan hal-hal yang mungkin dianggap mempengaruhi hasil diskusi.

Meskipun FGD mempunyai beberapa kelemahan, setidaknya kita dapat membatasi kelemahan tersebut dengan melakukan dua hal. Fasilitator secara hati-hati menyusun pertanyaan panduan diskusi, melakukan uji coba pertanyaan, dan seksama mencatat/merekam pertanyaan dan reaksi yang muncul selama proses diskusi. Selain itu, seleksi dan mengumpulkan peserta dilakukan secara seksama memperhatikan representasi kelompok masyarakat sekaligus kemungkinan membuat suasana diskusi terganggu.

Bab IV

Pengolahan, Tabulasi Data dan Analisis Informasi



Data diolah berdasarkan sumbernya. Data survey (kuantitatif) diolah dengan SPSS dan menghasilkan tabel frekuensi sederhana yang menggambarkan pengetahuan, persepsi, sikap dan perilaku terkait layanan gawat darurat persalinan.

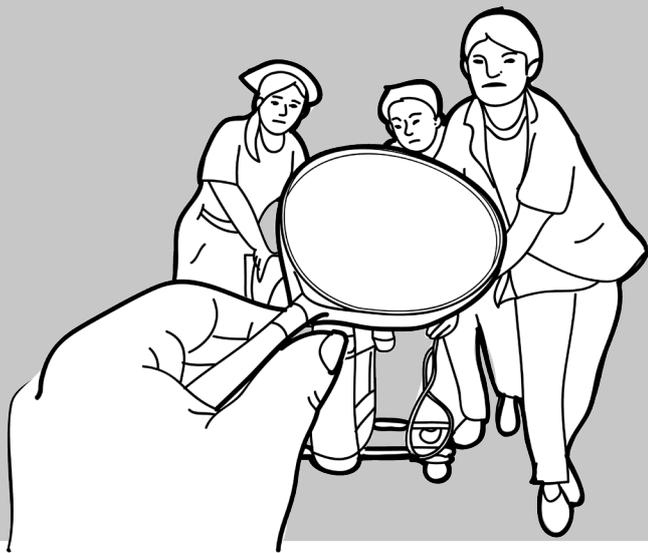
Jika monitoring menggunakan metode KLW/CRC, data kuantitatif akan menjadi data utama. Sedangkan data kualitatif, terutama dari KPK dan PB ditabulasi berdasarkan kategori yang berkaitan dengan akses, penggunaan layanan, kualitas layanan serta kepuasan terhadap layanan. Data ditampilkan dalam bentuk tabel ataupun bentuk diagram serta penjelasan deskriptif.

Bab V

Kesahihan dan Keterandalan Informasi



Untuk memastikan rekomendasi yang disampaikan akurat dan dapat diandalkan, maka berbagai upaya dilakukan. Diantaranya dengan melakukan lokakarya lintas stakeholders yang bermanfaat sebagai bagian dari upaya verifikasi data, media konsultasi pemangku kepentingan, menjadi basis dukungan pemangku kepentingan untuk kegiatan berikutnya, menjadi bagian dari kampanye program penurunan AKI dan AKN. Lokakarya dilakukan dengan mengundang pemangku kepentingan yang terkait dengan pelayanan gawat darurat persalinan. Pemangku kepentingan terkait tersebut antara lain meliputi; Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumahsakit, Forum Desa Siaga, Bappeda, Bidan, POGI, IDAI, IDI, IBI dan lain-lain.



Bab VI

Langkah-langkah Fasilitasi



KARTU PENILAIAN KOMUNITA/TEMU PELANGGAN (KPK)

a) Persiapan dan rapid appraisal

- Pertemuan untuk penyadaran tentang pelayanan gawat darurat Maternal dan neonatal
- Kegiatan ini mestinya (diasumsikan) sudah dilakukan sejak lama. FMM (termasuk MKIA) dan jejaringnya, serta aparat pemerintah dan fasilitas kesehatan telah melakukan sosialisasi hak-hak masyarakat untuk mendapat pelayanan yang berkualitas. Menyebarluaskan informasi tentang standar pelayanan kegawat daruratan yang bermutu.
- Pertemuan FMM untuk Mapping Informasi. Dalam pertemuan ini FMM akan membuat daftar pemangku kepentingan yang akan terlibat dalam rangkaian diskusi kelompok, mengidentifikasi informasi yang diperlukan. Informasi yang dikumpulkan meliputi berita media tentang pelayanan gawat darurat maternal-neonatal selama 1 (satu) tahun terakhir, hasil pembahasan umpan balik dari masing-masing puskesmas (jika ada), serta hasil kunjungan FMM ke fasilitas pelayanan terpilih. Peserta pertemuan ini antara lain pegiat FMM, perwakilan MKIA yang mendampingi langsung ibu hamil yang mendapatkan pelayanan gawat darurat, perwakilan kader desa siaga dan perwakilan media.
- Penguatan kapasitas FMM dan Perwakilan Fasilitas untuk memfasilitasi diskusi kelompok terfokus (KPK). Dalam pertemuan ini, FMM telah membuat resume berita media, hasil mini lokakarya fasilitas dan hasil kunjungan ke fasilitas terpilih. Resume tersebut akan menjadi bahan untuk dibicarakan dan bahan simulasi pembuatan score terhadap pelayanan. score yang akan dihasilkan sesuai dengan indikator pelayanan yang telah dikeluarkan oleh kemenpan. Peserta kegiatan ini adalah perwakilan terseleksi dari FMM dan Rumahsakit.

b) Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) penilaian warga/komunitas.

Kegiatan ini dilakukan dalam dua kelompok FGD, yakni FGD dengan; (a) perwakilan penerima dan komunitas, serta dengan (b) perwakilan organisasi masyarakat dan media. Peserta FGD pertama (a) berasal dari perwakilan MKIA yang mendampingi ibu hamil dalam 6 (enam) bulan terakhir, perwakilan kader desa siaga dan perwakilan penerima pelayanan gawat

darurat ibu dan bayi yang direkomendasikan oleh MKIA. Sedangkan peserta FGD berikutnya (b) terdiri dari perwakilan organisasi masyarakat peduli pelayanan KIA dan perwakilan media yang peduli dengan pelayanan KIA. Jumlah partisipan masing-masing FGD ini tidak lebih dari 15 (lima belas) orang. FGD ini akan menghasilkan score terhadap 14 (empat belas) item pelayanan. Kegiatan ini difasilitasi oleh perwakilan FMM yang telah diperkuat/ mendapatkan pembekalan sebelumnya. Fasilitator akan meminta peserta untuk mengidentifikasi kinerja / kualitas indikator untuk pelayanan publik tersebut. Mereka juga akan memintapeserta untuk masing-masing indikator dan memberikan alasan untuk skor. Pada sesi akhir, peserta akan diminta untuk mengembangkan saran mereka sendiri tentang bagaimana untuk meningkatkan layanan, berdasarkan kriteria kinerja sebagaimana Kepmenpan.

c) Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) pada fasilitas terpilih (Rumah Sakit) untuk penilaian/ pemberian score sendiri.

Kegiatan ini dilakukan satu kali di lingkungan rumahsakit. Kegiatan ini merupakan sesi curah pendapat dengan penyedia layanan termasuk manajemen dan staf untuk mengembangkan indikator evaluasi diri. Peserta terdiri dari pihak terkait dengan pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal. Jumlah peserta masing-masing FGD ini tidak lebih dari 15 (lima belas) orang. Sebagaimana FGD di tingkat masyarakat, ini juga akan menghasilkan skor terhadap 14 (empat belas) macam pelayanan. Kegiatan ini difasilitasi oleh FMM yang telah diperkuat sebelumnya. Fasilitator akan menanyakan pada penyedia layanan untuk masing-masing indikator dan memberikan alasan untuk skor. Fasilitator juga akan meminta penyedia layanan untuk membahas dan mengusulkan solusi yang mungkin dilakukan untuk perbaikan mutu layanan.

d) Pertemuan tatap muka antara penyedia layanan dengan masyarakat untuk membicarakan hasil FGD masing-masing.

