

RENCANA PELIBATAN PEMANGKU KEPENTINGAN
STAKEHOLDER ENGAGEMENT PLAN (SEP)

GPSA INDONESIA

**Women's Voices in the Monitoring and Improvement of Universal Health Care
Insurance Services**

Dokumen ini menjelaskan kegiatan keterlibatan pemangku kepentingan di tingkat lokal, provinsi, dan nasional selama proyek berlangsung. Proyek GPSA bertujuan untuk mencapai akuntabilitas sosial kolaboratif, yang berarti bahwa banyak masalah mengenai manajemen risiko sosial sudah ada dalam proyek melalui pelibatan pemangku kepentingan.

1. Pendahuluan/Deskripsi proyek

Masih terdapat banyak inisiatif akuntabilitas sosial yang tidak berkelanjutan karena kurangnya keterlibatan organisasi akar rumput yang sudah memiliki sejarah panjang di masyarakat. Selain itu, inisiatif sejenis juga tidak berkelanjutan karena tidak dibangun dengan mekanisme kolaborasi antara pemerintah dan organisasi akar rumput. Organisasi akar rumput dapat mengembangkan mekanisme kolaboratif dan secara bersamaan tetap kritis dan memberikan feedback yang konstruktif kepada pemerintah.

Organisasi perempuan berbasis agama memiliki peran potensial dalam mengembangkan kesejahteraan sosial dan akuntabilitas sosial yang produktif dan kritis. Organisasi semacam ini umumnya memiliki banyak relawan (biasa disebut kader). Kader-kader ini dapat diorganisasikan untuk bekerja sama dengan pemerintah dalam meningkatkan pelayanan publik, terutama dalam isu kesehatan dan kesehatan ibu.

Dalam proyek ini, AKATIGA bekerja sama dengan Fatayat NU -- salah satu organisasi muslim perempuan berbasis agama terbesar. Tujuan program ini ialah untuk berkontribusi dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan rentan di beberapa kabupaten di Indonesia melalui mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif di antara para pemangku kepentingan, yang meliputi: (i) Masyarakat miskin, didefinisikan sebagai mereka yang memenuhi syarat untuk menerima kartu kesehatan Indonesia, dan dibantu oleh Fatayat; (ii) Penyedia kesehatan yang berafiliasi dengan jaringan Asuransi Kesehatan Nasional; (iii) pembuat kebijakan Asuransi Kesehatan Nasional di tingkat lokal dan nasional.

Aktivitas Proyek:

Mekanisme kolaboratif sudah diwujudkan dalam beberapa aktivitas proyek. Komponen aktivitas dalam 1.D, 2.C, 2.D, 2.E, dan 3.B adalah aktivitas keterlibatan pemangku kepentingan.

1. Peningkatan kapasitas dan pengembangan mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif
 - A. Meninjau data, memetakan target dan masalah & merekrut kader
 - B. Mengelaborasi materi informasi, pendidikan dan komunikasi
 - C. Pengembangan sistem informasi dan peralatan
 - D. Mengembangkan standar operasi prosedur (SOP) dan implementasi pelatihan untuk kader Fatayat

- E. Uji coba selama dan setelah pelatihan peningkatan kapasitas
2. Mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif untuk meningkatkan pelayanan Di tingkat lokal:
- A. Pengumpulan data
 - B. Input data dan mendampingi pasien
 - C. Mengorganisasi diskusi kebijakan berkala dengan pemangku kepentingan kesehatan di tingkat lokal
- Di tingkat nasional:
- D. Menerapkan kerangka kerja kolaboratif pada fase awal dengan lembaga kesehatan
 - E. Mengatur dialog kebijakan berkala terkait kesenjangan dalam pelayanan JKN dengan pemangku kepentingan kesehatan utama
3. Meningkatkan pengetahuan dan pembelajaran kegiatan sosial di sektor kesehatan Indonesia
- A. Menyiapkan sistem pemantauan, evaluasi, dan pembelajaran (MEL)
 - B. Melakukan MEL proyek internal
 - C. Penyebarluasan produk pengetahuan dan pembelajaran proyek kepada audiens target utama
 - D. Berkontribusi pada mandat GPSA untuk memfasilitasi dan mempromosikan pengetahuan dan pembelajaran kegiatan sosial kolaboratif

Dalam komponen 1 terkait pengembangan SOP dan implementasi pelatihan, pedoman untuk keterlibatan dengan masyarakat miskin yang didampingi (pasien) akan dibuat untuk menguraikan struktur komunikasi dalam proyek ini dan bagaimana kader dan pasien menyampaikan keluhan.

Komponen 2 menjelaskan mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif yang serupa dengan kegiatan pelibatan pemangku kepentingan selama persiapan dan pelaksanaan proyek. Dalam kegiatan 2.D, kerangka kerja kolaboratif pada fase awal dengan lembaga kesehatan bertujuan untuk membangun kepemilikan atas mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif dan untuk mendapatkan masukan untuk proyek dari perspektif yang lebih luas. Keterlibatan dengan para pemangku kepentingan dalam kegiatan ini akan menghasilkan persetujuan dan kesepakatan untuk kolaborasi. Dalam kegiatan 2.C dan E, mengorganisasi dialog kebijakan dengan pemangku kepentingan utama di tingkat lokal dan nasional berfungsi untuk membahas kesenjangan/gap dan temuan dalam pelaksanaan proyek (pengalaman kader dalam membantu pasien) dan untuk mengusulkan atau mendiskusikan pembelajaran dan kebijakan terkait. Pertemuan ini juga berfungsi sebagai mekanisme pengaduan (*grievance mechanism*) di mana kementerian, lembaga, BPJS, rumah sakit, dan pemangku kepentingan utama lainnya dapat menyampaikan pengaduan mereka secara terbuka dan kemudian membahas solusinya.

Di bawah komponen 3, sesi MEL internal berfokus pada penyesuaian strategi akuntabilitas sosial dalam proyek. Mekanisme pengaduan dari para pemangku kepentingan — termasuk pasien, kader, dan fasilitas kesehatan setempat — adalah bagian dari MEL yang akan memberikan masukan penting bagi pelaksanaan proyek. Keluhan dapat ditujukan ke beberapa jalur secara terbuka atau pribadi atau anonim dan akan difasilitasi dalam proses M&E (di mana evaluator independen akan mengecek pasien)

Mitra proyek: Fatayat NU akan bertanggung jawab dalam mengatur kerja lapangan dengan kader, pemantauan lapangan, dan koordinasi diskusi tingkat lokal dengan para pemangku kepentingan utama.

Penerima Manfaat: Proyek ini akan secara langsung menargetkan mitra proyek, Fatayat NU, dan masyarakat miskin (berhak mendapatkan kartu kesehatan yang bersubsidi) yang didampingi oleh Fatayat

Lokasi: kabupaten yang terletak di beberapa provinsi yang memiliki kantor cabang Fatayat NU (mis. Jawa Barat; Jawa Tengah; Jawa Timur; Maluku Utara; Sulawesi Selatan; Jambi). Setelah persiapan tahun pertama, beberapa area akan dikurangi untuk bisa lebih fokus di area yang bisa berdampak lebih besar.

2. Ringkasan Singkat dari Kegiatan Bersama Pemangku Kepentingan yang Sudah Dilakukan

Diskusi antara AKATIGA dan Fatayat NU telah dimulai sejak 2016. Kami telah melakukan beberapa pertemuan untuk membahas persiapan dan desain proyek, juga membahas mekanisme pelaporan (keuangan). Keterlibatan dan konsultasi publik dengan pemangku kepentingan lainnya telah dimulai sejak 2016, detailnya dapat dilihat pada Lampiran 2.

No	Pemangku kepentingan	Poin diskusi utama	Waktu
1	Pemerintah pusat (Bappenas, Kemenkes)	<ul style="list-style-type: none"> Dukungan dan input untuk desain proyek Isu kebijakan terkait sistem asuransi kesehatan nasional Target pemerintah di sektor kesehatan 	Mei 2016, 2018
2	Legislatif	<ul style="list-style-type: none"> Dukungan dan input untuk desain proyek Isu kebijakan terkait sistem asuransi kesehatan nasional 	2018
3	Kantor Staf Presiden	<ul style="list-style-type: none"> Dukungan dan input untuk desain proyek Isu kebijakan terkait sistem asuransi kesehatan nasional Monitoring dan evaluasi BPJS 	January 2017
4	LSM yang melakukan studi evaluasi terhadap BPJS dan yang berkolaborasi dalam anggaran publik	<ul style="list-style-type: none"> Temuan dari penelitian dan studi sebelumnya terkait BPJS Findings from former evaluation and studies input untuk desain proyek dan implementasi, terutama terkait pelaporan keuangan 	Mei 2016
5	Kepala daerah Kulon Progo dan Banyuwangi. Kepala daerah Kulon Progo juga merupakan anggota IDI dan sekarang menjabat sebagai ketua BKKBN	<ul style="list-style-type: none"> Input dari sisi medis untuk implementasi Gap yang biasa dijumpai pada masalah kesehatan tertentu Pelaksanaan BPJS di Kulon Progo – DIY dan Banyuwangi – Jatim Input untuk alternatif pembiayaan BPJS (pusat, kabupaten, provinsi) 	Agustus 2018, Juni 2018
6	Organisasi perempuan berbasis kepercayaan (Aisyiyah, Muslimat NU, WKI) and NGO lain (Wahana Visi). Semua memiliki pengalaman	<ul style="list-style-type: none"> Lingkup kerja organisasi Isu kesehatan dalam project MAMPU Masukan untuk desain proyek berdasarkan pengalaman di akar rumput Kesepakatan informal untuk berkolaborasi dalam 	Mei, 2016, Juni 2016, Juli 2018, Juli 2019, Oktober 2019

	panjang dalam pendampingan kelompok miskin untuk mengakses layanan kesehatan dan mempromosikan akuntabilitas sosial dalam pelayanan kesehatan publik	proyek <ul style="list-style-type: none"> • Skema kolaborasi proyek antara Wahana Visi dan AKATIGA 	
7	Ombudsman RI: salah satu tugasnya adalah memantau kualitas pelayanan BPJS berdasarkan aduan yang masuk ke Ombudsman	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi BPJS • Mengenalkan proyek dengan pendekatan akuntabilitas sosial kolaboratif di sektor kesehatan dengan organisasi perempuan berbasis kepercayaan • Maladministrasi yang biasa terjadi di BPJS dan sektor kesehatan 	April, Juni 2016
8	Bagian Penelitian dan Pengembangan BPJS	<ul style="list-style-type: none"> • Pertemuan awal dengan BPJS • Tantangan dan masalah terkait data PBI 	Mei 2016
9	Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gajah Mada. PKMK membantu melakukan evaluasi BPJS	<ul style="list-style-type: none"> • Mendalami isu BPJS dan universal healthcare • Potensi kolaborasi riset di sisi medis dari gap yang terjadi • Masukan dari sisi medis untuk implementasi proyek 	Juni 2014, Mei 2018, Juli 2018

AKATIGA dan Fatayat telah berkonsultasi dengan tim Bank Dunia Washington dan Jakarta mengenai proposal sejak 2016.

3. Identifikasi dan Analisis Pemangku Kepentingan

Beberapa kelompok di berbagai tingkat (pusat-daerah) akan dibedakan untuk mengidentifikasi metode komunikasi dan keterlibatan yang tepat dan dapat diakses pemangku kepentingan selama proyek. Identifikasi dan pengelompokan pemangku kepentingan akan diperbarui sepanjang pelaksanaan proyek. Kelompok-kelompok yang diidentifikasi akan dijelaskan setelah ini, sementara analisis kepentingan pemangku kepentingan dan bidang pengaruh disediakan dalam Lampiran 1.

- a. Kelompok / orang / organisasi yang akan mendapat manfaat langsung dan / atau tidak langsung dari proyek. Target penerima ini termasuk 1) penerima langsung, dan 2) penerima manfaat tidak langsung
 - 1) Penerima manfaat langsung adalah Fatayat NU dan masyarakat miskin (yang berhak mendapatkan asuransi kesehatan bersubsidi) yang didampingi oleh Fatayat NU. Proyek ini akan memberikan serangkaian pelatihan untuk memperkuat kapasitas kader Fatayat NU dalam menyuarakan mereka yang tidak bersuara, terutama perempuan dan anak-anak dalam kelompok rentan. Proyek ini mempromosikan inklusivitas, yang berarti bahwa pendampingan akan mencakup semua kelompok miskin dan rentan dalam kriteria yang bersedia terlibat. Fatayat NU memiliki pengalaman yang luas dalam membantu kelompok-kelompok rentan terutama perempuan, misalnya, membantu perempuan dan anak-anak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Aspirasi dan pengalaman kelompok rentan dalam mengakses

layanan kesehatan (data kesenjangan/gap) akan disampaikan oleh kader Fatayat NU dan AKATIGA kepada pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan terkait untuk merumuskan solusi tentang gap yang terjadi.

- 2) Penerima manfaat tidak langsung adalah pembuat kebijakan di tingkat nasional, provinsi, dan lokal, serta pemangku kepentingan di sektor kesehatan atau yang memiliki kepedulian pada layanan dasar bagi kelompok miskin dan rentan. Para pemangku kepentingan ini akan diuntungkan dari informasi yang dihasilkan oleh proyek atau mengambil elemen dari proses akuntabilitas sosial kolaboratif untuk diterapkan, dipertahankan, atau ditingkatkan. Kegiatan dalam proyek ini (komponen 2.C, 2.D, 2.E dan 3.E) telah memasukkan dialog kebijakan dan sesi pemecahan masalah bersama dengan pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan terkait.

b. Komunitas atau masyarakat yang potensial terdampak buruk (jika ada): Tidak ada

c. Kelompok kepentingan, sebagai berikut:

Proyek ini mengimplementasikan mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif yang secara tidak langsung ditargetkan ke berbagai pemangku kepentingan (pembuat kebijakan, penyedia layanan, dan organisasi non-pemerintah) untuk mengadopsi mekanisme kolaboratif dan mendapatkan masukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, para pemangku kepentingan di penerima manfaat tidak langsung berurusan dengan pemangku kepentingan dalam kelompok kepentingan.

Tingkat nasional	Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan; Kementerian Sosial; Bappenas; DPR Komisi IX; Ombudsman RI; BPJS Watch; Asosiasi praktisi kesehatan atau spesialis; RS/ penyedia layanan kesehatan; Asosiasi atau kelompok pendukung pasien; LSM terkait; Fatayat NU, Muslimat NU, Aisyiyah, dan organisasi perempuan berbasis kepercayaan
Tingkat Provinsi	Dinas Kesehatan Provinsi; BPJS Kesehatan Provinsi; Dinas Sosial Provinsi; Bappeda provinsi; RSUD Provinsi; Fatayat NU (PW – Pengurus wilayah); LSM terkait
Tingkat Kabupaten	Bupati atau Walikota; Dinas Kesehatan Kota/Kab; BPJS Kesehatan Kota/Kab; Dinas Sosial Kota/Kab; Bappeda Kota/Kab; RSUD Kota/Kab; Fatayat NU (PC – Pengurus cabang); LSM terkait
Tingkat kecamatan, desa/kelurahan, masyarakat	Kepala desa; Camat; Puskesmas / Faskes 1; Masyarakat lokal

- d. Instansi pelaksana, instansi yang memiliki otoritas untuk manajemen risiko lingkungan dan sosial, termasuk institusi yang memengaruhi dan membuat keputusan tentang implementasi proyek: AKATIGA dan Fatayat NU adalah instansi pelaksana dalam proyek ini

4. Strategi Pelibatan Pemangku Kepentingan

Pendekatan utama dari proyek ini adalah akuntabilitas sosial kolaboratif di mana kesenjangan/gap yang dialami dalam implementasi dan solusinya akan dibahas secara berkala dengan para pemangku kepentingan terkait—pemerintah, penyedia layanan, dan LSM di desa hingga tingkat nasional. Oleh karena itu, pelibatan pemangku kepentingan sangat penting sebagai pendekatan utama untuk proyek ini. Rangkaian kolaborasi dengan para pemangku kepentingan akan dilakukan secara berkala di tingkat lokal dan nasional. Secara keseluruhan, tindakan dan pertemuan kolaboratif akan membahas (i) kesenjangan/gap (antara pedoman BPJS dan pengalaman aktual) dalam proses pendampingan; (ii) solusi untuk kesenjangan/gap; (iii) tanggapan dari penyedia layanan dan pemangku kepentingan kesehatan;

(iv) keterbukaan informasi tentang proyek; (v) mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif di antara para pemangku kepentingan; (vi) masukan untuk pelaksanaan proyek. Dalam pertemuan dan kegiatan, dilakukan pengarusutamaan masalah kesehatan kelompok miskin terutama perempuan dan anak-anak. Beberapa kasus yang akan diadvokasi adalah perempuan dan anak-anak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dan pelecehan seksual karena kasus-kasus ini tidak ditanggung oleh asuransi (BPJS).

Tidak setiap masalah akan dibahas dengan semua pemangku kepentingan, masalah akan disesuaikan dengan peran dan fungsi para pemangku kepentingan.

Secara keseluruhan, strategi pelibatan pemangku kepentingan di seluruh proyek adalah:

No	Strategi Pelibatan Pemangku Kepentingan	Komponen Aktivitas	Tujuan	Waktu	Pemangku Kepentingan
1	Lokakarya dengan pemangku kepentingan di sektor kesehatan saat awal (persiapan) proyek	Komponen aktivitas 2.C dan 2. D	Lokakarya ini bertujuan untuk membangun kepemilikan atas mekanisme akuntabilitas sosial kolaboratif di antara para pemangku kepentingan di sektor kesehatan yang pro-masyarakat. Lokakarya ini juga bertujuan untuk belajar dari pengetahuan para pemangku kepentingan sebagai masukan untuk proyek ini dari perspektif yang lebih luas.	Fase awal proyek (persiapan)	tingkat nasional: asosiasi praktisi kesehatan dan spesialis, asosiasi atau kelompok pendukung pasien, Kementerian, BPJS Watch, dan LSM / CSO lain yang menangani masalah kesehatan
2	Pertemuan awal dengan institusi kesehatan setempat ketika implementasi dimulai	Komponen aktivitas 2.C dan 2D	Pertemuan ini bertujuan mendapatkan dukungan (persetujuan untuk kolaborasi) untuk melaksanakan proyek di lokasi mereka. Hasil yang diharapkan dari pertemuan ini adalah kesepakatan atau MoU antara BPJS atau Bupati / Walikota dan AKATIGA mengenai proyek ini	Fase awal proyek (persiapan) dan pada tahun pertama implementasi	Dinas kesehatan setempat, rumah sakit, Bupati / Walikota, dan BPJS
3	Mengembangkan SOP implementasi proyek termasuk kode etik untuk kader dan komunitas miskin (pasien) yang dibantu	Komponen aktivitas 1.D	SOP akan menjelaskan struktur komunikasi dalam proyek ini dan bagaimana menyampaikan aduan dari fasilitator dan masyarakat miskin (pasien) yang didampingi. SOP juga bertujuan untuk melindungi pasien.	Tahun pertama implementasi dan akan ditinjau secara berkala	Fatayat dan AKATIGA
4	Pertemuan bulanan di lokasi proyek	Komponen aktivitas 3.B	Pertemuan bulanan ini akan membahas data, informasi, dan temuan tentang pendampingan. Untuk mengumpulkan data	Bulanan	AKATIGA, Fatayat, Fasilitator, kader

No	Strategi Pelibatan Pemangku Kepentingan	Komponen Aktivitas	Tujuan	Waktu	Pemangku Kepentingan
			<p>dan informasi tentang pengalaman pendampingan di lokasi proyek, kami akan mengembangkan sistem informasi untuk kader (Fasilitator harus memasukkan data dan informasi tentang fasilitasi secara mingguan). Akan ada diskusi bulanan tentang data dan informasi antara AKATIGA dan Fatayat. Pertemuan bulanan ini juga merupakan bagian dari mekanisme pengaduan. Para kader dapat menyampaikan aduan mereka dan mendiskusikan solusinya. Pengaduan dapat ditangani secara terbuka atau pribadi atau anonim tergantung pada kenyamanan fasilitator.</p>		
5	<p>Pertemuan rutin dengan pemangku kepentingan lokal setiap tiga bulan</p>	<p>Komponen aktivitas 2.C</p>	<p>AKATIGA akan mengumpulkan data dan informasi dari kader dan menganalisisnya. Kompilasi akan dibahas dalam serangkaian pertemuan dengan para pemangku kepentingan. Pertemuan ini juga berfungsi sebagai mekanisme pengaduan di mana lembaga lokal, BPJS, rumah sakit dapat menyampaikan aduan mereka secara terbuka dan kemudian membahas solusinya.</p>	<p>Tiga bulanan</p>	<p>Instansi kabupaten, BPJS, rumah sakit, puskesmas, kecamatan, dan kepala desa.</p>
6	<p>Pertemuan dengan pemangku kepentingan tingkat nasional setiap enam bulan</p>	<p>Komponen aktivitas 2.E</p>	<p>Untuk pembelajaran, temuan, dan tindakan kebijakan yang lebih luas, AKATIGA akan membahasnya dengan pemangku kepentingan di tingkat nasional</p>	<p>Enam bulanan</p>	<p>BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Ombudsman, dan Komisi 9 DPR</p>
7	<p>Mekanisme pengaduan pasien</p>	<p>Komponen aktivitas 3.B</p>	<p>Para pasien yang telah didampingi dapat menyampaikan aduan melalui kantor Fatayat setempat secara terbuka atau secara pribadi atau tanpa nama. Solusi ini akan dibahas di antara Fatayat dan AKATIGA dalam pertemuan bulanan, kecuali untuk kasus darurat. Jika Fatayat menemukan keluhan itu darurat, itu akan segera dibahas. Jika pasien tidak dapat menyampaikan keluhan melalui Fatayat (karena perbedaan pendapat, dll.), ia akan difasilitasi dalam proses M&E (di mana evaluator independen akan mengecek</p>	<p>Kapanpun</p>	<p>Pasien/ kelompok miskin yang didampingi</p>

No	Strategi Pelibatan Pemangku Kepentingan	Komponen Aktivitas	Tujuan	Waktu	Pemangku Kepentingan
			pasien)		
8	Mekanisme pengaduan fasilitas kesehatan setempat	Komponen aktivitas 3.B	Fasilitas kesehatan setempat dapat menyampaikan aduan melalui kantor Fatayat setempat secara terbuka atau secara pribadi atau tanpa nama. Solusi ini akan dibahas di antara Fatayat dan AKATIGA dalam pertemuan bulanan, kecuali untuk kasus darurat. Jika Fatayat menemukan keluhan itu darurat, itu akan segera dibahas. Jika pasien tidak dapat menyampaikan keluhan melalui Fatayat (karena perbedaan pendapat, dll.), ia akan difasilitasi dalam proses M&E (di mana evaluator independen akan mengecek faskes)	Kapanpun	Puskesmas, fasilitas kesehatan (RS)

5. Protokol Covid-19 untuk kegiatan pelibatan pemangku kepentingan

Dalam masa pandemi covid-19, kegiatan pelibatan pemangku kepentingan akan dilakukan secara online jika memungkinkan. Kegiatan pemangku kepentingan yang melibatkan orang-orang yang rentan (wanita hamil, orang berusia di atas 60 tahun, dan orang-orang dengan penyakit bawaan) didorong untuk menghindari perjalanan dan pertemuan tatap muka, pertemuan online diprioritaskan untuk mereka.

Untuk aktivitas yang tidak dimungkinkan oleh pertemuan online, misalnya pertemuan lokal, kami akan menerapkan protokol standar WHO sebelum, selama, dan setelah pertemuan.

A. Sebelum pertemuan

1) Kami akan mengembangkan rencana kesiapan yang disepakati untuk mencegah penularan pada pertemuan tersebut, yang meliputi:

- Mempertimbangkan apakah pertemuan atau acara tatap muka diperlukan, dan apakah kita dapat menggantinya dengan telekonferensi atau online
- Apakah kita dapat membatasi atau mengurangi rapat sehingga lebih sedikit orang yang hadir
- Memastikan dan memverifikasi saluran informasi dan komunikasi terlebih dahulu dengan mitra utama seperti otoritas kesehatan dan perawatan kesehatan masyarakat.
- Pemesanan di muka persediaan dan bahan yang cukup, termasuk tisu dan pembersih tangan untuk semua peserta
- Secara aktif memantau di mana COVID-19 beredar. Beri tahu peserta sebelumnya bahwa jika mereka memiliki gejala atau merasa tidak sehat, mereka tidak boleh hadir.

2) Kami akan mengembangkan dan menyetujui rencana respons jika seseorang dalam pertemuan tersebut sakit dengan gejala COVID-19 (batuk kering, demam, lesu). Rencana ini harus mencakup setidaknya:

- Rencana bagaimana mereka dapat dipindahkan dengan aman dari lokasi ke fasilitas kesehatan: identifikasi fasilitas kesehatan lokal terdekat dan nomor telepon
- Memahami apa yang harus dilakukan jika peserta rapat, anggota staf, atau penyedia layanan positif COVID-19 selama atau setelah rapat
- Rencana persetujuan sebelumnya dengan penyedia layanan kesehatan atau departemen kesehatan

B. Selama Pertemuan, kami akan:

1) Memberikan informasi atau pengarahan terkait Covid-19 secara lisan dan tertulis dan langkah-langkah yang diambil untuk membuat pertemuan ini aman. Briefing akan mencakup:

- Mendorong peserta untuk mengenakan masker. Untuk orang yang rentan, disarankan untuk memakai masker medis
- Menganjurkan peserta untuk tidak saling menyentuh
- Mendorong mencuci tangan secara teratur atau menggunakan alcohol (hand sanitizer) untuk semua peserta pertemuan
- Mendorong peserta menutupi wajah mereka dengan menekuk siku atau tisu jika mereka batuk atau bersin. Kami akan menyediakan tisu dan tempat sampah tertutup untuk membuangnya.

2) Memasang dispenser berisi alkohol di sekitar ruangan pertemuan.

3) Jika ada ruang, kami akan mengatur kursi sehingga peserta setidaknya berjarak satu meter.

C. Setelah pertemuan:

1) Jika seseorang dalam pertemuan itu diisolasi sebagai kasus dugaan COVID-19, kami akan memberi tahu semua peserta. Kami juga menyarankan peserta lain untuk memantau gejala mereka selama 14 hari dan mengukur suhu mereka dua kali sehari.

2) Jika mereka menderita batuk ringan atau demam ringan (yaitu suhu 37,3° C atau lebih), mereka harus tinggal di rumah dan isolasi diri. Ini berarti menghindari kontak dekat (1 meter atau kurang) dengan orang lain, termasuk anggota keluarga. Mereka juga harus menelepon penyedia layanan kesehatan atau departemen kesehatan masyarakat setempat, menjelaskan rincian perjalanan dan gejala yang terjadi.

Selain protokol untuk mencegah penyebaran dalam pertemuan, kami juga akan mengikuti protokol untuk mencegah stigma sosial yang terkait dengan Covid-19. Wabah COVID-19 saat ini telah memprovokasi stigma sosial dan perilaku diskriminatif terhadap orang-orang dari latar belakang etnis tertentu serta siapa pun yang dianggap telah melakukan kontak dengan virus. Cara kita berkomunikasi tentang COVID-19 sangat penting dalam mengambil tindakan efektif untuk membantu memerangi penyakit dan menghindari memicu ketakutan dan stigma. Lingkungan perlu diciptakan di mana penyakit

dan dampaknya dapat didiskusikan dan ditangani secara terbuka, jujur, dan efektif. Kami akan mengikuti tips ini tentang cara mengatasi dan menghindari stigma sosial:

1. Memperhatikan kata-kata yang diucapkan: beberapa kata dan bahasa memiliki konotasi negatif dan dapat memicu stigma orang lain dalam bersikap. Sehingga orang-orang enggan untuk melakukan pengujian, karantina, dan sebagainya karena rasa takut. Gunakan bahasa yang ramah, sopan dan dapat diterima oleh semua khalayak, termasuk media. Khususnya bahasa yang digunakan dalam media sangat perlu diperhatikan karena akan membentuk bahasa yang baru terhadap virus corona (COVID-19). Misalnya, jangan merujuk ke orang yang sakit sebagai korban virus corona dan jangan menyebut orang yang menularkan, menginfeksi, menyebarkan virus corona. Lebih baik menggunakan kalimat “orang yang telah atau sedang dirawat karena Covid-19” dan sebagainya.
2. Di saat yang tepat, nantinya semua anggota tim dan kader akan mengambil bagian untuk menghilangkan stigma, melalui penyebaran fakta. Stigma dapat meningkat karena kurangnya pengetahuan tentang bagaimana virus corona (COVID-19) ditransmisikan dan bagaimana mencegah infeksi. Sehingga dalam menanggapi kondisi tersebut, diprioritaskan penyebaran informasi yang spesifik dan akurat tentang daerah yang terkena dampak, kerentanan individu, dan kelompok terhadap COVID-19, hingga opsi perawatan dan mengakses informasi kesehatan untuk perawatan. Gunakan bahasa yang sederhana dan hindari menggunakan istilah ilmiah. Tim proyek dapat berkontribusi melalui:
 - Memperluruskan kesalahpahaman.
 - Mendorong pentingnya pencegahan, tindakan pencegahan, pengujian dan pengobatan dini.
 - Membangun simpati melalui narasi tentang perjuangan individu atau kelompok yang terkena virus corona.
 - Memberikan dukungan dan dorongan terhadap garda terdepan yang berjuang selama wabah
 - Memberikan informasi yang akurat terkait penyakit ini
 - Menolak mitos dan stereotip
 - Mengucapkan kalimat dengan hati-hati

Untuk pemangku kepentingan, AKATIGA, dan staf Fatayat yang diwajibkan untuk melakukan perjalanan ke lokasi proyek, ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan menurut protokol WHO:

A. Sebelum melakukan perjalanan

- Memastikan bahwa AKATIGA dan Fatayat memiliki informasi terbaru daerah-daerah dimana COVID-19 tersebar.
- Mempertimbangkan manfaat dan risiko terkait rencana perjalanan mendatang.
- Hindari perjalanan anggota tim yang berisiko lebih tinggi terhadap penyakit serius ke area tempat COVID-19 menyebar.
- Pastikan semua orang yang bepergian ke lokasi yang diberi pengarahan oleh profesional yang berkualifikasi.

- Memberi hand sanitizer berbasis alcohol dalam botol kecil kepada anggota tim yang akan bepergian
- B. Selama perjalanan
- Mendorong anggota tim untuk mencuci tangan secara teratur dan menjaga jarak minimal satu meter dari orang yang batuk atau bersin.
 - Memastikan anggota tim tahu apa yang harus dilakukan dan siapa yang harus dihubungi jika mereka merasa sakit saat bepergian.
 - Pastikan bahwa anggota tim mematuhi instruksi dari otoritas setempat dimana mereka bepergian.
- C. Setelah perjalanan
- Anggota tim yang telah kembali dari daerah penyebaran COVID-19 harus memantau diri mereka sendiri untuk gejala selama 14 hari dan mengukur suhu mereka dua kali sehari.
 - Jika mereka mengalami batuk ringan dan demam ringan maka perlu melakukan isolasi diri di rumah.

6. Mekanisme Penanganan Pengaduan

Untuk kader, pasien, dan fasilitas kesehatan setempat

Mekanisme pengaduan adalah untuk menangani masalah secara transparan dan mudah diakses oleh semua kader, pasien, dan fasilitas kesehatan sesuai dengan norma setempat, tanpa biaya dan tanpa retribusi. Dalam kegiatan pelatihan, AKATIGA dan Fatayat NU akan menginformasikan kader tentang proses pengaduan dan akan menyediakan ke publik sebuah catatan dokumentasi tanggapan atas setiap pengaduan yang diterima. Keluhan dapat ditangani secara terbuka atau pribadi atau anonim tergantung pada kenyamanan kader, pasien dan fasilitas kesehatan setempat.

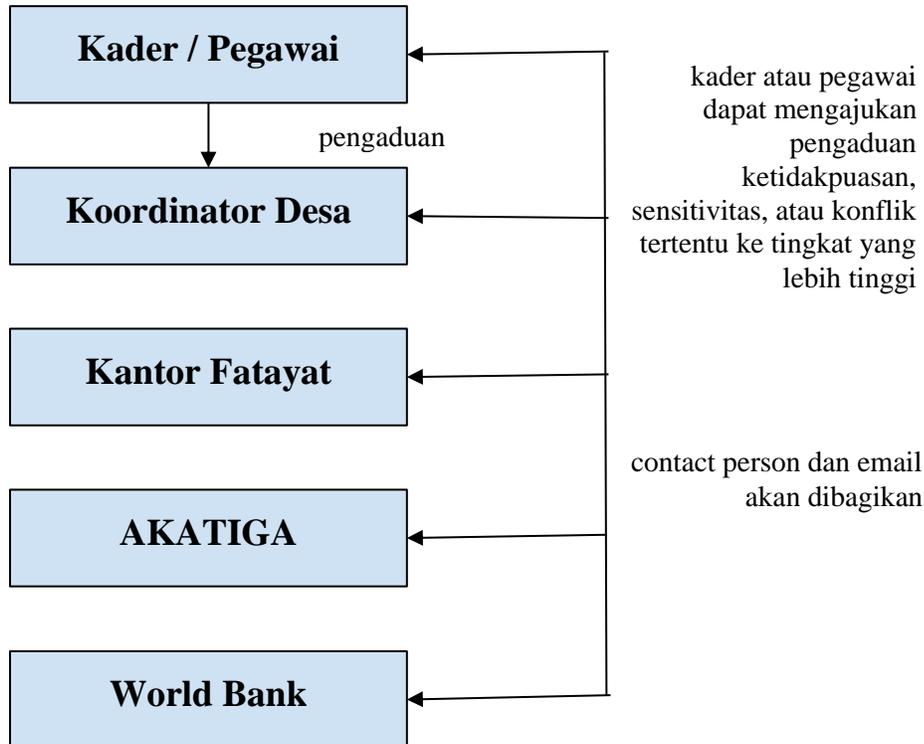
Para pasien yang didampingi oleh kader dapat menyampaikan aduan melalui kantor Fatayat setempat. Solusi terkait aduan akan dibahas oleh Fatayat dan AKATIGA dalam pertemuan bulanan, kecuali untuk kasus darurat. Jika menurut Fatayat aduan itu darurat, aduan akan segera dibahas. Jika pasien tidak dapat menyampaikan keluhan melalui Fatayat (karena perbedaan pendapat, dll.), ia akan difasilitasi dalam proses M&E (di mana evaluator independen akan mengecek pasien). Mekanisme, termasuk nomor kontak dan email kepada siapa kader dan pekerja dapat menyampaikan keluhan mereka, akan dimasukkan dalam pedoman untuk kader. Pasien yang didampingi dalam proyek ini juga akan disurvei secara informal setiap 3 bulan terkait pandangan mereka tentang inisiatif ini.

Aduan dapat disampaikan melalui pertemuan bulanan atau diinformasikan langsung kepada staf yang bertanggung jawab secara anonim. Semua mekanisme pengaduan dan tindak lanjut akan diberikan tanpa biaya kepada kader dan pekerja. Proyek ini akan menyediakan berbagai saluran bagi kader untuk menyampaikan keluhan mereka, yang meliputi:

- Pengaduan lisan dan/atau tertulis melalui pesan singkat, pesan WhatsApp, atau email ke koordinator desa.
- Pengaduan lisan dan/atau tertulis melalui pesan singkat, pesan WhatsApp, atau email ke staf Fatayat yang ditugaskan untuk mekanisme pengaduan.

- Pengaduan lisan dan/atau tertulis melalui pesan singkat, pesan WhatsApp, atau email ke staf AKATIGA yang ditugaskan untuk mekanisme pengaduan.
- Pengaduan tertulis melalui survei tiga bulanan oleh AKATIGA.
- Pengaduan tertulis melalui formulir keluhan online yang disediakan oleh situs web proyek AKATIGA.
- Pengaduan tertulis kepada World Bank.

Prosedur mekanisme pengaduan dijelaskan pada gambar berikut.



Untuk Pemangku Kepentingan terkait

Stakeholder di tingkat desa, kecamatan, kabupaten, provinsi, dan / atau rumah sakit dapat menyampaikan keluhan dan aduan mereka dalam pertemuan rutin (serangkaian diskusi) ke AKATIGA atau Fatayat NU. Aduan mereka akan dibahas dalam pertemuan untuk menemukan solusinya.

7. Keterbukaan Informasi dan Konsultasi Publik

AKATIGA akan membuka informasi proyek agar para pemangku kepentingan memahami risiko dan dampak proyek, dan peluang potensial untuk terlibat. AKATIGA akan memberi para pemangku kepentingan akses ke informasi mengenai tujuan proyek, durasi, potensi risiko dan dampak, proses pelibatan pemangku kepentingan, dan mekanisme pengaduan. Informasi tersebut akan dipublikasikan dalam Bahasa Indonesia agar dapat dengan mudah dipahami kader di lokasi proyek dan audiens yang lebih luas. Ada dua strategi utama publikasi informasi: (i) menyediakan Dokumen ESF situs web AKATIGA

dan dapat diakses oleh publik; dan (2) mengirim dokumen ESF ke Fatayat NU untuk diteruskan ke kader di lokasi proyek. Strategi terakhir juga berkaitan dengan strategi konsultasi publik.

Program ini menggunakan pendekatan akuntabilitas sosial di mana para pemangku kepentingan terkait didorong untuk terlibat dalam diskusi rutin. Dilakukan proses dua arah untuk mendapatkan masukan dan pandangan awal dari pemangku kepentingan terkait desain proyek dan masalah BPJS Kesehatan. Konsultasi publik dalam proyek ini telah dimulai dalam proses perencanaan proyek dan akan dilaksanakan sepanjang siklus proyek. AKATIGA telah mulai melakukan konsultasi publik sejak 2016 kepada pemerintah tingkat nasional, asosiasi di sektor kesehatan, organisasi perempuan berbasis kepercayaan, DPR, universitas, dan pemangku kepentingan terkait lainnya. Rincian konsultasi dapat dilihat pada Lampiran 2.

Konsultasi publik mengenai dokumen ESF, termasuk risiko dan dampak proyek, dengan Fatayat NU telah dilaksanakan secara online pada Juni 2020. Konsultasi publik dilakukan secara online sesuai yang diprioritaskan dalam protokol Covid-19 di bab / bagian 5. Konsultasi publik untuk kader di lokasi proyek akan dilaksanakan pada Juli 2020 oleh Fatayat NU, dan untuk pemangku kepentingan lokal terkait lainnya akan dilakukan pada semester pertama pelaksanaan proyek.

8. Pemantauan dan Pelaporan

AKATIGA akan memantau implementasi SEP di lokasi proyek. Pemantauan biasanya akan mencakup pencatatan informasi untuk melacak kinerja, melakukan verifikasi, dan membandingkan kesesuaian dan progress. Pemantauan akan disesuaikan berdasarkan kinerja, serta permintaan dan feedback dari para pemangku kepentingan. Berdasarkan hasil pemantauan, AKATIGA akan mengidentifikasi perbaikan dan pencegahan yang diperlukan, dan akan memasukkannya dalam kegiatan pelibatan pemangku kepentingan yang akan datang, dengan cara yang dapat diterima oleh Bank.

AKATIGA akan melaporkan hasil pemantauan SEP bersama dengan laporan pemantauan rutin yang berisi kinerja lingkungan, sosial, kesehatan dan keselamatan Proyek, tidak terbatas pada kegiatan keterlibatan pemangku kepentingan dan fungsi mekanisme pengaduan. Ini akan dilaporkan setiap enam bulan selama implementasi proyek.

LAMPIRAN 1

ANALISIS PEMANGKU KEPENTINGAN

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Keperntingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
TINGKAT KECAMATAN, DESA, DAN MASYARAKAT							
Kelompok masyarakat miskin (yang berhak mendapatkan PBI) yang didampingi Fatayat	Penerima manfaat langsung	Mendapatkan akses ke BPJS dan layanan kesehatan	Kemauan untuk didampingi	Fase implementasi	Kader	pendampingan	Sangat rutin
kepala desa;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya	Mendukung proses pendaftaran PBI ¹	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
Camat;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya	Mendukung proses pendaftaran PBI	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
Puskesmas / Faskes 1;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Menyediakan layanan kesehatan	Kesediaan untuk dipantau dan memberikan rekam medis	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
TINGKAT KABUPATEN							
Bupati atau Walikota;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya	Responsif dan setuju untuk berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Dinas Kesehatan Kota/Kab;	Kelompok kepentingan dan penerima	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi	Dukungan untuk data PBI, pendaftaran PBI, dan pemantauan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Rutin

¹ Penerima Bantuan Iuran

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Kepentingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
	manfaat tidak langsung	warganya	layanan kesehatan				
BPJS Kesehatan Kota/Kab	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Perluas keanggotaan BPJS, dengan menyediakan asuransi kesehatan inklusif	Dukungan untuk data PBI dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Rutin
Dinas Sosial Kota/Kab	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan untuk masyarakat rentan	Dukungan untuk data PBI, pendaftaran PBI, dan pemantauan layanan kesehatan	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Rutin
Bappeda Kota/Kab	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya, Perencanaan di sektor kesehatan (isu strategis dan anggaran)	Responsif dan setuju untuk berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
RSUD Kota/Kab	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Menyediakan layanan kesehatan	Kesediaan untuk dipantau dan memberikan rekam medis	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
Fatayat NU (PC – Pengurus cabang);	Mitra pelaksana dan Penerima manfaat langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan untuk anggota mereka	Pendampingan di akar rumput	Fase persiapan dan implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
LSM dan asosiasi terkait	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Memantau BPJS, sharing tentang isu BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
TINGKAT PROVINSI							

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Kepentingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
Dinas Kesehatan Provinsi	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya	Pengaturan dan pemantauan; Dukungan untuk data PBI; pendaftaran PBI; dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
BPJS Kesehatan Provinsi	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Perluas keanggotaan BPJS, dengan menyediakan asuransi kesehatan inklusif	Pengaturan dan pemantauan; Dukungan untuk data PBI; pendaftaran PBI; dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Dinas Sosial Provinsi	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan untuk masyarakat rentan	Pengaturan dan pemantauan; Dukungan untuk data PBI; pendaftaran PBI; dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Bappeda Provinsi	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya, Perencanaan di sektor kesehatan (isu strategis dan anggaran)	Pengaturan dan pemantauan: responsif dan setuju untuk berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
RSUD Provinsi	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Menyediakan layanan kesehatan	Kesediaan untuk dipantau dan memberikan rekam medis	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sangat rutin
LSM dan asosiasi terkait	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Memantau BPJS, sharing tentang isu BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Keentingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
NATIONAL LEVEL							
Fatayat NU	Mitra pelaksana dan Penerima manfaat langsung	Greater access to health services for their member	Pemantauan di tingkat akar rumput	Seluruh fase proyek	Project Coordinator and Project Officer	Capacity building: Workshop and training	Sangat rutin
Kementerian Kesehatan	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya	Regulator, penyedia layanan, pemantauan; dukungan untuk data PBI; Pendaftaran PBI; dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD, lobbying	Sesekali
BPJS Kesehatan;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Perluas keanggotaan BPJS, dengan menyediakan asuransi kesehatan inklusif	Regulator, penyedia layanan, pemantauan; dukungan untuk data BPJS; dan setuju untuk berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan	Fase persiapan dan implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD, lobbying	Sesekali
Kementerian sosial	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan untuk masyarakat rentan	Pengaturan dan pemantauan; dukungan untuk data PBI; Pendaftaran PBI; dan pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD, lobbying	Sesekali
Bappenas	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Akses yang lebih besar ke layanan kesehatan bagi warganya, Perencanaan di sektor kesehatan (isu strategis dan anggaran)	Kebijakan anggaran; kesepakatan untuk berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD, lobbying	Sesekali

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Keentingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
DPR Komisi IX	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	BPJS dan pemantauan layanan kesehatan	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project Coordinator and Project Officer	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Ombudsman RI;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Public service monitoring, including in health sector	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
BPJS Watch;	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Memantau BPJS, sharing tentang isu BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase persiapan dan implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Asosiasi praktisi kesehatan dan spesialis	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	berbagi tentang masalah BPJS untuk perbaikan BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase persiapan dan implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Asosiasi penyedia layanan kesehatan	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	berbagi tentang masalah BPJS untuk perbaikan BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
Asosiasi atau kelompok pendukung pasien	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	berbagi tentang masalah BPJS untuk perbaikan BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali
LSM terkait	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Memantau BPJS, sharing tentang isu BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali

PEMANGKU KEPENTINGAN	Tipe	Kepentingan	Pengaruh	Fase proyek	Stakeholder Liaison	Pendekatan	Frekuensi
Muslimat NU, Aisyiyah, dan organisasi perempuan berbasis kepercayaan lain	Kelompok kepentingan dan penerima manfaat tidak langsung	Memantau BPJS, sharing tentang isu BPJS	Berkolaborasi dalam pemantauan layanan kesehatan dan diskusi kebijakan	Fase persiapan dan implementasi	Project Coordinator and Social Accountability Specialist	Konsultasi: Diskusi, FGD	Sesekali

LAMPIRAN 2

RINCIAN KEGIATAN PELIBATAN PEMANGKU KEPENTINGAN DAN KONSULTASI PUBLIK

1. Ombudsman: pengawas pelayanan publik, termasuk kesehatan

Peserta : Aprilia, Charina, Isono Sadoko, Titik Hatini

Tanggal Pertemuan : 6 April 2016

Tujuan pertemuan : Memperkenalkan program monitoring BPJS dengan *women faith based organization* kepada ombudsman yang fokus pada pengawasan layanan public

Butir pertemuan :

- Saat ini dokter memberikan komplain kepada Ombudsman terkait BPJS. Menurut mereka, tarif BPJS tidak bisa mencakup seluruh tindakan dan perawatan. Hal ini membuat dokter mengulang atau mengarang diagnosa, dan hal ini sangat buruk bagi seorang dokter. Dokter dihadapkan untuk melakukan pelayanan yang baik, namun biaya tidak tercakup seluruhnya.
- Ombudsman sedang melakukan systemic review terkait aturan BPJS. Mereka membuka regulasi tentang JKN dan BPJS, dan dianalisis. Saat ini kegiatan tersebut masih berlangsung meskipun sudah pernah didiseminasikan kecil - kecil untuk mendapatkan masukan dari pihak luar.
 - Sosialisasi diakui tidak dilakukan maksimal dan banyak pasien yang tidak mengetahui fungsi rujukan, terutama di fasilitas kesehatan pertama.
 - Obat sering tidak ada di rumah sakit, sehingga pasien harus mencari sendiri dan jika dicari ke apotik lain yang non BPJS, obat bisa ditemukan.
 - Kapitasi lebih menguntungkan Pemda, terutama Puskesmas yang sifatnya Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Jadi, banyak pusat layanan kesehatan yang sebenarnya tidak melayani sebanyak yang diberikan kapitasi tersebut. Sedangkan ada pusat layanan lain yang melebihi dari dari kapitasi. Jadi kurang adil dan perlu dikaji ulang, sesuai dengan beban si pemberi layanan.
- BPJS sendiri sudah memiliki lembaga khusus yang akan mengawasi pelaksanaannya, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional dan yang sangat spesifik adalah Dewan Pengawas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Karena kedua lembaga ini sudah ada, maka Ombudsman lebih pada systemic review (regulasi), meskipun mereka juga melakukan pengamatan di pelayanan kesehatan untuk membandingkan aturan dengan pelaksanaannya.
- Saat ini Dewan Pengawas BPJS baru dibentuk dan sedang merumuskan sistem pengawasan BPJS, Akatiga bisa mendekati Dewan Pengawas selama tahap perumusan.
- Ombudsman tidak memiliki tangan ke kabupaten, meskipun sudah memiliki sekitar 30 Ombudsman propinsi. Akan tetapi, tidak bisa untuk mengawasi pelayanan di tingkat bawah. Di sini posisi AKATIGA dan Muslimat NU bisa membantu Ombudsman.

2. BPJS Kesehatan : Bagian Penelitian dan Pengembangan

Peserta : Charina

Tanggal Pertemuan : 31 Mei 2016

Tujuan pertemuan : initial meeting dengan BPJS untuk project Global Partnership of Social Accountability (GPSA)

Butir-butir pertemuan:

- Perlu membedakan antara BPJS dan JKN, JKN adalah yang memiliki kekuatan untuk mengatur, membuat aturan, dll. Sedangkan BPJS adalah badan yang menyelenggarakan JKN ketika disepakati. Tugas pokok BPJS ada 3 yang utama, yaitu (1) merekrut peserta BPJS, (2) mengumpulkan iuran / pendapatan, (3) membelanjakan dana. Oleh karena itu, untuk pelayanan

dan monitoring pelayanan kesehatan, lebih baik juga menanyakan ke JKN atau langsung ke bagian pelayanan.

- Posisi BPJS di tengah Kemenkes dan Kemenkeu karena berkaitan dengan layanan yang harus mengikuti standar dan kemenkes (dan JKN) serta aturan dan analisis keuangan dari kemenkeu.
- BPJS melakukan evaluasi internal pada 3 tugas pokok di atas. Belum banyak kepada pelayanan. BPJS juga melakukan evaluasi kapitasi, dan ini juga merupakan rekomendasi dari KPK. Terdapat ujicoba kapitasi berbasis kinerja di Padang dan Palembang. Selain itu, terdapat juga evaluasi kepuasan kepada peserta BPJS.
- Untuk JKN, evaluasi yang dilakukan JKN secara umum lebih banyak pada akses kesehatan merata, peningkatan derajat kesehatan rakyat Indonesia, keadilan dalam pelayanan
- BPJS masih mengalami kerugian karena peserta yang terdaftar ternyata tidak lagi rutin membayar dan tidak maksimal dalam merekrut peserta. BPJS masih dibiayai dari APBN, namun hal ini membuat BPJS sangat dikontrol akuntabilitas, profesionalisme, dan kinerjanya
- Masukkan untuk GPSA : kader lebih baik mengambil yang sudah mengerti mengenai perannya, memiliki personaliti yang persuasif dan sudah terbukti bekerja, misalnya banyak kader dari Dinas Sosial atau Kader Puskesmas. Kader diharapkan mampu (1) memberikan edukasi dan pengetahuan kepada warga pentingnya BPJS dan membanytu kelengkapan administrasi, (2) secara rutin menagih iuran BPJS sehingga pendanaan terus berjalan, bukan hanya daftar tetapi tidak bayar, namun bayar secara rutin adalah yang paling diinginkan BPJS, (3) memberikan edukasi kepada warga untuk hidup sehat, karena saat ini BPJS mau melakukan banyak program di preventif, namun belum banyak dilakukan.

3. Kementerian Kesehatan: Staf Ahli Desentralisasi

Peserta : Charina, Aprilia, Titik Hartini

Tanggal Pertemuan : 25 Mei 2016

Tujuan pertemuan : initial meeting dengan Kemenkes untuk project Global Partnership of Social Accountability (GPSA)

Butir pertemuan:

- Kartu JKN menurutnya banyak dianggap masyarakat sebagai kartu kredit penyakit, yaitu ketika melakukan registrasi langsung digunakan untuk penyakit - penyakit yang berat seperti operasi jantung, cuci darah, dan bedah lainnya.
- Dari 2 - 3 tahun BPJS berjalan, ternyata 60 % biaya adalah perawatan untuk penyakit tidak menular seperti cuci darah, jantung, diabet. Sedangkan penyakit menular lebih sedikit, namun untuk perawatan lebih kompleks karena biasanya langsung masuk ke ICU (seperti DBD, malaria).
- JKN di Kemenkes lebih pada aspek pelayanan dan kepesertaan (pembiayaan), sedangkan di Kemensos lebih banyak mengurus aspek PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang iurannya ditanggung pemerintah. Sayangnya, data PBI ini yang berasal dari data TNP2K dan BPS yang sifatnya by name, by adress tidak terupdate dengan baik.
- Dia menyarankan, jika bisa seluruh data disinkronkan, misalnya dengan EKTP, seluruh data bisa terintegrasi untuk kebutuhan lainnya seperti kartu BPJS. Sedangkan saat inis aja, 1 NIK (Nomor Induk Kependudukan) bisa memiliki 4 nama di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil.
- Masukkan untuk GPSA: mengambil SPM dari rumah sakit, disitu ada standar infrastruktur, ketersediaan obat, dan manajemen, dll). Selain itu, untuk SPM bidan dan dokter, ambil saja indikator kerja pegawai dan seharusnya setiap rumah sakit memilikinya.

4. Kantor Staf Presiden

Peserta : Charina, Aprilia, Titik Hartini

Tanggal Pertemuan : 25 Mei 2016
Tujuan pertemuan : initial meeting dengan KSP untuk project Global Partnership of Social Accountability (GPSA)
Butir Pertemuan :

- Untuk BPJS, KSP lebih ingin mendorong fasilitasi dan solusi perdebatan policy changing, yang memang cukup radikal. Persoalan mendasar dari KSP, harusnya ada ketegasan pilihan dari pemerintah, apakah lebih pada prinsip universal health coverage atau pada pandangan budget efficiency? Karena ada dua kubu yang berbeda. Misalnya saat ini, 5% APBN untuk kesehatan tidak cukup. Ada peneliti Harvard yang diminta KSP untuk meneliti ini dan Indonesia merupakan negara kedua terendah di Asia Tenggara, dan model-model layanan kesehatannya membuat defisit. Mekanisme BPJS ini dirancang untuk defisit.
- Jika mau minimum health coverage, minimal harus 11 persen dana APBN, bahkan dianggap tidak cukup, harus 13 – 15% dari APBN untuk bisa mengcover layanan kesehatan sektor informal. Tapi paradigma di ring 1 presiden adalah penghematan anggaran, bagaimana mendorong non PBI untuk ikut membayar? Butuh momentum yang pas untuk mendorong ini.
- Jika akatiga mau ikut ke isu layanan BPJS, maka KSP menitipkan untuk tolong masuk ke dalam kompleksitas paradigma. Pemerintah sangat haus akan uang karena memang APBN menurun terus dan tidak ada uang, makanya Jokowi terkesan mencari – cari swasta untuk kerjasama karena memang tidak ada uang.
- Dua unsur yang dititipkan KSP untuk project monev BPJS: (1) bagaimana kelas menengah bisa bayar? (2) bagaimana pemda/APBD juga mau menyumbang?

5. Organisasi Perempuan Berbasis Kepercayaan : Muslimat NU, Wanita Katolik, Aisyiyah, Fatayat, dan ACE

Peserta : Charina, Isono Sadoko, Titik Hartini
Tanggal Pertemuan : 30 Mei 2016
Tujuan pertemuan : AKATIGA ingin melihat pengalaman organisasi perempuan basis agama dalam mengawasi JKN
Butir Pertemuan :

- Ada gap yang besar antara kebijakan di atas dengan kenyataan di daerah. Aisyiyah sudah coba melihat implementasi BPJS di beberapa kabupaten dan hasilnya sangat beragam. Aisyiyah sudah melakukan pendampingan dalam bentuk membantu anggotanya yang miskin untuk masuk PBI, saat ini di Ngawi sudah mencapai 700an orang yang menjadi PBI karena pendampingan Aisyiyah. di Cianjur banyak yang kembali ke dukun untuk masalah kesehatan reproduksi dan melahirkan. Hal ini dikarenakan sebelumnya mereka mendapatkan Jampersal, tetapi ketika harus berubah ke BPJS, maka harus mendaftarkan seluruh keluarganya. Banyak yang tidak mampu jika harus langsung satu keluarga ikut BPJS.
- Aisyiyah memiliki kepentingan untuk screening untuk Papsmear dan NIFAS. Aisyiyah selalu mendesak ada layanan gratis untuk PBI
- DKI Jakarta akan mengeluarkan aturan baru mengenai akses BPJS. BPJS belum memasukkan visum. Beberapa LSM di daerah, karena tidak dicover BPJS. WKI sedang advokasi karena biasanya yang meminta adalah polisi ke rumah sakit, jadi belum ada mekanisme penggantinya.
- WKI mengawasi BPJS di daerah Indonesia Timur seperti Flores dan Manggarai (namun tidak semua kabupaten), dan lebih pada kesehatan Ibu dan Anak.

- Sebenarnya sudah ada SPM dari Kemenkes, tetapi Depdagri juga mengeluarkan SPM umum dan ini menggugurkan SPM yang sudah disusun.
- Yang menjadi tantangan ini, adalah menyiapkan kader yang bisa membangun basis data yang bunyi untuk advokasi. Kita harus membekali diri, data efektif apa yang bisa dicari oleh kader tanpa harus membenani kader.
- AKATIGA lebih banyak bagaimana membangun basis data, sedangkan organisasi perempuan lebih banyak untuk bagaimana mengorganisasi kader di level bawah untuk melakukan pendampingan.
- Rumah sakit Muhammadiyah bisa hutang berapa milyar dalam satu tahun. Yang harus ditekankan adalah di faskes pertama. Kapitasi di Faskes 1 sangat besar, harus ada akuntabilitas dana BPJS di faskes 1 karena dana sangat besar tetapi Puskesmas kejanya memberikan rujukan terus ke rumah sakit.

6. Kepala Daerah: Kulon Progo dan Banyuwangi

Peserta : Charina, Acep, Isono Sadoko, Herlina Wati

Tanggal Pertemuan : 12 April 2018, 9 July 2018

Tujuan pertemuan : Diskusi tentang pendalaman masalah untuk penajaman proposal monitoring BPJS di Jogjakarta

Butir Pertemuan:

- Perlu ada pilot project untuk pengelolaan BPJS yang lebih efisien dan efektif. Latar belakangnya adalah untuk mencoba mengelola dana BPJS dan mengurangi defisit BPJS yang selama ini semakin tinggi per tahunnya. Menurutnya defisit BPJS tidak rasional.
- Beberapa poin yang bisa masuk ke proposal antara lain adalah:
 - a. mendelegasikan wewenang kapitasi ke tingkat 1, tingkat propinsi yang membelanjakannya, sehingga Jamkesda dan Jamkesta bisa menjadi komplemen bagi BPJS (Cat: di berita, kapitasi BPJS menjadi potensi korupsi).
 - b. Badan pengelola BPJS bisa bekerjasama dengan Pemda, terutama Pemda harus mencover komplemen dari BPJS.
 - c. Ketegasan batasan apa yang dicover BPJS, dengan limitasi coverage yang berkeadilan (efisien dan realistis).
 - d. Mengejar service of excellence di layanan kesehatan dengan menggunakan aturan – aturan daerah
 - e. Mengkaji UU JKN
 - f. Insentif untuk kinerja/pengelolaan/inovasi BPJS yang baik.
 - g. Kerjasama dengan PKMK UGM adalah merumuskan problem statement dan research questions yang dibutuhkan agar upaya ujicoba ini lebih fokus
- Tetapi, untuk memulai ujicoba ini, dengan bantuan AKATIGA dan Bappenas, harus ada MOU kerjasama agar secara legalitas juga kuat dan bukan upaya penyalahgunaan anggaran
- Dalam studi BPJS, hal-hal yang ingin diketahui atau perlu lebih jelas adalah : 1) Bagaimana peran Pemda 2) Bagaimana orang yang miskin mendapatkan BPJS dan layanan sesuai aturan BPJS 3) Bagaimana yang tidak miskin mendapatkan layanan sesuai aturan BPJS
- Untuk menjawab pertanyaan tersebut, di Kulonprogo sendiri ada 2 rumahsakit (sebagai penyedia layanan) dari sisi supply side untuk dicek. Perlu juga dilakukan pengecekan dari segi medis, seperti: 1) Untuk pembiayaan siapa yang harus menyelesaikan? Pemda atau BPJS? 2) Apa saja pembiayaan yang paling banyak dikeluarkan oleh pasien? 3) Berapa lama claim rumahsakit dibayarkan oleh BPJS?

7. Organisasi Perempuan Berbasis Kepercayaan: Fatayat, Aisyiyah, WKI

Peserta : Charina, Isono Sadoko, Titik Hartini, Fauzan Djamal

Tanggal Pertemuan : 12 April 2018

Tujuan pertemuan : AKATIGA ingin melihat pengalaman organisasi perempuan basis agama dalam mengawasi JKN

Butir Pertemuan :

- Aisyiyah tidak berperan kepada pendampingan, tetapi pada monitoring dari setiap tahapan pelayanan kesehatan, dari awal sampai bagaimana pasien dirawat.
- Ada 2 hal untuk pendamping: Dia melakukan outreach, lalu dia melakukan advokasi dari data yang telah dimiliki (dibunyikan) misalnya tentang hak pasien di dinas kesehatan, puskesmas, atau di kabupaten
- Harus ada instrumen yang akan memotret ketimpangan. Misalnya kita harus pakai standar BPJS, tetapi bagaimana mana yang mau diambil dan tidak membuat kader bingung. Sebisa mungkin sederhana, misalnya check list.
- Kunci dari monitoring adalah menemukan gap, dari apa yang real didapat dengan aturan yang ada
- Jika melihat BPJS, siklusnya saat ini kepesertaan dan akan fokus ke kelompok miskin, jadi advokasi dan pendampingannya bisa fokus. Misalnya, membuat BPJS lebih banyak suka sosialisasi di perusahaan, bukan di masyarakat. Sosialisasi yang sering di lakukan BPJS saat ini adalah untuk kepesertaan saja, belum sosialisasi hak pasien dan layanannya.
- Lebih baik menggunakan data yang sudah ada, misalnya kita meminta ke desa untuk menyerahkan nama - nama orang miskinnya. Kalau untuk Aisyiyah dan Fatayat, saya yakin di wilayah sudah pada tahu dimana daerah - daerah yang banyak kelompok miskin dan belum dapat BPJS.
- Kriteria daerah: 1) pemerintah daerahnya responsif kepada organisasi anda, (2) lokasi yang organisasi anda kuat.

8. Universitas Gajah Mada: PKMK UGM

Peserta : Herlina, Hilda, Isono Sadoko

Tanggal Pertemuan : 30 Mei 2018, 30 July 2018

Tujuan pertemuan : Mengetahui penelitian PKMK terkait BPJS dan memperdalam isu dalam pelaksanaan BPJS

Butir pertemuan :

- Medical record bisa diperlihatkan ke pasien dan keluarga inti tapi tidak untuk dibawa. Dalam UU hanya disebutkan informasi medical record milik pasien, artinya hanya informasinya saja yang boleh. Medical record pun hanya bisa dilihat di RS, lazimnya, FKTP tidak memiliki medical record.
- Data PBI di daerah dan pusat itu *by name* dan *by address*, seharusnya pemda mengetahui mana yang dibayarin pusat dan daerah. Tidak ada ketentuan pemda harus bayar berapa, tergantung kemampuan pemda masing-masing. Data masyarakat miskin BPJS berasal dari kemensos, daerah punya list lain lagi karena kemungkinan standar kemiskinan berbeda. Pembagian pembayaran PBI pusat dan daerah diatur oleh perda, Bappeda yang berwenang
- Ada KBKP: kapitasi berbasis komitmen pelayanan. Puskesmas dikasih standar pelayanan harus melakukan abc biar kapitasi diturunkan 100%. Belum tentu ditentukan oleh jumlah pasien yang datang, bisa jadi ada program outreach. Semakin sering ada rujukan ke RS nilai puskesmas

makin jelek, kecuali yang memang tidak dilayani di dokter umum. Klinik pratama swasta juga mendapat perlakuan sama kayak puskesmas.

- Yang membuat masyarakat miskin tidak bisa bergabung dengan BPJS adalah mereka tidak punya KK dan KTP, atau KTPnya daerah luar. Rekomendasi bisa disampaikan ke disdukcapil untuk mengakomodasi orang miskin yang tidak punya identitas
- Harus mempertimbangkan scope penyakit apa/ pelayanan tertentu apa. Saran lingkup penyakit yang memiliki clinical pathway jelas: (1) kesehatan ibu-anak tapi perlu dilihat juga sampai balita atau usia berapa karena proses sangat panjang. KIA bisa fokus di ibu-balita atau ibu-anak baru lahir. (2) PTM hipertensi diabetes karena harusnya bisa ditangani di level pertama, tidak lanjutan. Kalau dia tidak terdeteksi di tingkat pertama biasanya sudah komplikasi maknanya biayanya mahal.
- Hasil penelitian JKN, biaya katastrofik yang dikeluarkan JKN tidak berpengaruh signifikan karena ada bantuan lain misalnya dari keluarga, tetangga, dll

9. Bappenas: Deputi Bidang Kependudukan dan Ketenagakerjaan

Peserta : Isono Sadoko

Tanggal Pertemuan : 2018

Tujuan Pertemuan : memperkenalkan project monitoring GPSA dan meminta dukungan dari Bappenas

- Bappenas merupakan salah satu badan yang berperan di monev BPJS karena anggaran dari APBN
- Pak Pungky bersedia untuk membantu advokasi hasil dari monitoring maupun mekanisme akuntabilitas sosial dalam monitoring BPJS. AKATIGA akan follow up ketiga WB telah memberi kejelasan dalam pelaksanaan project.

10. Asosiasi Dokter Kanker dan Kulit&Kelamin

Peserta : Isono Sadoko

Tanggal pertemuan : 2019

Tujuan pertemuan : mendapat perspektif dari sisi medis terkait pelaksanaan BPJS

- Korban kekerasan seksual kebanyakan diurus di kepolisian, tidak oleh BPJS
- Sejauh mana pengobatan kanker di-cover BPJS dan keluhan yang biasa diterima

11. Legislatif

Peserta : Isono Sadoko

Tanggal pertemuan : 2016, 2018

Tujuan pertemuan : memperkenalkan project GPSA dan dukungan untuk AKATIGA terkait monitoring BPJS

- Mendapat dukungan dari perwakilan DPR perempuan dan Kowani
- Membantu advokasi hasil dari monitoring dan pendampingan yang dilakukan dari GPSA

12. Wahana Visi

Peserta : Isono Sadoko, Herlina

Tanggal pertemuan : Jumat, 25-10-2019

Tujuan pertemuan : Diskusi kerjasama dan rencana kolaborasi antara Akatiga dan Wahana Visi

- Input project desain berdasarkan pengalaman wahana Visi
- Mekanisme kerjasama wahana visi dengan independent evaluator untuk project GPSA

- Mekanisme kerjasama wahana visi jika bekerjasama dengan Akatiga

13. Fatayat NU

Peserta : Titik, Sonny, Nurul, Lina, Hilda, Charina, Sari

Tanggal pertemuan : 28 Juni 2020

Tujuan pertemuan : update perkembangan proyek GPSA dan menjelaskan ESF documents

Butir pertemuan :

- Update perkembangan dokumen proyek GPSA: Sejak pertemuan terakhir antara AKATIGA, Florencia (GPSA Bank Dunia), dan Fatayat di kantor AKATIGA bulan Agustus 2019, perkembangan yang terjadi adalah:
 - Semua dokumen project dengan beberapa perubahan telah difinalkan setelah melalui revisi bolak-balik antara AKATIGA, GPSA (terutama dengan Maria Poli dan Alina), serta Elvina (TTL untuk proyek ini di Bank Dunia Jakarta).
 - AKATIGA juga bertemu dengan bagian finance dan procurement Bank Dunia Jakarta yang memeriksa SOP keuangan dan procurement AKATIGA. Satu hal yang diminta Bank Dunia dan harus ada sebelum proyek mulai adalah SOP keuangan antara AKATIGA dan Fatayat.
 - Mengenai gambaran timeline kapan tanda tangan kontrak, secara optimis dalam tiga bulan ini, tetapi control di luar kita. Gambaran tiga bulan diperoleh dari: keinginan WB agar proyek ini tetap masuk di tahun anggaran 2019-2020, ada waktu jeda tiga sejak akhir Juni 2020 utk memasukkan proyek dalam tahun anggaran tersebut.
- AKATIGA memproses semua dokumen terkait safeguard. Pada intinya, dokumen safeguard itu persyaratan untuk menjamin bahwa kegiatan kita tidak akan merusak lingkungan atau mengeksploitasi orang dalam pekerjaan (misalnay, tidak menggunakan buruh anak atau slave labour). Yang diperlukan dari teman-teman Fatayat adalah semacam dokumen tertulis terkait nilai-nilai Fatayat (code of conduct) yang dapat menjadi rujukan untuk dokumen safeguard. Semua revisi dari AKATIGA dijadwalkan masuk pada Selasa, 30 Juni 2020 dikirmkan ke Alina di Bank Dunia Jakarta. GPSA juga meminta Environmental and Social (ES) focal point bekerja yang lebih intensif untuk mengontrol project.

Dokumentasi pertemuan online:

