



**KEMENKO PMK**  
KEMENTERIAN KOORDINATOR BIDANG  
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN  
REPUBLIK INDONESIA



**Kemeterian PPN/  
Bappenas**

**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**bkkbn**

**KEMENTERIAN  
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK  
REPUBLIK INDONESIA**

**BNPB**

# PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN TERINTEGRASI KESEHATAN REPRODUKSI (PPT-KESPRO) UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)

## VERSI 2.0



**Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional  
2022**

**PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN  
TERINTEGRASI KESEHATAN REPRODUKSI  
(PPT-KESPRO) UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA  
KEMATIAN IBU (AKI)**

**VERSI 2.0**

**Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional  
2022**

**PEDOMAN TEKNIS  
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN TERINTEGRASI  
KESEHATAN REPRODUKSI UNTUK PERCEPATAN  
PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)**

**ISBN**

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)  
Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga  
Jakarta, 2022

**TIM PENYUSUN**

**Penanggung Jawab:**

**Subandi Sardjoko**

Plt. Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan  
Kementerian PPN/Bappenas

**Koordinator:**

**Woro Srihastuti Sulistyaningrum**

Direktur Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga  
Kementerian PPN/Bappenas

**Penyusun:**

Sri Rahayu; Icha Puspitasari; Zanariah; Destriana Faried; Budi Utomo; Elvira Liyanto; Mitra Kadarsih;  
Nanda Sirajulmunir; Rahmi Yunita; Dewi Novitasari Suhaid; Fitriani; Kusuma Dini; Nike Shabrina; Raden  
Ahmad Rosyiddin Brillyanto; Sri Hermiyanti; dan Sri Ratna Dwi Astuti.

**Kontributor:**

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat (KGM) Bappenas; Direktorat Sinkronisasi Urusan  
Pemerintahan Daerah IV Ditjen Bina Pembangunan Daerah Kementerian Dalam Negeri; Kementerian  
Kesehatan; Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak; Badan Kependudukan  
dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN); Badan Pusat Statistik (BPS); Kementerian Koordinator  
Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko PMK); *Knowledge Hub* Kesehatan Reproduksi  
Indonesia FKM UI.

**Desain dan tata letak:**

@visualogic.gr

**Diterbitkan oleh:**

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang**

Dilarang mempergunakan keseluruhan maupun sebagian panduan ini, serta memperbanyak, mendistribusikan,  
atau mengubah ke dalam beragam format lain termasuk fotokopi, dan perekaman digital, kecuali dengan seizin  
pemegang Hak Cipta. Izin untuk mempergunakan, memperbanyak, mendistribusikan, dan mengubah dalam  
format lain ditujukan kepada:

**Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga**

**Kementerian PPN/Bappenas**

**Email:** [kpapo@bappenas.go.id](mailto:kpapo@bappenas.go.id)

## DAFTAR ISI

<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	11
A. Tujuan Pengembangan Pedoman.....	11
B. Dasar Hukum.....	11
C. Pengguna Pedoman.....	12
D. Struktur Pedoman.....	13
<b>2. SITUASI KEMATIAN IBU DI INDONESIA</b> .....	15
<b>3. PENYELENGGARAAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN TERINTEGRASI KESEHATAN REPRODUKSI (PPT-KESPRO)</b> .....	21
A. Definisi dan Ruang Lingkup PPT-Kespro.....	21
B. Penyelenggara PPT-Kespro.....	23
C. Tahapan Penyelenggaraan PPT-Kespro.....	30
D. Usulan Kegiatan dan Linimasa Penyelenggaraan PPT-Kespro.....	33
<b>4. PENDEKATAN ANALISIS MASALAH DAN IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI</b> .....	35
A. Konsep Kunci: “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat”.....	35
B. Pendekatan Analisis Masalah.....	37
C. Menetapkan Prioritas Masalah.....	41
D. Identifikasi Rencana Intervensi.....	44
E. Penyusunan Dokumen PPT-Kespro.....	46
F. Integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam Dokumen Perencanaan dan Penganggaran.....	47
<b>5. PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PENGENDALIAN PENYELENGGARAAN PPT-KESPRO</b> .....	49
<b>Lampiran 1 : INOVASI DAERAH TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN AKI</b> .....	53
<b>Lampiran 2: PROGRAM DAN KEGIATAN TERKAIT INTERVENSI NON-KESEHATAN</b> .....	58

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2018-2021 .....	15
Tabel 2. Peran, Fungsi dan Tanggung jawab Penyelenggara PPT-Kespro .....	23
Tabel 3. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim Koordinasi PPT-Kespro .....	25
Tabel 4. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim Pendamping PPT-Kespro .....	26
Tabel 5. Usulan Tim Pendamping PPT-Kespro .....	27
Tabel 6. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim PPT-Kespro .....	28
Tabel 7. Usulan Tim PPT-Kespro .....	29
Tabel 8. Usulan Kegiatan dan Linimasa Penyelenggaraan PPT-Kespro.....	33
Tabel 9. Pertanyaan Pemantik Diskusi Analisis Masalah .....	39
Tabel 10. Proses dan Pertanyaan Pemandu Analisis Partisipatif.....	40
Tabel 11. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Masalah .....	41
Tabel 12. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Hasil Analisis Prioritas Masalah.....	44
Tabel 13. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Rencana Intervensi.....	46
Tabel 14. Contoh Pertanyaan Kunci dan Operasional.....	50
Tabel 15. Contoh Praktik Inovasi Daerah .....	53

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Kerangka Logis Penyelenggaraan PPT-Kespro.....	22
Bagan 2. Tahapan Penyelenggaraan PPT-Kespro.....	30
Bagan 3. Konsep Kunci: “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat” .....	36
Bagan 4. Ilustrasi analisis prioritas masalah menggunakan matriks 4 kuadran .....	42
Bagan 5. Ilustrasi Fokus Pemantauan, Evaluasi dan Pengendalian .....	49

**DEPUTI BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA  
MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN**

**KEMENTERIAN PPN/BAPPENAS**

Angka kematian Ibu (AKI) merupakan permasalahan yang masih mengemuka dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah terus berupaya untuk mempercepat penurunan AKI. Data SUPAS 2015 menunjukkan AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan upaya percepatan penurunan sebesar 5,5% per tahun. Dalam RPJMN 2020-2024, percepatan penurunan AKI menjadi bagian dari Prioritas Nasional ketiga yaitu Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang Berkualitas dan Berdaya Saing.

Untuk mempercepat pencapaian target tersebut, diperlukan perhatian terhadap determinan yang berkontribusi terhadap kematian ibu, tidak hanya aspek kesehatan – seperti pendarahan, hipertensi, penyakit non- obstetri, HIV, dan infeksi menular seksual (IMS) – namun juga aspek non-kesehatan, seperti faktor sosial, budaya, kesetaraan dan keadilan gender yang dialami sepanjang hidup perempuan serta beban ganda perempuan (*double dan multiple burden*). Oleh karena itu koordinasi lintas sektor, kolaborasi dan sinergi antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah sangat diperlukan untuk mencapai akses universal ke pelayanan Kesehatan Ibu dan KB yang berkualitas.

Melalui Program Kerjasama RI-UNFPA Siklus 10 dilakukan kegiatan Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi (PPT) Kesehatan Reproduksi untuk Percepatan Penurunan AKI. Kegiatan ini merupakan perluasan model perencanaan dan penganggaran terintegrasi KB dan Kesehatan Ibu berbasis hak yang telah dilaksanakan pada Siklus 9 dengan menambahkan beberapa komponen untuk percepatan penurunan AKI, baik dari aspek kesehatan maupun aspek non-kesehatan.

Pedoman PPT Kespro versi 2.0 merupakan panduan untuk kesinambungan pelaksanaan program PPT Kespro serta pengembangan atau diseminasi yang akan dilakukan ke kabupaten/kota. Pedoman ini merupakan penyederhaan dari tiga pedoman yang telah disusun sebelumnya yaitu Pedoman Umum, Pedoman Teknis dan Pedoman Advokasi, dengan tetap memperhatikan aspek substansi dari tiga pedoman tersebut.

Akhirnya, apresiasi dan penghargaan kami sampaikan kepada semua pihak yang menjadi bagian dalam proses penyusunan Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro) untuk Percepatan Penurunan AKI. Semoga pedoman ini dapat menjadi acuan bagi berbagai pihak dalam menyusun perencanaan dan penganggaran kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Jakarta, 13 Desember 2022

Plt. Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat,  
dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas



Dr. Ir. Subandi Sardjoko, M.Sc

**DIRJEN BINA PEMBANGUNAN DAERAH**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Salam sejahtera bagi kita semua. Om Swastiastu. Namu Budhaya. Salam Kebajikan.

Kita ketahui bersama bahwa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 telah memberikan arah pembangunan bidang kesehatan yang difokuskan pada 5 (lima) hal, yaitu meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, mempercepat perbaikan gizi masyarakat, meningkatkan pengendalian penyakit, gerakan masyarakat (Germas) hidup sehat dan memperkuat sistem kesehatan dan pengendalian obat dan makanan. Untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak difokuskan pada upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan, Angka Kematian Bayi (AKB) baru lahir, angka kematian neonatal dan peningkatan cakupan vaksinasi.

Dalam 30 tahun terakhir, berbagai upaya telah dilakukan Pemerintah untuk menurunkan AKI, namun apabila dilihat dari penurunannya, masih sangat lambat. Hal yang sama juga terjadi pada penurunan AKB yang masih berlangsung lambat. Oleh karenanya, Pemerintah RI bekerja sama dengan UNFPA sejak tahun 2017 melaksanakan percontohan pelaksanaan perencanaan dan penganggaran terintegrasi program kesehatan reproduksi di 3 (tiga) kabupaten *piloting* siklus-9 dan 5 (lima) kabupaten *piloting* siklus-10 dengan berpedoman pada Pedoman Umum, Pedoman Teknis, dan Pedoman Advokasi. Proses perencanaan dan penganggaran terintegrasi yang bersifat *cross-cutting* dan cukup kompleks menjadi tantangan Pemerintah maupun pemerintah daerah sehingga memerlukan pengaturan lebih lanjut mekanisme koordinasi untuk meningkatkan efektivitas, sinkronisasi, dan harmonisasi program kesehatan reproduksi. Selain daripada itu, untuk memudahkan pemahaman pemerintah daerah dalam menyusun dokumen perencanaan dan penganggaran terintegrasi kesehatan reproduksi dipandang perlu dilakukan simplifikasi pedoman yang telah ada sebelumnya secara menyeluruh.

Kami sampaikan apresiasi kepada Kementerian PPN/Bappenas dan semua pihak yang telah bekerja secara maksimal sehingga dapat diterbitkan Buku Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi (PPT-Kespro) versi 2.0 yang merupakan penyempurnaan dari 3 (tiga) pedoman sebelumnya. Pedoman PPT-Kespro versi 2.0 ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pemerintah daerah dalam menyusun dokumen perencanaan dan penganggaran terintegrasi kesehatan reproduksi dan selanjutnya diinternalisasikan kedalam dokumen perencanaan daerah.

Semoga buku pedoman ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua dalam upaya meningkatkan kinerja dan koordinasi perencanaan dan penganggaran terintegrasi kesehatan reproduksi sehingga terwujud percepatan penurunan AKI dan AKB secara berkelanjutan.

Jakarta, 12 Desember 2022

Dirjen Bina Pembangunan Daerah,



Dr. Teguh Setyabudi, M.Pd.

## DEPUTI BIDANG KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL

Indikator untuk menetapkan derajat kesehatan masyarakat di suatu negara salah satunya adalah Angka Kematian Ibu (AKI), di Indonesia AKI masih cukup tinggi dibanding negara-negara lain di kawasan ASEAN. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia berada pada angka 305/100.000 kelahiran hidup. Situasi ini tentu membutuhkan kerja keras bersama untuk terus melakukan percepatan penurunan AKI di Indonesia sebagaimana target yang ditetapkan dalam Sustainable Development Goals (SDGs) 2030 yaitu AKI 70 per 100.000 kelahiran hidup.

Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan AKI diantaranya adalah 4 Terlalu, yakni kehamilan terlalu muda, terlalu sering, terlalu dekat dan terlalu tua. Perencanaan kehamilan sehat merupakan salah satu upaya mengurangi kehamilan berisiko yang berpotensi dalam menurunkan AKI. Dengan meningkatkan akses dan kualitas penyelenggaraan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang komprehensif berbasis kewilayahan dan segmentasi kelompok masyarakat diharapkan dapat meningkatkan kesertaan ber-KB, menekan *Unmet Need*, serta menekan kehamilan yang tidak di rencanakan, yang berkontribusi dalam membantu percepatan penurunan AKI di Indonesia.

Melalui program kerjasama RI-UNFPA siklus 10 dilakukan kegiatan Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro) untuk Percepatan Penurunan AKI. Kegiatan ini merupakan perluasan model Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi KB dan Kesehatan Ibu Berbasis Hak yang telah dilaksanakan pada siklus 9 dengan menambahkan beberapa komponen untuk percepatan penurunan AKI, baik dari aspek kesehatan seperti HIV/IMS, kespro remaja maupun aspek non kesehatan seperti gender dan kesiagaan bencana, termasuk pandemi Covid-19. Permodelan ini dilaksanakan di 5 (lima) Kabupaten yaitu Kabupaten Lombok Timur, Kabupaten Brebes, Kabupaten Jember, Kabupaten Garut, dan Kabupaten Serang.

Diharapkan program kerjasama ini bisa menjadi solusi dalam percepatan penurunan AKI yang dapat diterapkan di seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia, sehingga AKI dapat ditekan sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Pedoman Umum Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi untuk Percepatan Penurunan AKI. Semoga pedoman ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak sehingga AKI dapat diturunkan sesuai harapan kita semua.

Jakarta, 15 Desember 2022

Deputi Bidang Keluarga Berencana  
dan Kesehatan Reproduksi



dr. Eni Gustina, MPH

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa sehingga dapat menyelesaikan Pedoman Nasional Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro) untuk Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, Versi 2.0. Pedoman PPT Kespro versi.2.0 merupakan panduan untuk kesinambungan pelaksanaan program PPT Kespro serta pengembangan atau desiminasi yang akan dilakukan ke kabupaten/kota lainnya. Pedoman ini merupakan penyederhaan dari tiga pedoman yang telah disusun sebelumnya yaitu Pedoman Umum, Pedoman Teknis dan Pedoman Advokasi, dengan tetap memperhatikan aspek substansi dari tiga pedoman tersebut.

Pedoman ini bertujuan sebagai petunjuk bagi pihak-pihak terkait, baik di nasional, provinsi, dan kabupaten/kota dalam menyusun perencanaan dan penganggaran secara terintegrasi yang mengedepankan kerjasama multi-pihak dengan memperhatikan berbagai komponen penting terkait kesehatan reproduksi agar dapat berkontribusi dalam percepatan penurunan AKI di Indonesia. Adapun komponen penting tersebut mencakup aspek kesehatan dan non-kesehatan seperti: 1) Komponen kesehatan dalam *Four Pillar Safe Motherhood* (Asuhan antenatal, persalinan bersih dan aman, pelayanan obstetri esensial termasuk didalamnya asuhan pasca keguguran yang komprehensif, dan pelayanan keluarga berencana (KB); 2) perluasan dan penguatan komponen kesehatan yaitu pencegahan dan penatalaksanaan HIV, AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C, dan IMS, serta kesehatan reproduksi remaja; 3) aspek non-kesehatan yaitu kesetaraan gender, pencegahan dan tatalaksana kekerasan berbasis gender; serta 4) Kesiapsiagaan bencana, termasuk pandemi COVID-19.

Pedoman ini disusun bersama antar Kementerian dan Lembaga terkait yang dipandu oleh Bappenas, yang terdiri dari Pendahuluan, Situasi Kematian Ibu di Indonesia, Penyelenggaraan PPT-Kespro, Pendekatan Analisis Masalah dan Strategi Kespro untuk Percepatan Penurunan Kasus Kematian Ibu, serta Pemantauan, Pengendalian, dan Evaluasi Penyelenggaraan PPT-Kespro.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dan berkontribusi secara aktif dalam seluruh rangkaian kegiatan penyusunan Pedoman Nasional PPT-Kespro untuk Percepatan Penurunan AKI, Versi 2.0. Semoga pedoman ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, khususnya dalam menyusun perencanaan dan penganggaran terkait kesehatan reproduksi agar dapat mendukung terwujudnya percepatan penurunan AKI di Indonesia.

Jakarta, Desember 2022

Tim Penyusun

## A. TUJUAN PENGEMBANGAN PEDOMAN

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan permasalahan yang masih mengemuka dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah terus berupaya untuk mempercepat penurunan AKI. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024, percepatan penurunan AKI masuk dalam Prioritas Pembangunan Nasional ketiga, yaitu Meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, dengan target 183 per 100,000 kelahiran hidup pada 2024.

Untuk mempercepat pencapaian target, maka perlu memperhatikan berbagai determinan yang berkontribusi pada kematian ibu, tidak hanya aspek kesehatan – seperti pendarahan, hipertensi, sepsis, penyakit non-obstetri, COVID-19, HIV, dan infeksi menular seksual (IMS) – namun juga aspek non-kesehatan, seperti faktor sosial, budaya, dan ketidakadilan gender yang dialami sepanjang hidup perempuan seperti pola patriarki, diskriminasi, kekerasan berbasis gender (KBG) serta beban ganda (*double and multiple burden*) serta penanganan dan penanggulangan saat keadaan bencana (kesiapsiagaan bencana). Oleh sebab itu, koordinasi, kolaborasi dan sinergi lintas sektor, antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah serta aktor pembangunan lainnya sangat diperlukan dalam rangka mencapai akses universal ke pelayanan kesehatan Ibu, Keluarga Berencana (KB), dan Kesehatan Reproduksi yang berkualitas.

Melalui kerja sama RI dan UNFPA Siklus 10, Pemerintah Pusat mendorong penerapan model Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro) untuk Percepatan Penurunan AKI. Model ini adalah perluasan model perencanaan dan penganggaran terintegrasi KB dan Kesehatan Ibu berbasis hak yang telah dilaksanakan pada Siklus 9 dengan menambahkan beberapa komponen untuk percepatan penurunan AKI, baik dari aspek kesehatan – seperti pencegahan dan penatalaksanaan HIV, AIDS, dan IMS dan kesehatan reproduksi remaja – maupun aspek non-kesehatan seperti gender dan kesiapsiagaan bencana, termasuk Pandemi COVID-19.

Guna mendukung penerapan model tersebut, Pemerintah Pusat (dalam hal ini Tim Koordinasi PPT-Kespro) menyusun Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi untuk Percepatan Penurunan AKI (Pedoman PPT-Kespro) versi kedua, sebagai penyempurnaan dari Pedoman PPT Kespro versi sebelumnya. Pedoman ini bersifat *living document*, yang dapat diperbaharui seiring pengalaman penggunaan dan masukan dari para pihak.

## B. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2019 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah
5. Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pelaksanaan Anggaran dan Belanja Negara sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
6. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
7. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024
8. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
9. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2020 tentang Rencana Induk Penanggulangan Bencana (RIPB)
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian, dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual
14. Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nomor 6 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2020-2024
15. Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 2 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis 2020-2024
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Renstra Kemenkes 2020-2024
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4626/2021 tentang Lokus Kegiatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi Tahun 2022
18. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 050-5889 Tahun 2021 tentang Pemutakhiran kedua Permendagri 90 Tahun 2019 Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah
19. Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024

### C. PENGGUNA PEDOMAN

Pedoman PPT-Kespro ini disusun dengan mempertimbangkan dua kelompok pengguna, yaitu:

1. **Pengguna Primer**, yakni pengguna yang terlibat secara langsung dengan proses penyusunan Dokumen PPT-Kespro untuk Percepatan Penurunan AKI, sebagai keluaran pertama dari penyelenggaraan PPT-Kespro. Pengguna Primer dari pedoman ini adalah Tim PPT-Kespro di kabupaten/kota dan Tim Pendamping PPT-Kespro di tingkat provinsi.

2. **Pengguna Sekunder**, yakni pengguna yang terlibat secara tidak langsung dengan proses penyusunan Dokumen PPT-Kespro untuk Percepatan Penurunan AKI, namun memiliki kepentingan atas pelaksanaan model, misalnya terkait pembinaan, pemantauan, supervisi, pemantauan, evaluasi dan pengendalian. Pengguna Sekunder dari pedoman ini adalah Tim Koordinasi PPT-Kespro di tingkat Pusat termasuk aktor pembangunan lainnya yang memiliki kepentingan dengan upaya penurunan AKI.

### D. STRUKTUR PEDOMAN

Pedoman PPT-Kespro ini terdiri dari lima bagian utama, yaitu:

1. **Pendahuluan**. Pada bagian ini pengguna akan menemukan tujuan pengembangan Pedoman, dasar hukum upaya percepatan penurunan AKI di Indonesia sebagai latar belakang penyelenggaraan PPT-Kespro dan pengembangan Pedoman, penjelasan seputar pengguna Pedoman dan kategori pengguna Pedoman serta penjelasan terkait struktur Pedoman.
2. **Situasi Kematian Ibu di Indonesia**. Pada bagian ini pengguna akan menemukan gambaran ringkas situasi kematian ibu dan faktor-faktor yang berkontribusi pada kondisi tersebut. Antara lain seputar (i) kontribusi permasalahan seputar kesetaraan dan keadilan gender, kekerasan berbasis gender, perkawinan anak dan remaja pada kesakitan dan kematian ibu, (ii) kontribusi situasi perencanaan kehamilan, HIV, dan Infeksi Menular Seksual pada kesakitan dan kematian ibu, termasuk kondisi perempuan dengan komplikasi dan kondisi hampir meninggal (*near miss*), dan (iii) bagaimana kesiapsiagaan bencana berkontribusi pada pencegahan kesakitan, komplikasi berat dan kematian ibu di Indonesia, termasuk amanat undang-undang untuk pemenuhan kebutuhan hak kesehatan seksual dan reproduksi perempuan serta komitmen pemerintah terhadap penurunan AKI di Indonesia. Semua gambaran kondisi ini menjelaskan urgensi upaya percepatan penurunan AKI di Indonesia.
3. **Penyelenggaraan Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro)**. Pada bagian ini pengguna akan menemukan penjelasan seputar definisi dan ruang lingkup PPT-Kespro, termasuk penjelasan seputar siapa saja penyelenggara PPT-Kespro baik di tingkat Pusat, Provinsi dan kabupaten/kota yang dilengkapi dengan penjelasan terkait peran, fungsi, tanggung jawab dan fungsi-fungsinya dalam kelembagaan tim penyelenggara PPT-Kespro. Selain itu, pada bagian ini pengguna juga akan menemukan penjelasan seputar tahapan penyelenggaraan PPT-Kespro yang dilengkapi dengan usulan rangkaian kegiatan penyelenggaraan PPT-Kespro.
4. **Pendekatan Analisis Masalah dan Identifikasi Rencana Intervensi Kespro**. Pada bagian ini pengguna akan menemukan usulan dalam melakukan analisis masalah dan identifikasi rencana intervensi, termasuk usulan pendekatan operasional seputar langkah-langkah identifikasi masalah, penetapan prioritas masalah, identifikasi rencana intervensi, konsolidasi rencana intervensi termasuk penyusunan Dokumen PPT-Kespro dan integrasinya dalam dokumen perencanaan dan penganggaran.
5. **Pemantauan, Evaluasi dan Pengendalian Penyelenggaraan PPT-Kespro**. Pada bagian ini pengguna akan menemukan usulan kerangka pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro dengan fokus pada 3 tahapan dari kerangka logis penyelenggaraan PPT-Kespro, yakni (i) proses penyelenggaraan PPT-Kespro, (ii) implementasi rencana intervensi dan (iii) hasil (*outcome*) dari PPT-Kespro hingga indikasi kontribusi pada hasil akhir yang diharapkan.

6. **Lampiran-lampiran.** Pada bagian lampiran pengguna akan menemukan dua buah lampiran, yakni (1) contoh-contoh praktik inovasi daerah dan (2) beberapa contoh program, kegiatan dan sub-kegiatan (dan nomenklatur) perencanaan pembangunan daerah terkait intervensi non-kesehatan. Kedua lampiran ini bertujuan sebagai pemantik ide, ketika Tim-PPT Kespro melakukan identifikasi rencana intervensi kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI.

Sesuai tujuannya, lampiran bukannya daftar pilihan intervensi yang wajib dipilih dalam proses identifikasi rencana intervensi. Tim PPT-Kespro sangat dianjurkan untuk “belanja ide” dengan melihat contoh-contoh praktik inovatif lainnya, termasuk merujuk dokumen Keputusan Menteri Dalam Negeri yang mengatur Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah sebagai rujukan lengkap.

## SITUASI KEMATIAN IBU DI INDONESIA

2

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan gambaran status atau derajat kesehatan yang berkaitan dengan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan, kemajuan pembangunan, dan pemberdayaan perempuan, serta kesetaraan gender di suatu negara. Selain itu, AKI juga berperan sebagai salah satu indikator keberhasilan upaya menjaga status kesehatan perempuan. Penelitian menyatakan bahwa bayi dari ibu yang meninggal saat persalinan, memiliki ketahanan hidup yang rendah. Oleh sebab itu, tingginya kematian ibu memiliki korelasi yang erat terhadap tingginya kematian bayi dan kejadian stunting, serta kualitas generasi Indonesia di masa mendatang. Kematian ibu memberikan dampak berantai terhadap kesejahteraan dan ketahanan keluarga, masyarakat dan negara.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia, jumlah kematian ibu dari tahun 2018-2021 masih pada kisaran 4000 kasus per tahun dan mengalami peningkatan pada tahun 2021 karena COVID-19.

Tabel 1. Jumlah Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2018-2021<sup>1</sup>

Tahun	2018	2019	2020	2021
Jumlah Kasus Kematian Ibu	4.226	4.221	4.627	7.389

Merujuk hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, angka kematian ibu adalah 305 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH)<sup>2</sup>. Berdasarkan angka tersebut, diperkirakan 15.000-17.000 kematian ibu di Indonesia dalam setahun, yang jika dikonversikan dalam rerata waktu maka terdapat 2-4 ibu meninggal setiap jam akibat komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Adapun data-data yang tersedia, belum termasuk gambaran kondisi ibu yang mengalami komplikasi berat dan kondisi kritis yang hampir menyebabkan kematian pada ibu (*near miss*), serta data seputar kesakitan ibu.

Kematian ibu disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor medis dan non-medis. Berdasarkan Profil Kesehatan 2021, faktor medis yang berkontribusi pada kematian ibu antara lain perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, komplikasi non-obstetri, abortus, dan penyebab tambahan selama pandemi yaitu COVID-19. Namun demikian, komplikasi medis terjadi karena rentetan kejadian sepanjang kehidupan perempuan dalam siklus hidupnya. Sehingga faktor non-medis memiliki pengaruh yang kuat terhadap status kesehatan perempuan sejak masa sebelum hamil, selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

1 Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018-2021 diterbitkan oleh Kemenkes RI diakses dalam <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>

2 Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015 diterbitkan oleh BPS diakses dalam <https://www.bps.go.id/publication/2016/11/30/63daa471092bb2cb7c1fada6/profil-penduduk-indonesia-hasil-supas-2015.html>

Faktor sosial ekonomi seperti kemiskinan, praktik budaya dan kepercayaan yang membahayakan kesehatan perempuan, serta ketidaksetaraan gender berkontribusi pada terhambatnya perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Ketidaksetaraan gender menempatkan pasangan dan keluarga sebagai pengambil keputusan tertinggi, sehingga perempuan tidak memiliki pilihan dan tidak mendapatkan hak untuk mengambil keputusan bagi dirinya sendiri. Oleh karena itu, selain penanganan penyebab secara medis, sangat penting untuk mengidentifikasi faktor non-medis yang dapat menghambat perempuan dalam memenuhi hak kesehatan seksual dan reproduksinya.

## KESETARAAN DAN KEADILAN GENDER

Kesetaraan dan Keadilan Gender (KKG) merupakan komitmen global dan bagian dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*), Tujuan 5 – Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan remaja/anak perempuan. Kesetaraan dan keadilan gender berkontribusi pada pencapaian tujuan-tujuan pembangunan lain dalam agenda Tujuan Pembangunan Berkelanjutan 2030, termasuk melalui pemberdayaan perempuan dan remaja/anak perempuan.

Kesetaraan dan keadilan gender dalam pemenuhan hak kesehatan reproduksi khususnya dalam upaya penurunan AKI sangat penting sekaligus sebagai salah satu penyebab non-medis pada kasus kematian ibu, terutama dalam hal pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi bagi perempuan di dalam keluarga. Ketidaksetaraan gender dalam lingkup keluarga umumnya menempatkan perempuan pada posisi yang tidak memiliki kemampuan dalam membuat keputusan untuk memilih hamil atau tidak, atau bahkan untuk memilih layanan kesehatan reproduksi terbaik bagi dirinya saat masa persiapan hamil, kehamilan, persalinan, nifas, termasuk pelayanan kontrasepsi. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan belum memiliki hak untuk mengambil keputusan atas dirinya sendiri.

Hingga saat ini, Indeks Pemberdayaan Gender (IPG) fokus menilai (salah satunya) keterlibatan perempuan dalam politik, namun belum menilai aspek pemberdayaan gender yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Padahal seluruh pihak sepakat bahwa meningkatkan derajat kesehatan reproduksi perempuan dalam rangka menurunkan AKI, berkontribusi pada keberhasilan pembangunan SDM.

## KONTRIBUSI KEKERASAN BERBASIS GENDER (KBG) PADA KEMATIAN IBU

Berdasarkan Catatan Tahunan tentang Kekerasan Terhadap Perempuan 2020, yang diterbitkan Komnas Perempuan pada Maret 2021, jumlah kasus Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) sepanjang tahun 2020 sebesar 299.911 kasus, terdiri dari kasus yang ditangani oleh: (1) Pengadilan Negeri/Pengadilan Agama sejumlah 291.677 kasus, (2) Lembaga layanan mitra Komnas Perempuan sejumlah 8.234 kasus, (3) Unit Pelayanan dan Rujukan (UPR) Komnas Perempuan sebanyak 2.389 kasus, dengan 2.134 kasus diantaranya merupakan kasus berbasis gender<sup>3</sup>.

Perkawinan anak/pemaksaan perkawinan, kekerasan seksual, pemaksaan kehamilan, perbudakan seksual, prostitusi, perdagangan perempuan dan anak, intimidasi, dan praktik budaya yang merugikan perempuan merupakan jenis-jenis KBG yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian pada perempuan. Salah satu dampak dari KBG adalah Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD) yang membawa perempuan untuk mengakses layanan aborsi yang tidak aman. Kondisi ini berkontribusi terhadap peningkatan AKI di Indonesia. Dalam konteks lokal, KTD merupakan persoalan pelik yang terjadi pada 16% dari jumlah kehamilan (SDKI, 2017)<sup>4</sup>. Melihat faktor penyebabnya, KTD bisa didorong oleh tingginya kegagalan kontrasepsi, kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*), rendahnya pengetahuan mengenai alat kontrasepsi, dan terbatasnya akses pelayanan kesehatan reproduksi.

Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM

3 Catatan Tahunan tentang Kekerasan Terhadap Perempuan 2020, Komnas Perempuan (2021)

4 Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2017

UI) dan Guttmacher Institute (2020), melaporkan sebanyak 157 perempuan di Pulau Jawa pernah melakukan aborsi karena berbagai alasan, diantaranya telah mempunyai banyak anak, mengalami kekerasan fisik dari pasangan, dan karena bekerja di luar rumah<sup>5</sup>. Setiap tahunnya, diperkirakan kejadian aborsi dan keguguran menyumbang kematian ibu sebesar 4,7-13,2% (WHO, 2014)<sup>6</sup>.

## KONTRIBUSI PERKAWINAN ANAK DAN REMAJA PADA KESAKITAN DAN KEMATIAN IBU

Perkawinan merupakan komitmen membangun keluarga yang perlu dilandasi oleh kesadaran penuh dari pasangan dengan persiapan yang matang mencakup aspek biologis, fisik, emosional dan psikologis, serta kesiapan ekonomi dan aspek pendukung lainnya. Kematangan biologis diukur dari kesiapan organ reproduksi untuk mengakomodasi aktivitas seksual dan kehamilan. Berdasarkan UU Perkawinan No. 16 Tahun 2019 menyatakan bahwa usia perkawinan minimal adalah 19 tahun, sehingga diharapkan kehamilan pertama terjadi pada usia yang aman, yaitu 20 tahun.

Pada kenyataannya, perkawinan anak dan remaja di Indonesia masih tinggi. Merujuk pada data UNICEF tahun 2017 diketahui bahwa terdapat 2% perempuan menikah pada usia kurang dari 15 tahun (<15 tahun) dan 16% perempuan menikah pada usia kurang dari 18 tahun (<18 tahun)<sup>7</sup>. Selain itu, berdasarkan data dari BPS, pada tahun 2021 proporsi perempuan dengan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 18 tahun adalah 9,23%<sup>8</sup> atau sekitar 1 dari 11 perempuan berusia 20-24 tahun menikah sebelum usia 18 tahun. Kondisi ini menunjukkan bahwa perkawinan anak dan remaja masih menjadi masalah di Indonesia.

Selama masa pandemi, perkawinan anak meningkat tajam. Data Direktorat Jenderal Badan Peradilan Agama menunjukkan bahwa pada tahun 2020 terdapat 65,301 kasus pengajuan dispensasi kawin. Kondisi tersebut relatif sama pada tahun 2021 dengan jumlah kasus pengajuan dispensasi kawin sebanyak 63,350 kasus. Selain didorong oleh adanya peningkatan batas usia kawin bagi perempuan, dari 16 tahun menjadi 19 tahun, maraknya pengajuan dispensasi kawin dan perkawinan anak juga disebabkan oleh pemikiran masyarakat bahwa dengan menikahkan anak perempuannya dapat mengurangi beban ekonomi keluarga, karena orang tua akan terlepas dari kewajiban setelah anak perempuan dinikahkan<sup>9</sup>.

Semua kondisi ini menegaskan bahwa nilai dan praktik budaya kembali berkontribusi terhadap risiko kesakitan dan kematian yang dialami oleh perempuan dan remaja perempuan. Perkawinan di usia anak sangat berisiko bagi remaja/anak perempuan, khususnya jika terjadi kehamilan. Kondisi ini dapat mengganggu perkembangan biologis (organ reproduksi), fisik, dan mental remaja perempuan, hingga menimbulkan kesakitan dan kematian sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.

5 Giorgio, Margaret M., Utomo, Budi., et.all. 2020. Estimating the Incidence of Induced Abortion in Java, Indonesia, 2018. *International Perspective on Sexual and Reproduction Health* 46(2020) pp 211-222. <https://doi.org/10.1363/46e0220>

6 Say, L., Chou, D., Gemmill, A., et all. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet. Global health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

7 UNICEF Data Warehouse. Child Protection and Development Indicator. [https://data.unicef.org/resources/data\\_explorer/unicef\\_f/?dq=...&startPeriod=2017&endPeriod=2017](https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?dq=...&startPeriod=2017&endPeriod=2017)

8 <https://www.bps.go.id/indicator/40/1360/1/proporsi-perempuan-umur-20-24-tahun-yang-berstatus-kawin-atau-berstatus-hidup-bersama-sebelum-umur-18-tahun-menurut-provinsi.html>

9 <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/3857/undang-undang-tpks-langkah-progresif-cegah-perkawinan-anak>

## PERMASALAHAN KEMATIAN IBU BERKAITAN ERAT DENGAN PERENCANAAN KEHAMILAN

Perencanaan kehamilan yang baik – *memberi jarak antar kehamilan dan kelahiran serta membatasi jumlah anak* – dapat mencegah terjadinya komplikasi dan kematian ibu akibat kehamilan, persalinan, dan nifas. Perencanaan kehamilan yang baik juga memberikan waktu yang cukup bagi perempuan untuk pemulihan kesehatan, baik fisik maupun psikologis, sebelum kehamilan berikutnya. Namun, prevalensi penggunaan kontrasepsi modern (*modern Contraceptive Prevalence Rate/mCPR*) di Indonesia menunjukkan stagnasi dalam 3 tahun terakhir.

Tahun 2021, capaian mCPR sebesar 57,01% dengan angka *unmet need* sebesar 18%<sup>10</sup>. Tingginya *unmet need* dan rendahnya mCPR dipengaruhi oleh faktor non-medis yaitu interpretasi budaya, agama, dan ekonomi. Interpretasi terkait budaya patrilineal menempatkan laki-laki sebagai pengambil keputusan tertinggi dalam rumah tangga, sehingga perempuan sulit untuk menentukan pilihan dan mengakses kontrasepsi sesuai kebutuhan dan status kesehatannya (LAKIP BKKBN, 2021). Konstruksi budaya patrilineal tersebut terlihat dari rendahnya keterlibatan laki-laki sebagai akseptor KB yang hanya 3% (SDKI, 2017). Perencanaan kehamilan, melalui penggunaan kontrasepsi, menjadi salah satu strategi mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), yang dapat membawa perempuan pada layanan aborsi tidak aman dan berujung pada komplikasi, kesakitan jangka panjang, hingga kematian ibu.

## KONTRIBUSI HIV DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) PADA KESAKITAN DAN KEMATIAN IBU

Pada tahun 2021, terdapat 2.485.000 ibu hamil yang hidup dengan HIV di Indonesia dan 5,2% kasus HIV baru pada bayi baru lahir dari ibu yang hidup dengan HIV. Selain itu, kasus HIV baru pada perempuan berumur 0-14 tahun sebesar 0,13% dan perempuan berumur 10-19 sebesar 0,12%<sup>11</sup>. Tingginya angka HIV di Indonesia, disebabkan antara lain oleh perilaku hubungan seksual yang tidak aman, yang salah satu penyebab utamanya adalah kurangnya pendidikan seksual yang komprehensif. Pendidikan seksual komprehensif merupakan salah satu upaya pencegahan penularan HIV dan IMS, serta menghilangkan stigma masyarakat terhadap orang yang hidup dengan HIV (ODHIV).

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV menyebabkan banyak orang yang hidup dengan HIV menutup diri dan tidak mengakses pengobatan. Pada perempuan hamil dengan HIV, kondisi ini memperburuk kesehatannya selama kehamilan, termasuk risiko penularan pada janin yang dikandung, serta menyebabkan komplikasi dan perburukan pada masa kehamilan, persalinan maupun nifas. Hal ini membawa perempuan pada keadaan komplikasi berat, kesakitan, hingga menyebabkan kematian.

## PEREMPUAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KONDISI YANG HAMPİR MENINGGAL (*NEAR MISS*)

Selain kematian ibu, terdapat banyak kejadian perempuan hamil dengan komplikasi berat yang mengancam jiwa ibu dan hampir menyebabkan kematian. Kejadian ini tentunya merupakan masalah besar yang perlu diselesaikan oleh pemerintah Indonesia.

Kurangnya informasi dan data terkait kejadian komplikasi berat dan kondisi perempuan yang hampir meninggal akibat kehamilan, persalinan, dan nifas, menyebabkan kebijakan dan strategi pemerintah hanya terfokus pada kematian ibu saja. Dalam kerangka penurunan AKI di Indonesia, kejadian komplikasi berat dan kondisi perempuan yang hampir mati akibat kehamilan, persalinan, dan nifas perlu menjadi bagian dari program percepatan penurunan AKI.

<sup>10</sup> Laporan Kinerja (LAKIP) BKKBN tahun 2021 diakses dalam <https://www.bkkbn.go.id/pages-laporan-kinerja>

<sup>11</sup> UNICEF. HIV/AIDS Data diakses dalam <https://data.unicef.org/resources/dataset/hiv-aids-statistical-tables/>

## KESIAPSIAGAAN BENCANA MENCEGAH KESAKITAN, KOMPLIKASI BERAT, DAN KEMATIAN IBU DI INDONESIA

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia yang berada di antara tiga lempeng besar dunia. Letak Indonesia secara geografis menjadikan Indonesia berada pada kondisi rentan dan rawan bencana. Data Informasi Bencana Indonesia (DIBI-BNPB) mencatat 78% kejadian bencana merupakan hidrometeorologi seperti banjir, gelombang ekstrim, kebakaran lahan dan hutan, kekeringan dan cuaca ekstrim. Sedangkan 22% lainnya berupa kejadian bencana geologi yaitu gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, dan tanah longsor. Keragaman suku, budaya dan politik yang disertai pemicu juga dapat menimbulkan konflik sosial. Semua kejadian tersebut dapat menimbulkan Krisis Kesehatan<sup>12</sup>.

Situasi bencana menempatkan perempuan dan remaja perempuan pada posisi yang rentan, terlebih bagi perempuan hamil, nifas dan menyusui, termasuk perempuan dan anak dengan disabilitas. Kerentanan perempuan dalam situasi bencana ditunjukkan dengan peningkatan kasus KBG. Selain itu, terhambatnya akses terhadap layanan yang berkualitas bagi ibu hamil, bersalin, dan nifas meningkatkan jumlah kasus komplikasi, kesakitan, hingga kematian ibu. Untuk mencegah hal tersebut, ketersediaan SDM kesehatan, pelayanan KIA-KB dan Kesehatan Reproduksi, obat-obatan esensial, sistem informasi kesehatan dan pendataan, dukungan pendanaan, serta kebijakan yang mendukung perlu disiapkan sejak sebelum terjadinya bencana.

Oleh sebab itu, diperlukan sistem kesehatan yang mengedepankan kesiapsiagaan bencana agar pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas bagi perempuan di Indonesia tetap terpenuhi. Melalui penyelenggaraan sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu dan menyeluruh diharapkan dapat mencegah kesakitan dan kematian ibu, khususnya pada masa bencana.

## AMANAH UNDANG-UNDANG UNTUK PEMENUHAN KEBUTUHAN HAK KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA

Pemerintah berkewajiban untuk menjamin terwujudnya kesehatan reproduksi, termasuk ketersediaan informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu dan terjangkau bagi masyarakat termasuk keluarga berencana. Hal ini diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, dan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Upaya pemerintah melalui berbagai kebijakan terkait kesehatan reproduksi menjadi kerangka logis dalam melakukan intervensi percepatan penurunan AKI di Indonesia pada saat ini. Meskipun demikian, masih perlu dicermati dan dinilai efektivitas dalam penerapannya, terutama terkait penguatan pelayanan dasar (*Primary Health Care*) sebagai upaya mendekatkan akses kesehatan yang berkualitas kepada perempuan untuk pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi esensial yang mengedepankan hak kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Sejalan dengan penguatan layanan dasar, maka penguatan pelayanan rujukan merupakan hal yang penting agar dapat memberikan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif yang berkualitas. Kedua tingkatan layanan tersebut perlu saling terintegrasi untuk memastikan layanan yang berkelanjutan dari proses deteksi dini, penatalaksanaan, rujukan, dan tindak lanjut yang sinergis mengikuti siklus hidup perempuan.

Dalam mengembangkan kebijakan dan perencanaan terkait kematian ibu, pemerintah juga perlu berfokus pada upaya menyelesaikan faktor non-medis seperti: keadaan sosial, ekonomi, diskriminasi/ketidakadilan gender termasuk kekerasan berbasis gender, pendidikan, geografis dan sosial-budaya, serta banyak faktor lain yang terdapat di lingkungan masyarakat yang berdampak terhadap status kesehatan perempuan. Keberagaman suku, budaya serta agama, dan karakter geografis Indonesia

<sup>12</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan

## PENYELENGGARAAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN TERINTEGRASI KESEHATAN REPRODUKSI (PPT-KESPRO)

3

sebagai negara kepulauan merupakan bagian dari faktor non-kesehatan yang mungkin berkontribusi terhadap kesakitan dan kematian ibu. Selain itu, inklusivitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan kesiapsiagaan bencana turut mempengaruhi situasi ini.

Dengan demikian, kebijakan pemerintah perlu memperhatikan faktor utama yang menghambat perempuan dalam mendapatkan dan mencari layanan kesehatan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, seperti (1) kemiskinan, (2) jarak ke fasilitas kesehatan, (3) rendahnya kualitas layanan kesehatan dan layanan kesehatan yang tidak mendukung, serta (4) keyakinan dan praktik budaya yang merugikan kesehatan perempuan<sup>13</sup>.