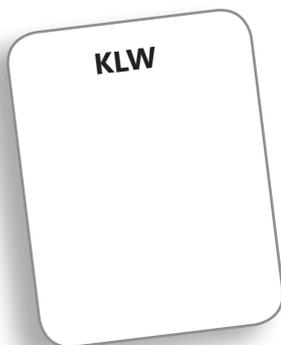
Dibantu oleh fasilitator, masing-masing kelompok terfokus (perwakilan komunitas, organisasi masyarakat peduli dan perwakilan rumahsakit) menyajikan skor nya masing-masing. Presentasi masing-masing juga memuat alasan tentang skor yang diberikan. Diharapkan penyedia layanan/rumah sakit dapat bereaksi dan memberikan umpan balik terkait skor yang diberikan oleh masyarakat terkait aspek-aspek pelayanan. Pada sesi akhir, fasilitator menggiring semua peserta untuk menyepakati solusi-solusi yang memungkinkan. Peserta pertemuan tatap muka ini tidak lebih dari 15 (lima belas) orang.

e) Penyampaian hasil penilaian bersama kepada POKJA dan bupati oleh perwakilan FMM dan perwakilan fasilitas dalam Rapat POKJA.

Hasil KPK menjadi bahan rapat POKJA penurunan AKI dan AKB kabupaten dan propinsi. POKJA akan menjadikan hasil dan rekomendasi KPK untuk diolah menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan dan SKPD lainnya terkait perbaikan kebijakan serta perencanaan dan penganggaran, bagi DPRD sebagai materi pembahasan kebijakan dalam bentuk peraturan maupun kebijakan umum anggaran. Kegiatan ini dapat dilakukan dalam rapat berkala POKJA dengan mengundang bupati dalam pertemuan tersebut.

f) Hearing hasil KPK dengan DPRD

Hasil KPK disampaikan kepada komisi terkait di DPRD dengan maksud agar pelayanan kegawat-daruratan mendapatkan prioritas dalam kebijakan pemerintah daerah. Dukungan DPRD juga diharapkan agar alokasi anggaran untuk penurunan AKI dan AKN bisa tersedia dalam APBD sesuai dengan kebutuhan fasilitas pelayanan.



KARTU LAPORAN WARGA (KLW)

a) Persiapan

1. Pertemuan Kelompok Kerja (POKJA) untuk inisiasi Pelaksanaan KLW
POKJA, Perwakilan FMM dan Dinas Kesehatan kabupaten bertemu untuk mendiskusikan rencana pelaksanaan KLW. Pertemuan ini dimaksudkan selain untuk membangun kesamaan pandang tentang pentingnya KLW dalam peningkatan pelayanan kegawat-daruratan, pertemuan ini diharapkan bisa menghasilkan kesepakatan dengan jadwal pelaksanaan, pelaksana di tingkat kabupaten dan pilihan diseminasi hasil KLW.
2. Audiensi dengan bupati
POKJA dan Dinas Kesehatan kabupaten bersama perwakilan FMM melakukan pertemuan dengan bupati untuk menyampaikan hasil diskusi POKJA tentang pelaksanaan KLW. Penyamaan persepsi pada tahap awal menjadi salah kunci sukses pelaksanaan KLW di masing-masing kabupaten

b) Pelaksanaan KLW

1. Pembentukan tim Pelaksana KLW
Tim KLW tingkat kabupaten adalah pelaksana KLW di lokasi bersangkutan. Forum Masyarakat Madani (FMM) yang sudah terbentuk dapat menjadi tim pelaksana. Dalam hal FMM tidak tersedia, maka Organisasi Muhammadiyah atau perguruan tinggi yang peduli dengan upaya penurunan AKI dan AKB dapat menjadi organisasi terdepan bersama pemangku kepentingan yang relevan dengan penurunan AKI dan AKB sebagai pelaksana KLW. Perwakilan atau individu yang berasal dari perguruan tinggi dapat bergabung dalam FMM untuk memperkuat pelaksanaan KLW. Komposisi tim KLW tidak lebih dari 25 (dua puluh lima) orang. Komposisi tim diharapkan bisa mempertimbangkan kesetaraan gender. FMM atau Tim Pelaksana KLW akan memilih Kordinator tim, supervisor lapangan, dan surveyor.
2. Pemetaan Awal
Pemetaan awal dilakukan oleh Tim Pelaksana KLW. Pemetaan awal dilakukan untuk memahami konteks dan wilayah kajian sebagai basis penyusunan instrumen survey dan pengumpulan data kualitatif (observasi, indepth interview dan diskusi kelompok terfokus). Pemahaman dilengkapi dengan review data sekunder dan hasil assesment yang telah dilakukan sebelumnya.
3. Workshop Penguatan Tim Pelaksana KLW
Tim Pelaksana KLW melakukan Workshop penguatan kapasitas. Materi workshop terkait dengan pemahaman terhadap maksud dan tujuan KLW, metoda KLW dan teknik wawancara. Pertemuan juga berisi pemahaman terhadap instrument pengumpulan data.
4. Menetapkan Populasi, Sampel dan Intrumen
 - 4.1. Populasi
Dalam KLW, populasi adalah semua penerima layanan gawat darurat maternal dan neonatal di kabupaten dalam satu tahun terakhir. Baik yang selamat maupun yang mengalami kasus kematian.
 - 4.2. Kerangka Sampel
Daftar nama penerima layanan gawat darurat maternal dan neonatal yang telah diverifikasi bersama dengan dinas kesehatan dan pimpinan rumah sakit.
 - 4.3. Menentukan besaran sampel
Penentuan jumlah sampel menggunakan formula slovin; $n = \frac{N}{1 + Ne^2}$

Ilustrasi Pengambilan Sample:

Jumlah persalinan di kabupaten Pinrang pada tahun 2011 tercatat 2.628, pelayanan tersebar di puskesmas sejumlah 1.110 layanan, di RSUD Lansinrang 1.157, dan di RS Siti Khadijah 361. Merujuk PWS-KIA Kemenkes tahun 2010, bahwa cakupan penanganan komplikasi persalinan diperkirakan 10%-20% dari total persalinan. Dengan menggunakan referensi ini, jumlah persalinan dengan komplikasi di kabupaten Pinrang tahun 2011 adalah 523 kasus. Angka tersebut tersebar pada Puskesmas 220 kasus, RS Swasta 72 kasus dan RSUD 231 kasus. Artinya jumlah Populasi adalah 523 kasus. Jika menggunakan margin error 5 %, maka:

$$n = \frac{523}{1 + 523 (0,05)^2} = 226$$

Jadi jumlah sampel yang akan digunakan di kabupaten Pinrang adalah 226

4.4. Sebaran Sampel Penelitian

Apabila jumlah sample telah ditentukan sebagaimana ilustrasi di atas, penentuan sebaran sampel dapat dilakukan dengan menggunakan metode probabilita sampling dengan cara proporsional, maka sebaran sampel akan tersebar berdasarkan jumlah kasus di masing-masing fasilitas. Sampling menggunakan teknik proporsional sebagaimana tabel berikut;

Fasilitas	Populasi	% Populasi	Sampel	Penyesuaian
Puskesmas	221	42.26%	95.50%	96
RS Swasta	72	13.77%	31.11%	31
RSUD	230	43.98%	99.39%	99
Jumlah	523	100.00%	226.00	226

Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan sasaran dan ruang lingkup pelaksanaan K LW serta 14 prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri PAN Nomor: 63/KEP/M.PAN/7/2003.

5. Ujicoba Instrumen

Ini dimaksudkan untuk memastikan agar instrument yang akan digunakan bisa digunakan dengan baik.

6. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui survey, wawancara, diskusi kelompok terfokus (FGD) dan observasi. Keragaman metode pengumpulan data dimaksudkan untuk mendapatkan data yang akurat. Survey dilakukan setelah jumlah sample ditentukan, dan dikonsultasikan dengan Badan Pusat Statistik (BPS) setempat. Sedangkan metode lain digunakan untuk mendapatkan informasi kualitatif dan pendalaman terhadap kasus tertentu, misalnya kasus near miss

7. Pengolahan dan Analisis Data

Data diolah berdasarkan sumbernya. Data survey (kuantitatif) diolah dengan SPSS dan menghasilkan tabel frekuensi sederhana yang menggambarkan pengetahuan, persepsi, sikap, tingkat kepuasan, dinamika pelayanan dan perilaku masyarakat dan tenaga kesehatan terhadap layanan kegawat-daruratan. Data kuantitatif juga dapat ditampilkan dalam bentuk

diagram. Sedangkan data kualitatif ditabulasi berdasarkan outcome indikator layanan kegawat-daruratan

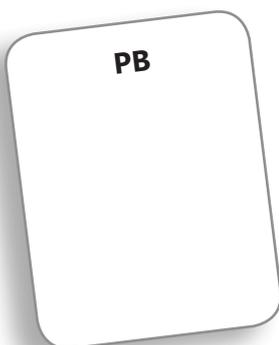
c) Pemantauan, Evaluasi dan Mekanisme Pelaporan Hasil K LW

1. Rapat Kelompok Kerja (POKJA)
Hasil K LW menjadi bahan rapat kelompok kerja penurunan AKI dan AKB di masing-masing kabupaten dan propinsi. POKJA akan menjadikan hasil dan rekomendasi K LW untuk diolah menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan terkait perencanaan dan penganggaran, bagi DPRD sebagai materi pembahasan kebijakan dalam bentuk peraturan maupun kebijakan umum anggaran dan bagi penyedia layanan untuk memperbaiki kualitas pelayanan.
2. Lokakarya Advokasi
Advokasi hasil K LW dilakukan melalui Lokakarya pemangku kepentingan terkait tingkat kabupaten, setidaknya dapat bermanfaat untuk; sebagai bagian dari upaya verifikasi data, konsultasi pemangku kepentingan, menjadi basis dukungan pemangku kepentingan untuk kegiatan berikutnya, serta menjadi bagian dari kampanye dan advokasi program penurunan angka kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir
3. Hearing dengan DPRD
Hasil K LW disampaikan kepada komisi terkait di DPRD dengan maksud perbaikan pelayanan khususnya penguatan system rujukan kegawat-daruratan mendapatkan dukungan kebijakan. Selain itu dukungan DPRD juga diharapkan agar alokasi anggaran untuk penurunan AKI dan AKN bisa tersedia dalam APBD

d) Survey Berkesinambungan

Untuk membandingkan kinerja pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal secara berkala diperlukan survey K LW secara periodik dan berkesinambungan. Dengan demikian dapat diketahui perubahan kinerja pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal dari waktu ke waktu.

Jangka waktu survey K LW antara periode yang satu ke periode berikutnya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali.



KOLABORATIVE MONITORING/PEMANTAUAN BERSAMA (PB)

a) Persiapan dan rapid appraisal

- Pertemuan FMM dan POKJA untuk Identifikasi Pemangku kepentingan Kunci. Pertemuan ini diinisiasi oleh FMM dalam pertemuan berkala POKJA. FMM dapat menyampaikan gagasan dan pihak-pihak yang akan terlibat dalam pelaksanaan monitoring kolaboratif ini. Pertemuan ini akan menghasilkan daftar pemangku kepentingan dan memetakan kepentingan dan peran masing-masing pemangku kepentingan yang teridentifikasi.
- Pembentukan tim monitoring kolaboratif. Tim monitoring terdiri dari berbagai pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan dan perhatian kepada penurunan angka kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir. Pemangku kepentingan dimaksud antara lain perwakilan organisasi masyarakat sipil, perwakilan Forum Masyarakat Madani/Cific Forum, perwakilan perguruan tinggi, perwakilan organisasi profesi, perwakilan MKIA, perwakilan kader desa siaga, perwakilan media, perwakilan dinas kesehatan, perwakilan rumahsakit dan perwakilan DPRD. Anggota tim tidak lebihn dari 15 (lima belas)orang. Tim akan bekerja dengan dukungan sekretariat POKJA kabupaten. Sangat disarankan tim ini memiliki basis

legal, SK bupati atau SK Sekda, atau Surat Keputusan Bersama (SKB) Kepala Dinas Kesehatan dan Direktur Rumahsakit. Pembentukan tim di-inisiasi oleh POKJA dan FMM yang difasilitasi oleh fasilitator terlatih dan berpengalaman. Pembentukan Tim Monitoring Kolaboratif ini baru bisa dilakukan apabila POKJA telah terbentuk dan berfungsi, FMM telah terbentuk dan berfungsi, telah ada MKIA dan menjalankan tugasnya.

- Pertemuan Penguatan Tim Monitoring untuk penyamaan persepsi tentang percepatan penurunan AKI dan AKN, tujuan monitoring kolaboratif, langkah-langkah dan hasil yang hendak dicapai. Dalam pertemuan ini, perwakilan POKJA dan FMM yang menginisiasi telah memastikan semua calon anggota tim telah terpapar dengan upaya percepatan penurunan AKI dan AKN. Kegiatan ini harus difasilitasi oleh fasilitator yang handal. Sangat disarankan fasilitator yang memahami dan memiliki pengalaman yang baik dalam memfasilitasi pertemuan lintas pemangku kepentingan. Pertemuan ini setidaknya mampu merumuskan dan menyepakati fokus monitoring, tujuan monitoring, ruang lingkup, informasi yang hendak dikumpulkan, skedul tentatif dan agenda advokasi. Pertemuan ini juga mesti menghasilkan pembagian tanggungjawab dari masing-masing anggota tim.

b) Diskusi dan penilaian tingkat pemangku kepentingan (oleh masing-masing perwakilan pemangku kepentingan)

Masing-masing anggota tim monitoring melakukan pertemuan dengan kelompoknya, misalnya perwakilan media berkumpul dengan media, perwakilan FMM berkumpul dengan FMM, perwakilan DPRD dengan DPRD dan seterusnya. Pertemuan dipandu oleh seorang fasilitator bersama dengan anggota tim monitoring. Informasi dikumpulkan melalui diskusi kelompok terfokus dan partisipasi setiap diskusi tidak melebihi 15 (lima belas) orang. Materi yang didiskusikan adalah pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal dengan menggunakan 14 (empat belas) unsur pelayanan yang telah dikeluarkan oleh Kepmenpan. Masing-masing pemangku kepentingan menyepakati dan menetapkan score untuk masing-masing unsur pelayanan tersebut. Hasil diskusi masing-masing pemangku kepentingan dikompilasi dan didiskusikan kembali di tingkat tim monitoring. Tim monitoring akan keluar dengan sebuah hasil yang telah disepakati dan rekomendasi untuk disampaikan penyedia layanan (rumah sakit), kepada POKJA/Dinas Kesehatan, Bupati dan DPRD.

c) Pertemuan tatap muka antara Tim monitoring

Dibantu oleh fasilitator, Tim monitoring memaparkan hasil monitoring mereka masing-masing. Paparan memuat score dan rekomendasi. Rumahsakit dapat memberikan umpan balik terkait skor yang diberikan oleh tim monitoring terkait aspek-aspek pelayanan. Agar pertemuan tatap muka dapat berlangsung dengan lancar, pertemuan dipandu oleh fasilitator terlatih dan berpengalaman. Fasilitator akan memandu semua peserta untuk menyepakati solusi-solusi yang memungkinkan. Peserta pertemuan terdiri dari tim monitoring, perwakilan POKJA dan penyedia pelayanan.

g) Penyampaian hasil penilaian bersama kepada POKJA dan bupati oleh Tim Monitoring.

Hasil PM menjadi bahan rapat kelompok kerja penurunan AKI dan AKB. POKJA akan menjadikan hasil dan rekomendasi PM untuk diolah menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan terkait perbaikan kebijakan serta perencanaan dan penganggaran, bagi DPRD sebagai materi pembahasan kebijakan dalam bentuk peraturan maupun kebijakan umum anggaran. Kegiatan ini dapat dilakukan dalam rapat berkala POKJA dengan mengundang bupati dalam pertemuan tersebut.

h) Hearing hasil KPK dengan DPRD.

Hasil PM disampaikan kepada komisi terkait di DPRD dengan maksud agar pelayanan kegawat-daruratan mendapatkan prioritas dalam kebijakan pemerintah daerah. Dukungan DPRD juga diharapkan agar alokasi anggaran untuk penurunan AKI dan AKN bisa tersedia dalam APBD sesuai dengan kebutuhan fasilitas pelayanan.



Bab VII

Publikasi dan Keterbukaan Informasi Hasil KPK/KLW/PM (Monitoring)

Sebagai bagian dari keterbukaan informasi publik sebagaimana diamanatkan oleh undang-undang, maka hasil monitoring dapat dipublikasikan secara luas dan tidak terbatas pada hal-hal berikut ini;

1. Website

Hasil monitoring yang telah diverifikasi dan dilokakaryakan akan dimuat pada situs Pemerintah Daerah/Dinas Kesehatan.

2. Talkshow

Kegiatan ini merupakan salahsatu pilihan untuk mengkampanyekan hasil-hasil monitoring, umpanbalik dari masyarakat pengguna layanan serta rekomendasi untuk perbaikan pelayanan. Kegiatan ini dirancang interaktif sehingga pemangku kepentingan mendapatkan kesempatan untuk mengklarifikasi hasil hasil monitoring.

3. Kunjungan ke Media

Tim yang terdiri dari Perwakilan FMM dan Perwakilan Fasilitas/POKJA dapat berkunjung ke media untuk berdialog dengan pimpinan redaksi beberapa media untuk memberikan gambaran tentang pentingnya peningkatan sistem rujukan dan kualitas layanan kegawatdaruratan bagi ibu melahirkan dan bayi baru lahir dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak. Tim juga bisa meminta kepada pimpinan redaksi untuk memberitakan hal ini sebagai upaya dalam membangun kesadaran tentang AKI dan AKB.

4. Kampanye Media

Publikasi hasil monitoring melalui media dimaksudkan agar hasil monitoring bisa diketahui oleh masyarakat secara luas.



Bab VIII Penutup

Dengan disusunnya Pedoman Teknis Pelaksanaan Monitoring Pelayanan ini, semua unit pelayanan maternal dan neonatal pada fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta dapat memfasilitasi pelaksanaan Monitoring secara periodik di lingkungan masing masing dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanannya untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Keberhasilan pelaksanaan monitoring pelayanan, sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas unit pelayanan maternal dan neonatal untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB, memerlukan komitmen dan kesungguhan para pejabat maupun pelaksana di masing masing unit pelayanan, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan terkait AKI dan AKB.