

PENGUATAN SISTEM RUJUKAN UNTUK KESELAMATAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR

Menghubungkan fasilitas untuk
memperbaiki perawatan gawat darurat

LAPORAN TEKNIS
JANUARI 2016



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA

EMAS
Menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF	3
1. PENDAHULUAN	5
2. PENDEKATAN PENGUATAN SISTEM RUJUKAN EMAS	6
3. INTERVENSI EMAS UNTUK MEMPERKUAT SISTEM RUJUKAN	10
4. HASIL	21
5. KEBERLANJUTAN	31
6. PELAJARAN DAN REKOMENDASI	33
LAMPIRAN 1: SUMBER PUSTAKA EMAS UNTUK PENGUATAN SISTEM RUJUKAN	35
LAMPIRAN 2: KRITERIA PENDAMPINGAN EMAS MENGENAI PENGUATAN RUJUKAN	36
LAMPIRAN 3: DAFTAR PUSTAKA	37
LAMPIRAN 4: CATATAN AKHIR	38

RINGKASAN EKSEKUTIF

Walaupun berbagai upaya telah dilakukan untuk memperbaiki sistem kesehatan di Indonesia, para perempuan terus menghadapi ‘tiga keterlambatan’ dalam mencari, menjangkau dan mendapatkan perawatan dimana kegawatdaruratan obstetri dan neonatal terjadi. Program Maternal and Neonatal Survival (EMAS) bertujuan untuk mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir melalui perbaikan kualitas perawatan fasilitas kesehatan dan penguatan sistem rujukan antara puskesmas dan rumah sakit.

EMAS mengimplementasikan satu set intervensi yang saling terkait untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan. Hal ini berdasarkan dan dirancang untuk memfasilitasi implementasi berbagai kebijakan, strategi atau program pemerintah, dan terdiri dari yang berikut:

- **Standar dan alat kinerja rujukan** untuk menilai, memantau dan memperbaiki rujukan. Alat standar rujukan menyediakan sebuah mekanisme baku kepada Dinkes dan fasilitas (kesehatan) untuk menilai sistem rujukan mereka secara kuantitatif, mengidentifikasi celah/kekurangan (*gap*), dan mengukur kemajuan. Alat-alat ini diimplementasikan oleh Tim Penyeliaan Fasilitatif Dinkes (*Facilitative Supervision teams/PF*) di beberapa daerah yang didukung EMAS, setiap triwulan.
- **Perjanjian Kerjasama Jejaring Rujukan (PK)** untuk memperkuat hubungan dan memformalisasikan jejaring rujukan antara puskesmas dan rumah sakit. PK menyiapkan basis untuk penguatan jejaring rujukan dengan menetapkan tata kelolanya—memastikan bahwa semua pelaku di dalam jejaring rujukan telah didefinisikan secara jelas dan menyetujui berbagai peran dan tanggung jawabnya. PK ada di 28 dari 30 daerah yang didukung EMAS. Proses pembuatan PK sendiri terbukti bermanfaat.
- **Sebuah sistem pertukaran rujukan yang otomatis, SijariEMAS**, untuk memperbaiki komunikasi dan koordinasi rujukan kegawatdaruratan antara bidan, puskesmas dan rumah sakit rujukan. SijariEMAS diperkenalkan di sebuah daerah setelah PK dibuat. Mulai September 2015 sistem ini digunakan di 29 dari 30 daerah yang didukung EMAS. Dimana SijariEMAS mendapat dukungan yang kuat dari Dinkes, seperti di Jawa Barat, sistem ini digunakan untuk mayoritas rujukan kegawatdaruratan yang dibuat setiap bulannya. Namun, penggunaannya bervariasi setiap triwulannya dan terus rendah di beberapa daerah.
- **Audit kematian maternal dan perinatal (*Maternal and Perinatal Audit/MPA*)** di tingkat daerah untuk mengidentifikasi kelemahan atau kendala dalam sistem kesehatan/rujukan yang mungkin berkontribusi pada kematian maternal and perinatal. EMAS telah berupaya di sejumlah tingkat untuk mendukung implementasi rutin Pedoman Nasional MPA2010, dan untuk memperbaiki kualitas audit. Walaupun ada kemajuan, tingkat dukungan bervariasi antar daerah, dan walaupun ada upaya EMAS, frekuensi dan kualitas MPA kurang ideal. Di banyak daerah, tantangan kunci untuk mengimplementasikan pedoman MPA adalah kurangnya alokasi anggaran.
- **Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA)** untuk membantu mengurangi kendala finansial terhadap perawatan kesehatan kegawatdaruratan dengan mempromosikan pemakaian asuransi kesehatan sosial. EMAS menggunakan sukarelawan MKIA untuk menjawab isu-isu khusus terkait

keselamatan ibu dan bayi di tingkat desa, seperti identifikasi dan pemantauan kasus risiko tinggi, mempromosikan persalinan berbasis fasilitas (kesehatan) dan penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). MKIA dan Forum Masyarakat Madani telah bekerja sama untuk mengadvokasi dan menangani berbagai masalah yang teridentifikasi terkait rujukan, pendaftaran JKN dan penggunaannya, serta kualitas layanan. Pendekatan kolaboratif dan proaktif telah membantu mengatasi sejumlah kendala keluarga yang mengaskes JKN untuk persalinan dan perawatan bayi baru lahir.

Hasil secara keseluruhan menandakan kemajuan yang tetap untuk semua intervensi rujukan di daerah yang didukung EMAS. Komunikasi dan koordinasi telah diperbaiki, sebagaimana dibuktikan oleh PK jejaring rujukan yang telah ditandatangani dan penggunaan SijariEMAS. Jumlah dan proporsi rujukan yang dikelola SijariEMAS telah meningkat secara signifikan selama adanya EMAS, walaupun ada variasi yang lebar antar daerah. Proporsi rujukan yang direspon dengan tepat waktu (dalam sepuluh menit) telah berkisar 75%, walaupun jumlah angkanya terus meningkat.

Hasil standar kinerja rujukan agregat menunjukkan bahwa sistem rujukan keseluruhan menjadi lebih efisien. Sampai dengan akhir EMAS Tahun 4 (September 2015), 90% daerah Fase 1 dan 87% daerah Fase 2 mencapai standar rujukan lebih dari 80%.

Walaupun MPA belum “rutin”, proporsi kematian ibu yang ditinjau telah meningkat terus menerus menjadi 52% di daerah Fase 1, dan 48% di daerah Fase 2. Kemajuan yang lebih sedikit terjadi dalam audit kematian bayi baru lahir, dengan hanya 16% dan 21% kematian yang ditinjau untuk daerah Fase 1 dan 2 berturut-turut.

Cakupan intervensi kunci dapat digunakan untuk mengindikasikan peningkatan efektivitas sistem rujukan. Walaupun terdapat kemajuan dalam intervensi kunci, seperti $MgSO_4$ untuk PE/E dan antibiotik untuk bayi baru lahir yang diduga menderita sepsis, hal ini lebih lambat daripada yang diharapkan. Namun jika berbagai fasilitas yang didukung EMAS dibandingkan dengan fasilitas yang tidak terlibat dalam program/EMAS, fasilitas yang didukung EMAS memiliki tingkat intervensi penyelamatan hidup yang jauh lebih tinggi.

Sejumlah pelajaran terbukti hingga saat ini. Seluruh prakarsa perlu bekerja sama untuk menghasilkan efek yang paling besar terhadap penguatan rujukan kegawatdaruratan antara berbagai fasilitas. Semakin banyak fasilitas yang terlibat dengan intervensi seperti PK, semakin baik, dan menghubungkannya dengan mekanisme akuntabilitas EMAS—Pokja dan Forum Masyarakat Madani—juga menjadi sangat penting. Penggunaan berbagai kebijakan, struktur dan dana Pemerintah Indonesia telah mendorong keberlangsungan intervensi.

1. PENDAHULUAN

Walaupun sistem kesehatan di Indonesia termasuk jejaring komunitas yang besar, seperti bidan, puskesmas dan rumah sakit, perempuan dan keluarga mereka masih menghadapi “tiga keterlambatan” dalam mencari, menjangkau dan mendapatkan perawatan ketika kegawatdaruratan obstetri dan neonatus terjadi. Sejak tahun 1990-an, Pemerintah Indonesia telah bekerja sama dengan masyarakat untuk menangani keterlambatan dalam kegawatdaruratan obstetri dan mencari perawatan. Prakarsa ini telah ditingkatkan menjadi berskala nasional dengan mengerahkan desa-desa untuk merespon kegawatdaruratan dengan cepat (misalnya, dengan mengatur transportasi dan dana, dikenal sebagai Desa Siaga) dan untuk meningkatkan kesadaran tentang kesiapan kelahiran dan komplikasi (dikenal sebagai Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi atau P4K).¹ Walaupun tingkat petugas kelahiran yang terampil menunjukkan angka yang mengesankan, yaitu 83% (Central Bureau of Statistics 2013), tantangannya tetap adalah bagaimana memastikan rujukan yang tepat waktu ke fasilitas yang memberikan perawatan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir yang komprehensif untuk menghentikan kematian yang dapat dicegah.

Kelemahan di dalam sistem rujukan telah diidentifikasi sebagai kendala kunci dalam mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir. Dengan sistem kesehatan yang sangat terdesentralisasi² dan sektor swasta sedang berkembang cepat, rujukan antara klinik kebidanan, puskesmas dan rumah sakit sering kali kurang dikoordinasikan dan dikomunikasikan. Para bidan dan keluarga tidak tahu pasti kemana harus mencari perawatan gawat darurat—sehingga dapat menyebabkan pasien berkeliling ke beberapa rumah sakit yang berbeda sebelum mendapatkan tindakan. Rumah sakit dan puskesmas tidak memiliki protokol yang baku untuk menangani kegawatdaruratan dan rujukan (termasuk perawatan stabilisasi sebelum dirujuk). Terlalu sering yang terjadi akibat dari keterlambatan ini adalah tidak teratasinya ketika perempuan akhirnya menerima perawatan. (Mize et al 2010, EMAS 2012). Komite Bersama Penurunan Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia, menemukan bahwa “sistem rujukan dan transfer kegawatdaruratan ibu dari rumah ke rumah sakit di banyak daerah di Indonesia, khususnya daerah dengan kepadatan yang rendah, belum terbukti efektif dalam menyelamatkan hidup.” Komite merekomendasikan pembentukan jaringan rujukan yang cepat dan jelas antara fasilitas PONEC (BEmONC) dan PONEK (CEmONC) yang bersertifikasi di seluruh negeri sebagai prioritas segera. (National Academy of Sciences. 2013)

Dokumen ini menggambarkan sistem rujukan EMAS strategi, menjelaskan berbagai intervensi dan penguatan proses rujukan untuk keadaan darurat ibu dan bayi baru lahir.

Pada tahun 2011, USAID meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) ³ untuk mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi dengan peningkatan kualitas perawatan fasilitas kesehatan dan penguatan sistem rujukan demi rujukan yang efisien dan efektif dari puskesmas ke rumah sakit. EMAS adalah program lima tahun di

enam provinsi di Indonesia yang memiliki tingkat kematian ibu dan bayi tertinggi. EMAS bekerja langsung dengan 150 rumah sakit ibu dan bayi dan puskesmas serta pemerintah dan para pemangku kepentingan lainnya di 30 daerah.

2. PENDEKATAN PENGUATAN SISTEM RUJUKAN EMAS

Peningkatan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan antara puskesmas dan rumah sakit adalah satu dari tujuan utama EMAS. Pendekatan EMAS berupaya untuk mengurangi keterlambatan di dalam mencari perawatan, memberi rujukan ke fasilitas yang semestinya, dan memberikan perawatan, dengan fokus baik di setiap fasilitas dalam jejaring rujukan dan di tingkat daerah. Pada saat yang sama, EMAS berupaya untuk memperbaiki kualitas perawatan dan kesiapan kegawatdaruratan di dalam fasilitas—yang pada gilirannya akan mempercepat rujukan.

Pengembangan intervensi penguatan rujukan

Pada tahun 2012, EMAS melaksanakan sebuah penilaian *baseline* dari sistem rujukan di sepuluh daerah yang didukung EMAS untuk membantu mengidentifikasi berbagai masalah bersama dan memberitahukan berbagai pendekatan untuk mengatasinya. Penilaian ini mengidentifikasi berbagai masalah yang penting dan kendala rujukan kegawatdaruratan yang efektif, sebagaimana dijelaskan dalam Kotak 1

Kotak 1: Temuan kunci dari penilaian rujukan EMAS (2012)

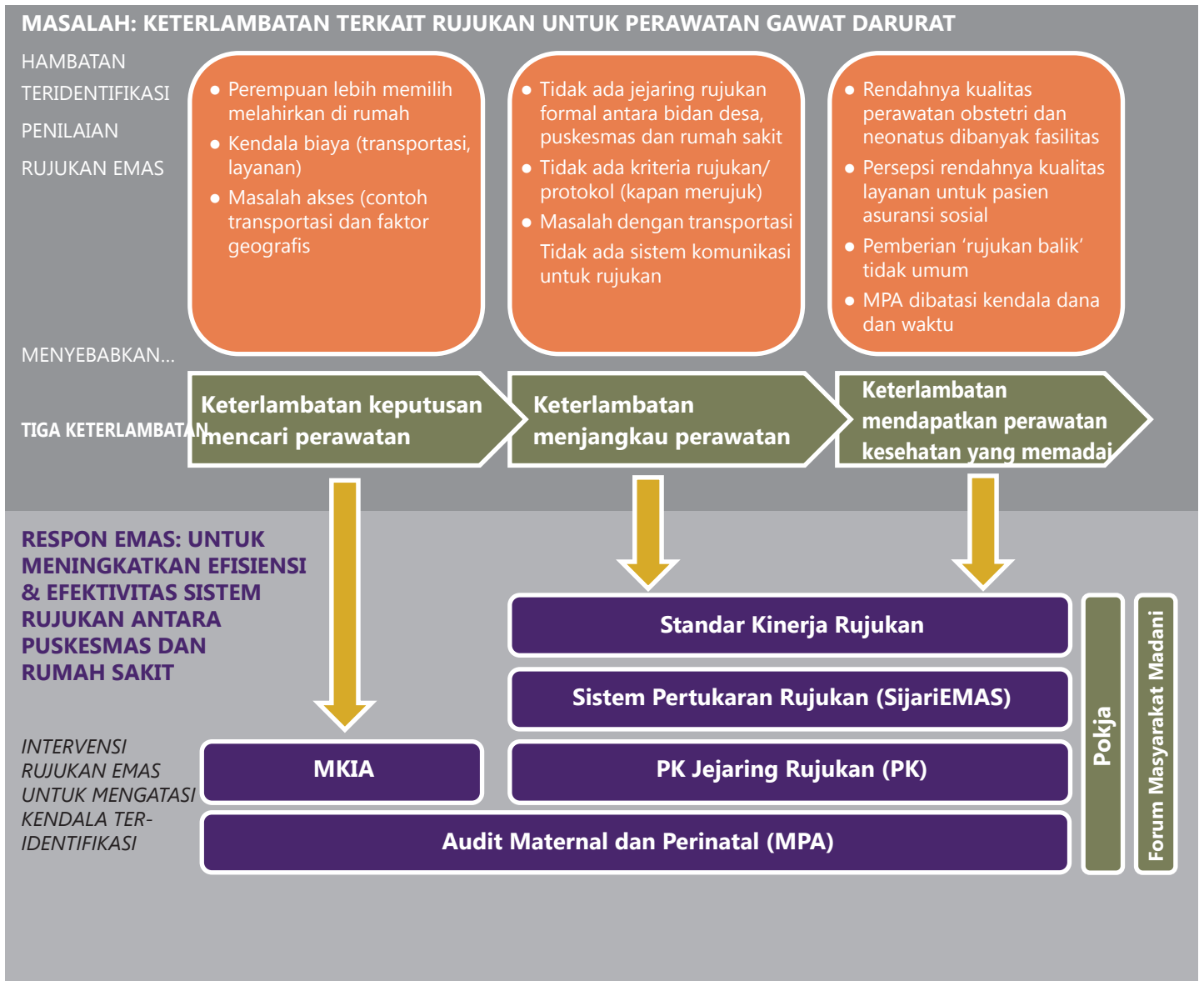
- Akses terhadap perawatan dalam hal biaya, transportasi dan preferensi perempuan untuk melahirkan di rumah;
- Rendahnya kualitas fasilitas PONED, tidak ada kriteria yang disepakati ketika merujuk pasien dan masalah dengan transportasi rujukan;
- Tidak ada jejaring rujukan yang sudah dibangun atau mekanisme komunikasi formal para bidan desa, puskesmas dan rumah sakit;
- Masalah seputar pembayaran kembali (*reimbursement*) untuk asuransi kesehatan sosial, dan persepsi kualitas layanan yang rendah;
- Tidak ada standar pencatatan/pelaporan kasus rujukan, dan tidak ada umpan balik/rujukan; dan MPA dibatasi oleh kendala dana dan waktu.

Berdasarkan temuan penilaian rujukan kunci, EMAS menyusun sejumlah intervensi yang saling terkait untuk memperkuat sistem rujukan kegawatdaruratan, termasuk:

- **Standar kinerja rujukan** dan alat di fasilitas kesehatan untuk menilai, memantau dan memperbaiki rujukan;
- **Perjanjian Kerjasama** untuk memperkuat keterkaitan dan memformalisasikan jejaring rujukan antara puskesmas dan rumah sakit;
- **Sistem Pertukaran Rujukan, SijariEMAS**, untuk memperbaiki komunikasi dan koordinasi rujukan antara para penyedia layanan dan fasilitas;
- **Audit kematian ibu dan bayi (*Maternal and perinatal death audits/MPA*)** di tingkat daerah untuk mengidentifikasi penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir, kelemahan sistem kesehatan dan berbagai tindakan untuk mengatasinya; dan
- **Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA)** dan kegiatan mobilisasi masyarakat untuk membantu mengurangi kendala finansial dalam perawatan kesehatan kegawatdaruratan melalui peningkatan pemakaian asuransi kesehatan sosial.

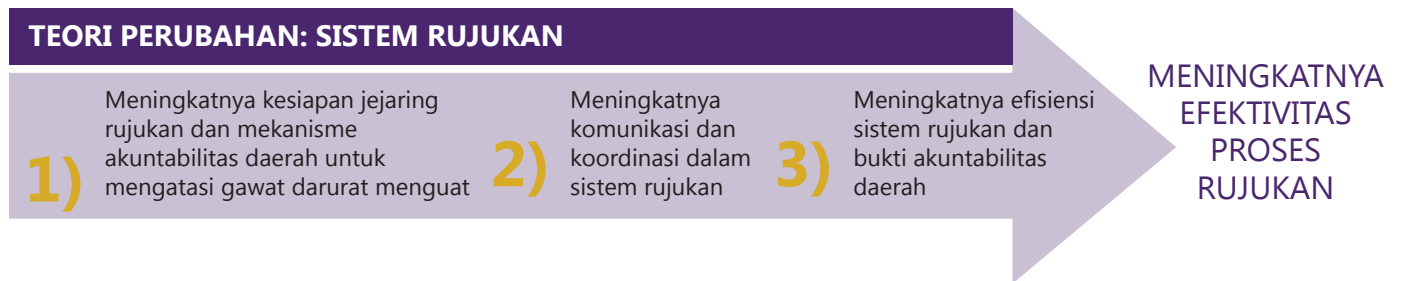
Perkembangan dan keterkaitan temuan penilaian dan intervensi EMAS diringkas dalam Gambar 1 di bawah ini. Intervensi rujukan khusus dijelaskan lebih lanjut dalam bagian 3 dari dokumen ini. Jika berbagai kebijakan, strategi atau program Pemerintah Indonesia yang relevan dengan berbagai intervensi ini sudah ada, maka EMAS menggunakan hal ini sebagai basis untuk mengembangkan peralatan yang mudah digunakan (user-friendly) untuk mendukung implementasinya.

Gambar 1. Intervensi penguatan rujukan EMAS



EMAS juga menyusun sebuah jalur kausal (Gambar 1) untuk memantau kemajuan dalam penguatan sistem rujukan (Gambar 2). Outline ini menggambarkan bagaimana EMAS berharap bahwa membaiknya jejaring rujukan bersama meningkatnya koordinasi, komunikasi dan efisiensi di dalam sistem rujukan daerah, pada gilirannya akan membuat proses rujukan menjadi lebih efektif.

Gambar 2: Jalur Kausal EMAS untuk penguatan sistem rujukan



Karena berbagai intervensi rujukan EMAS saling mendukung satu sama lain, intervensi ini paling baik dilaksanakan dengan urutan yang mencerminkan jalur kausal. Pokja seharusnya ada sebelum intervensi lain diimplementasikan. Alat-alat standar kinerja rujukan menilai komponen-komponen penting dari sistem rujukan dan seharusnya diimplementasikan untuk menyediakan *baseline* dan mengidentifikasi bidang yang perlu ditindak. PK perlu dibuat sebelum SijariEMAS dapat bekerja dengan baik. Akhirnya, audit jalur MPA dapat digunakan untuk mengidentifikasi berbagai kelemahan dalam sistem rujukan kegawatdaruratan secara keseluruhan. Gambar 2 di bawah menggambarkan bagaimana berbagai intervensi EMAS bekerja sama untuk memperkuat sistem rujukan.

Strategi EMAS untuk memperbaiki rujukan kegawatdaruratan menggunakan komponen-komponen berupa tata kelola, teknologi informasi dan komunikasi untuk pengembangan (*information and communication technology for development/ICT4D*), perbaikan kualitas layanan kesehatan, keterlibatan masyarakat madani, pendidikan dan mobilisasi masyarakat. EMAS juga menggunakan pendekatan lintas bidang dalam pendampingan dan tata kelola/akuntabilitas untuk mendukung penguatan sistem rujukan.

Penguatan tata kelola dan advokasi

Di tingkat daerah, EMAS memobilisasi komitmen politik dengan struktur masyarakat madani dan tata kelola/akuntabilitas untuk keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Tata kelola dan mekanisme akuntabilitas mendukung program EMAS, termasuk penguatan rujukan.

Kelompok kerja yang disingkat **Pokja** dibentuk dan diperkuat untuk membantu menyelesaikan berbagai masalah yang berdampak pada keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Pokja pada umumnya terdiri dari individu yang berpengaruh, seperti kepala Dinkes, kepala daerah, perwakilan organisasi profesi, pengusaha dan masyarakat madani. Keanggotaannya yang beragam ini memungkinkan Pokja untuk menyelesaikan berbagai masalah yang diidentifikasi oleh komunitas, atau hambatan dari sisi suplai penyedia layanan—termasuk hal-hal yang di luar kendali langsung fasilitas kesehatan atau Dinkes. Contohnya Pokja dapat memfasilitasi rancangan kebijakan lokal yang mendukung kesehatan ibu dan bayi baru lahir, dan mengintegrasikan kegiatan penguatan rujukan ke dalam rencana dan anggaran tahunan daerah. Pokja memfasilitasi pembuatan PK jejaring rujukan dan memantau jejaring sistem rujukan. Mereka juga menindaklanjuti penilaian standar kinerja rujukan dan berbagai

proses serta hasil MPA (lihat bagian yang relevan di bawah). Dengan demikian mereka adalah kunci keberhasilan implementasi penguatan sistem rujukan—serta beberapa intervensi EMAS lainnya untuk mempromosikan keselamatan ibu dan bayi baru lahir.

Forum Masyarakat Madani (FMM), membantu menghubungkan masyarakat madani dan memperluas partisipasi publik dalam KIB (MNH). Forum masyarakat madani mencari masukan dari masyarakat, membantu mempromosikan mekanisme umpan balik, dan memainkan peranan menyeluruh dalam mengerahkan masyarakat dalam meminta pelayanan KIB yang lebih berkualitas. Mereka memfokuskan diri pada mengumpulkan dan menggunakan informasi untuk mengadvokasi aksi untuk kematian ibu dan bayi baru lahir. Dalam melakukan hal tersebut, Forum Masyarakat Madani juga bertindak sebagai badan pemantau (*watch dog*) bagi peningkatan kualitas layanan KIB, termasuk rujukan. Forum Masyarakat Madani terhubung dengan Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA) dalam mengidentifikasi berbagai hambatan kunci dalam KIB, serta terhubung juga dengan Pokja untuk membantu mengatasi hal ini. Konteks yang lebih luas ini penting untuk kesadaran komunitas dan perbaikan layanan rujukan.

Sebagai bagian dari upaya keseluruhan untuk memperbaiki akuntabilitas fasilitas kesehatan dalam memberikan layanan kegawatdaruratan yang berkualitas tinggi, EMAS pada awalnya mendukung rumah sakit untuk membuat **Maklumat Pelayanan (Service Charters)** dan mengimplementasikan mekanisme umpan balik masyarakat. Maklumat Pelayanan menyediakan informasi kepada public tentang standar/norma dan ekspektasi terkait perawatan gawat darurat ibu dan bayi baru lahir, dan maklumat ini dimaksudkan untuk berfungsi sebagai basis untuk memperoleh umpan balik masyarakat tentang kualitas layanan kesehatan.⁴ EMAS juga mendorong Forum Masyarakat Madani untuk mengumpulkan umpan balik menggunakan berbagai pendekatan informal dan memastikan aksi tindak lanjut terhadap berbagai masalah yang teridentifikasi.

3. INTERVENSI EMAS UNTUK MEMPERKUAT SISTEM RUJUKAN

Bagian ini menjelaskan berbagai intervensi EMAS yang dirancang untuk memperkuat sistem rujukan untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir. Hal ini telah diimplementasikan di sepuluh daerah selama Fase 1 (mulai Mei 2012), dan kemudian meluas dengan tambahan 13 daerah selama Fase 2 (sejak September 2013) ditambah tujuh daerah lagi selama Fase 3 (sejak Januari 2015).

EMAS menggunakan pendampingan sejawat (*peer-to-peer*) sebagai sebuah pendekatan menyeluruh untuk peningkatan kapasitas, termasuk memperkuat sistem rujukan. Staf dari fasilitas/entitas yang berkinerja bagus (Tim Penyeliaan Fasilitatif/ *Facilitative Supervision* Dinas Kesehatan Daerah), tim MPA, Pokja dan Forum Masyarakat Mandani, mendampingi mitra mereka di daerah yang lain mengenai bagaimana mengimplementasikan intervensi EMAS (seperti MPA, SijariEMAS dan Standar Kinerja Rujukan—lihat bagian yang relevan di bawah).

EMAS telah menyusun kriteria kapan sebuah fasilitas/entitas siap mendampingi yang lain. Kriteria yang relevan dengan penguatan rujukan dimuat dalam Lampiran 3. Dibandingkan dengan pendampingan klinis (lihat laporan pendampingan klinis), pendampingan sistem rujukan EMAS kurang terstruktur dan intensif. Pendampingan rujukan biasanya melibatkan mentor untuk setiap intervensi rujukan (Standar kinerja rujukan, PK, SijariEMAS, MPA, Pokja, Forum Masyarakat Madani dan MKIA) mengunjungi tim mitra mereka di daerah lainnya, mengorientasi mereka tentang sistem/peralatan dan bekerja dengan daerah yang didampingi untuk mengimplementasikannya untuk yang pertama kalinya.

Alat pemantauan kinerja rujukan

Untuk memperbaiki kualitas rujukan, daerah perlu mengerti komponen-komponen penting sebuah sistem rujukan dan dimana kinerja mereka perlu diperbaiki. Pedoman rujukan Pemerintah Indonesia telah ada sebelum EMAS, tidak diimplementasikan secara luas dan kurang spesifik.⁵ Berdasarkan standar yang ada dan pengalaman global Jhpiego, EMAS bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan untuk mengumpulkan satu set standar kinerja ke dalam alat pantau kinerja dan mengaitkan pedoman operasional untuk memfasilitasi implementasinya.⁶

Terdapat dua set alat pemantauan kinerja rujukan—satu untuk rumah sakit (dengan 7 alat dan 18 standar) dan satu set lainnya untuk puskesmas (dengan 6 alat dan 17 standar). Sebagaimana diringkas dalam Tabel 1 di bawah, alat-alat tersebut menilai serangkaian bidang, termasuk keterlibatan di dalam jejaring sistem rujukan, prosedur untuk notifikasi rujukan yang masuk, ketersediaan layanan dan transportasi 7 hari 24 jam (24/7), serta protokol tindakan untuk rujukan. Alat-alat tersebut juga mencakup beberapa fungsi tingkat daerah yang penting yang mempengaruhi rujukan, seperti MPA dan orientasi puskesmas pada para bidan desa dan swasta untuk kegawatdaruratan dan rujukan.

Tabel 1: Ringkasan standar kinerja rujukan untuk puskesmas dan rumah sakit

Puskesmas	Rumah sakit
<p>1. Jejaring layanan rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir</p> <p>1.1 Puskesmas membangun sebuah jejaring dengan penyedia layanan dan fasilitas lain di wilayah.</p> <p>1.2 Perjanjian Kerjasama termasuk persyaratan minimum</p> <p>1.3 Puskesmas aktif dalam Kelompok Kerja untuk Kegawatdaruratan</p>	<p>1. Layanan jejaring sistem rujukan untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi</p> <p>1.1 Rumah sakit bergabung dengan sebuah jejaring bersama fasilitas lainnya di satu jejaring rujukan</p> <p>1.2 Perjanjian kerjasama memenuhi persyaratan minimum</p> <p>1.3 Komunikasi antara berbagai fasilitas dan penyedia layanan (kesehatan) dalam di dalam jejaring berjalan lancar</p> <p>1.4 Partisipasi dalam Kelompok Kerja Kegawatdaruratan</p>
<p>2. Persiapan pra-rujukan dipuskesmas</p> <p>2.1 Pra-rujukan medis dilakukan secara memadai</p> <p>2.2 Warga Siaga berfungsi membantu kegawatdaruratan</p>	<p>2. Kesiapan bagian pendaftaran awal kegawatdaruratan dan ruangan gawat-darurat 24 jam</p> <p>2.1 Unit pendaftaran merespon secara baik dan dengan cepat</p> <p>2.2 Ruang gawat darurat berfungsi 24 jam</p>
<p>3. Mengenali tanda-tanda bahaya</p> <p>3.1 Tanda-tanda bahaya ibu dan bayi baru lahir dikenali</p> <p>3.2 Tanda-tanda bahaya direspon segera</p> <p>3.3 Direktori Komunikasitersebut dan berfungsi</p>	<p>3. Penggunaan ambulans dalam kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir</p> <p>3.1 Layanan ambulans kegawatdaruratan tersedia 24 jam</p> <p>3.2 Ambulans memberikan layanan sesuai standar</p>
<p>4. Paket persiapan rujukan</p> <p>4.1 Ketersediaan Paket Persiapan Rujukan (informasi, surat, formulir)</p> <p>4.2 Ketersediaan ambulans/kendaraan 24 jam</p> <p>4.3 Ketersediaan berbagai instrumen dan obat-obatan</p> <p>4.4 Komunikasi tersedia dan berfungsi</p>	<p>4. Audit Maternal dan Perinatus (MPA)</p> <p>4.1 Identifikasi kematian di rumah sakit</p> <p>4.2 Memainkan peranan dalam proses MPA</p> <p>4.3 Penggunaan hasil MPA</p>
<p>5. Persiapan layanan rujukan</p> <p>5.1 Persiapan layanan rujukan</p> <p>5.2 <i>Checklists</i> yang digunakan untuk merujuk setiap kasus</p>	<p>5. Akuntabilitas Publik</p> <p>5.1 Penggunaan Maklumat Pelayanan</p> <p>5.2 Ketersediaan mekanisme umpan balik</p> <p>5.3 Rekomendasi pemantauan layanan oleh Forum Masyarakat Madani ditindaklanjuti oleh rumah sakit</p>
<p>6. Rujukan balik dan umpan balik</p> <p>6.1 Rujukan balik dilakukan/ layanan yang memadai tersedia</p> <p>6.2 Audit Maternal dan Perinatal (MPA) dilakukan secara rutin</p> <p>6.3 Maklumat Pelayanan digunakan</p>	<p>6. Bantuan teknis kualitas layanan</p> <p>6.1 Bantuan teknis reguler pada fasilitas di tingkat lebih rendah (contohnya puskesmas)</p> <p>6.2 Layanan penyaringan pencegahan kegawatdaruratan</p> <p>7. Rujukan balik</p> <p>7.1 Rujukan balik untuk kaum perempuan/bayi baru lahir</p> <p>7.2 Rujukan balik dilakukan</p>

Alat pemantauan kinerja rujukan ini memudahkan Dinkes dan fasilitas untuk menggunakan mekanisme baku untuk mengukur secara kuantitatif efektivitas sistem rujukan mereka. Dengan menggunakan alat-alat ini mereka dapat menilai sistem rujukan mereka dan mengidentifikasi berbagai kekurangannya. Berbagai hasil penilaian dibahas dalam Pokja dan sebuah rencana aksi disusun. Pedoman Operasional Rujukan (*Referral Operational Guidelines*) memberikan bimbingan pada Dinkes tentang bagaimana menutupi kekurangan teridentifikasi di dalam sistem rujukan. Angka-angka dapat dibandingkan sepanjang waktu untuk mengukur kemajuan baik di tingkat fasilitas maupun di tingkat daerah, dengan angka 80% atau lebih disebut memuaskan. Alat pemantauan kinerja rujukan diimplementasikan oleh

Tim Penyeliaan Fasilitatif Dinkes (*Facilitative Supervision*), sebagai bagian dari pemantauan triwulanan mereka.⁷ EMAS memperkuat kapasitas tim PF agar lebih efektif dalam perannya melalui pendampingan berjalan juga pembelajaran lintas daerah dan berbagi pengalaman. Mentor yang kuat disandingkan dengan mentor yang baru dan kurang berpengalaman, sementara berbagai pengalaman dan praktik-praktik terbaik dibagikan melalui rapat koordinasi. Dalam setiap daerah baru, tim PF mentor (didukung EMAS sebagaimana diperlukan) memberikan orientasi pada Dinkes, tim PF dan staf fasilitas kesehatan yang didampingi (*mentee*) mengenai standar kinerja rujukan. Mereka kemudian bekerja dengan tim PF untuk melakukan penilaian pertama sistem rujukan menggunakan alat-alat tersebut, yang berfungsi sebagai penilaian dasar (*baseline*).

Alat pemantauan kinerja rujukan dan Pedoman Operasional saat ini digunakan di seluruh daerah Fase 1 dan Fase 2. Alat-alat ini juga telah diperkenalkan di daerah Fase 3, dengan dukungan dari Mentor PF Fase 1 dan Fase 2 PF. Daerah-daerah melaksanakan penilaian secara triwulanan untuk mengukur dan memantau kinerja sistem rujukan, dimana hasil dan rencana aksi-nya ditinjau oleh Pokja setiap 4-6 bulan.

Secara keseluruhan, berbagai perbaikan seluruh standar kinerja rujukan telah terlihat sepanjang waktu (lihat bagian hasil). Alat pemantauan kinerja rujukan telah diterima dengan baik oleh tim PF, karena memungkinkan mereka melakukan penilaian sistem rujukan dan program MNCH (perawatan kesehatan ibu dan bayi) yang objektif dan komprehensif. Dinkes telah menemukan alat-alat yang mudah digunakan, dan mereka meringkas sebuah jalur yang jelas untuk memperbaiki kinerja sistem rujukan. Dinkes telah sangat menerima proses pemantauan sistem rujukan dan identifikasi berbagai bidang untuk penguatan, dimana beberapa daerah mengalokasikan dana mereka sendiri untuk mendukung penilaian tersebut. Selain itu, Kabupaten Serang, Cirebon dan Banyumas telah mengambil langkah-langkah untuk memperluas penggunaan alat-alat dan proses penilaian di luar fasilitas yang didukung EMAS.

Walaupun terdapat beberapa tantangan di awal penggunaan alat-alat ini, misalnya dalam memastikan tim PF berfungsi dengan baik dan alat-alat tersebut diimplementasikan sebagaimana mestinya, hal-hal ini telah dapat diselesaikan. Beberapa daerah terus menghadapi tantangan terkait jadwal tim PF atau menggantikan tim PF yang telah dipindahkan ke posisi lain. Jika terdapat pergantian staf, EMAS berupaya untuk memastikan tim yang baru diperkuat untuk mempertahankan kemajuan.

Selain membantu daerah untuk mengimplementasikan alat pemantauan kinerja sistem rujukan, EMAS telah menyusun dan menyediakan satu paket instruksi kerja (*job aids*) untuk puskesmas dengan dukungan terbatas, yang termasuk alat pemantauan kinerja sistem rujukan. Tim PF memperkenalkan alat-alat ini pada seluruh puskesmas di daerah yang didukung EMAS sepanjang tahun 2015. Alat-alat ini memungkinkan puskesmas melakukan penilaian mandiri (*self-assessments*), mengidentifikasi kekurangan dan membuat perbaikan yang diperlukan. EMAS juga mengadakan lokakarya yang dirancang/dimaksudkan untuk meningkatkan komunikasi dan kolaborasi di antara puskesmas, dan menghasilkan komitmen untuk saling memperkuat sistem rujukan.

Perjanjian Kerjasama Jejaring Rujukan

Memastikan seluruh pelaku di dalam jejaring rujukan memiliki peran dan tanggung jawab yang jelas, yang dimengerti sepenuhnya dan disepakati, merupakan hal yang sangat penting bagi efisiensi sistem rujukan. Karena tidak ada jejaring formal sebelumnya antara fasilitas kesehatan di satu daerah,⁸EMAS mulai dengan memfasilitasi Perjanjian Kerjasama— yang tunggal dan menyatu yang ditandatangani oleh fasilitas kesehatan yang setuju untuk berpartisipasi dalam jejaring rujukan daerah.

PK menyiapkan basis untuk penguatan jejaring rujukan dengan menetapkan tata kelolanya. PK:

- Secara formal mendefinisikan berbagai peran, tanggung jawab dan ekspektasi terhadap rumah sakit (umum dan swasta) dan puskesmas, pemerintah daerah serta forum masyarakat madani terkait rujukan. Hal ini termasuk mengidentifikasi rumah sakit mana yang termasuk PONEK⁹ dan yang akan menerima pasien asuransi kesehatan sosial;
- Mendefinisikan arus/pola rujukan di dalam sebuah daerah;
- Memperbaiki komunikasi, kolaborasi dan koordinasi antar fasilitas;
- Menyiapkan basis untuk mendorong akuntabilitas pemerintah daerah dalam hal tanggung jawab menyediakan layanan kesehatan berkualitas; dan
- Secara formal mengintegrasikan berbagai fasilitas dan penyedia layanan swasta ke dalam sistem rujukan daerah.¹⁰

Sementara setiap daerah mendefinisikan jejaring rujukannya sesuai kebutuhan dan konteks, EMAS menentukan tujuh komponen minimum dalam sebuah PK yang mencakup komponen-komponen dasar sebuah jejaring rujukan yang kuat (Lihat Kotak 2). Berbagai komponen ini ditinjau sebagai bagian dari Standar Kinerja Rujukan setiap triwulanan.

PK disusun melalui sebuah lokakarya dengan beragam pemangku kepentingan lintas sektoral. Secara umum Dinkes bertanggung jawab untuk memastikan PK telah ada, dengan proses penyusunan yang difasilitasi oleh Pokja. Langkah-langkah untuk penyusunan sebuah PK daerah diringkas dalam Lampiran 5. Baik Dinkes, Pokja dan Bupati/Walikota menandatangani dokumen final. Pokja juga meninjau PK setiap triwulan dalam hal jumlah fasilitas yang menandatangani, ditambah isu-isu yang relevan.

Dalam fase 1, jejaring rujukan pada awalnya memfokuskan diri pada fasilitas yang didukung

Kotak 2: Komponen PK yang Komprehensif

1. Mekanisme Rujukan disepakati di antara fasilitas: bagaimana fasilitas merujuk dari setiap tingkat
2. Aliran rujukan di antara fasilitas: hal ini menjadi penting khususnya ketika terdapat lebih dari satu rumah sakit
3. Berbagai tugas dan fungsi, berdasarkan peran dan wewenang setiap fasilitas di jejaring
4. Aliran data, termasuk pelaporan dan audit kematian
5. Mekanisme keuangan asuransi sosial ; menyepakati mekanisme bagi daerah
6. Moda dan mekanisme komunikasi di antara fasilitas
7. Pembuatan jejaring medis dan non-medis (*pambinang*): menyepakati mekanisme/ bantuan teknis untuk keterampilan dan penyeliaan program di antara fasilitas.

EMAS, dengan PK yang disusun untuk rumah sakit dan sejumlah puskesmas yang menjadi target EMAS. Dalam Fase 2 EMAS memutuskan untuk memperluas jejaring rujukan dengan melibatkan semua fasilitas kesehatan di dalam satu daerah, agar memiliki dampak yang lebih besar terhadap penguatan rujukan. Hal ini menghasilkan 'PK yang komprehensif' yang melibatkan semua rumah sakit, *puskesmas*, Palang Merah, praktik bidan swasta, ditambah BPJS¹¹ dan laboratorium (sebagaimana diperlukan) dalam perkembangannya.¹² Di daerah EMAS Fase 2 dan 3 EMAS, seluruh puskesmas telah terlibat di dalam penyusunan PK¹³ dan Prosedur Tetap (SOP) JKN untuk rujukan telah diintegrasikan ke dalam PK sejak permulaan (lihat bagian MKIA). PK daerah yang sudah ada untuk daerah Fase 1 direvisi secara bertahap dengan menambahkan puskesmas, dan fasilitas/dokter yang tersisa, dan mencerminkan pola rujukan yang diamanatkan yang berasal dari pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Daerah-daerah telah merasakan proses penyusunan dan perluasan PK sangat berguna. Penyusunan PK menyatukan sekelompok besar pemangku kepentingan meliputi fasilitas umum dan swasta, Dinkes, BPJS dan Forum Masyarakat Madani untuk membahas dan menyepakati proses rujukan (seringkali untuk pertama kali), serta membantu mengidentifikasi berbagai tantangan dan kekurangan (*gap*).

Daerah-daerah yang didukung EMAS telah menyaksikan manfaat memiliki sebuah PK. Di Bulukumba, PK yang komprehensif telah membantu memperkuat layanan PONE dengan mengamankan bahwa persediaan medis dan obat-obatan kegawatdaruratan harus tersedia. Bulukumba juga telah melaporkan bahwa kepatuhan terhadap PK telah meningkatkan kualitas layanan yang diberikan oleh para bidan swasta. Di beberapa daerah seperti Serang, Cirebon dan Semarang, proses penyusunan PK telah menyebabkan rumah sakit yang tidak didukung EMAS mengimplementasikan Sijari EMAS. Terlibat di dalam PK juga dapat membantu menghubungkan dan mendukung para bidan. Selain staf puskesmas menjadi lebih mengenal jejaring rumah sakit dan stafnya, disertakannya staf puskesmas dalam rotasi klinis di rumah sakit rujukan dalam PK (Komponen 7, lihat Kotak 1) dapat membantu mengerahkan dana untuk aktivitas ini.

Walaupun PK menyediakan fondasi bagi sistem rujukan yang fungsional, efektif dan berkelanjutan, terdapat beberapa tantangan dalam implementasinya. Secara keseluruhan, mencapai 'PK yang komprehensif' merupakan hal yang rumit dan memakan waktu karena upaya yang diperlukan untuk mendaftarkan banyaknya fasilitas yang terlibat. Hal ini khususnya untuk daerah dengan jumlah rumah sakit yang banyak. Sebagai contoh, Bogor (Jawa Barat) membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mencapai kesepakatan di antara 40 rumah sakit dan 101 puskesmas.¹⁴ Bagi beberapa daerah, seperti Sidoarjo dan Tuban, memenuhi persyaratan PK adalah hal yang sulit. Selain itu, beberapa fasilitas kesehatan (khususnya rumah sakit swasta) pada mulanya menolak untuk menandatangani PK, sehingga menghambat rujukan yang optimal. Pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal 2014 (lihat bagian MKIA di bawah) merupakan tantangan yang lain, karena pemetaan kembali jalur rujukan dan merevisi PK untuk mencerminkan pola rujukan yang diamanatkan JKN/BPJS membutuhkan upaya yang signifikan. Juga dibutuhkannya waktu untuk mengubah perilaku yang sudah mapan, seperti menetapkan peran rumah sakit untuk mengawasi/menyelia puskesmas, dan mengkomunikasikan informasi kembali kepada puskesmas tentang kasus yang dirujuk.

Sistem Pertukaran Rujukan—SijariEMAS

Seluruh sistem rujukan daerah diwajibkan mempunyai sebuah mekanisme untuk komunikasi di antara fasilitas. Untuk memperbaiki komunikasi tentang rujukan kegawatdaruratan antara para bidan dan rumah sakit rujukan, EMAS membangun sebuah sistem pertukaran rujukan otomatis bernama *Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal dan Neonatal*, atau 'SijariEMAS'. EMAS bekerja dengan Kementerian Kesehatan untuk memastikan SijariEMAS selaras dengan berbagai kebijakan yang relevan dan sistem informasi kesehatan yang ada.

Dalam SijariEMAS, para bidan mengirimkan pesan (lewat SMS, aplikasi telepon genggam atau *web*, atau telepon /*call center*) tentang kasus rujukan potensial ke sistem. Pesan tersebut secara otomatis dikirim ke rumah sakit terdekat, seperti dalam aliran rujukan yang telah disepakati. Rumah sakit ini dapat menerima atau menolak rujukan, dan dapat memberikan informasi tentang stabilisasi pasien. Jika rujukan ditolak, sistem akan mengirimkan kembali ke rumah sakit berikutnya di dalam sistem (sebagaimana dinyatakan di dalam PK) hingga kasus diterima. Rincian perkembangan, macam-macam model dan fungsi penuh dari sistem inovatif ini dijelaskan dalam *Program BriefEMAS* yang berjudul, "Pertukaran Sistem Rujukan SijariEMAS" ("*SijariEMAS Referral Exchange System*").

Dengan cara ini, SijariEMAS mengatasi sejumlah kendala untuk mencari dan mendapatkan layanan obstetri dan bayi baru lahir, termasuk keterlambatan dalam mengetahui kemana untuk mencari perawatan dan keterlambatan menjangkau sebuah fasilitas yang dilengkapi peralatan dan staf serta mampu merespon (hal ini menghentikan pasien bepergian ke beberapa rumah sakit sebelum diterima).

Si jariEMAS memperbaiki rujukan dengan

- Memperbaiki koordinasi antara fasilitas kesehatan selama proses rujukan ;
- Memperbaiki kesiapan rumah sakit dalam menangani rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir yang masuk;
- Memastikan bahwa rujukan dikirim ke RS dengan cara yang efisien dan mencegah pasien dirujuk ke beberapa rumah sakit sebelum mendapatkan perawatan; dan
- Mendorong pertukaran informasi rujukan kasus gawat darurat di antara para penyedia layanan kesehatan (rujukan balik).

SijariEMAS diperkenalkan ke sebuah daerah setelah PK disusun, dengan dukungan dari mentor SijariEMAS dari fase EMAS sebelumnya.¹⁵ Implementasi SijariEMAS meliputi instalasi sistem, ikut dalam jalur rujukan yang disepakati, ditambah mengorientasi rumah sakit, puskesmas dan bidan untuk penggunaannya, serta staf TI untuk operasional dan pemeliharannya.

SijariEMAS saat ini digunakan di 30 daerah EMAS, dan telah diterima dengan baik oleh para penyedia layanan dan fasilitas serta Dinkes. Beberapa fasilitas dan Dinkes telah menutupi biaya menginstal dan mengoperasikan sistem. Dimana SijariEMAS memiliki dukungan Dinkes yang kuat—seperti di daerah Karawang dan Bogor di Jawa Barat, lebih dari 1000 rujukan telah dibuat melalui sistem pertukaran

rujukan setiap bulan. Dinkes di Tangerang telah menyatakan bahwa SijariEMAS telah membuat sebuah terobosan untuk menghentikan 'hospital tour' yang sebelumnya dihadapi pasien, dan hal tersebut merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu dan bayi baru lahir. Rincian lebih lanjut tentang penggunaan SijariEMAS ada di bagian hasil.

Terdapat minat dan antusiasme yang tinggi terhadap SijariEMAS, baik di dalam daerah yang didukung EMAS maupun di luar. Sebagai contoh, di Serang Dinkes memperluas penggunaan SijariEMAS hingga mencakup semua puskesmas di daerah tersebut. Jawa Barat juga mengimplementasikan SijariEMAS di lima daerah tambahan dengan dana mereka sendiri. Terdapat juga minat untuk mengimplementasikan sistem dari daerah yang bukan merupakan target EMAS. Sebagai contoh, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat telah mengalokasikan dana untuk memperkuat sistem rujukan mereka berbasis pendekatan EMAS dan telah mulai memberlakukan SijariEMAS di beberapa daerah. Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta juga telah menyatakan minatnya terhadap SijariEMAS.

Walaupun SijariEMAS telah berhasil di beberapa daerah, penggunaannya beragam antar triwulan dan tetap rendah di beberapa daerah lainnya. Walaupun berbagai tantangan dan kendala dalam menggunakan SijariEMAS beragam untuk setiap daerah, terdapat juga kendala yang umum, yaitu fasilitas sudah memiliki preferensi rujukan ke fasilitas tertentu, atau masalah koneksi internet yang buruk atau keterlambatan dalam menyampaikan pesan SMS. Beberapa rumah sakit /Dinkes belum memiliki komitmen yang kuat untuk menggunakan sistem ini, atau ada juga yang telah melaporkan kendala sumber daya manusia. EMAS terus menyelidiki cara-cara untuk mengatasi kendala teridentifikasi, seperti membuat dasbor SijariEMAS untuk Dinkes dan para pemangku kepentingan untuk memantau dan mempercepat penggunaannya, dan memberikan bantuan teknis jangka pendek TI untuk membantu mengatasi masalah teknis di tingkat daerah maupun nasional. Diperlukan juga upaya yang signifikan untuk memprogramkan kembali peta rujukan yang mendukung SijariEMAS untuk mencerminkan jalur rujukan yang diamanatkan JKN dan memperluas PK yang 'komprehensif'.

Audit kematian ibu dan bayi (MPA)

Memahami penyebab utama kematian ibu dan bayi baru lahir sangat penting untuk menargetkan intervensi dalam membantu mengurangi kematian. MPA membantu daerah mengidentifikasi kelemahan sistem kesehatan yang mungkin berkontribusi pada kematian ibu dan bayi. Contohnya, apakah keluarga menunggu terlalu lama sebelum mencari perawatan gawat darurat? Apakah pasien terlalu terlambat dirujuk? Apakah ambulans tidak tersedia? Apakah ada keterlambatan di puskesmas atau rumah sakit dalam memberikan perawatan penyelamatan? Dari informasi ini, berbagai aksi dapat diidentifikasi untuk membantu mencegah masalah yang serupa kembali terjadi di masa mendatang.

MPA merupakan proses yang diamanatkan secara nasional, dijelaskan di dalam Pedoman Nasional MPA 2010 Kementerian Kesehatan yang telah diperbaharui.¹⁶ Sementara pedoman ini mensyaratkan daerah untuk melakukan MPA, hal tersebut tidak dilakukan secara teratur. Sebuah penilaian dasar EMAS (*baseline*) pada tahun 2012 menemukan bahwa tidak ada daerah yang melaksanakan audit penuh terhadap semua kematian ibu.¹⁷

Sejak tahun 2012, EMAS telah bekerja di berbagai tingkat untuk mendukung implementasi MPA yang sistematis/teratur dan meningkatkan kualitasnya. Berbagai aktivitas kunci meliputi:

- Penyusunan pedoman untuk membantu daerah mengoperasionalkan dan mengimplementasikan secara penuh Pedoman MPA 2010;
- Mendukung serangkaian lokakarya penyegaran MPA dengan staf provinsi dan kabupaten untuk menguatkan kembali Pedoman 2010 di daerah yang menjadi fokus EMAS;
- Bekerja dengan daerah untuk menyelaraskan pedoman MPA mereka dengan Pedoman Nasional MPA 2010;
- Menggunakan para mentor untuk meningkatkan kapasitas tim MPA untuk mengikuti Pedoman MPA 2010;

Membantu daerah untuk menyusun rencana aksi untuk mengatasi kendala melaksanakan MPA, seperti melibatkan para pakar dari tingkat kabupaten/provinsi lainnya, atau tingkat nasional untuk berpartisipasi di dalam audit; dan bekerja dengan berbagai organisasi profesional untuk menyusun standar tertulis audit.

EMAS juga memastikan berbagai temuan MPA dibagikan pada Pokja dan Forum Masyarakat Madani di setiap daerah, dan kelompok ini secara aktif menindaklanjuti rencana aksi dan membantu mengatasi kelemahan teridentifikasi di dalam sistem rujukan. Standar Kinerja Rujukan juga memeriksa apakah MPA dilakukan secara teratur.

Mulai Desember 2015, seluruh 30 daerah Fase 1, 2 dan 3 telah menyelaraskan MPA mereka dengan Pedoman MPA 2010. Bagian hasil menjelaskan rincian implementasi MPA selama adanya EMAS.

Walaupun Dinkes di daerah EMAS pada umumnya mendukung proses MPA, tingkat dukungan beragam antara daerah. Di Tangerang, Tegal dan Karawang, Dinkes telah mengambil peran aktif dan tim MPA bertujuan mengaudit kematian ibu dan bayi di daerah. Dinkes Karawang telah mengalokasikan dana untuk melaksanakan MPA setiap bulannya untuk mencapai hal ini. Di daerah dimana proses MPA telah membaik, berbagai perubahan telah dilakukan untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi oleh proses tersebut. Beberapa pemerintah daerah telah mengalokasikan dana untuk persediaan obat-obatan kegawatdaruratan, dan di fasilitas lainnya telah memperbaiki proses, seperti mewajibkan kehadiran dokter spesialis anak selama operasi caesar. Deli Serdang melaporkan bahwa audit telah membantu memfasilitasi penyerahan pasien yang lebih efektif selama pergantian giliran jaga (*shift*). Di Langkat, telah terjadi perbaikan yang mencolok dalam pencatatan data pasien, sehingga memungkinkan pemberian layanan kesehatan yang berdasarkan informasi sebelumnya (*informed*). Meningkatnya keterlibatan Pokja juga menyebabkan tambahan dukungan untuk membaiknya layanan KIB. Sebagai contoh, di Tegal Pokja mendorong rumah sakit untuk mengikuti rekomendasi tim MPA untuk memperbaiki manajemen kegawatdaruratan pasien dan memantau perempuan dengan kehamilan risiko tinggi.

Walaupun berbagai upaya yang sedang berjalan dilakukan oleh EMAS, kemajuan dalam meningkatkan frekuensi dan kualitas MPAs tingkat daerah masih rendah (walaupun terdapat beberapa variasi dalam kualitas antar daerah). Tantangan utama daerah mengimplementasikan pedoman MPA adalah alokasi

anggaran yang tidak mencukupi. Pendanaan untuk proses MPA berasal dari anggaran daerah, tetapi banyak daerah tidak mengalokasikan dana yang cukup untuk melaksanakan MPA dalam jumlah yang cukup untuk mengaudit setiap kematian ibu. Kenyataannya sebagian besar daerah hanya mengalokasikan dana sebanyak satu hingga empat MPA per tahun. Berbagai kendala lainnya termasuk masalah kebijakan, dan/atau kurangnya prioritas. Di beberapa daerah, ketersediaan anggota tim MPA terbatas, mengurangi jumlah kematian ibu dan bayi yang ditinjau. Terdapat juga tantangan dalam hal arus informasi yang tepat waktu dan akurat dari fasilitas kepada Dinkes terkait kematian, dan tantangan terkait penyimpanan data dan formulir yang tidak lengkap. EMAS telah menemukan bahwa di beberapa daerah, Dinkes yang melaksanakan MPA menggunakan pedoman yang sudah usang, yang menggunakan proses yang membutuhkan lebih banyak sumber daya dibandingkan dengan Pedoman MPA 2010.

Tantangan yang tetap ini mungkin membutuhkan waktu dan komitmen yang signifikan untuk membuat kemajuan yang signifikan di bidang ini. EMAS terus bekerja di sejumlah daerah EMAS untuk mengatasi berbagai tantangan dan memperbaiki proses untuk memperkuat proses MPA. Sebagai upaya termasuk terus mengadvokasi peningkatan alokasi anggaran untuk MPA dan berkolaborasi dengan berbagai organisasi profesi (POGI, IDIA) dan Dinkes untuk menyusun sebuah pernyataan tertulis yang menyerukan audit semua kematian seluruh ibu dan sejumlah bayi baru lahir dengan melibatkan spesialis klinis. EMAS juga terus mendukung tim MPA provinsi untuk memfasilitasi dan memantau proses MPA antar daerah, membantu mereka untuk menggunakan contoh kasus praktik terbaik untuk mendukung perubahan kebijakan dan kendala anggaran.

Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA) dan promosi cakupan kesehatan universal

Walaupun EMAS tidak terlalu memfokuskan diri pada aktivitas pendidikan kesehatan tingkat komunitas, EMAS menggunakan Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA) untuk menjawab masalah-masalah khusus di komunitas mereka terkait keselamatan ibu dan bayi baru lahir. MKIA merupakan sukarelawan pribadi di tingkat desa¹⁸ yang bekerja untuk mengatasi berbagai masalah khusus di komunitas mereka terkait keselamatan ibu dan bayi baru lahir, seperti kesadaran tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, identifikasi dan pemantauan kasus risiko tinggi, juga mendorong persalinan di fasilitas kesehatan dan pemakaian asuransi kesehatan sosial. Selain menjadi sumber informasi bagi ibu hamil, MKIA dapat menjadi 'mata dan telinga' dalam komunitas dan sangat tepat posisinya untuk memberikan nasihat. MKIA berfungsi sebagai jembatan antara komunitas dan Forum Masyarakat Madani, mengadakan rapat setiap tiga bulan untuk berbagi masalah yang diamati terkait rujukan, pendaftaran dan penggunaan JKN, kualitas layanan dan berbagai masalahnya terkait PONEK (EmONC). Berbagai analisis dan rekomendasi dari rapat ini dibagikan di tingkat daerah melalui rapat-rapat Pokja. (Lihat Brief EMAS tentang Forum Masyarakat Madani untuk keterangan lebih lanjut).

Mulai Desember 2015, sejumlah 4.059 MKIA secara aktif membantu perempuan hamil di daerah EMAS. MKIA telah diterima secara luas oleh komunitas mereka, dan MKIA yang kuat dari Fase 1 dan 2 mendampingi MKIA baru di daerah Fase 3 sebagaimana diperlukan.

Forum Masyarakat Madani dan MKIA juga membantu menciptakan lingkungan yang memungkinkan untuk mendukung sistem rujukan di tingkat desa, kecamatan dan kabupaten. Mereka telah bekerja

sama mengidentifikasi dan mengatasi sejumlah kendala dalam perawatan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir, seperti pemetaan mendukung ambulans desa untuk memindahkan rujukan kegawatdaruratan, melaksanakan donor darah untuk ketersediaan transfusi darah kegawatdaruratan dan berkoordinasi dengan penyedia layanan kesehatan berbasis komunitas untuk memastikan semua ibu hamil teridentifikasi dan yang berisiko tinggi dipantau. Sebagai contoh, di Serang Forum Masyarakat Madani dan MKIA membuat sebuah sistem berbasis SMS untuk memantau ibu hamil di desa mereka yang rentan dan berisiko tinggi. Di Bandung, MKIA berhasil mengadvokasi keputusan sebuah “*rumah tunggu*” di satu desa terpencil yang akan membantu memfasilitasi transportasi perempuan ke fasilitas kesehatan pada awal persalinan.

Peran kunci MKIA adalah untuk meningkatkan kesadaran dan pemakaian skema asuransi kesehatan sosial. Hal ini secara langsung mendukung sub-tujuan EMAS mengurangi kendala finansial dalam mencari dan mendapatkan perawatan kegawatdaruratan. Hal ini telah menjadi isu yang rumit selama beberapa tahun lalu karena Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan sejumlah skema asuransi kesehatan sosial, termasuk Jampersal, Jamkesmas, Jamkesda dan JKN (jaminan kesehatan nasional).¹⁹ Pada tahun 2012, EMAS melaksanakan analisis situasional seputar asuransi kesehatan sosial di enam provinsi. Analisis ini menemukan bahwa biaya merupakan kendala bagi perempuan mengakses kesehatan ibu dan bayi baru lahir, kurangnya kesadaran tentang manfaat asuransi dan sejumlah kendala yang mencegah perempuan menggunakan Jampersal dan berbagai skema lainnya (EMAS and University of Indonesia, 2012).²⁰ Untuk membantu mengatasi berbagai tantangan ini, MKIA melakukan aktivitas sosialisasi (*outreach*) di dalam komunitas, seperti kampanye untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap Jampersal dan memberikan konseling kepada perempuan untuk membantu mereka memahami dan mendorong penggunaannya.

Pada bulan Januari 2014, Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN diluncurkan menggantikan Jampersal dan memperluas cakupan kesehatan menjadi semua yang tidak dijamin (*uninsured*). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS), badan jaminan sosial yang menangani JKN, mengimplementasi sebuah strategi komunikasi tentang JKN hingga ke tingkat kecamatan. Namun, masyarakat masih bingung tentang eligibilitas/persyaratan dan proses pendaftaran. Melalui Forum Masyarakat Madani dan MKIA, EMAS membantu menyiapkan masyarakat untuk perubahan ke JKN.²¹

MKIA telah sangat aktif memberikan bantuan kepada ibu hamil memahami dan mengakses JKN. Pendekatan kolaboratif dan proaktif antara Forum Masyarakat Madani dan MKIA telah membantu mengatasi beberapa kendala penggunaan JKN dan mempertahankan banyak keluarga mendapatkan jaminan asuransi. Sebagai contoh, beberapa MKIA telah mengundang staf BPJS untuk mengadakan sesi informasi tambahan ke masyarakat. MKIA juga berinisiatif memberikan solusi terhadap kendala potensial, seperti membantu perempuan untuk memperoleh kartu identitas yang dibutuhkan untuk mengakses JKN. Di Semarang, MKIA telah membantu mengurus pendaftaran JKN premium untuk keluarga yang “mendekati miskin” agar dapat dibayarkan melalui rukun warga. Di daerah Serang, Forum Masyarakat Madani bekerja sama langsung dengan BPJS dalam menangani kendala terkait JKN. Hasilnya warga dapat menggunakan kartu keluarga untuk JKN (jika mereka tidak punya) demikian juga bayi baru lahir akhirnya dijamin setelah kelahiran bukan setelah 7 hari. EMAS terus mendokumentasikan pengalaman di lapangan dengan JKN, berdasarkan umpan balik dari MKIA dan Forum Masyarakat Madani, sehingga dapat berbagi dengan para pembuat kebijakan di tingkat kabupaten, provinsi dan nasional.

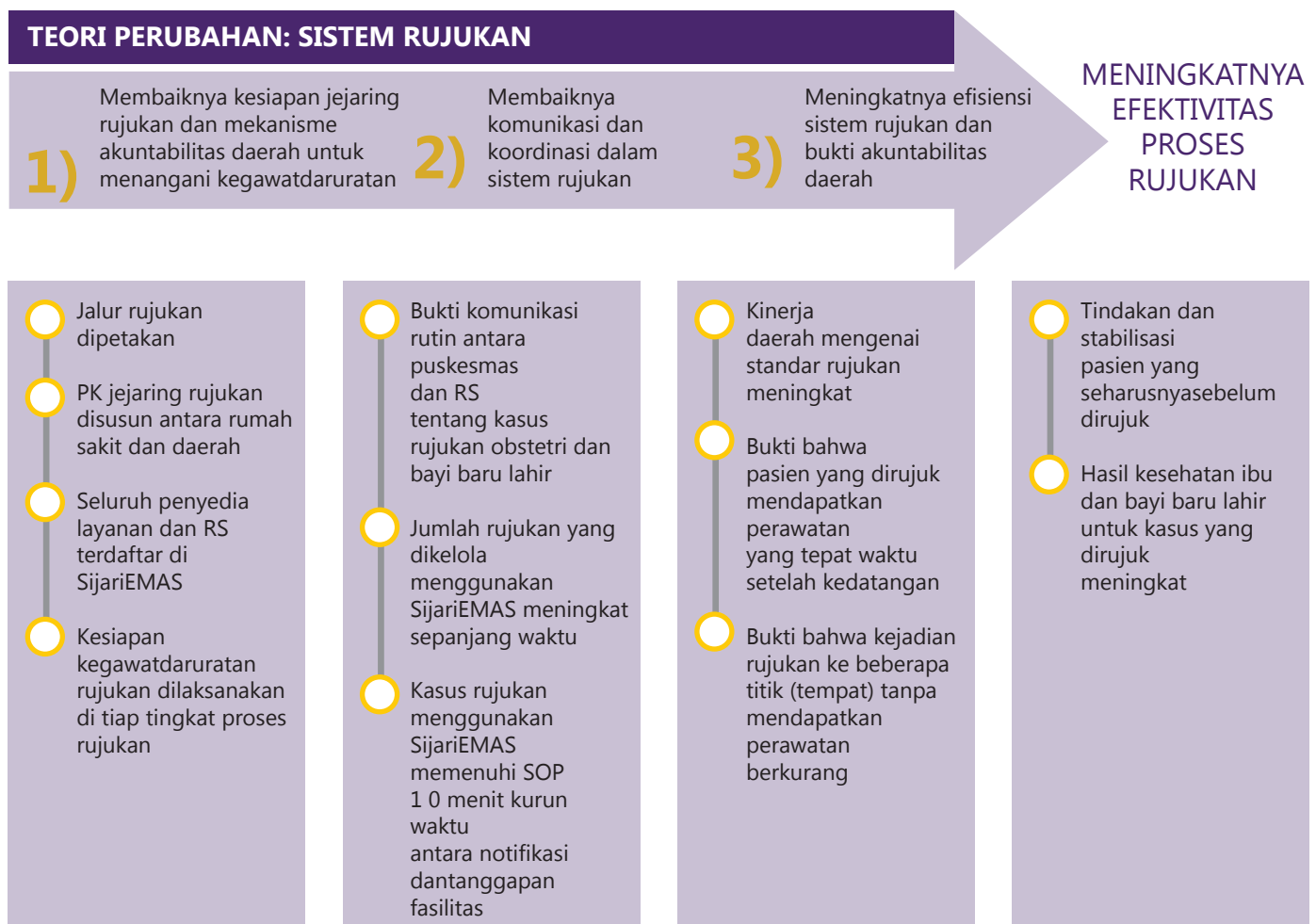
Di sisi suplai, para pasien yang menggunakan skema asuransi kesehatan nasional tidak selalu diterima oleh fasilitas kesehatan atau mungkin berpikir mereka tidak mendapatkan pelayanan dengan standar yang sama dengan mereka yang membayar sendiri. EMAS juga bekerja sama dengan fasilitas swasta dalam membantu mereka mengatasi berbagai tantangan seputar penerimaan asuransi kesehatan nasional, seperti memperjelas tanggung jawab dan proses pembayaran kembali (*reimbursement*). EMAS juga mengadakan rapat dengan BPJS dan pemerintah daerah untuk memperjelas berbagai ketentuan dan peraturan terkait proses rujukan ibu dan bayi baru lahir, memfasilitasi keterlibatan mereka di dalam PK, hingga berbagi gagasan tentang bagaimana mengimplementasi JKN dengan rumah sakit swasta. Selain itu, EMAS bekerja sama dengan Dinkes Provinsi untuk menciptakan solusi terhadap berbagai tantangan yang muncul terkait JKN.

4. HASIL

Untuk melihat lebih dekat bagaimana intervensi rujukan meningkatkan efektivitas sistem rujukan, EMAS telah mendefinisikan hasil yang diharapkan sepanjang jalur kausal (lihat Gambar 3) dan memantau hal tersebut untuk memastikan bahwa perubahan terjadi.

Bagian ini memuat ringkasan kemajuan yang dibuat hingga kini untuk memperkuat sistem rujukan, berdasarkan logika jalur kausal dan hasil dari PMP EMAS. Hasil keseluruhan menunjukkan kemajuan yang terus menerus pada hampir semua intervensi rujukan di kedua daerah Fase 1 dan Fase 2.

Gambar 3: Jalur kausal EMAS untuk penguatan sistem rujukan



Membaiknya kesiapan jejaring rujukan dan mekanisme akuntabilitas daerah untuk menangani kegawatdaruratan

Mekanisme akuntabilitas Pokja dan Forum Masyarakat Madani di daerah telah ada untuk semua Fase 1, 2 dan 3. Semua (100%) daerah Fase 1 dan 2 memiliki Pokja dan Forum Masyarakat Madani yang memenuhi kriteria pendampingan EMAS (Lihat lampiran 3). Bagi Pokja hal ini termasuk bertemu setiap

3 bulan untuk meninjau kemajuan dalam sistem rujukan dan untuk menyusun berbagai rencana aksi. Hal ini juga berlaku untuk dua daerah Fase 3 dalam hal Pokja, dan satu daerah Fase 3 dalam hal Forum Masyarakat Madani.

Kesiapan jejaring rujukan dibuktikan dengan pemetaan jalur rujukan dan penyusunan PK — yang telah diterima baik oleh berbagai daerah dan fasilitas. Mulai Desember 2015, PK sudah ada di tiap 30 daerah EMAS. Di beberapa wilayah, EMAS telah memperkenalkan PK lintas-regional untuk mengatasi kendala administratif rujukan yang dibuat antara fasilitas yang dekat satu sama lainnya tetapi melewati batas kabupaten atau provinsi. Mulai Desember 2015, PK empat lintas wilayah telah ditandatangani dengan daerah-daerah non-EMAS.²²

Pendaftaran penyedia layanan dan fasilitas kesehatan di SijariEMAS juga membuktikan kesiapan jejaring rujukan. Mulai Desember 2015, 30 daerah yang didukung EMAS menggunakan SijariEMAS untuk memfasilitasi rujukan kegawatdaruratan, dengan jumlah 34.693 bidan dan dokter telah terdaftar dalam SijariEMAS dan sistem telah dipasang (instal) di 173 rumah sakit dan 1.338 puskesmas yang didukung EMAS.

Sejumlah alat standar rujukan menilai kesiapan fasilitas untuk rujukan kegawatdaruratan (Lihat Lampiran 4). Puskesmas dinilai dalam serangkaian isu termasuk persiapan pra-rujukan, pengenalan tanda-tanda bahaya, dan ketersediaan beberapa hal, seperti transportasi dan obat-obatan. Hampir semua puskesmas mendapatkan angka lebih dari 75% untuk alat-alat ini. Angka yang paling rendah adalah untuk 'Persiapan Pra-rujukan', yang menilai identifikasi dan penyaringan ibu hamil dengan risiko tinggi, pendaftaran asuransi sosial serta apakah 'Warga Siaga' terkait ambulans desa dan donor darah berfungsi. Sementara mayoritas rumah sakit memiliki nilai yang tinggi (lebih dari 80%) untuk 'kesiapan ruang gawat darurat dan pendaftaran awal kegawatdaruratan', 6 daerah mendapatkan angka kurang dari 50% dalam hal 'penggunaan ambulans', menandakan ada masalah dengan ketersediaan ambulans 7 hari 24 jam (24/7) atau pengadaan layanan ambulans menurut standar.

Membatkannya komunikasi dan koordinasidalam sistem rujukan

EMAS melacak peningkatan komunikasi rutin antara puskesmas dan rumah sakit mengenai kasus rujukan obstetri dan bayi baru lahir melalui SijariEMAS.²³ Seperti yang ditunjukkan di Tabel 2, jumlah rujukan yang dikelola menggunakan SijariEmas telah meningkat secara signifikan terus menerus, dan meningkat lebih dari dua kali lipat antara Tahun 3 dan 4.

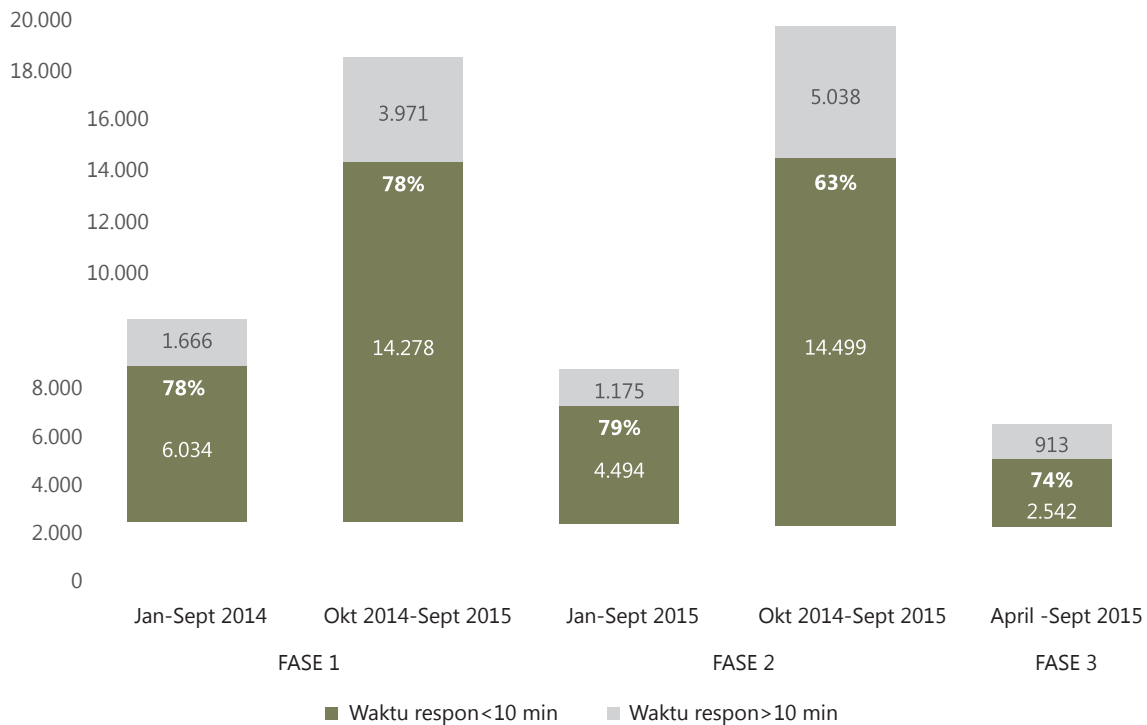
Tabel 2: Jumlah rujukan melalui SijariEMAS menurut tahun program

Tahun Program EMAS	Jumlah kasus rujukan yang difasilitasi oleh SijariEMAS
Tahun 2 (September 2012–Oktober 2013)	6.717
Tahun 3 (Oktober 2013–September 2014)	14.774
Tahun 4 (Oktober 2014–September 2015)	33.052

Waktu yang diperlukan oleh rumah sakit untuk merespon notifikasi rujukan dapat digunakan untuk menilai efisiensi komunikasi rujukan. EMAS secara teratur mengumpulkan data mengenai jumlah dan

persentase kasus rujukan yang menggunakan SijariEMAS yang direspon dalam 10 menit (patokan waktu respon). Hasil keseluruhan untuk indikator PMP ini ditunjukkan dalam Gambar 4 berikut. Walaupun persentase rujukan yang direspon oleh rumah sakit dalam 10 menit bervariasi antar triwulan (berkisar 65 hingga 88%) indikator ini relatif tetap sepanjang waktu—sekitar 75–80% sepanjang Fase). Dalam Tahun 4, rumah sakit secara keseluruhan yang merespon rujukan dalam 10 menit sebesar hingga 76%.

Gambar 4: Waktu respon rumah sakit terhadap rujukan melalui SijariEMAS secara keseluruhan, menurut Tahun dan Fase EMAS



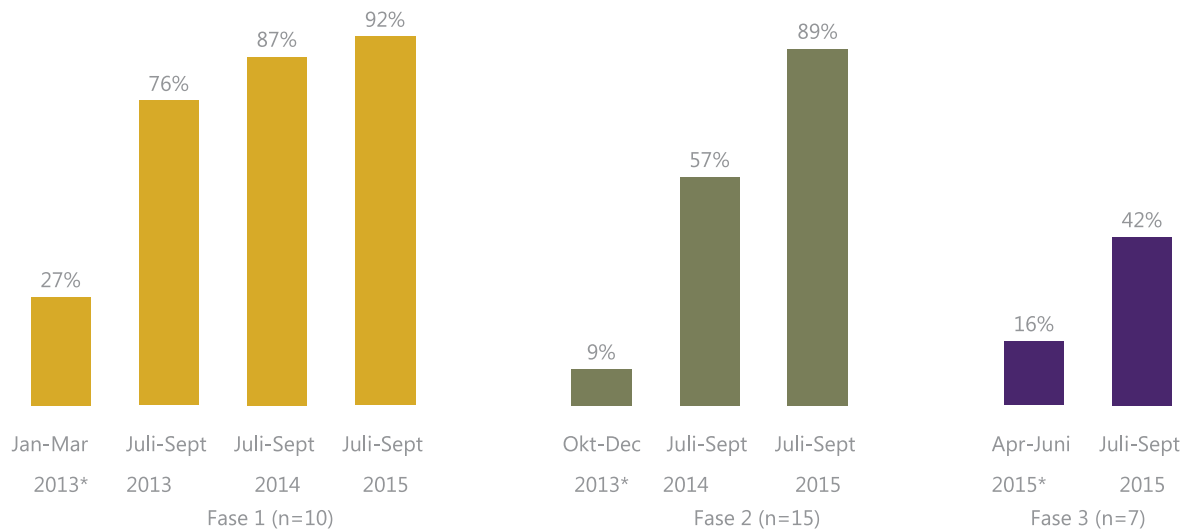
Meningkatnya efisiensi sistem rujukan dan bukti akuntabilitas daerah

Hasil keseluruhan dari penilaian Pemantauan Kinerja Rujukan daerah secara triwulan memberikan petunjuk tentang efisiensi dan efektivitas daerah-daerah yang didukung EMAS, dan dapat digunakan untuk melacak kemajuan sepanjang waktu. Sebagaimana ditunjukkan di Gambar 5, terdapat kemajuan yang signifikan dalam standar ini di seluruh daerah dan fase semenjak *baseline*. Hingga akhir Tahun 4 EMAS (September 2015), 90% daerah Fase 1, dan 87% daerah Fase 2 mencapai lebih dari 80% standar kinerja rujukan. Daerah Fase 1 telah mencapai persentase yang lebih tinggi terus menerus di semua standar rujukan dibandingkan dengan daerah Fase 2. Pada tahap awal implementasi, daerah Fase 3 mendapat angka cukup rendah, walaupun angka telah membaik pada triwulan yang baru saja dan dua daerah lainnya telah mendapat angka di atas 70.

Terdapat kesamaan bidang standar rujukan dimana daerah gagal. Bidang ini adalah bantuan teknis rumah sakit untuk puskesmas dan bidan desa/swasta, pemberian atau pencatatan rujukan balik kepada

bidan/dokter yang menjadi rujukan (baik oleh rumah sakit dan puskesmas), juga akuntabilitas publik (rumah sakit).

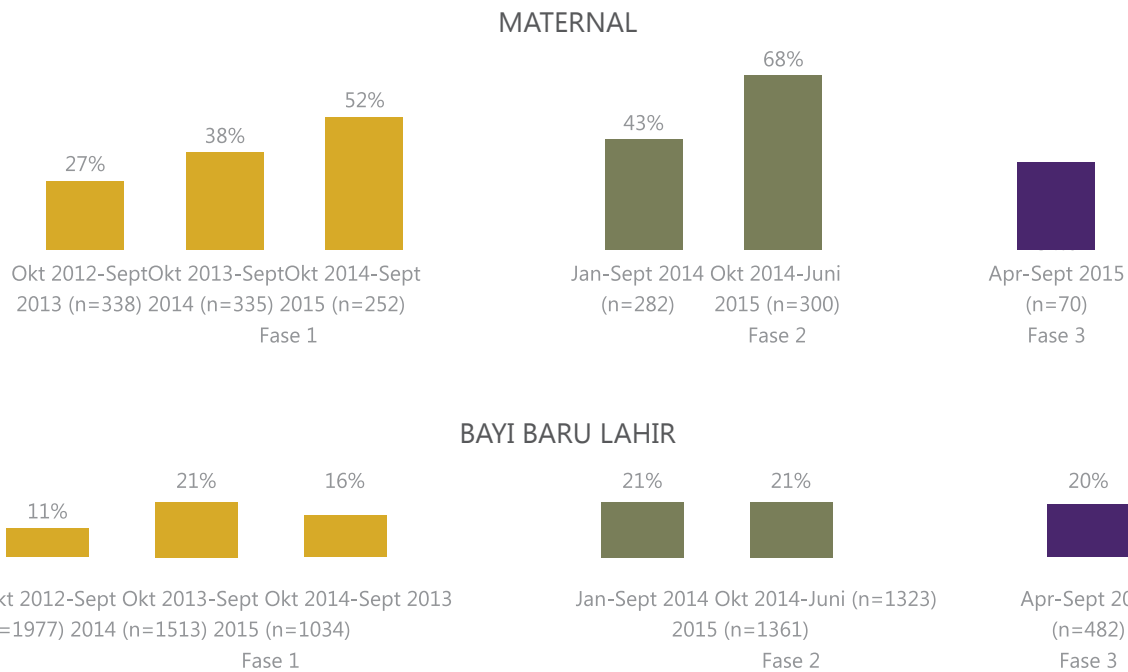
Gambar 5: Rata-rata persentase standar kinerja rujukan yang dicapai, menurut fase EMAS ²⁴



*baseline

Melaksanakan MPA yang teratur membuktikan akuntabilitas daerah, khususnya ketika berbagai hasil dan rencana aksi ditindaklanjuti oleh Pokjadan Forum Masyarakat Madani. Gambar 6 di bawah menunjukkan kemajuan persentase kematian ibu dan bayi baru lahir yang ditinjau oleh proses MPA dalam daerah Fase 1, 2 dan 3 sepanjang keberadaan EMAS. Walaupun MPAs belum dilakukan secara teratur, terdapat peningkatan terus menerus persentase audit kematian ibu dan bayi baru lahir yang dilakukan. Kemajuan audit kematian bayi baru lahir jauh lebih lambat, dengan sedikit penurunan yang dilaporkan baik di daerah Fase 1 and 2 antara Tahun 3 dan 4. Fasilitas Fase 2 telah melaporkan secara konsisten persentase MPA yang sedikit lebih tinggi daripada MPA fasilitas Fase 1. Tren ini dicerminkan dalam angka untuk standar kinerja rujukan alat MPA. Hasil dari daerah Fase 3 mencerminkan tahap implementasi awal dan kurangnya pendanaan untuk melakukan audit secara teratur. Sejumlah daerah menunjukkan tumbuhnya komitmen untuk melaksanakan MPA, dengan beberapa daerah mengaudit 100% kematian ibu dan bayi selama Tahun 4, walaupun tidak secara konsisten.

Gambar: Persentase semua kematian ibu dan bayi baru lahir yang dilaporkan dan ditinjau oleh proses MPA dalam daerah Fase 1, 2 dan 3



Meningkatnya efektivitas proses rujukan

Sebagaimana yang telah diringkas di jalur kausal EMAS (lihat Lampiran 1), meningkatnya kesiapan jejaring dan akuntabilitas daerah, komunikasi dan koordinasi serta efisien sistem rujukan seharusnya menyebabkan meningkatnya efektivitas proses rujukan, sebagaimana ditandai oleh tindakan dan stabilisasi yang seharusnya kepada pasien sebelum rujukan, juga membaiknya hasil kesehatan ibu dan bayi untuk kasus yang dirujuk.

EMAS melacak kemajuan dalam tindakan penyelamatan (*life-saving interventions*) untuk menstabilisasi ibu dan bayi baru lahir sebelum dirujuk ke perawatan tingkat yang lebih tinggi—khususnya, pemberian paling sedikit 1 dosis $MgSO_4$ untuk perempuan dengan PE/E yang parah, dan paling sedikit satu dosis antibiotik untuk bayi baru lahir yang diduga terinfeksi parah. Indikator PMP ini dilacak di tingkat rumah sakit dan mengukur persentase ibu dan bayi baru lahir yang tiba di rumah sakit yang didukung EMAS yang telah mendapatkan paling sedikit satu dosis pengobatan tersebut. Data dari rumah sakit yang didukung EMAS menunjukkan bahwa meskipun terus terjadi kemajuan, kenaikan cakupan berbagai intervensi ini lambat dan tetap lebih rendah daripada yang diinginkan. Sepanjang tahun lalu (Oktober 2014–September 2015), 52% of perempuan yang menderita PE/E mendapatkan $MgSO_4$ sebelum dirujuk ke rumah sakit Fase 1, sementara untuk daerah Fase 2, persentase ini hanya 40%. Proporsi bayi baru lahir terinfeksi yang diberikan antibiotik sebelum dirujuk ke rumah sakit juga lebih melambat kemajuannya. Pada periode yang sama, bayi baru lahir yang diduga terinfeksi parah dan mendapatkan antibiotik sebelum rujukan dilaporkan 20% dari rumah sakit Fase 1 dan 15% dari rumah sakit Fase 2.

Karena data ini mencerminkan semua rujukan tanpa memandang asalnya, EMAS meninjau secara mendalam pada dua indikator ini pada sebagian dari 24 rumah sakit untuk melihat jika terdapat

perbedaan pada fasilitas yang telah menerima dukungan EMAS dengan yang tidak. Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3 di bawah, analisis menemukan bahwa perempuan yang menderita PE/E parah jauh lebih mungkin menerima MgSO₄ jika mereka dirujuk dari fasilitas yang didukung EMAS. Demikian juga halnya, bayi baru lahir yang diduga terinfeksi lebih mungkin menerima antibiotik ketika dirujuk dari fasilitas yang didukung EMAS. Analisis ini juga menemukan bahwa jumlah tertinggi adalah bayi baru lahir (37%) yang dirujuk oleh bidan swasta, yang saat ini dilarang menyimpan antibiotik oleh hukum di Indonesia. Hal ini membantu menjelaskan mengapa cakupan indikator sulit meningkat.

Tabel 3: Pemberian MgSO₄ untuk PE/E yang parah dan antibiotik untuk bayi baru lahir sebelum dirujuk, menurut asal rujukan

Asal rujukan ke RSUD di dalam daerah	% kasus PE/E yang parah yang menerima MgSO ₄ sebelum dirujuk (n=1215 dari 1365)	% bayi yang diduga sepsis yang menerima antibiotik sebelum dirujuk (n=243 of 258)
Puskesmas (Dukungan Penuh EMAS)	72%	16%
Puskesmas (Dukungan Terbatas EMAS)	38%	6%
Bidan Swasta	13%	7%
Rumah Sakit (Yang Didukung EMAS)	73%	76%
RumahSakit (Yang Tidak didukung Oleh EMAS)	31%	39%
Klinik Umum	17%	9%
Lainnya	12%	14%

Kasus yang dirujuk dari fasilitas yang didukung EMAS sangat mungkin untuk distabilisasi sebelum rujukan

Evaluasi Program EMAS yang komprehensif (tahun 2015–16) akan memberikan bukti tambahan mengenai efektivitas strategi penguatan rujukan EMAS. Evaluasi ini akan mengumpulkan data mengenai kualitas layanan rujukan yang diberikan fasilitas EMAS dan apakah efektivitas dan efisiensi proses rujukan telah menguat.

Keberhasilan yang terkait dengan pelaksanaan pendekatan yang komprehensif

Intervensi penguatan rujukan EMAS saling terkait dan menguatkan satu sama lain sebagaimana diringkaskan dalam jalur kausal— tidak ada intervensi tunggal yang menonjol yang lebih atau kurang penting dalam penguatan sistem rujukan. Intervensi EMAS memberikan siklus perbaikan yang terus menerus berjalan pada daerah untuk sistem rujukan hal-hal berikut secara bersama, yaitu: melaksanakan penilaian, mengidentifikasi berbagai masalah, berupaya mengatasinya dan mengulangi penilaian.

Ketika digunakan bersama sebagaimana direncanakan, berbagai intervensi tersebut memiliki fungsi pemeriksaan kembali yang menetap (*built-in*) untuk menilai apakah seluruh unsur sudah ada dan bagaimana mereka berfungsi. Alat standar rujukan menilai unsur-unsur penting sistem rujukan, seperti

proses PK dan MPA, serta mengidentifikasi kekurangan dan berbagai bidang yang perlu perbaikan. Sebagai contoh, penilaian Tahun 2 yang dilakukan oleh tim PF menyoroti kekurangan dalam PK, seperti, dimasukkannya para bidan swasta, atau tidak adanya referensi saluran komunikasi yang relevan. Demikian halnya proses MPA membantu mengidentifikasi celah/kekurangan di dalam sistem (berdasarkan berbagai kejadian yang menyebabkan kematian ibu atau bayi baru lahir)

Menghubungkan penilaian reguler ke mekanisme tata kelola dan akuntabilitas membawa keterhubungan ini selangkah lebih jauh. Menggunakan Pokja sebagai titik pusat untuk meninjau seluruh komponen dan penilaian sistem rujukan setiap triwulan (PK, data MPA, penilaian kinerja rujukan dan berbagai rencana aksi terkait) memungkinkan mereka untuk membuat sebuah sistem rujukan dengan gambaran terkini dan lengkap, serta mengidentifikasi berbagai bidang kelemahan yang ada. Jika sebuah Pokja terdiri dari anggota-anggota utama yang berpengaruh dan berfungsi dengan baik, maka Pokja akan berhasil melaksanakan berbagai perubahan (misalnya anggaran, kebijakan) untuk mengatasi berbagai kendala kunci yang mempengaruhi KIB. Melalui kerja Pokja, berbagai peraturan dan surat keputusan yang mendukung BIB telah ditandatangani dan disebarluaskan di 17 daerah EMAS pada Tahun 4. Contoh keberhasilan dari Pokja daerah khusus diuraikan dalam Kotak 3 di bawah.

Forum Masyarakat Madani telah bekerja sama erat dengan MKIA untuk membantu mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir, dan telah membantu ibu hamil untuk mendaftar JKN. EMAS telah mendorong FMM untuk memfokuskan diri pada peran '*watch dog*'-nya—mengumpulkan umpan balik, ditambah memantau aksi dan perbaikan menyusul kematian ibu dan bayi di daerah mereka. Sebagai contoh sewaktu terjadi tiga kematian ibu di Bulukumba pada tahun 2014, Forum Masyarakat Madani menggunakan strategi yang dikoordinasikan untuk meningkatkan kesadaran dan melakukan aksi terhadap perkara ini. Mereka bekerja sama dengan media, mengadakan berbagai diskusi dengan direktur RSUD dan dokter spesialis anak – dokter kandungan (*Ob-Gyn*), dan mempengaruhi Dinkes untuk melaksanakan MPA untuk memeriksa lebih lanjut alasan di balik kematian. Di Gowa FMM juga mendorong Dinkes untuk melakukan MPA terhadap kematian ibu.

Kotak 3: Cerita Keberhasilan Pokja mengenai rujukan

- Di Banyumas, Pokja mendorong Dinkes untuk meniru pendekatan EMAS di tambahan 12 puskesmas selama 2013–14, menggunakan dana mereka sendiri. Tujuannya adalah untuk mencakup 39 puskesmas lainnya di daerah sampai dengan akhir tahun 2015. Pokja mempengaruhi alokasi Rp. 750.000.000 (~USD 55.000) untuk KIB pada tahun 2014. Mereka juga berhasil meloloskan peraturan daerah dan perda KIBBLA, yang bertujuan meningkatkan keterampilan para penyedia layanan kesehatan, meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan, dan memperkuat sistem rujukan.
- Di Cirebon, Pokja mampu mempengaruhi pengaktifan kembali tim MPA daerah juga alokasi anggaran yang signifikan untuk mendukung perawatan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir. Pada April–Juni 2015, Pokja Cirebon mengadvokasi Dinkes untuk mendirikan *call center* SijariEMAS.
- Di Asahan, sumber daya dan sebuah surat keputusan telah diterbitkan untuk mendukung sistem rujukan dan layanan klinis lebih baik.

Di Pinrang, Pokja berhasil mengadvokasi anggaran lokal untuk mendanai biaya operasional untuk tim PF, proses MPA dan biaya rutin rapat Pokja.
- Pada April–Juni 2015, Pokja Labuan Batu berhasil mengadvokasi pendanaan Dinkes untuk KIB tahun 2016.
- Di Sidoarjo, Pokja mendapatkan komitmen pendanaan dari Dinkes untuk memberlakukan dan mereplikasi pendekatan EMAS di 18 puskesmas dengan dukungan terbatas.

Intervensi penguatan rujukan EMAS juga telah mengakibatkan perbaikan komunikasi dan kerjasama antar seluruh fasilitas kesehatan dan daerah, yang sebelumnya tidak ada sebelum adanya EMAS. Hal ini telah berhasil baik di daerah kecil (dengan 1–2 rumah sakit dan 16 puskesmas) maupun daerah besar seperti Bogor (dengan 40 rumah sakit dan 101 puskesmas). Jumlah cakupan PK, dengan keterlibatan fasilitas swasta telah menjadikan contoh kemitraan pemerintah-swasta, contohnya beberapa rumah sakit swasta menggunakan dana mereka sendiri untuk menyelia dan mendukung puskesmas terdekat.

Selain itu, intervensi setiap rujukan dilaksanakan oleh kelompok yang berbeda, sehingga beban dan tanggung jawabnya terbagi. Hal ini juga berarti jika satu bidang/kelompok tidak berfungsi baik, sistem rujukan secara keseluruhan akan terus berfungsi (walaupun tidak secara optimal) di tingkat daerah.

Berbagai studi kasus berikut menggambarkan bagaimana unsur-unsur pendekatan komprehensif EMAS yang berbeda telah berdampak pada kinerja sistem rujukan hingga saat ini.

Phase 1 District Case Study: Commitment to referral system strengthening in Pinrang

Kabupaten **Pinrang** (Sulawesi Selatan) telah menonjol dalam hal kebulatan tekad untuk menempatkan sistem rujukan yang efektif dan efisien. Sejak dimulanya kegiatan EMAS di kabupaten Pinrang pada pertengahan 2012 (Fase 1), para pemangku kepentingan telah bekerja keras untuk memastikan jejaring rujukan yang kuat.

Bupati Pinrang sangat berkomitmen untuk mencapai tujuan MDGs 4 dan 5, dan telah menunjukkan dukungannya melalui beberapa aksi kunci dalam mengupayakan perbaikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi baru lahir di daerahnya. Beliau telah menandatangani sebuah peraturan tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, yang berarti Dinkes memiliki sebuah amanat yang sah untuk menjalankan aktivitas dan menyediakan perlengkapan keselamatan. Beliau juga meminta setiap camat dan lurah untuk mengidentifikasi ibu hamil untuk memastikan bahwa persalinan yang aman di fasilitas terjadi di daerah tersebut.

Bupati juga telah menandatangani surat keputusan untuk memperbaiki MPA di daerah tersebut. Tim MPA Pinrang juga memiliki komitmen yang tinggi dalam mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir, dan bertujuan meninjau kematian ibu serta paling sedikit 25% kematian bayi baru lahir setiap bulan. Tim MPA menyajikan dan membagikan rekomendasi mereka dengan fasilitas untuk mengatasi penyebab kematian teridentifikasi. Selama adanya EMAS, Pokja Pinrang telah melengkapi berbagai upaya ini, merintis berbagai peraturan dan keputusan Bupati. Pinrang memiliki Pokja yang efektif yang mampu mengamankan dana daerah yang cukup untuk membiayai biaya operasional tim PF, proses MPA dan biaya rutin rapat-rapat Pokja. Forum Masyarakat Madani juga berfungsi baik dan telah berkolaborasi dengan MKIA untuk mengadakan donor darah.

Untuk memantau dan mengukur kemajuan sistem rujukan secara teratur, tim PF daerah Pinrang melakukan penilai kinerja standar rujukan setiap triwulan, yang dibiayai oleh dana pemerintah daerah (bukan dana EMAS) sebagai bagian dari kegiatan pemantau dan evaluasi Dinkes. Pinrang telah meningkat angka penilaian rujukannya terus menerus selama program EMAS, mencapai 99% dari standar kinerja rujukan di Tahun 4. Tim PF menindaklanjuti hasil penilai dengan fasilitas dan memberikan dukungan untuk membantu memperbaiki kinerja mereka.

Dengan komitmen dan koordinasi yang kuat dari tingkat tertinggi daerah dan dibawahnya, Pinrang memberi contoh bagaimana sebuah rujukan dapat dan seharusnya berfungsi untuk menjamin ibu dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat waktu ketika dibutuhkan. Daerah Pinrang diakui melalui UN Public Service Awards pada tahun 2015 untuk pencapaian Rumah Sakit Umum Daerah Lasinrang dalam perbaikan perawatan perinatal.

Phase 2 district case study: Karawang referral communication success

Karawang (Jawa Barat) memberikan contoh yang baik tentang bagaimana sebuah daerah yang besar menggunakan PK yang kuat, dan penggunaan SijariEMAS yang efektif untuk memperbaiki komunikasi seputar rujukan. Sebagai daerah Fase 2, Karawang mulai melaksanakan intervensi EMAS pada September 2013.

Sebuah faktor kunci keberhasilan Karawang adalah komitmen dan kepemimpinan yang kuat dari Dinkes. Selain Bupati menandatangani surat keputusan tentang Pokja dan Tim PF, pada awal tahun 2015, sebuah Perda diterbitkan yang mengizinkan ibu hamil untuk mendaftarkan bayi mereka ke JKN sebelum persalinan untuk memastikan mereka dijamin oleh mekanisme asuransi sejak kelahiran.

Karawang memiliki sebuah PK yang komprehensif, yang telah ditandatangani oleh seluruh fasilitas kesehatan di daerah tersebut. Kabupaten Karawang juga merupakan contoh yang sangat baik tentang bagaimana menggunakan SijariEMAS secara optimal, karena secara konsisten mengelola satu dari jumlah angka dan persentase rujukan yang paling tinggi melalui sistem. Karawang meluncurkan SijariEMAS pada bulan September 2013, bersamaan dengan call center 24 jam yang khusus di Dinkes. Call center ini memungkinkan Dinkes untuk memantau waktu respon rumah sakit, berkoordinasi dengan rumah sakit ketika terjadi keterlambatan, dan memperbaiki format/program SijariEMAS jika diperlukan untuk memperbaiki efisiensi rujukan. Sistem ini terhubung dengan 18 rumah sakit dan 51 puskesmas, dengan jumlah staf kesehatan 1560 yang terdaftar di SijariEMAS. Bupati Karawang telah menerbitkan sebuah peraturan yang mengharuskan rujukan dikelola melalui SijariEMAS. Sebagai hasilnya, 78% rujukan kegawatdaruratan menggunakan sistem tersebut—rata-rata lebih dari 50 setiap hari. Sebagian besar (90%) rujukan ini direspon dalam waktu 10 menit. Karawang telah dikenal karena penggunaan SijariEMAS dalam membantu mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir melalui Penghargaan Sistem Informasi Inovasi Layanan Publik (SINOVIK) diberikan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Pemerintah Indonesia

Kinerja Karawang dalam standar rujukan meningkat dengan cepat dari baseline 22% pada Oktober–Desember 2013 menjadi 94% dari standar kinerja rujukan pada bulan September 2015 (akhir Tahun 4). Karawang menunjukkan bahwa komitmen dan kepemimpinan yang kuat, perbaikan komunikasi dan koordinasi seputar rujukan menjadi mungkin bahkan di sebuah daerah yang besar dan padat penduduknya.

Berbagai tantangan terkait implementasi pendekatan yang komprehensif

Memiliki sejumlah intervensi yang saling terkait adalah hal yang kompleks dan membutuhkan waktu untuk melaksanakannya, dan oleh karena itu membutuhkan dukungan yang lebih besar. Semua intervensi, perlu diurutkan secara benar dan memiliki kemajuan yang baik agar sistem rujukan berfungsi secara optimal. Berbagai kelemahan pada satu atau lebih intervensi akan mengurangi atau menunda perbaikan yang signifikan dalam sistem rujukan (dan akhirnya, hasil pasien). Sebagai contoh, jika sebuah Pokja tidak bekerja dengan baik, berbagai tantangan seperti dana yang terbatas agar MPA dapat bertahan

Selain itu, melaksanakan sejumlah intervensi membutuhkan komitmen dan dukungan yang kuat dari sejumlah pelaku—Bupati, Dinkes, manajemendan staf fasilitas kesehatan, juga organisasi masyarakat madani. Tanpa hal ini, kemajuan akan terbatas. Komitmen dari individu kunci juga dapat berdampak melalui pergantian posisi, khususnya mereka yang peran kepemimpinan kunci.

5. KEBERLANJUTAN

Pendekatan penguatan rujukan emas mendukung keberlanjutan. Dari awal, pendekatan EMAS telah dirancang dan dilaksanakan untuk mengoperasionalkan dan mengoptimalkan yang ada, walaupun sistem rujukan tidak berfungsi baik. Hingga akhir program, EMAS bermaksud untuk meninggalkan jejaring rujukan yang menstabilisasikan dan merujuk kasus gawat darurat secara efisien dan efektif. Jejaring rujukan berfungsi sebagai model dan mentor bagi daerah lainnya.

EMAS mempertimbangkan keberlanjutan terkait beberapa faktor—Komitmen dan dukungan politik, kapasitas, sumber daya keuangan, kepemilikan dan perintis/pejuang. Gambaran dari berbagai faktor berikut terkait penguatan rujukan, bersama dengan kemajuan hingga saat ini, diberikan di bawah.

Komitmen dan dukungan politik untuk penguatan rujukan EMAS kuat. Menjamin sistem rujukan bekerja secara efektif adalah sebuah unsur 'Rencana Aksi Nasional untuk Percepatan Pengurangan Tingkat Kematian Ibu' Kemenkes. Di tingkat nasional, berbagai pendekatan rujukan EMAS telah dimasukkan ke dalam "Pedoman untuk Memperbaiki Kolaborasi dengan Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di tingkat dasar dan rujukan" (*Collaborative Improvement Guidelines*). Pada tahun 2016, sebuah "Permenkes Ponek, Poned, dan Manajemen Kolaborasi Pelayanan Gadar Maternal dan Neonatal Primer Dasar dan Rujukan" akan diterbitkan untuk pedoman ini.²⁵ Disusun oleh Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan (BUKR) Kemenkes, Permenkes tersebut akan menyertakan seluruh intervensi penguatan rujukan EMAS— termasuk PK untuk jejaring rujukan, tim PF, penggunaan mekanisme komunikasi,²⁶ standar dan alat kinerja rujukan, Pokja, MKIAs, Forum Masyarakat Madani, dan pendampingan. Sekali ditandatangani oleh Menteri, Permenkes akan berfungsi sebagai payung hukum untuk pendekatan rujukan EMAS agar dapat diberlakukan di seluruh Indonesia untuk memperbaiki layanan klinis dan sistem rujukan. Peraturan ini juga memberikan landasan hukum bagi provinsi dan kabupaten agar bertanggung jawab dalam melaksanakan berbagai pendekatan ini dan dapat mengalokasikan dana (misalnya dengan APBD). Standar dan alat EMAS terkait puskesmas juga direncanakan akan dimasukkan ke dalam manual akreditasi BUK dasar nasional, yang saat ini sedang disusun.

Berbagai pendekatan rujukan EMAS juga mendapat dukungan yang kuat dari provinsi dan kabupaten. Bupati telah menerbitkan SK terkait Pokja, PK, tim MPA, juga daftar mentor di tingkat kabupaten. Sejumlah Bupati muncul sebagai **para pejuang (champions)** bagi pendekatan EMAS. Di Tangerang, Bupati telah menerbitkan sebuah peraturan yang menetapkan unsur sistem rujukan yang perlu ditempatkan— semuanya adalah pendekatan EMAS. Di Bulukumba, Bupati telah mengintegrasikan PK ke dalam peraturan kesehatan kabupaten. Sejumlah provinsi dan kabupaten telah mulai/tertarik mereplikasi aspek-aspek SijariEMAS di fasilitas dan daerah lainnya.

EMAS telah mengalirkan **berbagai sumber daya** yang ada di tingkat provinsi dan daerah, dimana daerah semakin bertambah mendanai aktivitas rujukan. Penyeliaan Fasilitatif mempunyai *item* sendiri di dalam anggaran daerah untuk mendukung pelaksanaan alat penilaian kinerja rujukan. Biaya Pokja dan lokakarya PK ditangani oleh anggaran Dinkes. Jika memungkinkan, EMAS telah menggunakan anggaran daerah yang ada untuk menutupi biaya pelaksanaan SijariEMAS (perangkat keras, internet,

biaya pelatihan),²⁷ dan sejumlah daerah telah membiayai sendiri perluasan SijariEMAS, termasuk daerah yang tidak didukung EMAS. Sebagai contoh, Jawa Barat bermaksud untuk memperluas SijariEMAS di seluruh provinsi. Selain itu, penggunaan MKIA telah direplikasi di Sumatera Utara menggunakan dana Aisyiyah, dan sejumlah daerah telah mencatat kemajuan dalam memastikan alokasi yang cukup dalam anggaran mereka agar MPA dapat dilakukan dalam jarak waktu yang sering. Ke depannya, integrasi intervensi rujukan EMAS ke dalam Pedoman Perbaikan Kolaborasi nasional memungkinkan Dinkes meminta dana untuk mendukung pendekatan ini. Kabupaten dan provinsi akan menggunakan dana APBD untuk terus mengembangkan/memantau jejaring PK.

Pemilik, termasuk Dinkes Kabupaten dan Dinkes Provinsi, telah langsung terlibat dalam pelaksanaan kegiatan penguatan rujukan sejak permulaan dan pendekatan EMAS diintegrasikan secara penuh ke dalam sistem Dinkes dan fasilitas kesehatan. EMAS telah membuat alat untuk menolong daerah mengoperasionalkan berbagai kebijakan, standard an pedoman Pemerintah Indonesia yang sudah ada, seperti MPA dan pedoman rujukan. Alat-alat EMAS diimplementasikan menggunakan staf/struktur yang sudah ada. Sebagai contoh staf Dinkes masuk ke dalam tim PF untuk melakukan penilaian terhadap sistem rujukan daerah secara triwulan. Staf daerah juga mendampingi mitra mereka tentang bagaimana menggunakannya. Selain itu, Dinkes memimpin dan mengambil kepemilikan intervensi penguatan rujukan EMAS, seperti SijariEMAS dan koordinasi pendampingan.

EMAS telah membangun **kapasitas** daerah mengenai sistem rujukan. Sebagai contoh, saat ini terdapat 23 tim Penyeliaan Fasilitatif yang secara teratur melakukan penilaian menggunakan standar dan alat Sistem Rujukan di luar dukungan EMAS. Jawa Barat menjadi provinsi pertama yang mengelola seluruh proses pedampingan untuk sistem rujukan secara independen. Staf daerah juga mengelola SijariEMAS hanya dengan dukungan terbatas dari EMAS. Demikian juga, EMAS akan memberikan peninggalan satu set jejaring rujukan yang berfungsi dengan baik yang mampu mendampingi yang lain dalam melaksanakan standar rujukan, menyusun jejaring PK, memfasilitasi audit, meluncurkan SijariEMAS, mengembangkan Forum Masyarakat Madani dan MKIA, layanan pemantauan dan mendirikan Pokja (di dalam dan di luar daerah mereka). Dinkes sekarang dilengkapi dengan satu set alat-alat yang benar dan mentor untuk mengelola perluasan tanpa keterlibatan langsung EMAS. EMAS telah menyusun pedoman yang rinci yang menguraikan proses untuk pelaksanaan penguatan standar rujukan, PK, SijariEMAS, MPA, MKIA, dsb, untuk membantu mereplikasi intervensi rujukan ini. Anggaran untuk mempertahankan pendekatan ini sedang dialokasikan di daerah EMAS dan daerah non EMAS telah mulai mereplikasi berbagai pendekatan ini dengan dana mereka sendiri.

Walaupun terdapat kemajuan yang signifikan menuju ke keberlanjutan, berbagai tantangan tetap ada. Sebagai contoh, EMAS terus mencari opsi-opsi bagi pemilik nasional platform sistem SijariEMAS, yang sekarang ini dimiliki dan didanai oleh EMAS. Terdapat juga upaya yang sedang berjalan yang diperlukan untuk memperbaiki frekuensi dan kualitas MPA. Sementara Pedoman Perbaikan Kolaboratif merupakan sebuah langkah utama dalam memastikan keberlanjutan berbagai pendekatan penguatan rujukan, EMAS terus berupaya untuk mendapatkan pengesahan di tingkat kabupaten (melalui SK Bupati, Peraturan Bupati (Perbup) atau Peraturan Daerah untuk mendukung lebih lanjut pelaksanaannya. EMAS juga terus mengidentifikasi mentor rujukan tambahan dengan tujuan mengembangkan tiga tim mentor setiap daerah, juga membantu Dinkes Provinsi mengkoordinasikan proses pendampingan secara independen.

6. PELAJARAN DAN REKOMENDASI

- **Intervensi untuk memperkuat sistem rujukan bersifat saling terkait dan saling memperkuat satu sama lain.** Sebagai contoh, SijariEMAS tidak akan bekerja efektif jika tidak dilandasi oleh PK yang kuat. Melaksanakan satu atau dua intervensi secara terpisah tidak akan berdampak signifikan terhadap perbaikan sistem rujukan daerah. Sebagai contoh, implementasi penilaian kinerja rujukan diperlukan untuk mengidentifikasi kekurangan (celah) di dalam sistem, tetapi tidak akan memperbaikinya tanpa berbagai intervensi yang lain.
- **Mekanisme tata kelola dan akuntabilitas telah membantu memperbaiki sistem rujukan daerah.** Pokja yang kuat telah menunjukkan bahwa mereka memainkan peranan yang penting dalam menindaklanjuti dan menyelesaikan berbagai tantangan, kekurangan (celah) dan masalah teridentifikasi di dalam fasilitas dan sistem rujukan. Agar hal ini terjadi, Pokja perlu untuk menyertakan keanggotaan yang strategis dan berpengaruh. Walaupun Pokja mungkin perlu dukungan terus menerus untuk mengoptimalkan fungsi dan efektivitas mereka, investasi ini bermanfaat karena kemampuan mereka untuk membuat perubahan.
- **Semakin banyak fasilitas kesehatan bergabung di dalam jejaring rujukan, semakin efektif sistem rujukan.** Dalam Fase 1, EMAS hanya mendukung puskesmas terpilih tetapi segera akan menjadi jelas bahwa sulit untuk memperbaiki hasil rujukan dan klinis dari ibu hamil yang dirujuk dengan pendekatan ini. Seluruh fasilitas, khususnya yang tingkat kematian ibu dan bayi lahirnya tinggi, perlu dilibatkan dalam jejaring rujukan untuk memperbaiki perawatan gawat darurat ibu dan bayi baru lahir dan menyelamatkan nyawa mereka. Hal ini diresmikan melalui 'cakupan total' PK.
- **Pendampingan sejawat (*peer-to-peer*) merupakan sebuah cara yang efektif untuk memperkenalkan berbagai proses dan alat untuk membantu sistem rujukan daerah.** Seperti halnya pendampingan klinis, menggunakan para pejuang untuk mendampingi mitranya juga berhasil. Walaupun kurang terstruktur dibandingkan dengan pendampingan klinis, tim dari Fase EMAS sebelumnya telah berhasil membantu daerah-daerah baru untuk membangun sistem dan mengimplementasikan alat, seperti SijariEMAS dan penilaian kinerja standar rujukan.
- **Kemajuan intervensi penguatan rujukan tidak sama antar intervensi dan daerah.** PK telah diterima dengan baik oleh daerah, tetapi kemajuan tentang MPA lebih lambat daripada yang diharapkan. SijariEMAS telah digunakan di beberapa daerah, tetapi tidak di daerah lainnya. Dukungan dan kepemimpinan Dinkes meningkatkan efektivitas penggunaan intervensi EMAS.
- **Proses pengenalan intervensi EMAS memperbaiki komunikasi dan koordinasi.** Sebagai contoh, dalam menyusun PK (cakupan total) dan jalur rujukan untuk SijariEMAS, semua fasilitas kesehatan di dalam satu daerah harus berdiskusi satu sama lain, menandatangani dan menyepakati. Proses ini membantu memperbaiki komunikasi bahkan sebelum sistem SijariEMAS ada.

Intervensi EMAS akan lebih mungkin berkelanjutan ketika dilaksanakan dengan pendanaan daerah dan melalui struktur yang sudah ada. Tim DPF Dinkes digunakan untuk mengimplementasikan alat kinerja rujukan, dan pendanaan daerah digunakan untuk melaksanakan MPA, menginstal SijariEMAS dll. EMAS membuat alat-alat untuk memfasilitasi pelaksanaan berbagai kebijakan dan pedoman yang ada. Dimasukkannya berbagai pendekatan rujukan EMAS ke dalam "Permenkes Ponek, Poned, dan Manajemen Kolaborasi Pelayanan Gadar Maternal dan Neonatal Primer Dasar dan Rujukan" akan mendorong lebih lanjut keberlanjutannya

Alat standar kinerja dan pemantauan membantu proses perbaikan yang terus menerus dalam mengarahkan daerah memperbaiki sistem rujukan mereka. Karena tidak ada konsep jejaring rujukan yang ada sebelum PK disusun, alat ini membantu fokus terhadap unsur khusus sistem rujukan yang fungsional. Hal-hal ini merupakan alat yang berguna yang memungkinkan daerah untuk melacak kemajuan fasilitas dan daerah. Melaksanakan perbaikan secara teratur menjaga fokus terhadap masalah ini.

LAMPIRAN 1: SUMBER PUSTAKA EMAS UNTUK Penguatan SISTEM RUJUKAN

Judul	Bahasa
Pedoman Teknis PK antar Fasilitas	Bahasa Indonesia
Panduan Teknis SijariEMAS	Bahasa Indonesia
Panduan Fasilitas AMP	Bahasa Indonesia
Panduan Operasional (Rujukan)	Bahasa Indonesia
Standar Kinerja Rujukan (<i>Referral Performance Standards</i>)	Bahasa Inggris

LAMPIRAN 2: KRITERIA PENDAMPINGAN EMAS MENGENAI PENGUATAN RUJUKAN

Tim Penyeliaan Fasilitatif mampu mulai mendampingi ketika:

- Tim melakukan penilaian sistem rujukan setiap triwulan
- Tim PF mampu menganalisis hasil penilaian setiap triwulan, dan membuat rencana aksi Tim telah membangun sebuah strategi yang melibatkan seluruh puskesmas dalam proses penilaian Tim menggunakan dana penyeliaan fasilitatif untuk melaksanakan penilaian.

Tim MPA mampu mulai mendampingi ketika:

- Tim MPA terstruktur dan mempunyai surat keputusan yang mencerminkan pedoman Kemenkes 2010
- Tim MPA melaksanakan proses MPA sebagaimana dijelaskan dalam pedoman Kemenkes 2010 (Laporan MPA diarsip rahasia di Dinkes, Tim Penilaian diakui di Surat Keputusan, Tim penilaian melakukan pertemuan secara teratur)
- Tim telah menunjukkan bahwa mereka mengaudit kematian ibu dan kematian bayi baru lahir

Tim SijariEMAS mampu mulai mendampingi ketika:

- Sistem dikerahkan dan berfungsi
- Tim Teknis (TI Dinkes, bidan, dokter di IGD rumah sakit and TI rumah sakit) dilatih dan mampu mengoperasikan serta mengatasi masalah dalam sistem
- SOP komunikasi menggunakan SijariEMAS di rumah sakit sudah ada.
- Sistem yang sedang digunakan :
 - 90% data penyedia layanan kesehatan ibu didaftarkan dan diorientasikan di daerah tersebut.
 - Paling sedikit 1 rumah sakit dengan 60% waktu tanggapan rujukan gawat darurat dibawah ambang batas SOP.
 - Paling sedikit 25% rujukan kesehatan ibu dan anak di daerah tersebut difasilitasi melau SijariEMAS

Pokja mampu mulai mendampingi ketika:

- Menyertakan anggota dari pemerintah daerah, selain petugas kesehatan
- Menyertakan perwakilan dari berbagai organisasi profesi, pengusaha, dan masyarakat madani
- Pokja memiliki landasan hukum/SK Bupati
- Pokja memiliki sebuah rencana kerja
- Melaksanakan rapat triwulanan untuk meninjau kemajuan di dalam fasilitas dan sistem rujukan serta menyusun rencana aksi
- Mampu mengintegrasikan solusi dalam rencana kerja (Renja) dan anggaran (RKA) SKPD
- Telah mulai merancang peraturan yang diperlukan untuk mendukung penurunan AKI dan AKB

Forum Masyarakat Madani mampu mulai mendampingi ketika:

- Bekerja sama dengan berbagai organisasi profesi dan Kelompok Kerja/Pokja, termasuk media
- Terlibat dalam mengumpulkan umpan balik masyarakat melalui metode partisipatif
- Telah berpartisipasi dalam berbagai rapat dengan pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan AKI
- Telah berpartisipasi dalam penyusunan maklumat pelayanan
- Berkomunikasi secara langsung dengan Motivator KIA di kecamatan

LAMPIRAN 3: DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik—BPS, National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.

EMAS, 2012, *Baseline assessment of Referral Systems in EMAS Program Districts Report*.

EMAS and University of Indonesia, 2012, *Situation Analysis of Social Insurance Availability, Regulations and Utilization in 6 Provinces*.

Mize, L., Pambudi, E., Koblinsky, M. et al, 2010, ... *And then she died: Indonesia Maternal Health Assessment*. The World Bank.

National Academy of Sciences. 2013. *Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia: Saving Lives, Saving the Future*. Washington, DC: National Academies Press (US).

LAMPIRAN 4: ENDNOTES

- 1** Desa siaga diperkenalkan pada pertengahan tahun 1990-an dan telah meningkat ke skala nasional semenjak tahun 2006. Mereka membantu masyarakat menyiapkan kegawatdaruratan dengan mengadakan: pendataan ibu hamil; skema dukungan keuangan untuk membantu membiayai biaya medis; jejaring pemilik kendaraan yang mau menyediakan transportasi ibu hamil; sekumpulan pendonor darah; dan pos keluarga berencana. P4K telah ada sejak tahun 2008. P4K terlibat dalam menempelkan stiker P4K di luar rumah ibu hamil, yang menampilkan data nama, tanggal melahirkan, pendamping kelahiran, tenaga pendukung, juga pemilik kendaraan dan pendonor jika diperlukan. Sejumlah tinjauan telah menemukan bahwa Desa Siaga dan P4K belum dilaksanakan secara optimal (contohnya sangat sedikit kelompok pendonor darah yang dibentuk dan pelaksanaan penempelan stiker di luar rumah yang memberitahukan kehamilan bervariasi).
- 2** Indonesia memiliki 500 kabupaten otonom yang bertanggung jawab melaksanakan layanan kesehatan.
- 3** Untuk keterangan lebih lanjut, kunjungi emasindonesia.org.
- 4** Maklumat Pelayanan Fasilitas Kesehatan diwajibkan oleh undang-undang pelayanan publik dan berbagai peraturan standar. Hal ini juga dinilai sebagai bagian dari proses akreditasi fasilitas kesehatan nasional.
- 5** Sementara beberapa pedoman tentang rujukan ada sebelum EMAS, pedoman tersebut untuk rujukan umum daripada gawat darurat, tidak digunakan di tingkat daerah, atau dilaksanakan terpisah. Pedoman tersebut juga cenderung sangat umum sehingga sangat tidak praktis untuk fasilitas kesehatan dan staf administrasi.
- 6** Hal ini melibatkan upaya yang signifikan di tingkat daerah dan nasional untuk perancangan, konsultasi dengan para pemangku kepentingan dan uji materi di lapangan.
- 7** Dinkes memimpin proses identifikasi dan menempatkan tim Penyelia Fasilitatif, yang diformalisasi oleh sebuah surat keputusan. Tim PF mungkin sudah ada, atau tim baru dapat dibentuk. Tim PF juga digunakan untuk menilai layanan klinis.
- 8** Di beberapa wilayah terdapat perjanjian terkait rujukan antara sejumlah kecil fasilitas, atau perjanjian yang ada tidak mencakup unsur-unsur dasar dari sebuah jejaring rujukan yang kuat.
- 9** Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif, or *Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal care* (CEmONC)
- 10** Termasuk berbagai fasilitas kesehatan swasta di PK menjadikan jejaring rujukan menjadi komprehensif. Terdapat banyak bidan (berbasis komunitas) dan swasta yang terhubung ke jejaring rujukan melalui koordinator bidan di setiap puskesmas, ditambah SijariEMAS. Sebagai contoh di Kota Semarang terdapat 800 bidan swasta yang peran dan wewenangnya dirinci di dalam PK.
- 11** Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional, badan jaminan sosial yang mengurus asuransi kesehatan universal (JKN).
- 12** Manajer seluruh fasilitas diundang dan diorientasikan ke PK, tetapi beberapa fasilitas swasta pada awalnya tidak mau menandatangani PK. Alasannya adalah kesalahpahaman bahwa jejaring rujukan tidak hanya untuk orang miskin dengan mekanisme asuransi sosial.
- 13** Di daerah yang lebih kecil, semua puskesmas dimasukkan pada permulaan, sementara di daerah yang besar, puskesmas dan fasilitas kesehatan lain yang didukung secara terbatas ditambahkan secara bertahap.

14 Cakupan total telah dicapai oleh beberapa daerah lainnya dengan lebih dari 20 rumah sakit, termasuk, including Sidoarjo, Malang, Deli Serdang and Banyumas.

15 Dalam Fase 1, spesialis TIK EMAS memimpin peluncuran SijariEMAS dengan tim dari setiap daerah.

16 Pedoman MPA 2010 menyebutkan bahwa daerah harus memiliki surat keputusan Bupati untuk mendirikan dan mensahkan sebuah tim untuk melakukan MPA. Tim MPA terdiri dari perwakilan Dinkes, bidan/perawat senior, seorang dokter kandungan dan/atau dokter penyakit anak. Pedoman ini juga menyebutkan penilaian secara teratur (bukan frekuensinya) dan aspek prospek yang lain. Pedoman ini menggantikan audit yang lebih besar dan lebih rumit.

17 Penilaian proses MPA 2012 di sepuluh daerah EMAS menunjukkan tidak ada daerah yang melaksanakan audit penuh terhadap setiap kematian, dan sedikit daerah mengaudit kematian perinatal. Tim peninjau MPA hanya melaksanakan audit terhadap beberapa kematian terpilih 1–4 kali setahun.

18 MKIA adalah anggota komunitas, yang diidentifikasi dalam kerja sama dengan Forum Masyarakat Madani. Mereka sering dihubungkan dengan beragam lembaga/organisasi, seperti Muhammadiyah/ Aisyiah. MKIA memberikan orientasi dan dukungan dari EMAS/Forum Masyarakat Madani dalam hal kesehatan dasar ibu dan bayi baru lahir serta skema asuransi sosial.

19 Jamkesmas adalah asuransi sosial nasional untuk kaum miskin, dengan sejumlah penerima manfaat di setiap daerah; Jamkesda adalah asuransi sosial tingkat daerah untuk masyarakat yang tidak dijamin oleh Jamkesmas; dan Jampersal, diperkenalkan tahun 2011, adalah asuransi persalinan universal yang memberikan perawatan kesehatan secara gratis selama kehamilan, kelahiran dan setelah melahirkan, tanpa memandang status sosial ekonomi. Mekanisme ini digantikan oleh JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) pada tahun 2014.

20 Meskipun terdapat berbagai masalah terkait sosialisasi dan cakupan, Jampersal mewajibkan persalinan di sebuah fasilitas kesehatan dan menyebabkan peningkatan penggunaan layanan kesehatan ibu yang signifikan. Analisis ini menemukan sejumlah masalah mengenai mekanisme dan sifat asuransi kesehatan sosial yang terpecah-pecah di tingkat daerah yang menyebabkan kebingungan mengenai eligibilitas, persyaratan pendaftaran dan cakupan berbagai program—baik bagi para penerima manfaat maupun penyedia layanan. Masalah yang serupa juga ditemukan oleh studi yang dilaksanakan oleh UNFPA dan Universitas Gadjah Mada.

21 Pada tahun 2014, EMAS mengadakan sebuah Lokakarya Regional dengan BPJS untuk membantu Forum Masyarakat Madani memahami lebih baik skema dan kebijakan JKN (contohnya ibu dan bayi yang secara otomatis dijamin di bawah Jampersal dimana dengan JKN anggota keluarga harus mendaftar; Jampersal gratis, tetapi JKN mewajibkan sedikit pembayaran). Forum Masyarakat Madani memberikan informasi mengenai hak anggota masyarakat di bawah JKN dan proses baru, serta didukung oleh MKIA agar mulai meningkatkan kesadaran terhadap JKN.

22 PK lintas-daerah telah ditandatangani antara: Kabupaten Pasuruan dan Kota Pasuruan di Jawa Timur;

Kabupaten Pinrang, Kabupaten Pare-Pare, Kota Pare-Pare, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Sidrap, dan Kabupaten Barru di Sulawesi Selatan; Kabupaten Tegal, Kota Tegal dan Kabupaten Pemalang di Jawa Tengah; dan Kabupaten Pekalongan dan tiga rumah sakit di Kota Pekalongan.

23 Indikator PMP ini ditambahkan dalam EMAS Tahun 3.

24 Bukan indikator kumulatif

25 EMAS telah bekerja sama erat dengan BUKR Kemenkes untuk mendukung penyusunan '*Pedoman Kolaborasi Pelayanan*

Kegawatdaruratan Ibu dan BBL tingkat Dasar dan Rujukan'. Pedoman Kolaborasi ini ditetapkan di bawah Peraturan Menteri pada akhir 2014. Sebagai Peraturan Menteri, isinya lebih dapat lebih ditegakkan daripada pedoman. EMAS terus mendukung Kemenkes untuk menyelesaikan pedoman ini dan juga mendukung penyebarluasannya.

26 SijariEMAS yang dimasukkan ke dalam Peraturan Menteri, merupakan sebuah contoh yang baik tentang mekanisme komunikasi yang jelas, daripada yang diamanatkan.

27 EMAS telah mampu mempengaruhi proses perencanaan anggaran sehingga lebih banyak dana daerah yang dialokasikan untuk membiayai biaya sistem dasar. Daerah juga telah mendanai staf khusus untuk mengelola/mengawasi sistem tersebut.