### KOMITMEN PEMERINTAH TERHADAP PENURUNAN AKI DI INDONESIA

Penurunan AKI merupakan salah satu indikator penting yang perlu dicapai pada Tujuan 3 yang disepakati secara global dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030<sup>14</sup>. SDGs bertujuan untuk memastikan kesejahteraan perempuan, bayi baru lahir, keluarga, masyarakat, negara, dan masyarakat global. Tema utama SDGs 2030 adalah memastikan tidak ada seorang pun yang tertinggal dalam kerangka pembangunan, khususnya pembangunan kesehatan (*Left No One Behind*). Selain itu, SDGs 2030 berfokus pada kesetaraan gender dan etnis, memastikan keberlangsungan kehidupan, pendidikan universal, dan mengedepankan kerja kolaborasi dalam mencapai tujuan pembangunan. (Requejo & Bhutta, 2015; Sachs, 2012) (United Nations, 2015b, p. 11). (United Nations, 2015b, pp. 18– 32)<sup>151617</sup>.

Sejalan dengan kesepakatan global dalam SDGs 2030, Pemerintah Indonesia melalui Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2000-2025 menempatkan AKI sebagai indikator derajat kesehatan dan keberhasilan pembangunan kesehatan di suatu wilayah baik skala nasional, provinsi, kabupaten, hingga desa<sup>18</sup>. Demi pencapaian penurunan AKI, Pemerintah Indonesia melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 menetapkan percepatan penurunan AKI sebagai prioritas strategis (*Major Project*) dalam pembangunan nasional<sup>19</sup>. Hal ini menempatkan percepatan penurunan AKI sebagai bagian dari Prioritas Nasional ketiga yaitu meningkatkan SDM yang berkualitas dan berdaya saing, dengan target penurunan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024.

Setiap aspek dalam pemerintahan dan ekonomi memiliki potensi untuk mempengaruhi kesehatan dan pemerataan kesehatan. Koherensi kebijakan maupun target program di seluruh tingkat pemerintahan menjadi keharusan untuk mewujudkan keadilan dan pemerataan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan kematian ibu. Kolaborasi dan sinergitas lintas sektor kesehatan dengan non-kesehatan merupakan strategi kunci untuk mencapai koherensi tersebut.

13 Fact Sheet WHO: Maternal Mortality. 2019. Diakses dalam <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

14 Sustainable Development Goals (SDGs). 2030 Diakses dalam <https://www.sdg2030indonesia.org/>

15 Rehuejo, Jennifer H., et al. 2015. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *The Lancet*, 385(9966), pp 466-476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60925-9)

16 Sachs, J.D. 2012. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 379, pp 2206-2211. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60685-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60685-0)

17 Realizing the Future We Want for All Report to the Secretary-General, UN System Task Team On The Post - 2015 UN Development Agenda

18 Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025

19 Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024

### A. DEFINISI DAN RUANG LINGKUP PPT-KESPRO

Beragam faktor penyebab kematian ibu menegaskan kompleksitas permasalahan yang melingkupi kejadian kesakitan dan kematian ibu di Indonesia. Sistem yang terfragmentasi, dimana para pihak bekerja sendiri-sendiri sehingga menghasilkan program yang terpisah-pisah dan saling tumpang tindih, ikut memperburuk upaya penyelesaian berbagai permasalahan yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu di Indonesia. Upaya mengatasi permasalahan ini perlu dilakukan secara terintegrasi, melibatkan Perangkat Daerah, berbagai institusi non-Perangkat Daerah yang ada di kabupaten/kota, termasuk aktor-aktor non-pemerintah.

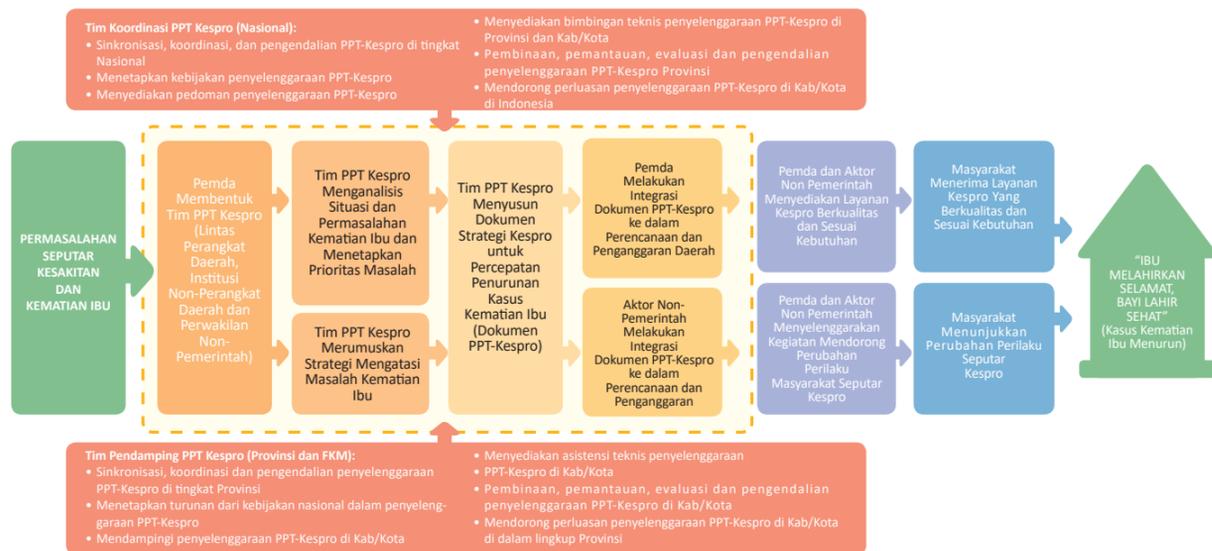
Pada Bagan 1 tersaji runtut logis penyelenggaraan PPT-Kespro, yang menghubungkan permasalahan seputar kesakitan dan kematian ibu (kotak hijau paling kiri) dengan tujuan luas yang ingin diwujudkan (kotak hijau paling kanan), yakni “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat” atau “menurunnya kasus kematian ibu”. Kerangka logis ini menjelaskan bagaimana penyelenggaraan PPT-Kespro, secara logis, mampu berkontribusi pada terwujudnya tujuan lebih luas.

#### DEFINISI PPT-KESPRO

Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-Kespro) adalah sebuah proses perencanaan dan penganggaran yang ditujukan untuk menghasilkan strategi kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI (selanjutnya disebut dokumen PPT-Kespro), melalui keterlibatan multi-pihak, sehingga menghasilkan prioritas dan strategi bersama, yang diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran yang diimplementasikan, dimonitor dan dievaluasi bersama.

PPT-Kespro merupakan upaya Pemerintah Daerah (Pemda) untuk menjawab berbagai permasalahan seputar kesakitan dan kematian ibu di wilayahnya. Harapannya, melalui proses perencanaan dan penganggaran yang terintegrasi, masyarakat – perempuan, remaja perempuan, ibu hamil, pasangan, keluarga, dan masyarakat – dapat menerima layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, sesuai dengan kebutuhannya dan situasinya, termasuk menunjukkan perubahan perilaku, baik yang terkait dengan determinan kesehatan maupun non-kesehatan, yang berkontribusi pada penurunan kasus kesakitan dan kematian ibu di sekitarnya.

Kedua kondisi tersebut di atas (akses masyarakat pada layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan perubahan perilaku masyarakat) diwujudkan melalui berbagai intervensi – berupa kegiatan – yang ditujukan untuk mengatasi prioritas masalah seputar kesakitan dan kematian ibu, yang telah teridentifikasi dan disepakati bersama. Serangkaian intervensi tersebut diselenggarakan oleh para pemangku kepentingan yang terlibat, yang diawali dengan memastikan rencana intervensi atau kegiatan tersebut terintegrasi dalam dokumen perencanaan dan penganggaran masing-masing pemangku kepentingan (misalnya dokumen perencanaan dan penganggaran daerah dan/atau Perangkat Daerah).



Bagan 1. Kerangka Logis Penyelenggaraan PPT-Kespro

Dalam penyelenggaraan PPT-Kespro, Pemerintah Kabupaten/Kota memulai upayanya dengan membentuk Tim PPT-Kespro. Tim PPT-Kespro tidak hanya terdiri dari unit pemerintah yang mengurus bidang kesehatan, namun juga termasuk unit-unit lain yang mengurus bidang lain dan berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi, baik seputar determinan kesehatan maupun non-kesehatan. Selain itu, Tim PPT-Kespro juga terdiri dari aktor-aktor non-pemerintah, yang berkaitan erat dengan upaya penurunan kasus kesakitan dan kematian ibu di wilayahnya, seperti organisasi masyarakat sipil, lembaga swadaya masyarakat, organisasi profesi terkait kesehatan, serta klinik dan rumah sakit swasta yang secara langsung menyediakan layanan kesehatan reproduksi.

Tim PPT-Kespro akan melakukan analisis masalah seputar kasus kematian ibu serta menyepakati prioritas masalah. Berdasarkan prioritas masalah, Tim PPT-Kespro akan mengidentifikasi strategi intervensi kesehatan reproduksi untuk menurunkan jumlah kasus kematian ibu (disebut dokumen PPT-Kespro), serta mengintegrasikannya ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran, baik perencanaan dan penganggaran daerah (untuk aktor Pemda) maupun perencanaan dan penganggaran di masing-masing institusi (untuk aktor non-pemerintah). Bermodal dokumen PPT-Kespro yang terintegrasi dalam berbagai dokumen perencanaan dan penganggaran, harapannya masyarakat memiliki akses pada layanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai kebutuhan maupun kegiatan-kegiatan yang mendorong perubahan perilaku seputar kesehatan reproduksi.

### RUANG LINGKUP

Ruang lingkup upaya percepatan penurunan AKI dalam penyelenggaraan PPT-Kespro tidak terbatas pada determinan kesehatan, namun diperluas hingga determinan non-kesehatan, yaitu:

1. Determinan kesehatan sesuai dengan *Four Pillar Safe Motherhood* yaitu asuhan *antenatal care*, persalinan bersih dan aman, pelayanan obstetri esensial termasuk di dalamnya asuhan pasca keguguran yang komprehensif, dan pelayanan keluarga berencana (KB);
2. Penguatan determinan kesehatan yaitu pencegahan dan penatalaksanaan HIV, AIDS, dan IMS, serta pelayanan kesehatan reproduksi remaja;
3. Determinan non-kesehatan yaitu gender, dan upaya pencegahan dan tatalaksana KBG; serta
4. Kesiapsiagaan bencana, termasuk pandemi COVID-19.

Melalui kerja sama multi-pihak yang sinergis dan terintegrasi, diharapkan dapat membantu pemecahan masalah dan menjadi solusi dalam percepatan penurunan AKI di Indonesia. Selain itu, penyelenggaraan PPT-Kespro juga berkontribusi pada ketahanan sistem kesehatan guna menjamin akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi, baik dalam situasi normal maupun dalam situasi bencana.

Oleh karenanya, penyelenggaraan PPT-Kespro membutuhkan komitmen yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan mulai dari tahap perencanaan, penganggaran, dan implementasi. Selain komitmen, ketersediaan data yang berkualitas dan terpercaya merupakan prasyarat agar proses identifikasi masalah dan perencanaan solusi yang komprehensif dapat dilakukan.

## B. PENYELENGGARA PPT-KESPRO

Penyelenggara PPT-Kespro adalah kelompok kerja yang terdiri dari lintas pemangku kepentingan, di tingkat Pusat, Provinsi dan kabupaten/kota. Penyelenggara PPT-Kespro sesuai dengan tingkat, peran, fungsi dan tanggung jawabnya, terdiri dari tiga kelompok kerja, yaitu:

1. Tingkat Pusat disebut Tim Koordinasi PPT-Kespro
2. Tingkat Provinsi disebut Tim Pendamping PPT-Kespro
3. Tingkat kabupaten/kota disebut Tim PPT-Kespro.

Tabel 2 menguraikan peran, tugas, dan tanggung jawab masing-masing kelompok kerja.

Tabel 2. Peran, Fungsi dan Tanggung jawab Penyelenggara PPT-Kespro

	Pusat (Tim Koordinasi PPT-Kespro)	Provinsi (Tim Pendamping PPT-Kespro)	Kabupaten/Kota (Tim PPT-Kespro)
Peran	Sinkronisasi, koordinasi dan pengendalian PPT Kespro di tingkat Nasional	Sinkronisasi, koordinasi dan pengendalian PPT Kespro di tingkat provinsi	Sinkronisasi, koordinasi, pengendalian dan implementasi PPT Kespro di tingkat kabupaten/kota
Fungsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menetapkan kebijakan penyelenggaraan PPT-Kespro</li> <li>• Menyediakan pedoman penyelenggaraan PPT Kespro</li> <li>• Menyediakan bimbingan teknis penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menetapkan turunan dari kebijakan nasional dalam penyelenggaraan PPT-Kespro</li> <li>• Melakukan pendampingan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>• Menyediakan asistensi teknis penyelenggaraan PPT-Kespro kepada kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelenggarakan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Menyusun dokumen PPT-Kespro</li> <li>• Melakukan integrasi dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaan dan penganggaran</li> </ul>

	Pusat (Tim Koordinasi PPT-Kespro)	Provinsi (Tim Pendamping PPT-Kespro)	Kabupaten/Kota (Tim PPT-Kespro)
Tanggung-jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi dan menyusun kebijakan serta menggalang dukungan untuk penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat Pusat dan Provinsi</li> <li>Melakukan kerja sama lintas Kementerian dan Lembaga terkait untuk menyediakan bantuan dan bimbingan teknis dalam penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi</li> <li>Melakukan pembinaan, pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi</li> <li>Mendorong perluasan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di Indonesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan kerja sama lintas Perangkat Daerah Provinsi dan pemangku kepentingan lain, termasuk perguruan tinggi, dalam rangka menyediakan pendampingan dan bimbingan teknis penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Melakukan pembinaan, pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Mendorong perluasan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Melaporkan kemajuan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota kepada Tim Koordinasi PPT-Kespro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan kerja sama lintas Perangkat Daerah kabupaten/kota dan pemangku kepentingan lain, termasuk perguruan tinggi, dalam penyelenggaraan PPT-Kespro dan integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaan pembangunan.</li> <li>Mengimplementasikan Program dan Kegiatan terkait upaya percepatan penurunan kasus kematian ibu, sebagaimana yang telah terintegrasi dalam dokumen perencanaan pembangunan</li> <li>Melakukan pemantauan, evaluasi dan pengendalian implementasi PPT-Kespro</li> <li>Melaporkan kemajuan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota kepada Tim Pendamping PPT-Kespro dengan tembusan kepada Tim Koordinasi PPT-Kespro.</li> </ul>

Guna memastikan efektivitas pelaksanaan peran, tugas dan tanggung jawabnya, masing-masing kelompok kerja penyelenggaraan PPT-Kespro - *Tim Koordinasi*, *Tim Pendamping* dan *Tim PPT-Kespro* - memiliki struktur kelembagaan. Struktur kelembagaan tim penyelenggara PPT-Kespro terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua, Wakil Ketua dan Anggota.

### 1. TIM KOORDINASI PPT-KESPRO

Tim Koordinasi PPT-Kespro adalah tim koordinasi di tingkat Pusat yang bertujuan untuk melakukan koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro. Dalam konteks kerja sama antara Pemerintah Republik Indonesia dan *United Nation Population Fund* (UNFPA) Siklus 10 (2021-2025), Tim Koordinasi PPT-Kespro berada di bawah tanggung jawab Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Mengacu pada Keputusan Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Nomor KEP.38/D.V/11/2021

Seiring perkembangan penyelenggaraan PPT-Kespro, komposisi Tim Koordinasi PPT-Kespro dapat ditinjau dan disesuaikan dengan kebutuhan, termasuk menetapkan Penanggung Jawab, Ketua, Wakil Ketua dan Anggota.

Tabel 3 menyajikan daftar tugas masing-masing unsur dalam struktur Tim Koordinasi PPT-Kespro.

Tabel 3. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim Koordinasi PPT-Kespro

Jabatan	Tugas
Penanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bertanggung jawab atas penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> </ul>
Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan arahan dari Penanggung Jawab dan mengkoordinasikan penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> <li>Melakukan pengendalian kegiatan dan melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan secara berkala, satu tahun sekali dan sewaktu-waktu apabila diperlukan kepada Penanggung Jawab</li> <li>Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai APBN atau APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lainnya</li> <li>Mengkoordinasikan analisis hasil pembinaan, pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro secara keseluruhan.</li> </ul>
Wakil Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membantu Ketua dalam melaksanakan tugas dari Penanggung Jawab terkait penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> <li>Melaksanakan tugas lainnya yang diberikan Penanggung Jawab dan Ketua.</li> </ul>
Anggota	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan masukan dalam rangka proses penyusunan rencana kerja penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> <li>Menjadi <i>focal point</i> dalam mensosialisasikan penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI di internal Kementerian/Lembaga/OPD/Organisasi masing-masing</li> <li>Berperan aktif dalam proses-proses penyelenggaraan PPT-Kespro, termasuk namun tidak terbatas pada, (i) analisis masalah dan akar masalah, (ii) penetapan prioritas bersama dan (iii) penyusunan Strategi Kespro untuk Percepatan Penurunan Kasus Kematian Ibu (Dokumen PPT-Kespro).</li> <li>Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai oleh APBN atau APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lain di internal Kementerian/Lembaga/OPD/Organisasi</li> <li>Berperan aktif dalam proses pembinaan, pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro</li> <li>Berperan aktif dalam proses penyusunan laporan satu tahun sekali dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan mengenai pelaksanaan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> <li>Memberikan pendampingan replikasi model kegiatan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> </ul>

## 2. TIM PENDAMPING PPT-KESPRO

Tim Pendamping PPT-Kespro adalah penyelenggara PPT-Kespro di tingkat provinsi, sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab Tim Pendamping PPT-Kespro, terdiri dari Perangkat Daerah Provinsi, Institusi non-Perangkat Daerah Provinsi dan perwakilan non-pemerintah di tingkat provinsi. Tim Pendamping PPT-Kespro ditetapkan melalui Surat Keputusan Penanggung Jawab penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi.

Struktur Kelembagaan Tim Pendamping PPT-Kespro terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua, Wakil Ketua dan Anggota. Tabel 4 menyajikan daftar tugas masing-masing unsur dalam struktur kelembagaan Tim Koordinasi PPT-Kespro.

Tabel 4. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim Pendamping PPT-Kespro

Jabatan	Tugas
Penanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bertanggung jawab terhadap seluruh pelaksanaan dan penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi</li> </ul>
Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan arahan dari Penanggung Jawab dan mengkoordinasikan penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Melakukan pengendalian kegiatan dan melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan secara berkala, satu tahun sekali dan sewaktu-waktu apabila diperlukan kepada Penanggung Jawab PPT-Kespro di tingkat provinsi</li> <li>Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai APBN, APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lainnya</li> <li>Mengkoordinasikan analisis hasil pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi secara keseluruhan.</li> </ul>
Wakil Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membantu Ketua dalam melaksanakan tugas dari Penanggung Jawab terkait penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Melaksanakan tugas lainnya yang diberikan Penanggung Jawab dan Ketua.</li> </ul>
Anggota	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan masukan dalam rangka proses penyusunan rencana kerja penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Melakukan pendampingan penyelenggaraan dan replikasi model PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI di kabupaten/kota terpilih</li> <li>Menjadi <i>focal point</i> dalam mensosialisasikan penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi di internal institusi masing-masing</li> <li>Melakukan pemantauan, evaluasi dan pengendalian serta mendokumentasikan pelaksanaan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Memberikan usulan rekomendasi kebijakan penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> <li>Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai oleh APBN, APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lain di internal institusi masing-masing</li> <li>Berperan aktif dalam proses penyusunan laporan satu tahun sekali dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan mengenai penyelenggaraan PPT-Kespro di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di dalam lingkup provinsi</li> </ul>

Selain itu, sebagai usulan dan pertimbangan dalam pembentukan Tim Pendamping PPT-Kespro, Tabel 5 menyajikan usulan komposisi Tim Pendamping PPT-Kespro, yang dapat disesuaikan dengan konteks dan kebutuhan penyelenggaraan PPT-Kespro. Tim Pendamping PPT-Kespro dapat diintegrasikan ke dalam tim serupa dan telah dibentuk sebelumnya, melalui perluasan peran, fungsi, tanggung jawab, dan tugas.

Tabel 5. Usulan Tim Pendamping PPT-Kespro

Jabatan	Tim Pendamping PPT-Kespro (Provinsi)
Penanggung Jawab	Gubernur
Ketua	Sekretaris Daerah Provinsi
Wakil Ketua	<ol style="list-style-type: none"> <li>Badan Daerah Provinsi terkait perencanaan</li> <li>Perangkat Daerah Provinsi terkait urusan pemerintah bidang kesehatan..</li> </ol>
Anggota	<p><b>Perangkat Daerah Provinsi terkait urusan pemerintah bidang:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak</li> <li>Pengendalian penduduk dan keluarga berencana</li> <li>Sosial</li> <li>Pendidikan</li> <li>Tenaga kerja</li> <li>Komunikasi dan informatika</li> <li>Ketenteraman dan ketertiban umum serta perlindungan masyarakat, terkait program penanggulangan bencana</li> </ol> <p><b>Institusi Non-Perangkat Daerah Provinsi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biro Pusat Statistik Provinsi</li> <li>Kantor Wilayah Kementerian Agama Provinsi</li> <li>Pengadilan Tinggi Agama</li> <li>BPJS Kesehatan tingkat provinsi</li> <li>BKKBN Perwakilan Provinsi</li> </ol> <p><b>Perwakilan non pemerintah dan masyarakat:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Badan/Organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi perempuan, remaja dan anak, seperti organisasi perempuan dan remaja, champion KB dan Kesehatan Remaja, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dan fasilitas kesehatan lainnya, serta mitra pembangunan lainnya yang berkontribusi pada percepatan penurunan kasus kematian ibu.</li> <li>Organisasi profesi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan, ibu, anak dan remaja.</li> <li>Organisasi dan komunitas yang potensial berperan dalam: <ol style="list-style-type: none"> <li>peningkatan pelibatan dan partisipasi laki-laki dalam isu kesehatan reproduksi dan pemberdayaan perempuan, ibu, anak dan remaja, serta</li> <li>pelembutan anak, misalnya Forum Anak</li> </ol> </li> <li>Akademisi Perguruan Tinggi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi perempuan, ibu, anak dan remaja.</li> </ol>

Jabatan	Tim Pendamping PPT-Kespro (Provinsi)
Anggota	<p>Anggota dapat ditambahkan sesuai dengan konteks masalah yang ditemukan guna mendukung penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI. Contoh Anggota yang perlu dipertimbangkan untuk ditambahkan adalah Perangkat Daerah Provinsi terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urusan pemerintah bidang pekerjaan umum dan penataan ruang</li> <li>• Urusan pemerintah bidang perhubungan</li> <li>• Urusan pemerintah bidang pangan</li> <li>• Urusan pemerintah bidang administrasi kependudukan dan pencatatan sipil</li> <li>• Urusan pemerintah bidang pemberdayaan masyarakat dan desa</li> <li>• Urusan Pemerintahan Umum (Biro Pemerintahan, Forum Koordinasi Pimpinan Daerah)</li> </ul>

### 3. TIM PPT-KESPRO

Tim PPT-Kespro adalah penyelenggara PPT-Kespro di kabupaten/kota yang terdiri dari Perangkat Daerah kabupaten/kota, Institusi non-Perangkat Daerah, dan perwakilan non-pemerintah di kabupaten/kota. Tim PPT-Kespro ditetapkan melalui Surat Keputusan Penanggung Jawab penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota.

Struktur Kelembagaan Tim PPT-Kespro terdiri dari Penanggung Jawab, Ketua, Wakil Ketua dan Anggota. Tabel 6 menyajikan daftar tugas masing-masing unsur dalam struktur kelembagaan Tim PPT-Kespro.

Tabel 6. Tugas Masing-masing Unsur dalam Struktur Kelembagaan Tim PPT-Kespro

Jabatan	Tugas
Penanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bertanggung jawab terhadap seluruh pelaksanaan dan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> </ul>
Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaksanakan arahan dari Penanggung Jawab dan mengkoordinasikan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Melakukan pengendalian kegiatan dan melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan secara berkala, satu tahun sekali dan sewaktu-waktu apabila diperlukan kepada Penanggung Jawab PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai APBN, APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lainnya</li> <li>• Mengkoordinasikan analisis hasil pemantauan, evaluasi dan pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota secara keseluruhan.</li> </ul>
Wakil Ketua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu Ketua dalam melaksanakan tugas dari Penanggung Jawab terkait penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Melaksanakan tugas lainnya yang diberikan Penanggung Jawab dan Ketua.</li> </ul>
Anggota	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan masukan dalam rangka proses penyusunan rencana kerja penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Berperan aktif dalam penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI</li> <li>• Menjadi <i>focal point</i> dalam mensosialisasikan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota di internal institusi masing-masing</li> <li>• Melakukan pemantauan, evaluasi dan pengendalian serta mendokumentasikan pelaksanaan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> </ul>

Jabatan	Tugas
Anggota	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan usulan rekomendasi kebijakan penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> <li>• Menynergikan pelaksanaan program/kegiatan lain yang dibiayai oleh APBN, APBD dan/atau sumber-sumber pembiayaan lain di internal institusi masing-masing</li> <li>• Berperan aktif dalam proses penyusunan laporan satu tahun sekali dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan mengenai penyelenggaraan PPT-Kespro di kabupaten/kota</li> </ul>

Selain itu, sebagai usulan dan pertimbangan dalam pembentukan Tim PPT-Kespro, Tabel 7 menyajikan usulan komposisi Tim PPT-Kespro, yang dapat disesuaikan dengan konteks dan kebutuhan penyelenggaraan PPT-Kespro. Tim PPT-Kespro dapat diintegrasikan ke dalam tim serupa dan telah dibentuk sebelumnya, melalui perluasan peran, fungsi, tanggung jawab, dan tugas.

Tabel 7. Usulan Tim PPT-Kespro

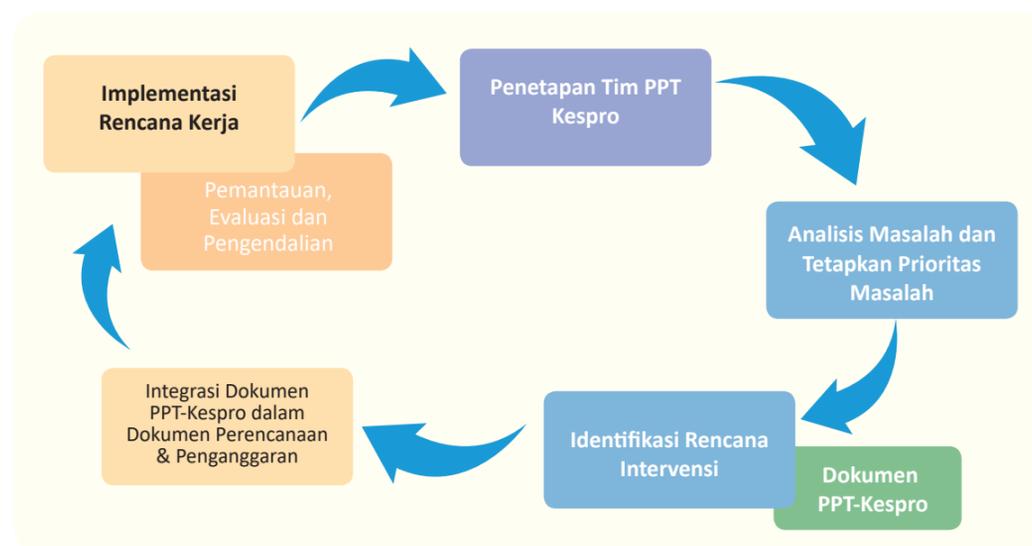
Jabatan	Tim PPT-Kespro (Kabupaten/Kota)
Penanggung Jawab	Bupati/Walikota
Ketua	Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota
Wakil Ketua	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badan Daerah Kabupaten/Kota terkait perencanaan</li> <li>2. Perangkat Daerah Kabupaten/Kota terkait urusan pemerintah bidang kesehatan</li> </ol>
Anggota	<p><b>Perangkat Daerah Kabupaten/Kota terkait urusan pemerintah bidang/unsur:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak</li> <li>2. Pengendalian penduduk dan keluarga berencana</li> <li>3. Sosial</li> <li>4. Pendidikan</li> <li>5. Tenaga kerja</li> <li>6. Komunikasi dan informatika</li> <li>7. Administrasi kependudukan dan pencatatan sipil</li> <li>8. Pemberdayaan masyarakat dan desa</li> <li>9. Ketenteraman dan ketertiban umum serta perlindungan masyarakat, terkait program penanggulangan bencana</li> <li>10. Pemerintahan Umum (Bagian Pemerintahan, Forum Koordinasi Pimpinan Daerah, Kecamatan)</li> </ol> <p><b>Institusi non-Perangkat Daerah Kabupaten/Kota:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Badan Pusat Statistik Kabupaten/Kota</li> <li>12. Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota</li> <li>13. Pengadilan Agama di wilayah kabupaten/kota</li> <li>14. BPJS Kesehatan tingkat kabupaten/kota</li> </ol> <p><b>Perwakilan non pemerintah dan masyarakat:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Badan/Organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi perempuan, remaja dan anak, seperti organisasi perempuan dan remaja, champion KB dan Kesehatan Remaja, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dan fasilitas kesehatan lainnya, serta mitra pembangunan lainnya yang berkontribusi pada percepatan penurunan kasus kematian ibu.</li> <li>16. Organisasi profesi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan, ibu, anak dan remaja.</li> </ol>

Jabatan	Tim PPT-Kespro (Kabupaten/Kota)
Anggota	<p>17. Organisasi dan komunitas yang potensial berperan dalam:</p> <p>a) peningkatan pelibatan dan partisipasi laki-laki dalam isu kesehatan reproduksi dan pemberdayaan perempuan, ibu, anak dan remaja, serta</p> <p>b) pelibatan anak, misalnya Forum Anak</p> <p>18. Akademisi Perguruan Tinggi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi perempuan, ibu, anak dan remaja.</p> <p>Anggota dapat ditambahkan sesuai dengan konteks masalah yang ditemukan guna mendukung penyelenggaraan PPT-Kespro untuk percepatan penurunan AKI. Contoh Anggota yang perlu dipertimbangkan untuk ditambahkan adalah Perangkat Daerah Kabupaten/Kota terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urusan pemerintah bidang pekerjaan umum dan penataan ruang</li> <li>• Urusan pemerintah bidang perhubungan</li> <li>• Urusan pemerintah bidang pangan</li> </ul>

### C. TAHAPAN PENYELENGGARAAN PPT-KESPRO

Penyelenggaraan PPT-Kespro merupakan sebuah siklus yang menjadi bagian integral dari siklus perencanaan pembangunan daerah. Penyelenggaraan PPT-Kespro melengkapi proses perencanaan pembangunan daerah dengan tahapan analisis masalah seputar kematian ibu, penetapan prioritas masalah, dan penetapan strategi kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI (selanjutnya disebut Dokumen PPT-Kespro). Dokumen PPT-Kespro dikembangkan untuk periode waktu tahun jamak (3-5 tahun), yang diselaraskan dengan periode rencana pembangunan jangka menengah dan dioperasionalkan sesuai dengan siklus perencanaan tahunan.

Bagan 2 berikut mengilustrasikan tahap penyelenggaraan PPT-Kespro, sebagaimana diuraikan pada bagian selanjutnya.



Bagan 2. Tahapan Penyelenggaraan PPT-Kespro

#### 1. PENETAPAN TIM PPT-KESPRO

Langkah awal penyelenggaraan PPT-Kespro adalah penetapan Tim PPT-Kespro, yang melibatkan berbagai unsur Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, perwakilan non-pemerintah dan masyarakat. Tim PPT-Kespro perlu disiapkan dengan lengkap dan efisien agar penyelenggaraan PPT-Kespro dapat berjalan secara optimal dan berkelanjutan.

Penetapan tim PPT-Kespro diinisiasi oleh Kepala Daerah, yang diawali dengan mengundang pihak-pihak terkait sekaligus menetapkan tim PPT-Kespro serta struktur kelembagaannya.

Untuk kabupaten/kota yang telah melakukan penyelenggaraan tahun kedua dan seterusnya, pada tahap ini dapat melakukan peninjauan struktur dan kelembagaan tim PPT-Kespro, termasuk melakukan penetapan ulang tim PPT-Kespro, sebagaimana dibutuhkan. Selain itu, proses ini dapat dibarengi dengan pembahasan seputar kemajuan penyelenggaraan PPT-Kespro termasuk membahas hal-hal yang perlu diperbaiki, sehingga penyelenggaraan PPT-Kespro menjadi semakin optimal dan efektif.

Proses yang sama juga terjadi di tingkat provinsi, dimana Pemerintah Provinsi melakukan inisiasi pembentukan Tim Pendamping PPT-Kespro dan menetapkan Tim Pendamping PPT-Kespro beserta kelembagaannya.

#### 2. ANALISIS MASALAH DAN TETAPAN PRIORITAS MASALAH

Setelah Tim PPT-Kespro terbentuk, tahap selanjutnya adalah melakukan analisis masalah dan menetapkan prioritas masalah. Pada tahap ini Tim PPT-Kespro secara bersama-sama menemukenali dan mendiskusikan berbagai permasalahan seputar kematian ibu di wilayahnya, termasuk menganalisis dan mempertimbangkan berbagai faktor dan penyebab kematian ibu yang lebih luas, seperti kesehatan reproduksi perempuan, kesehatan reproduksi remaja, prevalensi HIV, norma sosial, gender, dan situasi bencana. Berbekal hasil analisis, Tim PPT-Kespro melakukan pemilihan masalah yang ingin diatasi (prioritas masalah), untuk kurun waktu tertentu, secara bersama-sama dan terintegrasi.

Pada bagian selanjutnya Pedoman ini, Bagian Pendekatan Analisis Masalah dan Identifikasi Rencana Intervensi, tersaji usulan pendekatan analisis masalah dan penetapan prioritas masalah. Pada prinsipnya proses dan pendekatan analisis masalah dan penetapan prioritas masalah dapat disesuaikan dengan konteks dan pengalaman di masing-masing kabupaten/kota.

Keterlibatan Tim Pendamping PPT-Kespro dan akademisi dari Perguruan Tinggi bidang Kesehatan Masyarakat sangat dianjurkan pada tahap ini. Selain membantu memfasilitasi proses analisis masalah dan penetapan prioritas, keterlibatan kedua unsur tersebut dapat memperkaya perspektif dalam proses analisis masalah dan penetapan prioritas masalah.

#### 3. IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI

Keluaran pertama penyelenggaraan PPT-Kespro ini adalah Dokumen PPT-Kespro, yang mengkonsolidasikan berbagai rencana intervensi atau kegiatan, lintas aktor, untuk kurun waktu tertentu, sebagai acuan bersama. Dokumen PPT-Kespro selanjutnya akan diintegrasikan ke berbagai dokumen perencanaan dan penganggaran, untuk selanjutnya diimplementasikan oleh para pemangku kepentingan yang terlibat.

Berbekal prioritas masalah yang telah disepakati bersama, Tim PPT-Kespro bersama-sama mengembangkan rencana intervensi percepatan penurunan AKI di wilayahnya. Pengembangan rencana intervensi mengacu pada beberapa hal, antara lain:

- Kegiatan terkait kesehatan reproduksi yang telah secara rutin diselenggarakan oleh Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, perwakilan organisasi non-pemerintah dan masyarakat, namun perlu: (i) dilakukan secara berbeda atau ditambahkan unsur inovasi, guna meningkatkan

efektivitas kegiatan tersebut, (ii) dilakukan lintas Perangkat Daerah dengan lokus sasaran yang sama atau difokuskan pada wilayah atau kelompok sasaran tertentu.

- Menambahkan kegiatan baru dan inovatif, termasuk dengan merujuk pembelajaran dari wilayah lain di Indonesia, maupun negara lain.

Rencana intervensi lintas Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, dan perwakilan non-pemerintah selanjutnya terkonsolidasi dalam Dokumen PPT-Kespro. Dokumen PPT-Kespro dikembangkan untuk kurun waktu jamak (3-5 tahun) yang diselaraskan dengan periode perencanaan pembangunan jangka menengah daerah.

#### 4. INTEGRASI DOKUMEN PPT-KESPRO DALAM DOKUMEN PERENCANAAN & PENGANGGARAN

Dokumen PPT-Kespro dioperasionalkan dengan melakukan integrasi rencana intervensi atau kegiatan tersebut dalam dokumen perencanaan dan penganggaran masing-masing pemangku kepentingan dalam Tim PPT-Kespro.

Pada konteks Pemerintah Daerah, integrasi Dokumen PPT-Kespro dapat dilakukan ke dalam berbagai bentuk dokumen perencanaan dan penganggaran daerah, antara lain:

1. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah
2. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
3. Rencana Strategis Perangkat Daerah
4. Rencana Kerja Pemerintah Daerah
5. Rencana Kerja Perangkat Daerah
6. Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah

Integrasi rencana intervensi atau kegiatan (Dokumen PPT-Kespro) ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran idealnya dilakukan dalam tiga dokumen perencanaan dan penganggaran, antara lain: (1) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, guna memastikan rencana intervensi menjadi bagian terintegrasi dari upaya percepatan penurunan AKI kabupaten/kota sesuai kurun waktu kepemimpinan Kepala Daerah, (2) Rencana Kerja Pemerintah Daerah, guna memastikan implementasi dari rencana intervensi, dalam siklus perencanaan dan penganggaran tahunan Pemerintah Daerah, dan (3) Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah.

Proses integrasi dilakukan selaras dengan proses penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran daerah. Oleh karenanya, peran Badan pada Kabupaten/Kota yang membidangi perencanaan dan Perangkat Daerah terkait sangat penting pada tahap ini.

#### 5. IMPLEMENTASI RENCANA KERJA DAN LAKUKAN PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PENGENDALIAN

Terintegrasinya Dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaan dan penganggaran merupakan kondisi prasyarat implementasi rencana intervensi yang telah disusun. Sehingga Perangkat Daerah dapat menjalankan berbagai rencana intervensi atau kegiatan yang telah ditetapkan dalam upaya percepatan penurunan AKI.

Bersamaan dengan pelaksanaan rencana tersebut, Tim PPT-Kespro perlu menyelenggarakan serangkaian kegiatan pemantauan, evaluasi dan pengendalian atas penyelenggaraan PPT-Kespro, guna: (i) memastikan integrasi rencana intervensi terjadi, (ii) memastikan kualitas pelaksanaan intervensi termasuk kesesuaiannya dengan rencana, dan (iii) mengidentifikasi pembelajaran untuk perbaikan di masa depan.

Hasil pemantauan, evaluasi dan pengendalian dibahas dalam pertemuan Tim PPT Kespro, antara lain pada pertemuan awal tahun anggaran, guna membahas temuan dan mendiskusikan perbaikan penyelenggaraan PPT-Kespro termasuk perbaikan pelaksanaan kegiatan pada tahun berikutnya, dan pertemuan tengah tahun anggaran yang memanfaatkan momentum anggaran perubahan.

#### D. USULAN KEGIATAN DAN LINIMASA PENYELENGGARAAN PPT-KESPRO

Guna memastikan integrasi Dokumen PPT-Kespro selaras dengan siklus perencanaan dan penganggaran daerah (tepat momentum), Tabel 8 menyajikan usulan kegiatan dan linimasa yang dapat digunakan sebagai acuan Tim PPT-Kespro.

Tabel 8. Usulan Kegiatan dan Linimasa Penyelenggaraan PPT-Kespro

No.	Tahapan	Bentuk Kegiatan	Keluaran	Linimasa
1	Penetapan Tim PPT-Kespro	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kepala Daerah menunjuk Perangkat Daerah untuk berperan sebagai inisiator pembentukan Tim PPT-Kespro</li> <li>● Inisiator menyelenggarakan pertemuan konsolidasi dan pembentukan Tim PPT-Kespro dengan mengundang Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah dan Perwakilan non-Pemerintah yang terkait upaya penurunan kasus kematian ibu</li> <li>● Kepala Daerah menerbitkan Surat Keputusan penetapan Tim PPT-Kespro</li> <li>● <i>Catatan: untuk pelaksanaan pada tahun kedua dan seterusnya, pada tahap ini hanya dilakukan peninjauan atas Tim PPT Kespro untuk dilakukan penyesuaian yang diperlukan</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tim PPT-Kespro yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Kepala Daerah</li> </ul>	Kuartal IV sampai dengan Januari tahun berikutnya
2	Analisis Masalah dan Tetapkan Prioritas Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah dan perwakilan non-pemerintah yang menjadi bagian Tim PPT-Kespro menyiapkan bahan, data dan informasi seputar kasus kematian ibu</li> <li>● Lokakarya analisis masalah dan penetapan prioritas masalah kematian ibu</li> <li>● <i>Catatan: untuk pelaksanaan pada tahun kedua dan seterusnya, pada tahap ini dilakukan peninjauan atas analisis dan prioritas masalah berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Daftar masalah dan analisis masalah</li> <li>● Kesepakatan prioritas masalah</li> </ul>	Januari – Februari

No.	Tahapan	Bentuk Kegiatan	Keluaran	Linimasa
3	Perumusan Rencana Intervensi atau Kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perangkat Daerah, Inststitusi non-Perangkat Daerah dan perwakilan non-pemerintah yang menjadi bagian Tim PPT-Kespro, secara mandiri mengidentifikasi rencana intervensi atau kegiatan dalam rangka mengatasi prioritas masalah.</li> <li>Lokakarya perumusan rencana intervensi: Perangkat Daerah, Inststitusi non-Perangkat Daerah dan perwakilan non-pemerintah yang menjadi bagian Tim PPT-Kespro, membawa usulan rencana intervensi atau kegiatan dalam rangka mengatasi masalah prioritas yang telah disusun ke lokakarya. Tim PPT-Kespro mendiskusikan dan menyepakati rancangan intervensi atau kegiatan bersama, untuk kurun waktu tertentu dan sebagai acuan bersama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumen PPT-Kespro</li> </ul>	Februari - Maret
4	Integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam Dokumen Perencanaan dan Penganggaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perangkat Daerah Kabupaten/Kota melakukan integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaan dan penganggaran daerah</li> <li>Inststitusi non-Perangkat Daerah melakukan integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaannya</li> <li>Perwakilan non-pemerintah mengintegrasikan Dokumen PPT-Kespro dalam dokumen perencanaannya (jika relevan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumen perencanaan yang telah ngintegrasikan Dokumen PPT-Kespro di dalamnya</li> </ul>	Kuartal II (April - Juni)
5	Implementasi rencana kerja dan monev	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perangkat Daerah, Inststitusi non-Perangkat Daerah dan perwakilan non-pemerintah yang menjadi bagian Tim PPT-Kespro menjalankan rencana kerjanya</li> <li>Tim PPT-Kespro melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan PPT-Kespro, pelaksanaan kegiatan dan memetik pembelajaran atas pelaksanaan kegiatan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasil pemantauan, pengendalian, dan evaluasi (kembali pada tahap 1)</li> <li>Dokumen perencanaan yang telah dilakukan perubahan (proses pengendalian)</li> </ul>	Sesuai siklus tahunan pelaksanaan rencana pembangunan (tahun berikutnya) atau apabila terdapat perencanaan dan penganggaran perubahan, Kuartal IV tahun berjalan

## PENDEKATAN ANALISIS MASALAH DAN IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI

4

Pendekatan analisis masalah adalah proses menemukenali situasi dan kondisi atas suatu permasalahan, secara terstruktur, yang bertujuan untuk memahami permasalahan dan faktor-faktor yang berkontribusi, dalam rangka menyusun rencana intervensi guna mengatasi permasalahan tersebut. Analisis masalah memiliki peran sentral dalam proses perencanaan, termasuk identifikasi rencana intervensi dan pengalokasian sumber daya.

Pada konteks penyelenggaraan PPT-Kespro, permasalahan utama adalah masih tingginya kasus kematian ibu sebagai akibat komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (nifas). Oleh karenanya, ketersediaan informasi seputar situasi dan kondisi kasus kematian ibu, baik terkait aspek medis dan non-medis, serta pemahaman atas diskursus kesehatan reproduksi dalam kaitan dan kontribusinya pada tujuan lebih luas - *"Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat"* - merupakan modalitas untuk menghasilkan analisis masalah yang tajam. Ketajaman analisis masalah berkontribusi pada ketepatan pilihan rencana intervensi, yang tidak secara langsung berkontribusi pada penyelesaian masalah utama (kasus kematian ibu), namun berkontribusi pada penyelesaian faktor-faktor yang berkontribusi pada permasalahan tersebut.

Bagian ini memandu pengguna pedoman untuk (i) memahami diskursus kesehatan reproduksi dalam kaitan dan kontribusinya pada tujuan lebih luas dan (ii) menyelenggarakan proses analisis masalah dalam rangka menemukenali kondisi dan situasi seputar kasus kematian, baik terkait aspek medis maupun non-medis.

### A. KONSEP KUNCI: "IBU MELAHIRKAN SELAMAT, BAYI LAHIR SEHAT"

Pengembangan pendekatan PPT-Kespro mengacu pada satu prinsip yang lazim digunakan dalam teknologi perencanaan, yakni *mulai dari akhir (start-with-end)*. Oleh karenanya, berbagai upaya percepatan penurunan AKI, dilakukan untuk mewujudkan satu kondisi akhir, yakni "ibu melahirkan selamat, bayi lahir sehat."

Untuk mencapai kondisi tersebut, pedoman ini mengusulkan *model empat pilar*, berbasis periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya, dengan menggambarkan kondisi kunci pada periode: (i) sebelum kehamilan, (ii) kehamilan, (iii) persalinan, dan (iv) pascapersalinan.

Pada masing-masing periode, *model empat pilar* ini juga memetakan kondisi yang idealnya terjadi dan tersedia untuk mendukung kondisi akhir, yang ditinjau dari ruang lingkup perubahannya<sup>21</sup> (i) perempuan dan kesehatan reproduksi, (ii) lingkungan pendukung kesehatan reproduksi perempuan, dan (iii) sistem kesehatan. Secara visual, *model empat pilar* ini dapat dilihat dalam Bagan 3.

Sesuai tujuannya, visual *model empat pilar* dikembangkan untuk membangun pemahaman bersama

<sup>21</sup> Ruang lingkup perubahan dikembangkan dengan mengadopsi kerangka berpikir *Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory* atau yang juga dikenal *Bronfenbrenner's Ecological Model*, yang menjelaskan ruang lingkup perubahan individu, lingkungan pendukung di sekitar individu, lingkungan lebih luas termasuk sistem. [https://en.wikipedia.org/wiki/Ecological\\_systems\\_theory](https://en.wikipedia.org/wiki/Ecological_systems_theory)

seputar diskursus kesehatan reproduksi dalam kaitan dan kontribusinya pada terwujudnya tujuan lebih luas. Harapannya, pengguna terbantu dengan pemetaan kondisi-kondisi kunci yang secara bersama-sama berkontribusi pada terwujudnya tujuan lebih luas. *Visual model empat pilar* tidak kaku dan dapat dilengkapi, karena mungkin saja beberapa kondisi kunci belum terakomodasi di dalam visual ini. Setidaknya, visual ini dapat memberikan stimulus berpikir kepada pengguna seputar kondisi-kondisi kunci yang perlu diwujudkan dan menggunakannya sebagai acuan dalam menentukan tujuan intervensi.



Bagan 3. Konsep Kunci: “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat”

Merujuk pada Bagan, kondisi-kondisi yang idealnya terjadi dan tersedia perlu mulai diperhatikan sejak periode sebelum kehamilan sampai dengan pascapersalinan. Berbagai kondisi seputar aspek non-kesehatan (determinan sosial) berkaitan erat dengan perspektif, sikap, dan perilaku perempuan dan remaja perempuan, pasangan, keluarga, serta masyarakat seputar kesehatan reproduksi dan upaya mendukung pemenuhan kesehatan reproduksi perempuan dan remaja perempuan. Pada aspek kesehatan, sistem pembangunan kesehatan yang kuat, yang mengacu pada enam pilar pembangunan sistem kesehatan, menjadi prasyarat terwujudnya tujuan lebih luas, yakni ibu melahirkan selamat, bayi lahir selamat. Selain sistem pembangunan kesehatan yang kuat, beberapa kondisi prasyarat lainnya adalah tersedianya sistem penanggulangan krisis kesehatan, termasuk tersedianya layanan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana, tersedianya kepemimpinan dan regulasi untuk aspek-aspek non kesehatan serta tersedianya sistem layanan pencegahan dan perlindungan terhadap kasus kekerasan berbasis gender (KBG). Oleh karenanya, dalam kerangka PPT-Kespro, upaya percepatan penurunan AKI tidak hanya fokus pada mendorong penguatan pada aspek kesehatan namun juga pada aspek non-kesehatan.

Sebagai contoh, untuk mendukung kelahiran yang selamat, sebelum kehamilan, penting bagi perempuan dan remaja perempuan untuk a) mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi berkualitas, yang bebas dari paksaan dan diskriminasi, yang berkontribusi pada pemahaman perempuan atas pentingnya perencanaan kehamilan dan berbagai risiko seputar kehamilan, b) mengakses layanan pemeriksaan dan skrining kesehatan, dan c) memperoleh asupan gizi cukup (kotak oranye).

Perubahan perilaku perempuan dan remaja perempuan, dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi sebelum kehamilan, dan peningkatan pemahaman perempuan dan remaja perempuan seputar kehamilan saja belum cukup untuk mewujudkan persalinan aman. Perubahan perilaku dan pemahaman pasangan, keluarga, dan masyarakat juga diperlukan. Misalnya, seputar pemahaman pasangan, keluarga dan masyarakat atas pentingnya perencanaan kehamilan dan keterlibatan laki-laki dalam perencanaan kehamilan, termasuk pemahaman terkait berbagai risiko seputar kehamilan, serta kesadaran dan sikap masyarakat terkait pentingnya mencegah perkawinan anak dan kekerasan berbasis gender, serta kontribusinya pada kondisi ibu dan kondisi anak yang dilahirkan.

Pola yang sama juga berlaku pada periode kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan. Kombinasi perubahan perilaku, sikap, dan pengetahuan perempuan, pasangan, keluarga, serta masyarakat seputar kesehatan reproduksi perempuan yang berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan saling terkait antar periode. Misalnya, terkait perencanaan kehamilan. Perencanaan kehamilan tidak hanya pada periode sebelum kehamilan, namun juga penting adanya pada periode pascapersalinan (dalam hal ini akses pada layanan KB pascapersalinan). Demikian halnya antara periode kehamilan dengan periode persalinan. Akses pada layanan KIA yang berkualitas, secara teratur dan berkelanjutan, termasuk pemahaman terhadap risiko kehamilannya berkontribusi pada kelancaran pada periode persalinan. Demikian halnya pasangan, keluarga, dan masyarakat, kondisi dimana pasangan, keluarga dan masyarakat memastikan ibu hamil mengakses layanan KIA berkualitas secara teratur dan berkelanjutan meningkatkan kesadaran dan kesiapan pasangan dan keluarga saat persalinan, termasuk memastikan akses dan transportasi ke layanan kesehatan serta memastikan ketersediaan jaminan pembiayaan kesehatan bagi ibu dan bayi yang baru lahir.

Dapat dipahami bahwa kedua tingkatan kondisi di atas, level perempuan dan lingkungan pendukungnya, sama-sama harus diwujudkan. Dengan demikian maka perempuan dan remaja perempuan dapat terhubung dengan kondisi yang harus diwujudkan dari sisi sistem kesehatan, yakni (i) ketersediaan layanan dan fasilitas kesehatan berkualitas tersedia dan mudah dijangkau; (ii) ketersediaan SDM Kesehatan berkualitas dan kompeten; (iii) ketersediaan produk farmasi (khususnya obat-obatan esensial, termasuk kontrasepsi), teknologi, dan makanan kesehatan; (iv) akses pada jaminan kesehatan (v) dukungan kepemimpinan dan regulasi baik terkait kesehatan maupun non-kesehatan; (vi) ketersediaan sistem informasi kesehatan yang menunjang penguatan sistem kesehatan dan penyediaan layanan; termasuk (vii) sistem penanggulangan krisis kesehatan kaitannya pada ketersediaan layanan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana; dan (viii) sistem layanan pencegahan dan perlindungan terhadap kekerasan berbasis gender (KBG).

Model ini merupakan gambaran yang, meski sederhana, memotret berbagai aspek yang perlu dipertimbangkan dan diwujudkan dalam memastikan ibu dapat mencapai persalinan yang selamat dan kelahiran bayi yang sehat. Setelah memahaminya, kita akan menggunakannya untuk membantu menganalisis masalah sesuai konteks masing-masing daerah.

## B. PENDEKATAN ANALISIS MASALAH

Pengguna telah diperkenalkan dengan diskursus seputar kesehatan reproduksi dalam kaitan dan kontribusinya pada tujuan lebih luas. Selanjutnya, kita akan menggunakan pengetahuan dan pemahaman tersebut, untuk melakukan analisis masalah.

Dalam diskursus teknologi perencanaan, terdapat berbagai pendekatan analisis masalah yang dapat digunakan dalam memahami suatu permasalahan. Sejauh sebuah pendekatan bertujuan untuk memahami suatu permasalahan serta mampu membantu pengguna dalam identifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada permasalahan tersebut, maka pendekatan tersebut dapat digunakan, dalam hal ini oleh Tim PPT-Kespro.

Setidaknya ada dua pendekatan analisis masalah yang jamak digunakan dalam diskursus perencanaan, yakni pendekatan analisis tulang ikan (*fishbone analysis*)<sup>22</sup> dan pendekatan analisis pohon masalah (*problem tree*)<sup>23</sup>. Secara umum kedua pendekatan ini akan memandu pengguna untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang secara kausal berkontribusi pada suatu permasalahan, untuk kemudian dikelompokkan sesuai karakteristiknya (pada pendekatan analisis tulang ikan) atau disusun secara hierarkis (pada analisis pohon masalah).

Pendekatan lain, yang relatif lebih sederhana, adalah pendekatan *5-Whys (5-kenapa)*<sup>24</sup>. Pendekatan ini juga membantu pengguna mengidentifikasi runtutan kondisi kausal yang menyebabkan suatu permasalahan. Pengguna mengajukan pertanyaan, “kenapa”, pada masalah yang akan dianalisis, dan dilanjutkan dengan pertanyaan serupa pada faktor penyebab level pertama, untuk mengidentifikasi faktor penyebab level kedua, demikian seterusnya.

Singkatnya, proses analisis masalah adalah proses bertanya, secara sistematis, seputar apa yang menyebabkan suatu permasalahan terjadi. Jawaban-jawaban pertanyaan ini selanjutnya digunakan sebagai acuan dalam menentukan rencana intervensi, yang akan dibahas pada bagian selanjutnya Pedoman ini.

Sebagai acuan, Pedoman ini mengusulkan pendekatan analisis masalah yang mengombinasikan berbagai pendekatan analisis masalah. Langkah-langkah analisis masalah yang dapat dilakukan sebagai berikut:

## 1. TETAPKAN MASALAH UTAMA

Dalam konteks penyelenggaraan PPT-Kespro, masalah utama yang akan dianalisis adalah kasus kematian ibu sebagai akibat komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (nifas). Masalah utama, di dalam perencanaan, sering disebut sebagai tujuan lebih luas, yang dalam konteks penyelenggaraan PPT-Kespro adalah menurunnya angka kematian ibu (AKI).

## 2. IDENTIFIKASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH UTAMA

Setelah masalah utama ditetapkan, langkah berikutnya adalah melakukan identifikasi faktor-faktor penyebab masalah utama (selanjutnya disebut masalah). Pada tahap ini, Tim PPT-Kespro mulai mengidentifikasi apa saja faktor-faktor penyebab kematian ibu di wilayahnya.

Hal penting yang perlu dipastikan tersedia pada tahap ini adalah ketersediaan data dan informasi, yang digunakan untuk menjawab berbagai pertanyaan analisis. Tahap ini mengandalkan dua sumber data dan informasi, yakni: (1) data dan informasi dari sistem kesehatan, berupa hasil analisis kasus kematian ibu yang disediakan oleh Perangkat Daerah terkait urusan kesehatan, dan (2) data dan informasi yang bersumber dari pengetahuan kolektif peserta diskusi. Pengetahuan kolektif bersumber dari hasil observasi dan pengalaman individu. Oleh karenanya, memastikan keterlibatan banyak pemangku kepentingan, termasuk memastikan perwakilan non-pemerintah dan masyarakat, merupakan prasyarat untuk memperoleh pengetahuan kolektif yang komprehensif.

Tabel 9 berikut menyajikan usulan pertanyaan kunci, sebagai pemantik diskusi identifikasi masalah. Pengguna dapat melengkapi daftar pertanyaan sesuai dengan kebutuhan.

Tabel 9. Pertanyaan Pemantik Diskusi Analisis Masalah

Pertanyaan Pemantik Diskusi Analisis Masalah
1. Berapa banyak kasus kematian ibu dalam kurun 3 tahun terakhir?
2. Di wilayah mana saja di kabupaten/kota (Kecamatan, Kelurahan/Desa) kasus kematian ibu terjadi? Apakah ada wilayah dengan kasus kematian ibu paling banyak atau paling sering terjadi?
3. Secara umum kapan waktu/periode kematian ibu terjadi?
4. Secara umum dimana saja lokasi/tempat kematian ibu terjadi?
5. Faktor-faktor medis apa saja yang menjadi penyebab kematian ibu?
6. Secara umum apakah ibu mendapatkan asuhan antenatal? Jika ya, siapa saja yang menyediakan layanan asuhan antenatal tersebut?
7. Secara umum apakah ada indikasi bahwa ibu meninggal karena terlambat mencari bantuan? Atau ibu atau keluarga menolak pengobatan atau dirawat?
8. Secara umum apakah ibu mengalami hambatan dalam menjangkau fasilitas kesehatan? Atau ibu mengalami kesulitan transportasi dari rumah ke fasilitas kesehatan?
9. Secara umum bagaimana gambaran status sosial ekonomi mereka? Apakah ibu memiliki kartu identitas?
10. Secara umum apakah ibu memiliki akses pada jaminan kesehatan? Atau mengalami kesulitan mengurus surat keterangan tidak mampu? Atau apakah ada informasi terkait kondisi keterbatasan biaya bersalin/rujukan?
11. Secara umum apakah ada informasi terkait kondisi lain terkait ibu, misalnya kehamilan tidak diinginkan atau kekerasan di dalam rumah tangga?
12. Secara umum apakah ada indikasi bahwa kematian ibu salah satunya disebabkan belum tersedianya tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat?
13. Apakah di wilayah kasus kematian ibu terdapat sistem dukungan berbasis masyarakat (misalnya SIAGA, DASOLIN, Desa Siaga, RW Siaga, P4K)?

Selain merujuk pada beberapa pertanyaan pemantik diskusi pada Tabel 9, proses identifikasi faktor penyebab masalah utama dapat dilengkapi dengan teknik analisis masalah secara partisipatif, dengan memanfaatkan pemahaman dan kesadaran peserta diskusi atas kondisi seputar kesehatan reproduksi dalam kaitan dan kontribusinya pada kondisi ibu melahirkan selamat (lihat **Error! Reference source not found.**). Melalui analisis partisipatif harapannya dapat memperkaya daftar faktor-faktor penyebab masalah kematian ibu dari sudut pandang determinan sosial (non-kesehatan). Oleh karenanya, keterlibatan perwakilan masyarakat dan tokoh masyarakat penting pada proses ini.

Analisis partisipatif ini menggunakan pendekatan asesmen mandiri (*self-assessment*). Analisis partisipatif ini fokus pada identifikasi kondisi/situasi, perilaku, sikap dan pemahaman perempuan, pasangan, keluarga, dan masyarakat seputar kesehatan reproduksi. Pada kondisi Tim PPT-Kespro belum memiliki data dan informasi hasil analisis kasus kematian ibu dari Perangkat Daerah terkait Kesehatan, pendekatan analisis partisipatif ini berguna sebagai titik awal intervensi percepatan penurunan AKI di kabupaten/kota.

22 [https://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa\\_diagram](https://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa_diagram)

23 [https://en.wikipedia.org/wiki/Issue\\_tree](https://en.wikipedia.org/wiki/Issue_tree)

24 [https://en.wikipedia.org/wiki/Five\\_whys](https://en.wikipedia.org/wiki/Five_whys)

Tabel 10 berikut menjelaskan proses dan pertanyaan pemandu proses analisis partisipatif.

Tabel 10. Proses dan Pertanyaan Pemandu Analisis Partisipatif

Proses dan Pertanyaan Pemandu Analisis Partisipatif	
<p>Untuk proses analisis partisipatif ini, siapkan cetakan Bagan Konsep Kunci: “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat” dan bagikan kepada semua peserta. Kemudian pandu peserta lokakarya untuk melakukan langkah-langkah berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silakan baca masing-masing kondisi kunci pada bagan, kemudian identifikasi dan tandai maksimal 3 kondisi kunci yang menurut Anda tidak sesuai dengan realitas, dan sering Anda jumpai di wilayah atau sekitar Anda.</li> <li>2. Untuk masing-masing kondisi kunci yang Anda pilih, gambarkan/tuliskan bagaimana kondisi yang sering Anda jumpai tersebut.</li> <li>3. Untuk masing-masing kondisi yang sering Anda jumpai tersebut, identifikasi maksimal 3 hal yang menyebabkan terjadinya kondisi tersebut.</li> </ol> <p>Setelah daftar kondisi dan penyebab teridentifikasi secara individual, langkah selanjutnya dilakukan dalam kelompok (atau bersama-sama, bila peserta lokakarya tidak banyak):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dalam kelompok kecil, silakan diskusikan kondisi-kondisi yang teridentifikasi dan hal yang menyebabkan kondisi tersebut, kemudian sepakati maksimal 5 kondisi dan penyebab kondisi yang menurut kelompok adalah masalah yang jamak terjadi.</li> </ol> <p>Setelah kelompok memiliki 5 kondisi dan penyebab kondisi, lanjutkan diskusi dalam kelompok besar (pleno)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Masing-masing kelompok menyampaikan 5 kondisi dan penyebab kondisi yang menurut kelompok adalah kondisi yang jamak terjadi di sekitar Anda.</li> <li>6. Secara pleno, silakan kelompokkan kondisi dan penyebab yang serupa, kemudian inventarisasi daftar kondisi dan penyebab yang jamak terjadi di sekitar Anda.</li> </ol>	

### 3. KONSOLIDASI FAKTOR PENYEBAB MASALAH UTAMA

Setelah melakukan tahap identifikasi faktor penyebab masalah, artinya tahap pertama dari proses analisis masalah telah selesai. Selanjutnya, Tim PPT-Kespro melakukan konsolidasi faktor-faktor penyebab masalah utama (selanjutnya disebut masalah) dan melakukan pengelompokan masalah sesuai dengan kesepakatan Tim PPT-Kespro. Pedoman mengusulkan dua pendekatan pengelompokan masalah yang dapat dipertimbangkan, yaitu:

1. Kriteria pengelompokan masalah berbasis periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya (sebelum kehamilan, kehamilan, persalinan dan pascapersalinan).
2. Kriteria pengelompokan masalah berbasis ruang lingkup perubahan (perempuan dan kesehatan reproduksinya, lingkungan pendukung pemenuhan kesehatan reproduksi perempuan dan remaja perempuan, dan sistem dan pelayanan kesehatan).

Tabel 11 adalah contoh lembar kerja konsolidasi masalah, berdasar periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya.

Tabel 11. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Masalah

No.	Daftar Masalah
(a)	(b)
<b>Masalah Utama:</b>	
XXX kasus kematian ibu selama periode tahun XXX – XXX	
Kelompok masalah 1: Periode Sebelum Kehamilan	
1	
2	
Kelompok masalah 2: Periode Kehamilan	
3	
4	
Kelompok masalah 3: Periode Persalinan	
5	
6	
Kelompok masalah 4: Periode Pascapersalinan	
7	
8	
Kelompok masalah 5: Lintas Periode / Tidak Terkait Periode Tertentu	
9	
10	

### C. MENETAPKAN PRIORITAS MASALAH

Tim PPT-Kespro telah memiliki daftar masalah yang telah dikelompokkan sesuai dengan kriteria yang disepakati. Tahap selanjutnya adalah menetapkan prioritas masalah, yang selanjutnya akan digunakan sebagai basis pengembangan rencana intervensi.

Prioritas masalah didefinisikan sebagai upaya penentuan sejauh mana suatu masalah tersebut penting dan apakah masalah tersebut dapat teratasi. Penentuan prioritas masalah adalah sebuah proses yang dilakukan oleh Tim PPT-Kespro, menggunakan metode tertentu dan dengan mempertimbangkan aspek-aspek tertentu.

Tim PPT-Kespro dapat menggunakan berbagai kerangka pertimbangan yang sesuai dengan konteks dan pengalaman daerah. Sebagai bahan pertimbangan, Pedoman ini mengusulkan 3 aspek yang dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam penentuan prioritas masalah, yaitu:

1. Daya ungkit dan/atau Dampak (*leverage and/or impact*). Daya ungkit berkaitan erat dengan seberapa luas manfaat yang dihasilkan atas selesainya suatu masalah. Dalam hal ini, keluasan dapat dimaknai sebagai jumlah individu yang merasakan manfaat atau cakupan wilayah yang merasakan manfaat. Luasnya manfaat yang dihasilkan berhubungan erat pada signifikansi dampak yang dihasilkan, dalam konteks penyelesaian masalah utama.

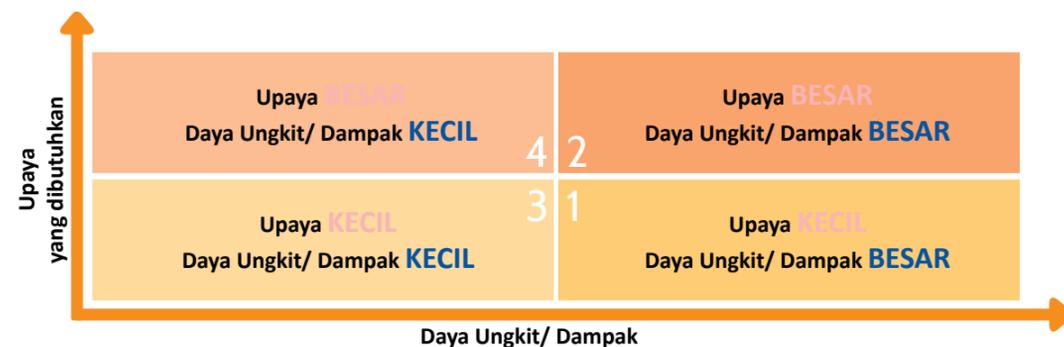
Dengan kata lain, jika suatu masalah dapat diatasi, akan banyak individu atau wilayah yang akan merasakan manfaatnya (memberikan daya ungkit yang besar), sehingga membawa dampak signifikan pada penyelesaian masalah utama. Semakin besar daya ungkit yang dihasilkan atas

penyelesaian suatu masalah, semakin besar pula peluang terwujudnya dampak yang signifikan pada penyelesaian masalah utama, makin tinggi pula prioritas masalah tersebut.

2. Besarnya upaya yang dibutuhkan (*effort*). Besarnya upaya yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu masalah berkaitan erat dengan sejauh mana sebuah rencana intervensi atas masalah tersebut akan terlaksana.
  - o Semakin kecil upaya yang dibutuhkan untuk mengatasi sebuah masalah, semakin besar peluang rencana intervensi akan terlaksana, sehingga semakin besar peluang masalah tersebut dapat teratasi.
  - o Sebaliknya, semakin besar upaya yang dibutuhkan untuk mengatasi sebuah masalah, semakin kecil peluang rencana intervensi akan terlaksana, sehingga semakin kecil peluang masalah tersebut dapat teratasi.
3. Urgensi (*urgency*). Urgensi terkait dengan seberapa penting suatu permasalahan harus diselesaikan segera dan terkait dengan prioritas penyelesaian masalah yang ditinjau dari linimasa, dibanding permasalahan lainnya. Urgensi juga terkait dengan kondisi pada kurun waktu tertentu (konteks), dimana seiring waktu tingkat urgensi suatu permasalahan bisa saja menurun.

Misalnya, pada situasi bencana, ketersediaan tenaga kesehatan yang membantu persalinan di lokasi sekitar pengungsian memiliki tingkat urgensi sangat tinggi. Namun seiring waktu, setelah kondisi stabil, ketersediaan tenaga kesehatan yang membantu persalinan akan mengalami penurunan tingkat urgensinya, karena pelayanan sudah bisa kembali dilakukan di fasilitas kesehatan. Oleh karenanya, pemilihan masalah menggunakan kriteria ini harus dibarengi dengan pertimbangan terkait konteks.

Proses penentuan prioritas tahap pertama dilakukan dengan melakukan pembahasan untuk masing-masing masalah dari tahap sebelumnya, yang ditinjau dengan dua aspek pertama, yakni aspek dampak dan/atau daya ungkit dan aspek besarnya upaya yang dibutuhkan, menggunakan *matriks 4 kuadran*. Bagan 4 berikut menyediakan ilustrasi *matriks 4 kuadran* penentuan prioritas masalah yang dapat digunakan sebagai rujukan dalam diskusi menentukan prioritas masalah.



Bagan 4. Ilustrasi analisis prioritas masalah menggunakan matriks 4 kuadran

Masing-masing masalah ditinjau dan dikelompokkan berdasarkan empat kategori pada *matriks 4 kuadran*:

1. Upaya kecil, daya ungkit/dampak besar
2. Upaya besar, daya ungkit/dampak besar
3. Upaya kecil, daya ungkit/dampak kecil
4. Upaya besar, daya ungkit/dampak kecil

Berdasarkan pengelompokan di atas, dalam konteks upaya percepatan penurunan AKI, sebaiknya fokus pada upaya mengatasi masalah yang masuk dalam dua kelompok pertama, (1) upaya kecil namun memberikan daya ungkit/dampak besar dan (2) upaya besar dan memberikan daya ungkit/dampak besar. Pertimbangan ini berkaitan erat dengan efisiensi alokasi sumber daya, baik terkait biaya, sumber daya manusia dan waktu.

Pada kondisi sumber daya yang tersedia cukup besar, upaya percepatan penurunan AKI dapat ditambahkan dengan berbagai upaya untuk mengatasi masalah pada kategori ketiga, upaya kecil dan memberikan daya ungkit/dampak kecil. Sedangkan kategori keempat, dapat dipertimbangkan kemudian.

Selain penentuan prioritas masalah menggunakan *matriks 4 kuadran*, penentuan prioritas masalah dapat ditambahkan dengan mempertimbangkan aspek ketiga, urgensi. Berikut beberapa hal yang dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam penggunaan aspek urgensi dalam penentuan prioritas masalah:

1. Penentuan prioritas masalah berdasar urgensi mengandalkan pertimbangan konteks. Artinya prioritas masalah yang ditetapkan dengan pertimbangan urgensi, perlu dilengkapi dengan penjelasan konteks yang menggambarkan urgensinya. Pertimbangan ini dibahas dan disepakati oleh Tim PPT-Kespro.
2. Jika dalam daftar masalah teridentifikasi masalah dengan tingkat urgensi yang cukup tinggi, sebelum analisis *matriks 4 kuadran*, dan sejauh pertimbangan urgensi jelas dan disepakati oleh forum, masalah tersebut otomatis masuk dalam prioritas masalah.
3. Pada kondisi prioritas masalah telah teridentifikasi, setelah analisis *matriks 4 kuadran*, namun Tim PPT-Kespro menilai bahwa daftar prioritas masalah terlalu banyak dan daerah memiliki keterbatasan sumber daya, daftar prioritas masalah tersebut dapat ditinjau kembali atau diseleksi menggunakan kriteria tingkat urgensinya. Pertimbangan urgensi tetap berlaku pada bagian ini (lihat poin 1).
4. Analisis urgensi dapat dilakukan sebelum melakukan analisis matriks 4 kuadran. Urutan penggunaan "pisau analisis" – matriks 4 kuadran dan urgensi – dapat diubah, sesuai dengan kesepakatan Tim PPT-Kespro dengan mempertimbangkan pengalaman dan pembelajaran di daerah. Demikian halnya jika proses hanya menggunakan salah satu pisau analisis. Hal ini diserahkan sepenuhnya kepada Tim PPT-Kespro dengan mempertimbangkan pengalaman dan pembelajaran di daerah.
5. Pada kondisi terdapat masalah dalam kategori 3 dan kategori 4 namun teridentifikasi memiliki urgensi tinggi, permasalahan tersebut juga dapat dipilih.

Tabel 12 adalah contoh lembar kerja konsolidasi hasil analisis prioritas masalah, dengan pengelompokan berdasar periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya.

Tabel 12. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Hasil Analisis Prioritas Masalah

No.	Masalah	Kategorisasi (Berdasar Upaya dan Daya Ungkit/Dampak)	Pertimbangan Urgensi (Jika ada)	Prioritas Masalah (Ya/Tidak)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
<b>Masalah Utama:</b> XXX kasus kematian ibu selama periode tahun XXX – XXX				
Kelompok masalah 1: Periode Sebelum Kehamilan				
1		Kategori 1: Upaya kecil, daya ungkit/dampak besar Kategori 2: Upaya besar, daya ungkit/dampak besar Kategori 3: Upaya kecil, daya ungkit/dampak kecil Kategori 4: Upaya besar, daya ungkit/dampak kecil		Ya Tidak
2				
Kelompok masalah 2: Periode Kehamilan				
3				
4				
Kelompok masalah 3: Periode Persalinan				
5				
6				
Kelompok masalah 4: Periode Pascapersalinan				
7				
8				
Kelompok masalah 5: Lintas Periode / Tidak Terkait Periode Tertentu				
9				
10				

#### D. IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI

Setelah masalah prioritas terpilih dan disepakati bersama dalam Tim PPT-Kespro, masing-masing Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, dan Perwakilan non-Pemerintah menggunakan prioritas masalah tersebut sebagai acuan dalam pengembangan rencana intervensi.

Rencana intervensi merupakan sekumpulan kegiatan atau tindakan yang akan dilakukan atau diselenggarakan oleh Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, dan Perwakilan non-Pemerintah dalam rangka mengatasi prioritas masalah, yang akan berkontribusi pada penyelesaian masalah utama. Identifikasi rencana intervensi dilakukan bersamaan dengan identifikasi ketersediaan sumber daya, termasuk sumber pembiayaan, tenaga (SDM), dan ketersediaan waktu untuk menjalankan rencana tersebut.

Ketika menyusun rencana intervensi atau kegiatan, ada dua hal yang dapat digunakan sebagai pertimbangan:

##### 1. Kegiatan terkait kesehatan reproduksi yang telah secara rutin diselenggarakan.

Kegiatan yang telah rutin diselenggarakan merupakan pertimbangan pertama ketika mengidentifikasi rencana intervensi. Mempertimbangkan aspek ini memperbesar peluang rencana intervensi dapat direalisasikan. Namun demikian, karena telah secara rutin diselenggarakan, penting untuk menambah unsur pertimbangan, yakni:

- Apakah kegiatan tersebut perlu dilakukan secara berbeda atau ditambahkan unsur inovasi dalam penyelenggaraannya, guna meningkatkan efektivitas kegiatan tersebut?
- Diselenggarakan lintas Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-pemerintah, dengan lokus sasaran yang sama atau difokuskan pada wilayah atau kelompok sasaran tertentu. Pertimbangan ini bertujuan untuk memastikan kegiatan dilaksanakan secara bersama-sama, tidak terfragmentasi, dan diselenggarakan secara terintegrasi dan sinergis.

##### 2. Menambahkan kegiatan baru dan inovatif, termasuk dengan merujuk pembelajaran dari wilayah lain di Indonesia, maupun negara lain. Pedoman ini menyediakan contoh inovasi daerah terkait kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI. Inovasi daerah ini adalah inovasi daerah yang mengikuti Kompetisi Inovasi Layanan Publik yang diselenggarakan oleh Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.

Penyajian contoh inovasi daerah tidak bertujuan untuk membatasi ruang kreativitas daerah, semata-mata sebagai pemantik ide dalam diskusi dan pengembangan praktik inovatif daerah. Contoh inovasi terkait kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI tersedia pada bagian [lampiran.1](#).

Proses identifikasi rencana intervensi diselenggarakan dalam dua tahapan, yaitu:

##### 1. Identifikasi mandiri masing-masing Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah.

Masing-masing unsur Tim PPT-Kespro melakukan identifikasi rencana intervensi secara mandiri, sesuai urusan, tugas, dan fungsinya, termasuk mengidentifikasi sumber-sumber pembiayaannya. Masing-masing unsur melihat kembali daftar kegiatan yang selama ini telah diselenggarakan secara rutin dan terindikasi berkontribusi pada penyelesaian prioritas masalah. Masing-masing unsur Tim PPT-Kespro juga dapat melengkapi rencana intervensinya dengan memikirkan inovasi tertentu, yang secara logis berkontribusi pada penyelesaian prioritas masalah. Secara bersamaan, unsur Perangkat Daerah juga mulai melakukan identifikasi nomenklatur atas berbagai rencana kegiatan yang disusun.

Hasil dari proses identifikasi rencana intervensi yang dilakukan secara mandiri ini, selanjutnya dibawa dalam lokakarya konsolidasi rencana intervensi, bersama Perangkat Daerah, institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah lainnya.

##### 2. Lokakarya konsolidasi rencana intervensi.

Lokakarya konsolidasi rencana intervensi bertujuan untuk membahas, mengkonsolidasikan dan mengintegrasikan rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya oleh berbagai Perangkat Daerah, institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah.

Tabel 13 adalah contoh lembar kerja konsolidasi rencana intervensi, dengan pengelompokan berdasar periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya. Contoh lembar kerja tersebut dapat digunakan oleh Perangkat Daerah, institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah dalam menyusun rencana intervensi dan kegiatan, baik pada tahap identifikasi mandiri maupun sebagai lembar kerja dan format keluaran lokakarya konsolidasi rencana intervensi.

Tabel 13. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Rencana Intervensi

No.	Masalah Prioritas	Rencana Intervensi/ Kegiatan	Deskripsi Singkat Rencana Intervensi/ Kegiatan	Kode Nomenklatur (Jika Relevan)	Penanggung Jawab/ Pelaksana	Sumber Pembiayaan
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
<b>Masalah Utama:</b>						
XXX kasus kematian ibu selama periode tahun XXX – XXX						
<b>Kelompok masalah 1: Periode Sebelum Kehamilan</b>						
1						
2						
<b>Kelompok masalah 2: Periode Kehamilan</b>						
3						
4						
<b>Kelompok masalah 3: Periode Persalinan</b>						
5						
6						
<b>Kelompok masalah 4: Periode Pascapersalinan</b>						
7						
8						
<b>Kelompok masalah 5: Lintas Periode / Tidak Terkait Periode Tertentu</b>						
9						
10						

## E. PENYUSUNAN DOKUMEN PPT-KESPRO

Penutup langkah analisis masalah dan identifikasi rencana intervensi, yakni menyusun Dokumen PPT-Kespro. Dokumen PPT-Kespro adalah dokumen konsolidasi rencana intervensi dan kegiatan lintas Perangkat Daerah, institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah, sebagai strategi atau cara menyelesaikan prioritas masalah yang ditujukan pada penyelesaian masalah utama, yakni percepatan penurunan AKI.

Dokumen PPT-Kespro terdiri dari tiga bagian utama, yaitu:

### 1. Pendahuluan

Bagian ini menggambarkan proses penyusunan dokumen PPT-Kespro, mulai dari proses penetapan Tim PPT-Kespro sampai dengan terkonsolidasinya rencana intervensi prioritas masalah, termasuk unsur-unsur Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, Perwakilan Organisasi non-Pemerintah dan Masyarakat yang terlibat.

Bagian ini membantu pembaca Dokumen PPT-Kespro memahami proses-proses yang telah terjadi dan pihak-pihak yang terlibat, secara ringkas. Bagian ini dituliskan dalam 3-5 halaman.

### 2. Permasalahan dan Prioritas Masalah Kesehatan Reproduksi

Bagian ini menjelaskan hasil analisis masalah dan masalah yang ditetapkan sebagai prioritas masalah, termasuk penjelasan terkait dasar pemilihan prioritas masalah.

Bagian ini membantu pembaca untuk memahami berbagai permasalahan yang berkontribusi pada masalah utama, termasuk pertimbangan Tim PPT-Kespro ketika menetapkan prioritas masalah. Bagian ini mengacu pada hasil pada tahap Analisis Masalah dan Penetapan Prioritas Masalah.

Bagian ini dituliskan secara ringkas, maksimal 5 halaman, yang dilengkapi dengan tabel rekapitulasi masalah (lihat Tabel 12. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Hasil Analisis Prioritas Masalah).

### 3. Rencana Intervensi Prioritas Masalah Kesehatan Reproduksi

Bagian ini menjelaskan rencana intervensi lintas Perangkat Daerah, institusi non-Perangkat Daerah dan Organisasi non-Pemerintah terkait upaya percepatan penurunan AKI di kabupaten/kota.

Bagian ini membantu pembaca untuk memahami berbagai rencana intervensi dan kegiatan lintas pemangku kepentingan dan terintegrasi. Bagian ini memuat tabel konsolidasi identifikasi rencana intervensi dan kegiatan (lihat Tabel 13. Contoh Lembar Kerja Konsolidasi Rencana Intervensi).

Penting untuk dipertimbangkan, Dokumen PPT-Kespro adalah dokumen rencana intervensi terintegrasi yang disusun bersama-sama dan lintas pemangku kepentingan. Dokumen PPT-Kespro tidak menggantikan dokumen perencanaan dan penganggaran, namun berfungsi menjadi rujukan dalam penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran serta berfungsi sebagai rujukan guna memastikan hal-hal yang direncanakan secara terintegrasi telah terakomodasi dalam dokumen perencanaan dan penganggaran.

## F. INTEGRASI DOKUMEN PPT-KESPRO DALAM DOKUMEN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Rencana intervensi dan kegiatan telah disusun secara terintegrasi. Untuk memastikan rencana tersebut dapat direalisasikan, langkah selanjutnya adalah memastikan integrasi Dokumen PPT-Kespro dalam berbagai bentuk dokumen perencanaan dan penganggaran masing-masing unsur Tim PPT-Kespro.

Pada konteks Pemerintah Daerah, integrasi Dokumen PPT-Kespro dilakukan ke dalam berbagai bentuk dokumen perencanaan daerah, antara lain:

1. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah
2. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
3. Rencana Strategis Perangkat Daerah
4. Rencana Kerja Pemerintah Daerah
5. Rencana Kerja Perangkat Daerah
6. Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah

Integrasi Dokumen PPT-Kespro ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran idealnya dilakukan dalam tiga dokumen perencanaan dan penganggaran, antara lain:

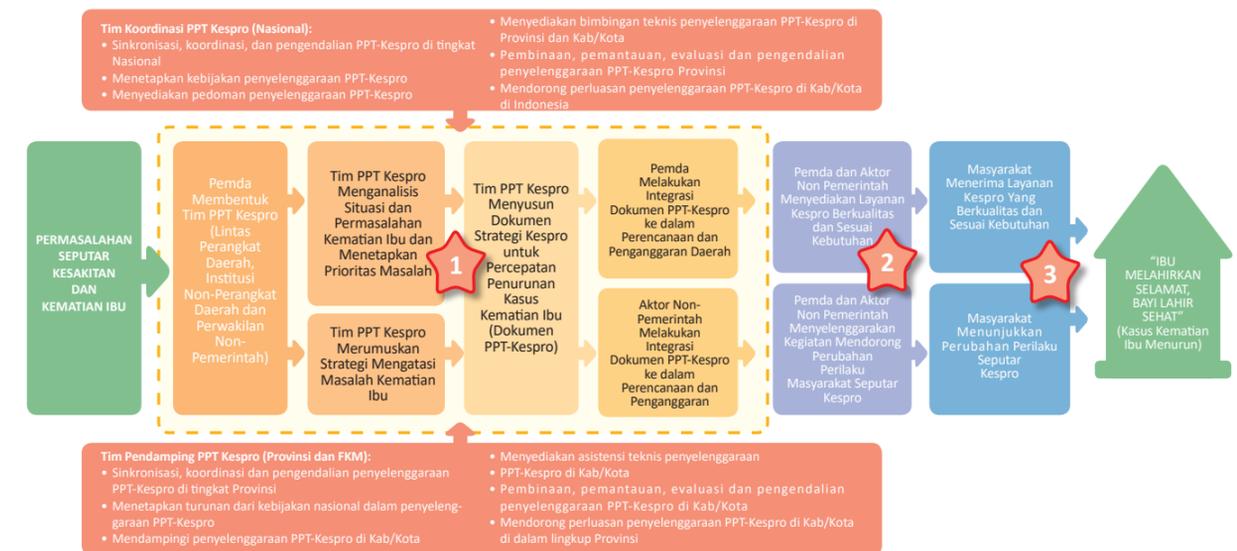
1. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, guna memastikan rencana intervensi menjadi bagian terintegrasi dari upaya percepatan penurunan AKI kabupaten/kota, sesuai kurun waktu kepemimpinan Kepala Daerah
2. Rencana Kerja Pemerintah Daerah, guna memastikan implementasi dari rencana intervensi, dalam siklus perencanaan dan penganggaran tahunan Pemerintah Daerah, dan
3. Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah.

Proses integrasi dilakukan selaras dengan proses penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran daerah. Oleh karenanya, peran Badan Daerah Kabupaten/Kota yang membidangi urusan perencanaan dan Perangkat Daerah terkait sangat penting pada tahap ini.

# PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PENGENDALIAN PENYELENGGARAAN PPT-KESPRO

5

Sebagaimana dipaparkan di muka, proses penyelenggaraan PPT-Kespro menggunakan kerangka sebagaimana ditunjukkan dalam Bagan 1, yang kembali ditampilkan di halaman berikut.



Bagan 5. Ilustrasi Fokus Pemantauan, Evaluasi dan Pengendalian

Pemantauan, Evaluasi dan Pengendalian penyelenggaraan PPT-Kespro sangat tergantung pada konteks implementasinya. Yang disajikan pada bagian ini adalah konteks implementasi yang melibatkan Tim Koordinasi PPT-Kespro dan Tim Pendamping PPT-Kespro, sebagaimana tergambar dalam bagan Kerangka PPT-Kespro. Untuk daerah yang secara mandiri menerapkan pendekatan PPT-Kespro dapat melakukan menyesuaikan kerangka pemantauan dan evaluasinya.

Pendekatan Pemantauan, Evaluasi dan Pengendalian yang diusulkan tidak berfokus pada indikator, namun pada pertanyaan kunci. Pertanyaan kunci disusun berdasarkan fokus dari pemantauan dan evaluasi, yang berhubungan dengan beberapa hal:

- Apa tujuan dari pemantauan, evaluasi dan pengendalian ini?
- Untuk apa informasinya akan digunakan dan oleh siapa?

Jawaban dari pertanyaan di atas akan membantu perumusan pertanyaan kunci. Dengan adanya pertanyaan kunci, akan memudahkan proses identifikasi informasi apa saja yang akan dikumpulkan dan bagaimana cara mengumpulkannya. Dari sini, instrumen pengumpulan data dapat dikembangkan dengan maksud yang jelas.

Dalam bagian ini dicontohkan bahwa fokus dari pemantauan, evaluasi dan pengendalian adalah bagian-bagian dari Kerangka PPT-Kespro (lihat Bagan 5) yang diberi tanda bintang, yakni:

- 1. Proses penyelenggaraan PPT Kespro hingga keluaran**, yakni Dokumen PPT-Kespro dan Integrasinya pada dokumen perencanaan dan penganggaran. Fokus ini terkait dengan proses pemantauan atas penyelenggaraan PPT-Kespro, yakni sejauh mana penyelenggaraan PPT-Kespro berjalan sesuai dengan pedoman dan menghasilkan keluaran yang diharapkan.
- 2. Implementasi rencana intervensi**. Fokus ini terkait dengan proses pemantauan dan pengendalian atas implementasi rencana intervensi sebagai bagian dari rencana kerja. Pemantauan, evaluasi dan pengendalian pada konteks ini terkait dengan sejauh mana rencana intervensi yang telah direncanakan telah sepenuhnya terlaksana dan sejauh mana rencana intervensi terlaksana secara berkualitas dan sesuai dengan harapan.
- 3. Hasil (outcome) dari PPT-Kespro hingga indikasi kontribusi pada hasil akhir yang diharapkan**. Fokus ini terkait dengan evaluasi atas kontribusi penyelenggaraan PPT-Kespro pada hasil, dalam kerangka penyelesaian masalah utama. Evaluasi pada konteks ini terkait dengan sejauh mana penyelenggaraan PPT-Kespro berkontribusi pada perubahan dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas bagi ibu, dan perubahan perilaku masyarakat seputar kesehatan reproduksi.

Tabel 14 adalah contoh dari pertanyaan kunci, untuk fokus pemantauan, evaluasi dan pengendalian, masing-masing dengan sejumlah pertanyaan yang lebih operasional.

Tabel 14. Contoh Pertanyaan Kunci dan Operasional

Pertanyaan Kunci	Pertanyaan Operasional
<p><b>Terkait Penyelenggaraan PPT-Kespro:</b> Sejauh mana pelaksanaan perencanaan dan penganggaran kesehatan reproduksi telah dilakukan secara terintegrasi?</p> <p><i>Linimasa: pertanyaan kunci ini tepat diajukan setiap tahunnya, selama atau setelah proses penyelenggaraan PPT-Kespro selesai dilakukan, sampai dengan dihasilkannya Dokumen PPT-Kespro dan integrasinya dalam dokumen perencanaan dan penganggaran</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana peran dari berbagai aktor: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tim Koordinasi PPT Kespro pada penyelenggaraan PPT-Kespro di daerah?</li> <li>b) Tim Pendamping PPT-Kespro pada penyelenggaraan PPT-Kespro di daerah?</li> <li>c) Bagaimana keterlibatan dari berbagai Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, perwakilan non-pemerintah dan masyarakat dalam penyelenggaraan PPT-Kespro di daerah?</li> </ol> </li> <li>2. Bagaimana proses pengembangan rencana intervensi kespro dilakukan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bagaimana analisis masalah dilakukan, termasuk penerapan kerangka analisis yang diusulkan dalam pedoman?</li> <li>b) Bagaimana analisis rencana intervensi dilakukan berdasarkan peta masalah yang dirumuskan daerah?</li> </ol> </li> </ol>

Pertanyaan Kunci	Pertanyaan Operasional
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sejauh mana kegiatan-kegiatan dalam a) penyediaan layanan, maupun b) perubahan perilaku masyarakat, sesuai dengan analisis dengan model pilar analisis masalah PPT-Kespro? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sejauh mana terdapat kegiatan baru, yang selama ini belum dilakukan daerah?</li> <li>b) Apakah ada kegiatan inovatif? Baik kegiatan yang sebelumnya rutin diselenggarakan namun penyelenggaraannya dilakukan secara berbeda dan inovatif?</li> <li>c) Bila ada (kegiatan baru atau kegiatan inovatif), apa tujuannya? Bila tidak, apa bedanya antara rencana kegiatan tersebut dulu, sebelum pendekatan PPT-Kespro, dan sekarang?</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Terkait implementasi rencana intervensi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sejauh mana rencana intervensi yang telah direncanakan telah sepenuhnya terlaksana</li> <li>b) Sejauh mana rencana intervensi terlaksana secara berkualitas dan sesuai dengan harapan</li> </ol> <p><i>Linimasa: pertanyaan kunci ini tepat diajukan setiap tahunnya, pada akhir semester pertama dan/atau akhir semester kedua. Dalam kerangka pengendalian, pertanyaan ini sebaiknya diajukan pada akhir semester pertama, guna memastikan perbaikan implementasi rencana intervensi, termasuk memanfaatkan momentum anggaran perubahan.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sejauh mana rencana intervensi kesehatan reproduksi (Dokumen PPT-Kespro) telah diintegrasikan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran Perangkat Daerah, Institusi non-Perangkat Daerah, perwakilan non-pemerintah?</li> <li>2. Sejauh mana rencana intervensi, yang telah disusun secara terintegrasi, telah sepenuhnya terlaksana? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Adakah hal yang masih perlu dilakukan untuk memastikan rencana intervensi dapat sepenuhnya terlaksana?</li> </ol> </li> <li>3. Sejauh mana rencana intervensi telah terlaksana secara berkualitas dan sesuai dengan harapan? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Adakah hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan sehingga sesuai dengan harapan?</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Terkait Hasil:</b> Sejauh mana Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi - Kespro telah mendorong:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) perubahan dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas bagi ibu, dan</li> <li>b) perubahan perilaku masyarakat seputar KIA?</li> </ol> <p><i>Linimasa: pertanyaan kunci ini tepat diajukan setiap tahunnya, pada akhir semester kedua. Hasil dari evaluasi ini berguna dalam diskusi Tim PPT-Kespro dalam rangka mendiskusikan perbaikan penyelenggaraan PPT-Kespro dan implementasi rencana intervensi pada awal tahun anggaran</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seperti apa perubahan dalam kualitas layanan yang diperoleh oleh masyarakat?</li> <li>2. Seperti apa perubahan dalam dukungan masyarakat pada ibu, khususnya ketika ibu hamil, bersalin, dan usai persalinan?</li> <li>3. Bagaimana perubahan-perubahan tersebut telah mendukung adanya kehamilan dan persalinan yang aman dan sehat?</li> <li>4. Sejauh mana masih terdapat insiden ibu melahirkan tidak selamat, atau nyaris tidak selamat? Apa hal-hal yang menyebabkannya?</li> </ol>

Pertanyaan-pertanyaan kunci di atas dapat digunakan untuk mengembangkan rencana pemantauan, evaluasi dan pengendalian yang lebih rinci. Dengan demikian, Tim PPT-Kespro dapat mengumpulkan informasi yang diperlukan guna menarik kesimpulan seputar fokus yang disasar, apakah terkait penyelenggaraan PPT-Kespro, implementasi rencana intervensi atau terkait hasil dari program.

## INOVASI DAERAH TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN AKI

### REFERENSI DALAM PROSES IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI/KEGIATAN

Sebagai pemantik ide dalam proses identifikasi rencana intervensi dan perencanaan kegiatan, Pedoman ini dilengkapi dengan contoh-contoh praktik inovasi daerah terkait kesehatan reproduksi untuk percepatan penurunan AKI.

Penyajian contoh-contoh tidak bertujuan untuk membatasi kreativitas daerah dalam pengembangan ide-ide inovatif, semata-mata bertujuan untuk memantik ide dalam diskusi dan pengembangan rencana intervensi dan kegiatan guna mengatasi masalah prioritas. Praktik inovasi daerah yang belum masuk dalam lampiran ini bukan berarti praktik yang dinilai tidak/kurang inovatif. Namun semata-mata dikarenakan didasari pada ketersediaan sumber informasi dan publikasi yang dapat diakses secara publik.<sup>25</sup>

Sejumlah daerah telah mencoba menysar masalah kematian ibu dan kematian bayi dan mengembangkan berbagai praktik inovasi. Di bawah ini adalah sejumlah *contoh* praktik inovasi daerah, yang dikelompokkan berdasar periode yang dilalui perempuan dan remaja perempuan terkait kesehatan reproduksinya, sebagaimana disampaikan pada kerangka konsep kunci “Ibu Melahirkan Selamat, Bayi Lahir Sehat” (lihat **Error! Reference source not found.**).

Tabel 15. Contoh Praktik Inovasi Daerah

Periode Sebelum Kehamilan	Periode Kehamilan	Periode Persalinan	Periode Pasca Persalinan
<b>CAS CIS CUS:</b> Pemeriksaan, penyuluhan, dan konseling calon pengantin	<b>BUAIAN:</b> Aplikasi asesmen risiko mandiri	<b>SI BERES NATUNA:</b> Peningkatan layanan persalinan	<b>SI BERES NATUNA:</b> Peningkatan layanan pasca persalinan
<b>CONTRA WAR:</b> Kontrasepsi untuk ibu risiko tinggi	<b>PEMBURU, TEMUI AKU, SUSI PASTI, PRASASTI:</b> Pemetaan ibu hamil baru dan ibu hamil risiko tinggi secara partisipatif	<b>MADU BULIN:</b> Mekanisme rujukan	<b>MADU BULIN:</b> Mekanisme rujukan
<b>Posyandu Prakonsepsi</b>	<b>BUAIAN:</b> Aplikasi asesmen risiko mandiri	<b>PSC 119 BANGKA LETS GO:</b> Penyediaan layanan tanggap darurat berbasis android pada <i>golden time</i>	
<b>SIP-PEKA:</b> Pencegahan kawin anak	<b>GO HAATI:</b> Koordinasi & pendampingan ibu hamil risiko tinggi, berbasis UPT Puskesmas	<b>SUSI PASTI:</b> Pelibatan suami dan edukasi suami siaga	
<b>SMART GENRE:</b> Program untuk remaja untuk pendewasaan usia kawin			

<sup>25</sup> Pemetaan ini menggunakan data sekunder berupa pemberitaan di dunia maya sebagai sumbernya. Karena itu, informasi mengenai program yang dimaksud terbatas pada yang dimuat di sumber data dan sudut pandang yang dipilih terfokus pada aspek tertentu saja. Program inovasinya sendiri sangat bisa jadi lebih luas daripada informasi yang dibahas di sini.

Dari pemetaan praktik inovasi daerah di atas, mari kita elaborasi berdasarkan aktor yang disasar:

### 1. RANAH IBU HAMIL

Pemerintah Kabupaten Sragen meluncurkan Program CAS CIS CUS (Calon Anak Sehat, Calon Ibu Sehat, Cita-cita untuk Semua). Program ini merupakan rangkaian layanan kesehatan meliputi pemeriksaan, penyuluhan dan konseling kepada calon pengantin (catin). Dimulai sejak 2017, rangkaian kegiatan dalam program ini dimulai diterapkan pada saat catin melaksanakan imunisasi TT. Catin yang terdaftar juga akan mengikuti serangkaian program pemeriksaan umum serta pemeriksaan laboratorium lainnya. Program CAS CIS CUS melibatkan KUA dan Kader Kesehatan Ibu dan Anak. Pada tahun 2021, inovasi dikembangkan lagi melalui pemberian Buku Panduan Pemeriksaan dan Tips menghadapi persalinan serta dilakukan penyuluhan secara *online* melalui platform *Zoom* dan pendampingan melalui grup WhatsApp.<sup>26</sup> Dapat dilihat bahwa keberhasilan Program CAS CIS CUS ini dipengaruhi oleh dinamika *supply* dan *demand*, di satu sisi perlu ada penyediaan layanan dari pemerintah, namun di sisi lain perlu inisiatif dan kemauan untuk mengakses layanan dari para catin.

Pada periode kehamilan, ibu hamil perlu memiliki kesadaran akan risiko pada kehamilannya dan memiliki kemauan untuk mengakses layanan. Pemerintah Provinsi Jawa Timur meluncurkan program BUAIAN (Bunda Anak Impian), yang berujung tombak sebuah aplikasi yang menjadi sarana edukasi bagi ibu hamil dan alat bantu asesmen awal secara mandiri, untuk melihat tingkat risiko dari kehamilannya. Menggunakan aplikasi BUAIAN, ibu hamil dapat terinformasi kapan harus memeriksakan kehamilannya dan dapat terhubung dengan 1000 bidan dan 300 dokter kandungan di 38 kabupaten/kota di Jawa Timur.

Melanjutkan periode kehamilan, periode persalinan dan pascapersalinan, penting bagi ibu hamil untuk mengetahui informasi mengenai layanan dan dukungan yang tersedia serta memanfaatkannya secara optimal. Pada titik inilah, ibu hamil yang terinformasi akan dapat terhubung dengan penyediaan layanan kesehatan dari pemerintah, seperti Program SI BERES NATUNA (Siap bersalin, terima bersih, praktis dan ringkas) di Kabupaten Natuna, atau program tim rujukan MADU BULIN (Masyarakat Peduli Ibu Hamil dan Bersalin) di Kabupaten Putussibau adalah program-program yang sudah tersedia, namun akan bermanfaat bila ibu hamil dan bersalin memiliki akses dan benar-benar mengakses layanan-layanan tersebut.

### 2. RANAH LINGKUNGAN PENDUKUNG

Pemerintah daerah melihat bahwa pernikahan usia anak menyumbang pada meningkatkan risiko pada kehamilan dan risiko kematian ibu. Karena itu, Pemda memiliki inisiatif mengembangkan program terkait pencegahan kawin anak. Pemerintah Kabupaten Bone, misalnya, meluncurkan Strategi Pencegahan Kawin Anak (SIP-PEKA), upaya pelibatan berbagai pemangku kepentingan, pemerintah maupun non-pemerintah sehingga anak, remaja, orang tua, dan masyarakat berani mengatakan “NO” pada pernikahan anak dan “YES” untuk sekolah (melanjutkan pendidikan). Dalam program ini masyarakat berperan sebagai pusat pembaharu, termasuk dengan pelibatan anak sebagai pelapor dan pelopor, pelibatan guru di sekolah, peran pengadilan agama sebagai filter utama pemberian dispensasi kawin, serta adanya pendidikan kecakapan hidup sebagai tambahan jam pelajaran muatan lokal di sekolah formal maupun non-formal.<sup>27</sup>

26 Info lebih lanjut dapat dilihat di: <https://inovasi.sragenkab.go.id/daerah/inovasi/cas-cis-cus-calon-anak-sehat-calon-ibu-sehat-cita-cita-untuk-semua>

27 Info lebih lanjut dapat dilihat antara lain di: <https://jipp.sulselprov.go.id/berkas/inovasi-strategi-pencegahan-perkawinan-anak-sip-peka/> dan <https://makassar.sindonews.com/read/714911/713/sip-peka-kabupaten-bone-masuk-top-50-kompetisi-pelayanan-publik-sulsel-1647443014>

Berlatar tantangan yang sama, mengenai perkawinan anak, Pemerintah Kota Cilegon merancang program SMART GENRE (Sistem Manajemen Aksi Remaja Terampil Generasi Berencana), yang intinya merupakan program pendewasaan usia menikah melalui 5 kebijakan yang berfokus pada peningkatan keterampilan dan edukasi praktik hidup sehat. Program ini menasar remaja usia 10-24 tahun yang belum menikah.<sup>28</sup>

Lingkungan Pendukung ibu hamil dan bersalin mensyaratkan peran pasangan dan keluarga secara lebih luas untuk memastikan kesehatan ibu hamil, memonitor risiko, dan mengawal periode persalinan dan pascapersalinan. Program seperti Gebrakan SUSI PASTI (Gebrakan Suami Siaga dan Penanganan Stunting Terintegrasi) di Kabupaten Lumajang mencakup komponen pelatihan suami siaga dalam paket programnya, sebagai upaya untuk mengedukasi dan mempersiapkan suami untuk mendukung istri.<sup>29</sup>

Ketiga program di atas adalah program yang dirancang oleh pemerintah daerah namun keberhasilannya sangat bertumpu pada partisipasi masyarakat, termasuk keluarga sebagai lingkungan pendukung.

### 3. RANAH LAYANAN KESEHATAN

Pemerintah daerah pun berinovasi dengan menasar perempuan yang sudah menikah. Pemerintah Kabupaten Banggai memiliki inovasi berupa Posyandu Prakonsepsi, sebuah terobosan pelayanan kesehatan untuk perbaikan gizi yang dimulai saat prakonsepsi (sejak menjadi pengantin) kepada wanita usia reproduksi/wanita pra-hamil. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa kondisi dan perilaku ibu pada saat hamil, yang dapat menimbulkan risiko bagi ibu dan bayi, dapat diidentifikasi dan dikelola agar dapat terdeteksi sejak awal kehamilan. Sejumlah kegiatan yang dilakukan dalam program ini, meliputi rekrutmen sasaran, kelas pendidikan, pengukuran dan pemeriksaan, serta pemberian suplemen dan multi-gizi mikro.<sup>30</sup>

Lebih spesifik, Pemerintah Kabupaten Malang mengembangkan Program “CONTRA WAR” atau *Contraceptive for Woman at Risk*. Program ini merupakan upaya deteksi dini PUS risiko tinggi, dan dilakukan dengan konsep ONE RW-ONE Cadre (Satu RW diamati oleh satu orang Kader), *One high risk acceptor-One Cadre* (Satu akseptor baru berisiko tinggi didampingi oleh satu kader KB terlatih); dan *Selected contraceptive for selected woman* (Kontrasepsi yang tepat bagi wanita yang tepat). Identifikasi awal dilakukan oleh Kader (PPKB, Sub PPKB, atau Kader Posyandu), yang ketika menemukan kasus PUS risiko tinggi maka akan langsung melaporkan melalui gawai berbasis android ke server CONTRA WAR. Selanjutnya Server akan mengirimkan SMS kepada pihak terkait untuk melakukan *home visit* untuk mengetahui kondisi sebenarnya dan melakukan tindak lanjut yang diperlukan, untuk mengelola risiko bila terjadi kehamilan.<sup>31</sup>

28 Info lebih lanjut dapat dilihat di: <https://cilegon.inews.id/read/112348/helldy-paparkan-inovasi-smart-genre-dalam-kompetisi-inovasi-pelayanan-publik>

29 Informasi lebih lanjut dapat diperoleh di, di antaranya: <https://infopublik.id/kategori/nusantara/647368/bupati-lumajang-paparkan-gebrakan-susi-pasti-jadi-top-inovasi-pelayanan-publik-nasional?show=> ; <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/inilah-top-inovasi-pelayanan-publik-terpuji-tahun-2022> dan <https://docplayer.info/221788421-Petunjuk-teknis-inovasi-gebrakan-susi-pasti-puskesmas-gucialit-kabupaten-lumajang.html>

30 Info lebih lanjut dapat dilihat di, di antaranya: <https://menpan.go.id/site/berita-terkini/edukasi-kesehatan-reproduksi-dengan-posyandu-prakonsepsi> ; <https://baktinews.bakti.or.id/artikel/posyandu-prakonsepsi-untuk-generasi-emas> dan <https://menpan.go.id/site/berita-terkini/top-45-dan-5-pemenang-outstanding-achievement-inovasi-pelayanan-publik-2020-telah-ditetapkan>

31 Panduan Program dapat dilihat di: [http://contrawar.malangkab.go.id/uploads/Berkas/CONTRA\\_WAR.pdf](http://contrawar.malangkab.go.id/uploads/Berkas/CONTRA_WAR.pdf)

Deteksi kehamilan dan deteksi dini risiko kehamilan memang menjadi sasaran banyak pemerintah daerah. **Program PEMBURU (Penemuan Ibu Hamil Baru)** dari Pemerintah Kabupaten Jombang berusaha melibatkan sejumlah pemangku kepentingan, tidak hanya para kader namun juga tukang sayur, untuk mendeteksi adanya ibu hamil baru di masyarakat dan menghubungkannya dengan sistem layanan dukungan ibu hamil.<sup>32</sup>

Pemetaan yang lebih spesifik, yakni ibu hamil risiko tinggi, telah dilakukan di banyak daerah. Kabupaten Lumajang meraih apresiasi di tingkatan nasional dengan programnya yakni **Gebrakan SUSI PASTI (Gebrakan Suami Siaga dan Penanganan Stunting Terintegrasi)**. Program ini memetakan ibu hamil dengan kriteria *primigravida*, risiko tinggi, dan menjelang kelahiran, yang dilanjutkan dengan pendataan terintegrasi untuk JKN. Di dalam program ini terdapat “Paket Bumil Puas”, yang meliputi kunjungan Ibu hamil, kelas Ibu hamil, ANC Reguler dan Terpadu, pelatihan suami siaga, rujukan serta pengawalan neonatal dan nifas paripurna, serta “Paket Bayi Emas”, yang meliputi kelas memasak, kelas Ibu pintar, *Gucialit chef*, kelas ASI, kunjungan balita kasus gizi, dan posyandu balita. Yang terakhir lebih menasar integrasi dengan penanganan *stunting*.<sup>33</sup>

Inisiatif dukungan pada ibu hamil dan ibu hamil risiko tinggi juga dapat didorong untuk dilakukan di level Puskesmas yang sudah siap. Sebagai contoh, praktik yang dilakukan oleh Puskesmas Air Itam, Kabupaten Penuk Abab Pematang Ilir (PALI), dengan **program TEMUI AKU (Turunkan Kematian Ibu dan Bayi dengan Kader Bumil)**. Inovasi ini dilakukan dengan mengoptimalkan peran serta kader dalam mendata ibu hamil melalui kunjungan rumah yang menjangkau seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, yang kemudian ditindaklanjuti dengan pelaksanaan ANC teratur oleh bidan, sehingga diketahui secara dini ibu hamil risiko tinggi serta ibu hamil dengan faktor risiko, sehingga bisa berkontribusi pada upaya menurunkan kematian ibu dan bayi.<sup>34</sup>

Contoh lain adalah peluncuran dan pendayagunaan aplikasi E-Risti melalui **program inovatif PRASASTI (Program pemantauan Sasaran ibu hamil Risiko Tinggi)** dari Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember. Puskesmas membuat **aplikasi E-Risti** yang akan mengingatkan Ibu hamil, kader dan bidan wilayah untuk melakukan pemeriksaan sesuai jadwal yang telah ditentukan sebelumnya, sebagai upaya memecahkan masalah KIA dengan sasaran semua ibu hamil, terutama yang berisiko tinggi. Aplikasi ini membantu bidan, kader, maupun ibu hamil sendiri untuk mencegah keterlambatan pemantauan, terutama pada ibu hamil dengan risiko tinggi, dan membantu menekan kejadian kegawatdaruratan karena *preeklampsia* dan perdarahan.<sup>35</sup>

Mirip dengan upaya di atas, Puskesmas Kebakkramat II di Kabupaten Karanganyar menyelenggarakan **inisiatif GO HAATI (Gojek Ibu Hamil agar Aman dari Risti)** untuk menyumbang pada penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Inovasi ini bertujuan memudahkan ibu hamil untuk mengakses layanan ANC Terpadu, dengan membangun konsep kemitraan dengan melibatkan puskesmas, keluarga, dan masyarakat melalui pendekatan *collaborative governance*, serta memberikan layanan yang berperspektif gender. Ini dilakukan dengan: (1) pelatihan Kader “Jaga Hati” untuk memfasilitasi ibu hamil, memberikan pengingat jadwal ANC, menjemput ibu hamil untuk mengikuti ANC Terpadu, hingga mendampingi ibu hamil sampai proses persalinan; (2) pemanfaatan grup WhatsApp GO HAATI, yang beranggotakan petugas Puskesmas, bidan desa dan Kader GO HAATI untuk melakukan koordinasi dan penyebaran informasi; dan (3) Dalam hal ditemukan ibu hamil risiko

32 <https://tambolaka.rujukannews.com/2022/04/15/pemburu-penemuan-ibu-hamil-baru/>

33 Informasi lebih lanjut dapat diperoleh di, di antaranya: <https://infopublik.id/kategori/nusantara/647368/bupati-lumajang-paparkan-gebrakan-susi-pasti-jadi-top-inovasi-pelayanan-publik-nasional?show=> : <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/inilah-top-inovasi-pelayanan-publik-terpuji-tahun-2022> dan <https://docplayer.info/221788421-Petunjuk-teknis-inovasi-gebrakan-susi-pasti-puskesmas-gucialit-kabupaten-lumajang.html>

34 Informasi dapat dilihat di: <https://puskesmasairitam.com/temui-aku-turunkan-kematian-ibu-dan-bayi-dengan-kader-bumil/>

35 Informasi dapat dilihat di: <https://ppid.jemberkab.go.id/berita-ppid/detail/prasasti-program-pemantauan-sasaran-ibu-hamil-risiko-tinggi>

tinggi, dilakukan pengelolaan semaksimal mungkin melalui Kelas Ibu Hamil Khusus Risti. Ibu hamil dipantau sejak awal kehamilan sampai proses persalinannya, termasuk pengantaran ke Rumah Sakit.<sup>36</sup>

Saat persalinan dan pascapersalinan, merupakan titik krusial berikutnya dalam periode memastikan ibu dapat melahirkan dengan selamat. **Program SI BERES NATUNA (Siap bersalin, terima bersih, praktis dan ringkas)** di Kabupaten Natuna, bertujuan untuk meningkatkan minat ibu hamil untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan memastikan keberadaan pelayanan paripurna, yakni pelayanan maksimal, menguntungkan pasien dan negara, memberikan rasa nyaman dan aman bagi pasien, sekaligus merapikan administrasi kependudukan. Adapun beberapa bentuk pelayanan dalam inovasi SI BERES NATUNA ini, diantaranya antar jemput pakai ambulans, biaya persalinan gratis, layanan pasca-melahirkan gratis, layanan KB pasca-salin gratis, dan dokumen kependudukan langsung didapat dan jaminan kesehatan.<sup>37</sup>

Dalam situasi darurat, misalnya kondisi bencana, layanan normal mungkin tidak bisa berjalan. **Tim Rujukan MADU BULIN (Masyarakat Peduli Ibu Hamil dan Bersalin)**, Kabupaten Kapuas Hulu, memiliki pengalaman ketika tim rujukan mereka menemukan tantangan harus memberikan layanan darurat dalam situasi banjir, sehingga akses ibu hamil ke RSUD terkendala. Tim Rujukan kemudian melakukan langkah-langkah koordinasi dengan berbagai pihak, termasuk BPBD, Tim Reaksi Cepat Pramuka, dan Taruna Tanggap Bencana (Tagana) untuk mendapatkan bantuan transportasi air (*speedboat*), sehingga ibu hamil di lokasi bencana dapat segera dijemput untuk mendapatkan layanan persalinan. Hal ini dimungkinkan karena Tim Rujukan sudah memiliki prosedur dan praktik penanganan bantuan kepada ibu hamil dan bersalin dalam berbagai situasi.<sup>38</sup>

Selain berbagai layanan spesifik di atas, sistem layanan pada ibu hamil dan bersalin bisa pula merupakan perluasan dari sistem layanan tanggap darurat secara umum. Kabupaten Bangka, sebagai contoh, memiliki **layanan LETS GO (Layanan Emergency Tanggap Sigap dan Gratis secara online)**, yang merupakan program layanan cepat tanggap kegawatkeparawatan di bidang kesehatan pra-rumah sakit berbasis **aplikasi android (PSC 119 BANGKA)**. Aplikasi ini akan menghubungkan masyarakat ke *Call Center* Darurat 119 tanpa menggunakan pulsa. Layanan LETS GO ini bertujuan untuk meningkatkan *response time* pelayanan gawat darurat guna penanganan yang tepat pada *golden period* kasus kegawatdaruratan, sebelum pasien dievakuasi dengan menggunakan ambulance PSC 119. Aplikasi ini mempunyai kelebihan; pengguna langsung terhubung dengan jejaring yang dapat memperoleh informasi keberadaan puskesmas atau bidan praktik terdekat, serta mempermudah tim PSC 119 mendeteksi lokasi korban atau klien yang perlu penanganan sesegera mungkin, sebelum dibawa ke fasilitas kesehatan.<sup>39</sup>

36 Informasi lebih lanjut di: <https://dinkes.karanganyarkab.go.id/?p=7046>

37 Informasi lebih lanjut di: <https://menpan.go.id/site/berita-terkini/tekan-kematian-ibu-dan-bayi-dengan-si-beres-natuna>

38 Informasi lebih lanjut di: [http://dinkes.kapuashulukab.go.id/detail\\_info/2282](http://dinkes.kapuashulukab.go.id/detail_info/2282)

39 Informasi lebih lanjut dapat dilihat di: [https://www.youtube.com/watch?v=LL\\_y\\_wUqmsg](https://www.youtube.com/watch?v=LL_y_wUqmsg)

## PROGRAM DAN KEGIATAN TERKAIT INTERVENSI NON-KESEHATAN UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN AKI<sup>40</sup>

### REFERENSI DALAM PROSES IDENTIFIKASI RENCANA INTERVENSI/KEGIATAN

Ketika mengidentifikasi rencana intervensi, Tim PPT-Kespro juga dapat merujuk pada dokumen Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten/Kota. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi program, kegiatan, dan sub-kegiatan tertentu, yang belum pernah diselenggarakan, namun telah terakomodasi dalam dokumen tersebut.

Tabel 16 berikut menyediakan contoh program, kegiatan, dan sub-kegiatan yang dapat digunakan sebagai acuan ketika melakukan identifikasi rencana intervensi non-kesehatan. Contoh-contoh ini bukanlah daftar program, kegiatan dan sub-kegiatan yang harus dipilih oleh ketika menyusun rencana intervensi, semata-mata disajikan sebagai pemantik diskusi. Tim PPT-Kespro disarankan untuk merujuk Keputusan Menteri Dalam Negeri yang mengatur Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah sebagai rujukan lengkap.

Selain itu, tabel berikut tidak menyajikan daftar program, kegiatan, sub-kegiatan untuk intervensi kesehatan. Dengan asumsi bahwa intervensi terkait kesehatan, dalam hal ini program, kegiatan, dan sub-kegiatan, akan ditentukan secara mandiri oleh Perangkat Daerah terkait urusan pemerintah bidang kesehatan.

Tabel 16. Contoh Program, Kegiatan dan Sub-kegiatan terkait Intervensi Non-Kesehatan

Urusan/ Unsur	Kode				Nomenklatur Urusan Kabupaten/Kota
	Bidang Urusan/ Bidang Unsur	Program	Kegiatan	Sub- Kegiatan	
1					URUSAN PEMERINTAH WAJIB BERKAITAN DENGAN PELAYANAN DASAR
1	02				URUSAN PEMERINTAH BIDANG KESEHATAN
1	02	02			PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT
1	02	02	2.03		Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi
1	02	02	2.03	01	Pengelolaan Data dan Informasi Kesehatan
1	02	02	2.03	02	Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan
1	02	02	2.03	03	Pengadaan Alat/Perangkat Sistem Informasi Kesehatan dan Jaringan Internet
1	02	05			PROGRAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN
1	02	05	2.02		Pelaksanaan Sehat dalam rangka Promotif Preventif Tingkat Daerah Kabupaten/Kota

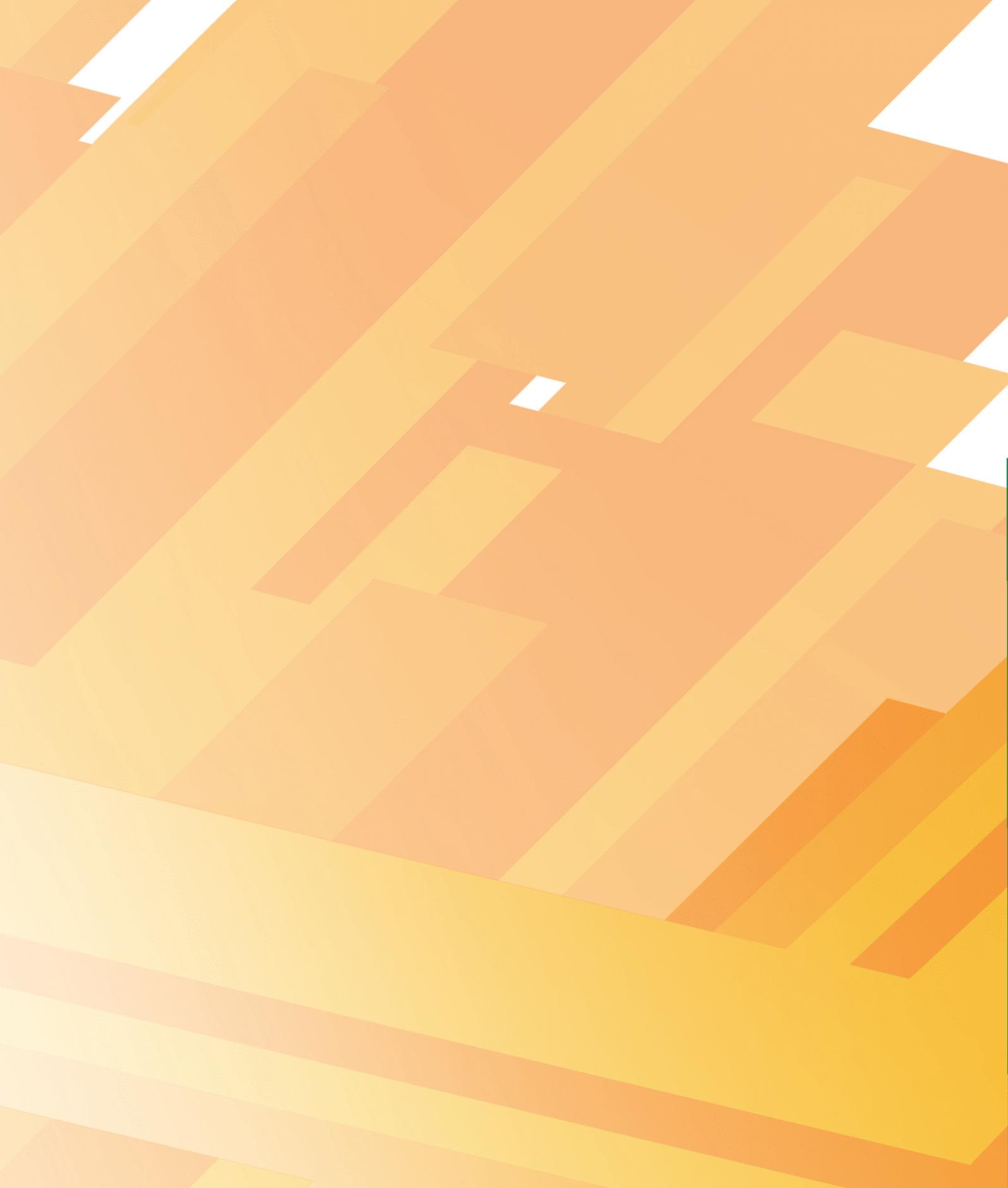
<sup>40</sup> Disarikan dari Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 050-5889 Tahun 2021 tentang Hasil Verifikasi, Validasi, dan Inventarisasi Pemutakhiran Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah

Urusan/ Unsur	Kode				Nomenklatur Urusan Kabupaten/Kota
	Bidang Urusan/ Bidang Unsur	Program	Kegiatan	Sub- Kegiatan	
1	02	05	2.02	01	Penyelenggaraan Promosi Kesehatan dan Gerakan Hidup Bersih dan Sehat
1	02	05	2.02	02	Penumbuhan Kesadaran Keluarga dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Keluarga dan Lingkungan dengan Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
1	05				URUSAN PEMERINTAH BIDANG KETENTRAMAN DAN KETERTIBAN UMUM SERTA PERLINDUNGAN MASYARAKAT
1	05	03			PROGRAM PENANGGULANGAN BENCANA
1	05	03	2.02		Pelayanan Pencegahan dan Kesiapsiagaan Terhadap Bencana
1	05	03	2.02	01	Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana Kabupaten/Kota
1	05	03	2.02	06	Penguatan Kapasitas Kawasan untuk Pencegahan dan Kesiapsiagaan
1	05	03	2.02	12	Pelatihan Keluarga Tanggap Bencana Alam
1	06				URUSAN PEMERINTAH BIDANG SOSIAL
1	06	04			PROGRAM REHABILITASI SOSIAL
1	06	04	2.01		Rehabilitasi Sosial Dasar Penyandang Disabilitas Terlantar, Anak Terlantar, Lanjut Usia Terlantar, serta Gelandangan Pengemis di Luar Panti Sosial
1	06	04	2.01	07	Fasilitasi Pembuatan Nomor Induk Kependudukan, Akta Kelahiran, Surat Nikah, dan Kartu Identitas Anak
1	06	04	2.01	08	Pemberian Akses ke Layanan Pendidikan dan Kesehatan Dasar
1	06	04	2.01	10	Pemberian Layanan Kedaruratan
1	06	04	2.02		Rehabilitasi Sosial Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Lainnya Bukan Korban HIV/AIDS dan NAPZA di Luar Panti Sosial
1	06	04	2.02	02	Pemberian Layanan Kedaruratan
1	06	04	2.02	09	Fasilitasi Pembuatan Nomor Induk Kependudukan, Akta Kelahiran, Surat Nikah, dan Kartu Identitas Anak
1	06	04	2.02	10	Pemberian Akses ke Layanan Pendidikan dan Kesehatan Dasar
1	06	06	2.02		Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Kesiapsiagaan Bencana Kabupaten/Kota
1	06	06	2.02	01	Koordinasi, Sosialisasi, dan Pelaksanaan Kampung Siaga Bencana
2					URUSAN PEMERINTAH WAJIB YANG TIDAK BERKAITAN DENGAN PELAYANAN DASAR
2	08				URUSAN PEMERINTAH BIDANG PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK
2	08	02			PROGRAM PENGARUSUTAMAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

Kode					Nomenklatur Urusan Kabupaten/Kota
Urusan/ Unsur	Bidang Urusan/ Bidang Unsur	Program	Kegiatan	Sub- Kegiatan	
2	08	02	2.02		Pemberdayaan Perempuan Bidang Politik, Hukum, Sosial, dan Ekonomi pada Organisasi Masyarakat Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	02	2.01	01	Sosialisasi Peningkatan Partisipasi Perempuan di Bidang Politik, Hukum, Sosial dan Ekonomi
2	08	02	2.03		Penguatan dan Pengembangan Lembaga Penyedia Layanan Pemberdayaan Perempuan Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	02	2.03	03	Pengembangan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Pemberdayaan Perempuan Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	03			PROGRAM PERLINDUNGAN PEREMPUAN
2	08	03	2.01		Pencegahan Kekerasan Terhadap Perempuan Lingkup Daerah Kabupaten/Kota
2	08	03	2.01	02	Koordinasi dan Sinkronisasi Pelaksanaan Kebijakan, Program dan Kegiatan Pencegahan Kekerasan Terhadap Perempuan Lingkup Daerah Kabupaten/Kota
2	08	03	2.02		Penyediaan Layanan Rujukan Lanjutan bagi Perempuan Korban Kekerasan yang Memerlukan Koordinasi Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	03	2.02	01	Penyediaan Layanan Pengaduan Masyarakat bagi Perempuan Korban Kekerasan Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	03	2.02	02	Koordinasi dan Sinkronisasi Pelaksanaan Penyediaan Layanan Rujukan Lanjutan Bagi Perempuan Korban Kekerasan Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	04			PROGRAM PENINGKATAN KUALITAS KELUARGA
2	08	04	2.01		Peningkatan Kualitas Keluarga dalam Mewujudkan Kesetaraan Gender (KG) dan Hak Anak Tingkat Daerah Kabupaten/Kota
2	08	04	2.01	02	Pelaksanaan Komunikasi, Informasi dan Edukasi KG dan Perlindungan Anak bagi Keluarga Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	04	2.01	03	Pengembangan Kegiatan Masyarakat untuk Peningkatan Kualitas Keluarga Kewenangan Kabupaten/Kota
2	08	04	2.03		Penyediaan Layanan bagi Keluarga dalam Mewujudkan KG dan Hak Anak yang Wilayah Kerjanya dalam Daerah Kabupaten/Kota
2	08	04	2.03	01	Pelaksanaan Penyediaan Layanan Komprehensif bagi Keluarga dalam Mewujudkan KG dan Perlindungan Anak yang Wilayah Kerjanya dalam Daerah Kabupaten/Kota
2	13				URUSAN PEMERINTAH BIDANG PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA

Kode					Nomenklatur Urusan Kabupaten/Kota
Urusan/ Unsur	Bidang Urusan/ Bidang Unsur	Program	Kegiatan	Sub- Kegiatan	
2	13	05			PROGRAM PEMBERDAYAAN LEMBAGA MASYARAKAT, LEMBAGA ADAT DAN MASYARAKAT HUKUM ADAT
2	13	05	2.01		Pemberdayaan Lembaga Masyarakat yang Bergerak di Bidang Pemberdayaan Desa dan Lembaga Adat Tingkat Daerah Kabupaten/Kota serta Pemberdayaan Masyarakat Hukum Adat yang Masyarakat Pelakunya Hukum Adat yang Sama dalam Daerah Kabupaten/Kota
2	13	05	2.01	09	Fasilitasi Tim Penggerak PKK dalam Penyelenggaraan Gerakan Pemberdayaan Masyarakat dan Kesejahteraan Keluarga
2	13	05	2.01	10	Peningkatan Kesadaran Keluarga dalam Membangun Kerja Sama antar-Keluarga, Warga, dan Kelompok Masyarakat
2	14				URUSAN PEMERINTAH BIDANG PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
2	14	03			PROGRAM PEMBINAAN KELUARGA BERENCANA (KB)
2	14	03	2.02		Pendayagunaan Tenaga Penyuluh KB/Petugas Lapangan KB (PKB/PLKB)
2	14	03	2.02	04	Penggerakan Kader Institusi Masyarakat Pedesaan (IMP)
2	14	03	2.03		Pengendalian dan Pendistribusian Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi serta Pelaksanaan Pelayanan KB di Daerah Kabupaten/Kota
2	14	03	2.03	03	Peningkatan Kesertaan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)
2	14	03	2.03	04	Penyediaan Dukungan Ayoman Komplikasi Berat dan Kegagalan Penggunaan MKJP
2	14	03	2.03	06	Penyediaan Sarana Penunjang Pelayanan KB
2	14	03	2.03	09	Promosi dan Konseling Kesehatan Reproduksi, serta Hak-Hak Reproduksi di Fasilitas Kesehatan dan Kelompok Kegiatan
2	14	03	2.03	12	Promosi dan Konseling KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran
2	14	03	2.03	13	Peningkatan Kesertaan KB Pria
2	14	03	2.04		Pemberdayaan dan Peningkatan Peran Serta Organisasi Masyarakat Tingkat Daerah Kabupaten/Kota dalam Pelaksanaan Pelayanan dan Pembinaan Kesertaan Ber-KB
2	14	03	2.04	01	Penguatan Peran Serta Organisasi Masyarakat dan Mitra Kerja Lainnya dalam Pelaksanaan Pelayanan dan Pembinaan Kesertaan Ber-KB
2	14	03	2.04	02	Integrasi Pembangunan Lintas Sektor di Kampung KB
2	14	03	2.04	03	Pelaksanaan dan Pengelolaan Program KKBPK di Kampung KB

Kode					Nomenklatur Urusan Kabupaten/Kota
Urusan/ Unsur	Bidang Urusan/ Bidang Unsur	Program	Kegiatan	Sub- Kegiatan	
2	14	04			PROGRAM PEMBERDAYAAN DAN PENINGKATAN KELUARGA SEJAHTERA (KS)
2	14	04	2.01		Pelaksanaan Pembangunan Keluarga Melalui Pembinaan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga
2	14	04	2.01	01	Pembentukan Kelompok Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga (Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) Bina Keluarga Lansia (BKL), Unit Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) dan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga)
2	14	04	2.01	07	Promosi dan Sosialisasi Kelompok Kegiatan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga (BKB, BKR, BKL, PPPKS, PIK-R dan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga/UPPKS)
2	14	04	2.01	08	Promosi dan Sosialisasi Kelompok Kegiatan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga (Menjadi Orang Tua Hebat, Generasi Berencana, Kelanjutusiaan serta Pengelolaan Keuangan Keluarga)
2	14	04	2.01	14	Penumbuhan dan Peningkatan Kesadaran Keluarga dalam Keterlibatan Perencanaan Kehidupan Menuju Keluarga Berkualitas
2	14	04	2.02		Pelaksanaan dan Peningkatan Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan Tingkat Daerah Kabupaten/ Kota dalam Pembangunan Keluarga Melalui Pembinaan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga
2	14	04	2.02	02	Pendayagunaan Mitra Kerja dan Organisasi Kemasyarakatan dalam Penggerakan Operasional Pembinaan Program Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga (BKB, BKR, BKL, PPPKS, PIK-R dan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga/UPPKS)
7					UNSUR KEWILAYAHAN
7	01				KECAMATAN
7	01	03			PROGRAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA DAN KELURAHAN
7	01	03	2.06		Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga Tingkat Kecamatan dan Kelurahan
7	01	03	2.06	07	Penumbuhan Kesadaran Keluarga dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Keluarga dan Lingkungan dengan Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
7	01	03	2.06	10	Pelatihan Keluarga Tanggap Bencana Alam
7	01	03	2.06	11	Pelatihan Keluarga Tanggap Bencana Rumah Tangga
7	01	03	2.06	12	Penumbuhan dan Peningkatan Kesadaran Keluarga dalam Keterlibatan Perencanaan Kehidupan Menuju Keluarga Berkualitas



Didukung oleh:

