



# PERENCANAAN TERPADU KESEHATAN IBU ANAK 2014

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

# Daftar Isi

Pengantar  
Pendahuluan  
Daftar Isi

Daftar Singkatan dan Istilah

Bab I           Pendahulaun

- A. Latarbelakang
- B. Tujuan
- C. Sasaran
- D. Dasar Hukum

Bab II           Kebijakan Nasional dan Strategi Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita (KIA)

Bab III          District Team Problem Solving Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita/Perencana Terpadu Kesehatan Ibu Anak dan balita (PT-KIA)

- A. Definisi
- B. Perkembangan
- C. Kedudukan

Bab IV          Pelaksanaan PT-KIA

- A. Pra Kondisi
  - Advokasi Awal
  - Pertemuan Teknis
- B. Orientasi Multipihak
- C. Lokakarya Perencanaan
  - Sesi 1 Analisis Sebab Akar Masalah
  - Sesi 2 Solusi dan Kegiatan
  - Sesi 3 Prioritas Kegiatan dan Target
  - Sesi 4 Rencana Usulan Kegiatan dan Anggaran
  - Sesi 5 Pembuatan Dokumen Perencanaan dan Anggaran
  - Sesi 6 Rencana Tindaklanjut
- D. Advokasi
- E. Monitoring dan Evaluasi

Bab IV          Penutup

Lampiran

## Daftar Singkatan

ACT's	: Artemisin-based Combinatioan Therapies
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKABA	: Angka Kematian Balita
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ANC	: Antenatal Care
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
ATK	: Alat Tulis Kantor
Baduta	: Bawah Dua Tahun
Balita	: Bawah Lima Tahun
BCG	: Bacillus Calmette Guerin
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Biro Pusat Statistik
CPR	: Cardio Pulmonary Resucitation (Resusitasi Jantung Paru)
CBR	: Crude Birth Right
CU	: Current User
CTU	: Contraceptive Technology Updates
DBD	: Demam Berdarah Dengue
Dekon	: Dekonsentrasi
DTPS	: District Team Problem Solving
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV-AIDS	: Human Immuno Deficiency Viruses – Aquired Immune Deficiency Syndrome
HSP	: Health Services Program
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
IKU	: Indikator Kinerja Umum
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
IUD	: Infra Uterine Device
K1	: Kunjungan Antenatal Pertama
K4	: Kunjungan Antenatal Ke-4(empat) KB : Keluarga Berencana
KEK	: Kurang Energi Kronik
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak balita
KIBBLA	: Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

KIP/K	: Komunikasi Interpersonal/Konseling
KMS	: Kartu Menuju Sehat
Kn2	: Kunjungan Neonatal Kedua
KTD	: Kehamilan yang Tidak Diinginkan
KUA	: Kebijakan Umum Anggaran/APBD
KW	: Kewenangan Wajib
LB	: Laporan Bulanan
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MAK	: Mata Anggaran Kegiatan
MAK III	: Manajemen Aktif Kala III
MDG	: Millenium Development Goals
Menkes	: Menteri Kesehatan
MKJP	: Metode Kontarsepsi Jangka Panjang
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MPS	: Making Pregnancy Safer
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
P2PL	: Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
P1	: Perencanaan
P2	: Penggerakan dan Pelaksanaan
P3	: Pemantauan, Pengawasan dan Penilaian
PKRT	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
PKRET	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu
PK	: Penanganan Komplikasi
PMPT	: Perencanaan Melalui Pendekatan Tim
PMTCT	: Prevention of Mother to Child HIV Transmission
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PN	: Persalinan Nakes (Persalinan ditolong oleh Tenaga Kesehatan)
POLINDES	: Pos Bersalin Desa
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PP AKI/AKB	: Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi
PPAS	: Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara
PPKtP	: Pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Perempuan
PT	: Perencanaan Terpadu
PT-KIA	: Perencanaan Terpadu Kesehatan Ibu dan Anak
PTPPO	: Pemberantasan Tindak Pidana dan Perdagangan Orang
PUS	: Pasangan Usia Subur
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
RAD	: Rencana Aksi Daerah
RAN PP AKI	: Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu
RDT	: Rapid Diagnostic Tests
RKA	: Rencana Kerja dan Anggaran

RKPD : Rencana Kerja Perangkat Daerah RS : Rumah Sakit  
RPJMD : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah  
RPJMN : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional  
SEARO : South-East Asia Region Office  
SKPD : Satuan Kerja Perangkat Daerah  
SP-2010 : Sensus Penduduk tahun 2010  
SPM : Standar Pelayanan Minimal :  
UNICEF : United Nations Children's Fund  
USAID : United States Agency for International Development  
WHO : World Health Organization

# BAB I

## Pendahuluan

### A. Latarbelakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana yang dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Salah satu indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan suatu negara dan kualitas hidup dari masyarakat adalah dengan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA).

Tingginya angka kematian ibu (AKI), angka kematian neonatal (AKN), angka kematian bayi (AKB) dan anak Balita yaitu merupakan isu utama di Indonesia. Dari hasil SDKI 2012 AKI, AKN, AKB dan AKABA adalah 359/100.000 KH, 19/1000 KH, 32/1000 KH dan 40/1000 KH, tanpa upaya yang keras dan fokus intervensi yang tepat, dikhawatirkan target RPJMN 2010 – 2014, MGD4 dan MDG 5 tidak tercapai. Sebenarnya pengetahuan dan intervensi yang efektif untuk menurunkan angka kematian ibu, bayi baru lahir dan Balita telah tersedia dan telah dilaksanakan, namun hasilnya belum se suai dengan harapan yang ditandai dengan masih tingginya angka kesakitan dan kematian.

Di era desentralisasi dan otonomi daerah ini, pemerintah kabupaten/kota mempunyai peran yang sangat penting, karena kabupaten/kota mempunyai wewenang dan tanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan daerah, termasuk kesehatan ibu, bayi baru lahir, bayi, dan anak Balita (KIBBLA). Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab untuk menyelenggarakan manajemen program dan pelayanan kesehatan yang dimulai dari penyusunan rencana pembangunan berbasis bukti (evidence based) termasuk penyediaan anggaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kesakitan dan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan anak balita bukan hanya urusan kesehatan, mengingat penyebab dan latarbelakangnya sangat dipengaruhi oleh faktor faktor yang menjadi tanggungjawab sektor dan pihak pihak lain. Sehingga penanganannya membutuhkan kerjasama secara sinergis dengan semua sektor tersebut.

Agar proses perencanaan berjalan baik, diperlukan suatu pedoman perencanaan berbasis bukti yang sederhana, praktis, sistematis, komprehensif, dan terintegrasi sesuai dengan kebutuhan, termasuk perencanaan dan penganggaran serta adanya partisipasi dari semua pihak yangterkait untuk memelihara dan memperbaiki status Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak Balita (KIBBLA).

Buku Pedoman Perencanaan ini merujuk pada Pedoman Proses Perencanaan DTSP-KIBBLA tahun 2008, yang telah disempurnakan dan disederhanakan agar lebih mudah dilaksanakan para pengelola program di daerah. Buku ini dapat dimanfaatkan untuk perencanaan kesehatan lainnya, hanya perlu penyesuaian topik dasarnya.

Buku pedoman ini berisi: Kebijakan dan Strategi Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita, alur proses lokakarya TP-KIA, serta petunjuk untuk membuat perencanaan dan penganggaran secara sederhana menurut tahapan- tahapan yang jelas.

Dalam membuat perencanaan dan penganggaran, tim harus juga mengaitkan proses perencanaan dengan rangkaian buku pedoman lain seperti: Juklak PT-KIA, RAN PP AKI, RAN Kesehatan Anak, Kebijakan dan Strategi dalam Akselerasi Upaya Penurunan Angka Kematian dan Peningkatan Kualitas Hidup Bayi dan Balita di Indonesia, Referensi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, Supervisi Fasilitatif, dan buku-buku terkait lainnya. Hal Ini sangat penting agar terdapat konsistensi antara kebijakan dengan rencana kegiatan dan pelaksanaan program yang disusun.

## **B. Tujuan**

### **Tujuan Umum**

Menghasilkan rencana kegiatan dan anggaran KIA kabupaten/kota yang disusun berdasarkan data lokal spesifik (tingkat kabupaten/kota maupun nasional) dan intervensi yang efektif (bukti ilmiah) terhadap penurunan AKI, AKB dan AKABA serta didukung oleh multipihak melalui penguatan sistem kesehatan.

### **Tujuan Khusus**

1. Menghasilkan penyebab masalah KIA di kabupaten/kota.
2. Menetapkan solusi dan kegiatan untuk pemecahan masalah KIA.
3. Menghasilkan perhitungan rencana kebutuhan anggaran yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Menghasilkan suatu draft dokumen perencanaan dan penganggaran pelayanan KIA.
5. Disetujuinya program KIA sebagai program prioritas pada RKPD (Rencana Kerja Pemerintah Daerah), Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Prioritas dan Platfon Anggaran Sementara (PPAS) dan RKA-SKPD (Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah).

## **C. Sasaran**

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit, BKKBN, Bappeda, DPRD, Sekretaris Daerah, Bupati, LSM, Organisasi Masyarakat, Organisasi Profesi, Media dan sebagainya.

## **D. Dasar Hukum**

1. Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28H Ayat 1;
2. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang RI Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
4. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Perencanaan Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025.

6. Undang-Undang RI Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah untuk kedua kalinya dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);;
7. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT);
8. Undang-Undang RI Nomor 7 Tahun 1984 tentang Ratifikasi Konvenan Internasional tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan (CEDAW);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Kesempatan Anak Indonesia Untuk Hidup Sehat, Tumbuh, dan Berkembang Secara Optimal Menjadi Semakin Terbuka
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 208, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4031);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
12. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;



## BAB II

### Strategi Nasional Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita (KIA)

Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABAL) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI menunjukkan angka 359 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 32/1.000 KH dan AKABA 40/1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan kesepakatan global (Millenium Develoment Goals/MDG's 2000) pada tahun 2015, diharapkan angka kematian ibu di Indonesia adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, AKB menjadi 23/1.000 dan AKABA menjadi 32/1.000 kelahiran hidup. Upaya penurunan AKI difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu, yang terjadi pada 77% kematian ibu yang terjadi yaitu perdarahan (23%), eklamsia (32%), komplikasi pueperium 31%, partus macet 1%, abortus 4%, dan lain-lain 9% (Analisis Lanjut SP). Upaya penurunan AKB difokuskan pada penyebab kematian neonates yaitu prematuritas 32%, gangguan napas 36% dan sepsis 12%; penurunan AKABA difokuskan pada penyebab kematian balita yaitu Pneumonia 25%, Diare 13,2%, Kecelakaan tenggelam 4,9%.

Diperkirakan 15 % kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna. Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di RS, diperlukan penanganan yang berkesinambungan, yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di Rumah Sakit.

Untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup maka pelayanan kesehatan ibu dan anak, dilakukan dengan pendekatan Continuum of Care yang dimulai sejak masa pra hamil, hamil, bersalin dan nifas, bayi, balita, hingga remaja (pria dan wanita usia subur). Pada masa pra hamil, program ditujukan bagi pasangan usia subur (PUS) melalui:

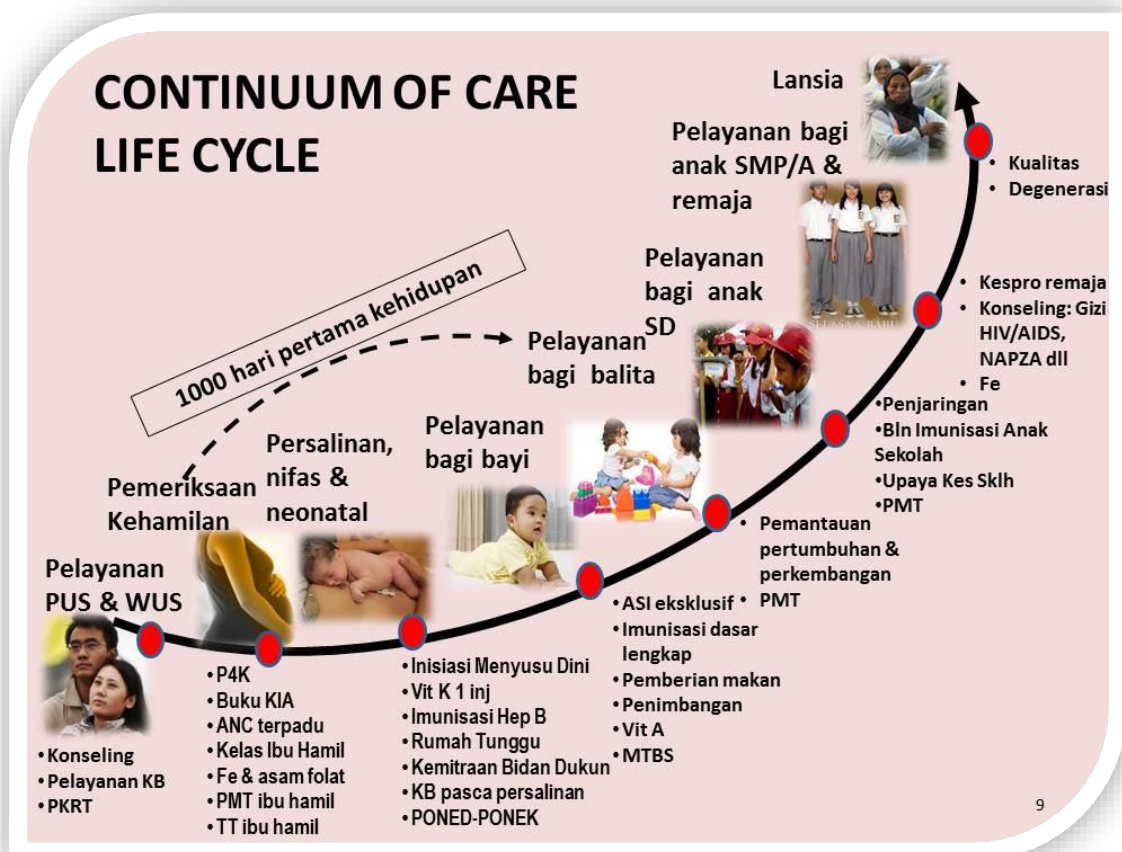
- Program keluarga berencana, yang diarahkan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), diharapkan setiap PUS dapat merencanakan kehamilannya dengan baik dan terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan (KTD).
- Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) termasuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas.

Pada masa kehamilan, program ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya, apabila terdapat komplikasi atau faktor risiko diupayakan dapat dideteksi secara dini dan dilakukan intervensi. Kegiatan yang dilakukan meliputi :

- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), menggunakan Buku KIA
- Pelayanan antenatal terpadu (HIV, malaria, gizi, dll),
- Pelaksanaan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita.

Pada tahap persalinan dan nifas, diupayakan agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. pengembangan rumah tunggu kelahiran di daerah dengan akses sulit dan kemitraan bidan dan dukun untuk daerah dengan proporsi persalinan oleh dukun masih tinggi. Setelah melahirkan, diupayakan agar setiap ibu mendapat pelayanan nifas, termasuk kunjungan neonates, konseling ASI eksklusif dan KB pasca persalinan. Apabila terjadi komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu dilakukan rujukan ke Puskesmas PONEK atau RS PONEK.

Setelah melewati masa neonates, bayi diupayakan terus memperoleh ASI eksklusif, mendapat imunisasi dasar lengkap, makanan pendamping ASI yang dimulai saat bayi usia 6 bulan, vitamin A dan pemantauan tumbuh kembang.



## A. Tujuan

Mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, tujuan dari program peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi adalah meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

## B. Sasaran Operasional

Indikator Kinerja Umum (IKU)

- Meningkatnya kesehatan ibu bersalin melalui pelayanan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
- Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan neonates pertama

Indikator Kinerja Kegiatan :

1. Persentase ibu hamil mendapat pelayanan Ante Natal Care (cakupan K1) sebesar 100%;
2. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal (cakupan K4) sesuai standar sebesar 95%;
3. Persentase ibu bersalin mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 95%
4. Persentase ibu bersalin mendapat pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 90%
5. Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan KB sesuai standar sebesar 100%;
6. Persentase ibu nifas yang mendapatkan pelayanan (Cak KF) sebesar 90%;
7. Persentase pelayanan kesehatan neonates pertama;
8. Persentase ibu hamil, bersalin, dan nifas yang mendapatkan penanganan komplikasi kebidanan (cakupan PK) sebesar 75%;
9. Persentase penanganan neonates dengan komplikasi sebesar 75%
10. Persentase pelayanan kesehatan bayi sebesar 100%
11. Persentase pelayanan kesehatan anak balita sebesar 100%
12. Persentase pasangan usia subur yang menjadi peserta KB aktif (CPR) sebesar 65%;
13. Persentase Kabupaten/Kota memiliki minimal 4 Puskesmas yang melaksanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) sebesar 100%;
14. Persentase Kabupaten/Kota memiliki minimal 2 Puskesmas mampu tatalaksana Pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Perempuan (PPKtP), termasuk Pemberantasan Tindak Pidana dan Perdagangan Orang (PTPPO) sebesar 100%;
15. Persentase Kabupaten/Kota memiliki minimal 2 Puskesmas mampu Tatalaksana Kekerasan terhadap Anak sebesar 100%
16. Persentase unit utama Kementerian Kesehatan yang membuat perencanaan dan melaksanakan kegiatan yang responsif gender sebesar 100%;

### C. Strategi Operasional

Strategi percepatan penurunan AKI di Indonesia dituangkan dalam dokumen Rencana Aksi Nasional (RAN). RAN dilaksanakan dalam konteks desentralisasi dalam bentuk Rencana Aksi Daerah (RAD) yang menjamin integrasi yang mantap dalam perencanaan pembangunan kesehatan serta proses alokasi anggaran, dengan fokus pada pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir sesuai standar, cost-effective dan berdasarkan bukti pada semua tingkat pelayanan dan rujukan kesehatan baik di sektor pemerintah maupun swasta. Sesuai dengan Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu tersebut, maka strategi / fokus Prioritas Pencapaian Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak yaitu :

- a) Peningkatan Cakupan dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu
- b) Peningkatan Peran Pemerintah Daerah terhadap Peraturan yang dapat mendukung secara efektif pelaksanaan Program
- c) Pemberdayaan keluarga dan masyarakat



Program Utama terpilih merupakan program yang dianggap akan mempunyai daya ungkit yang besar dalam upaya percepatan penurunan AKI oleh karena menjamin tersedianya pelayanan berkualitas yang dapat diakses setiap saat, yang meliputi:

1. Strategi/Program Nasional KIA, dengan sasaran Ibu, meliputi :
  - a. Pelayanan Antenatal Berkualitas (7T/10T)
  - b. Pelayanan Antenatal Terpadu, meliputi :
    - 1) Pelayanan Malaria Ibu Hamil
    - 2) Pelayanan PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak)
  - c. Program Kelas Ibu Hamil
  - d. Pertolongan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
  - e. Pelayanan Nifas Lengkap
  - f. Pelayanan KB (Pasca Persalinan)
  - g. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)
  - h. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
  - i. P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)
  - j. Program ASI Eksklusif
2. Strategi/Program Nasional KIA, dengan sasaran Bayi Baru Lahir, meliputi :
  - a. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)
  - b. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
  - c. Imunisasi Bayi Lengkap
  - d. Pelayanan Kunjungan Bayi/Kunjungan Neonatal (KN)

- e. Perawatan Metode Kangguru
  - f. Penanganan Asfiksia Bayi Baru Lahir
3. Strategi/Program Nasional KIA, dengan sasaran Bayi dan Balita, meliputi :
- a. Pelayanan Malaria Balita
  - b. Penanganan Pneumonia Balita
  - c. Penanganan Diare Balita
  - d. Penanganan Balita Gizi Buruk
  - e. Pelayanan Kesehatan Anak Balita
  - f. Imunisasi Dasar Balita

## BAB III

### District Team Problem Solving/Tim Perencana Terpadu Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita (DTPS KIBBLA/PT KIA)



Menurut UU No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, perencanaan adalah suatu proses untuk mengembangkan dan menentukan upaya yang tepat untuk dilaksanakan di masa depan yang telah ditetapkan melalui urutan pilihan dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia.

Perencanaan merupakan langkah awal dalam siklus manajemen yang akan dilanjutkan dengan unsur-unsur lain seperti: pelaksanaan program dan kegiatan, pengorganisasian, penganggaran dan pengawasan. Keberhasilan suatu program ditentukan melalui perencanaan yang baik dan efektif.

Dinas Kesehatan kabupaten/kota mempunyai kewajiban untuk menyusun rencana kerja tahunan pembangunan kesehatan yang diatur melalui peraturan perundang-undangan dan ketentuan dari Kementerian Dalam Negeri.

Penyusunan rencana kerja tahunan mengacu kepada Renstra Kesehatan Kabupaten/Kota, Rencana Aksi Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, dan atau berbagai pedoman teknis lainnya.

#### A. Definisi

DTPS atau *District Team Problem Solving* atau Tim Perencana Terpadu Kesehatan Ibu Anak dan balita (PT KIA) adalah suatu proses perencanaan kesehatan di kabupaten/kota yang dilaksanakan oleh tim perencana yang terdiri dari stakeholder terkait (Multipihak) yang bekerja dalam satu tim. Proses perencanaan tersebut mengikuti proses perencanaan daerah dan dalam pelaksanaannya memerlukan data berkualitas dari stakeholder sesuai dengan permasalahan kesehatan yang ada di kabupaten/kota.

Metode perencanaan dalam DTSPS/PT KIA dapat digunakan untuk perencanaan semua program kesehatan dengan hanya merubah topik bahasannya baik di tingkat Puskesmas sampai dengan tingkat pusat.

#### B. Perkembangan

Seiring dengan global initiative untuk mempercepat penurunan kematian ibu dan anak, maka PT difokuskan kearah perencanaan dan penganggaran Kesehatan Ibu dan Anak (DTPS MPS). WHO (Indonesia, SEARO dan HQ) mengenalkan DTSPS MPS di Indonesia pada tahun 1990an.

DTPS yang diprakarsai oleh WHO ini, dilaksanakan pertama kali (Pilot) di beberapa negara bagian India pada tahun 1980an dan selanjutnya dilaksanakan di beberapa negara di kawasan Sub-Sahara Afrika, Afrika Utara, Timur Tengah dan Asia Selatan dan Timur.

Kementerian Kesehatan dengan dukungan APBN mendanai program ini melalui kegiatan pelatihan fasilitator nasional di 32 provinsi; dan pelaksanaan lokakarya perencanaan di beberapa kabupaten dalam setiap provinsi.

Dalam perkembangannya diketahui bahwa pelaksanaan dan hasil DTPS MPS ini belum didukung sepenuhnya oleh sistem kesehatan terutama yang terkait dengan logistik (obat-obatan), penganggaran yang ada belum sejalan dengan sistem penganggaran pemerintah, dan perencanaan kesehatan ibu dan bayi baru lahir tidak bisa terlepas dari kesehatan Balita. Untuk meningkatkan efektifitas hasil perencanaan DTPS KIBBLA terutama dukungan ketersediaan anggaran yang memadai, DTPS MPS ini perlu didukung kegiatan advokasi ke pengambil keputusan terutama anggaran di kabupaten/kota.

Mengantisipasi perkembangan DTPS MPS tersebut, Kementerian kesehatan bekerjasama dengan USAID, melakukan penyempurnaan pedoman DTPS MPS, terutama isu:

- Perencanaan berdasar continuum of care dari kesehatan ibu, bayi baru lahir dan Balita sehingga nama DTPS MPS berubah menjadi DTPS KIBBLA (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak (Balita)).
- Penguatan komponen logistik alat kesehatan dan obat dengan mengikutsertakan staf dari Ditjen Farmasi sebagai anggota fasilitator nasional.
- Tahapan analisis masalah, dengan ditetapkan 3 faktor yang mempengaruhi masalah (pelayanan, masyarakat/lingkungan dan kebijakan).
- Dikaitkannya biaya untuk melaksanakan kegiatan hasil DTPS dengan nomenklatur anggaran pemerintah.
- Pengembangan buku referensi advokasi.

Pengembangan Buku DTPS-KIBBLA selesai pada tahun 2008 yang ditandai dengan diterbitkannya 5 buku DTPS KIBBLA yang terdiri dari 5 buku yaitu: 1) Pedoman Proses Perencanaan, 2) Panduan Fasilitator Orientasi Multipihak 3) Panduan Fasilitator Proses Perencanaan, 4) Referensi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, 5) Panduan Fasilitator Advokasi Anggaran dan Kebijakan.

Selama 12 tahun program DTPS (MPS/KIBBLA) belum pernah dilakukan evaluasi atau kajian terhadap pelaksanaannya di lapangan. Sehingga pelaksanaannya tidak diketahui, apakah masih dilaksanakan atau tidak dan apa permasalahannya. Untuk itu Kementerian Kesehatan dan UNICEF pada tahun 2013 melakukan kajian terhadap pelaksanaan dan buku DTPS KIBBLA terutama buku Pedoman Proses Perencanaan.

Hasil dari kajian pelaksanaan DTPS KIBBLA merekomendasikan beberapa isu penting sebagai berikut:

1. Perlu dikembangkan Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) PT KIA sebagai acuan dalam pengelolaannya, termasuk hal hal yang terkait dengan pembentukan Tim Perencana,, Fasilitator dan Pembiayaan pelaksanaan PT-KIA.
2. Penyempurnaan dan penambahan sesi buku 1 PT-KIA (Buku Pedoman Proses PT-KIA), yang mencakup ke 3 tahapan PT-KIA Penyederhanaan proses analisis masalah dengan metode Analisa Sumbatan (Bottleneck Analysis).
3. Pembuatan buku saku bagi fasilitator PT-KIA yang berisi tentang beberapa konsep dasar dan metode fasilitasi yang bersifat praktis namun tetap partisipatif

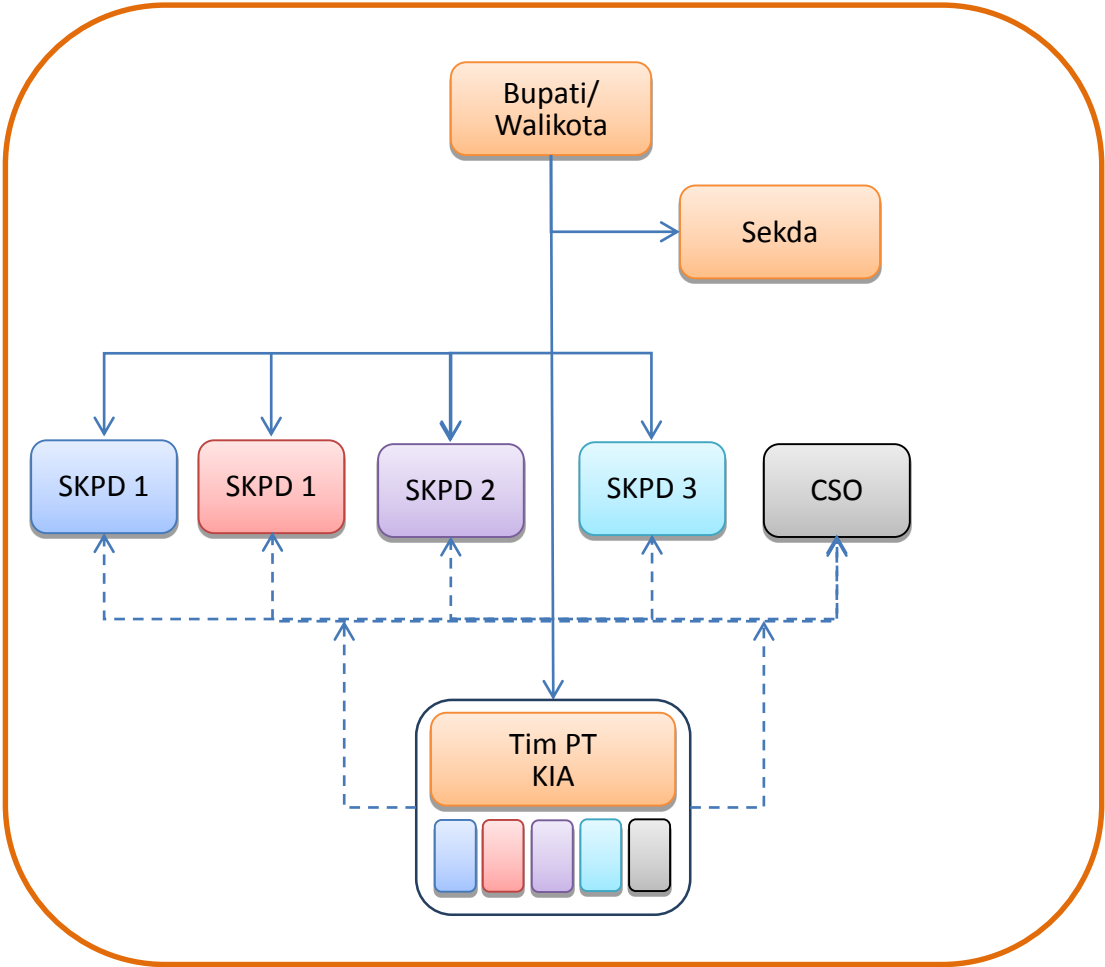
### **C. Kedudukan**

PT-KIA adalah program perencanaan terpadu kabupaten/kota yang dilaksanakan oleh tim perencana dan tim advokasi yang bersal dari lintas sektor yang bertanggungjawab kepada Bupati/Wali Kota atau Sekretaris Daerah. Tim ini bukan merupakan bagian dari struktur pemerintahan daerah, tim PT hanya bersifat koordinatif namun dalam pelaksanaannya mengikuti mekanisme dan jadwal perencanaan di kabupaten/kota (lihat Gambar 2.1: Grafik Kedudukan PT di kabupaten/kota).

Perencanaan ini tidak berdiri sendiri, perencanaan ini harus mengacu pada dokumen perencanaan yang ada, yaitu Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Renstra SKPD, Standar Pelayanan Minimum dan Renstra Nasional Kesehatan ibu, bayi baru lahir, bayi dan anak Balita.



Gambar 2.1 : Grafik Kedudukan Tim PT-KIA di kabupaten/kota



## BAB IV Pelaksanaan PT-KIA

Pelaksanaan PT-KIA merupakan satu kesatuan yang terpadu dengan perencanaan kesehatan daerah. PT-KIA bukan model baru perencanaan kesehatan tetapi pendekatan yang terpadu untuk menghasilkan rancangan strategi, kegiatan, pembiayaan dan pendanaan sesuai dengan kondisi, kebutuhan dan kepentingan daerah. PT-KIA mempunyai 3 arah perencanaan, vertikal (hulu ke hilir dan hilir ke hulu/top-down dan bottom-up) serta secara horisontal (lintas sektor). PT-KIA diharapkan mampu memberikan bahan perencanaan berdasarkan bukti nyata dan fakta yang ada. PT-KIA memberikan gambaran kebutuhan nyata dilapangan dan kemampuan daerah untuk mengatur strategi dan kebutuhan berdasarkan sumber daya yang ada. Tidak seperti program perencanaan kesehatan lainnya yang selesai setelah menghasilkan bahan perencanaan, hasil perencanaan PT (bahan perencanaan KIA) dipantau terus sepanjang proses perencanaan daerah sampai dengan terbitnya APBD, untuk memastikan isu tentang KIA termuat dalam APBD.

Pelaksanaan P-KIA bisa menjadi sukses ketika proses perencanaan yang dilakukan dalam PT-KIA sejalan dengan proses birokrasi perencanaan di daerah. Waktu yang tepat adalah sampai dengan menjelang Musrenbang Kabupaten. Pendanaan PT-KIA bisa dilakukan pada tahun sebelumnya, jika melibatkan tim dari propinsi/pusat. Sehingga fasilitator ini bisa didanai melalui skema Dana Dekonsentrasi.

Perbedaan antara PT KIA dengan proses perencanaan kesehatan ibu anak pada umumnya adalah:

<b>PT KIA</b>	<b>Perencanaan Kesehatan</b>
<b>Dilaksanakan oleh Dinas kesehatan beserta sektor lain yang terkait</b>	Dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan
<b>Dilaksanakan oleh tim perencana multisektor</b>	Dilaksanakan oleh bagian perencanaan dan unit teknis di Dinas kesehatan
<b>Selalu mengikuti jadwal perencanaan daerah</b>	Tidak selalu mengikuti jadwal perencanaan daerah
<b>Fokus pada intervensi yang terbukti efektif</b>	Kurang mempertimbangkan intervensi yang terbukti efektif
<b>Dokumen perencanaan dan anggaran di kawal dengan kegiatan advokasi yang terencana.</b>	Hanya menghasilkan dokumen perencanaan dan anggaran tidak ada kegiatan advokasi.

Data dan informasi yang digunakan dalam perencanaan ini bersumber dari data kabupaten/kota atau bila tidak tersedia dapat menggunakan data dan informasi dari Pusat atau rovinsi. (Risksedas, Rifaskes, SDKI, PODES, SUPAS dan sebagainya).

Data dan informasi dari kabupaten/kota yang dapat digunakan adalah:

- Data rutin hasil pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan swasta,
- Informasi hasil analisis PWS KIA dan hasil supervisi fasilitatif
- Rekomendasi hasil pembahasan AMP
- Informasi hasil studi, misalnya data dari BPS daerah, studi terkait kesehatan/KIA

Perencanaan terpadu KIA dilaksanakan sebelum atau bersamaan dengan proses penyusunan kebutuhan program dan kegiatan oleh masing masing SKPD terkait (akhir bulan Januari), sehingga terjadi sinkronisasi antara hasil perencanaan PT dengan perencanaan SKPD. Diharapkan isu tentang KIA ini akan termuat dalam Rancangan Renja SKPD. Bila waktunya tidak memungkinkan (terkait ketersediaan dana APBD), proses perencanaan dapat dilaksanakan pada akhir triwulan tahun sebelumnya (Oktober - Desember).

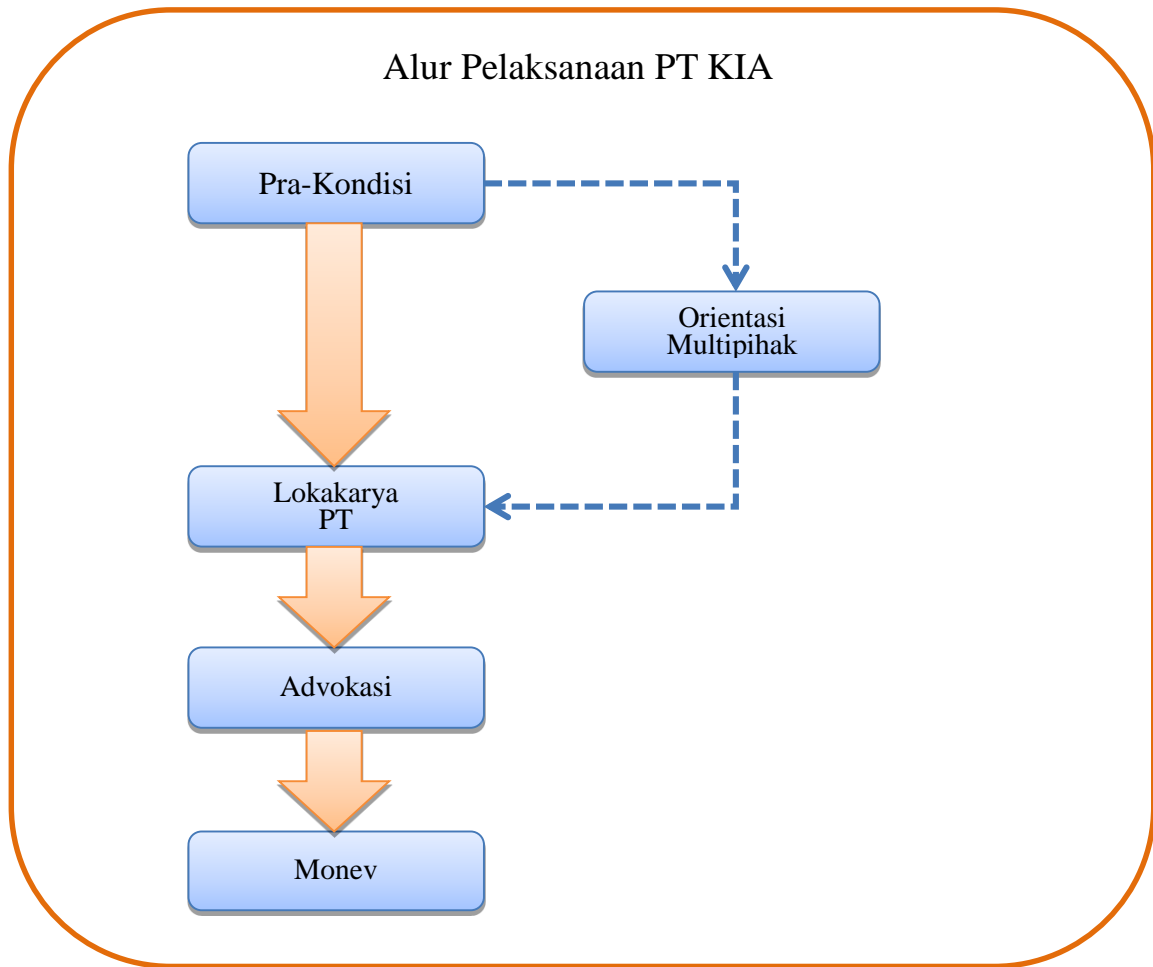
Tujuan perencanaan PT-KIA adalah menghasilkan rencana kegiatan dan anggaran KIA kabupaten/kota yang disusun berdasarkan data lokal spesifik (tingkat kabupaten/kota maupun nasional) dan intervensi yang efektif serta didukung oleh multipihak melalui penguatan sistem kesehatan.

#### **Alur dan pentahapan pelaksanaan perencanaan PT-KIA.**

Berbeda dengan PT-KIA yang lalu, dalam PT yang baru ini pelaksana utamanya adalah stakeholder utama (yang terkait langsung dengan kesehatan), yaitu Bappeda, Dinkes, Rumah Sakit, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB, Akademisi dan Organisasi Profesi (stakeholder lainnya dilibatkan bila indikasi) sehingga alur dan pentahapan juga mengalami perubahan.

PT-KIA dilaksanakan melalui tahapan tahapan mulai dari Pra Kondisi sampai dengan pembuatan rencana monitoring dan evaluasi. Agar hasilnya sesuai dengan harapan semua tahapan tersebut harus dilaksanakan. (lihat Gambar 4.1 : Grafik Alur Pelaksanaan dan tabel Tahapan PT-KIA).

Gambar 4.1 : Grafik Alur Pelaksanaan PT-KIA



**Tabel Tahapan PT-KIA**

Tahapan Tim Perencanaan Terpadu KIA	Hasil	Waktu
<b>Pra Kondisi</b>	<b>1 ½ - 2 hari</b>	
1. Advokasi Awal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya penyamaan persepsi dan terbentuknya dukungan tentang Perencanaan Terpadu KIA di lingkup pemangku kepentingan utama di daerah (Bappeda, Dinkes, Rumah Sakit, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB, Akademisi dan Organisasi Profesi kesehatan)</li> <li>• Terbentuk Tim Perencana &amp; Tim Advokasi Perencanaan Terpadu KIA di daerah</li> <li>• Tersedianya data KIA yang dibutuhkan untuk kegiatan pertemuan teknis di tahap selanjutnya (jika data belum tersedia secara memadai/lengkap tidak direkomendasikan untuk melaksanakan tahap selanjutnya yaitu pertemuan teknis)</li> </ul>	½ hari

2. Pertemuan Teknis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian situasi masalah KIA dan prioritasnya</li> <li>• Teridentifikasinya penyebab masalah KIA dan relevansinya dengan prioritas intervensi KIA</li> <li>• Teridentifikasinya analisis sumbatan terhadap beberapa prioritas intervensi KIA yang terpilih</li> <li>• Teridentifikasinya akar penyebab masalah sumbatan yang terjadi pada prioritas intervensi KIA yang terpilih</li> <li>• Teridentifikasinya kebutuhan dukungan/keterlibatan dari sektor selain Dinkes, RSUD, BPPKB, Organisasi Profesi dan Akademisi dalam rangka memberikan solusi dari hasil analisis sumbatan intervensi yang seharusnya dilaksanakan</li> </ul>	1 hari
<b>Orientasi Multipihak</b> (bila disepakati perlu dukungan dari luar sektor kesehatan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya penyamaan persepsi tentang KIA dengan <i>pemangku kepentingan</i> Multipihak (<i>pemangku kepentingan</i> utama ditambah <i>pemangku kepentingan</i> lainnya)</li> <li>• Terbentuk Tim Perencana Terpadu &amp; Tim Advokasi KIA Multipihak</li> <li>• Tersedianya Data KIA Multipihak (data tambahan sebagai bahan untuk lokakarya mutlipihak selanjutnya)</li> </ul>	½ hari
<b>Lokakarya Perencanaan Terpadu KIA</b>	<b>2 hari</b>	
1. Pembukaan & Orientasi Lokakarya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menetapkan tujuan dan alokasi waktu dari masing-masing sesi dalam lokakarya termasuk aturan main secara umum</li> </ul>	1 hari
2. Prioritas Solusi, Kegiatan dan Target	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teridentifikasinya prioritas solusi, kegiatan dan target beserta indikatornya untuk masing-masing kegiatan (solusi ini untuk mengatasi akar permasalahan dari hasil analisis sumbatan yang terjadi pada prioritas intervensi KIA yang terpilih)</li> </ul>	
3. Rencana Usulan Kegiatan dan Anggaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dihasilkannya bahan/dokumen Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan kebutuhan anggaran kegiatan KIA (APBD, APBN dan sumber anggaran lainnya)</li> </ul>	
4. Pembuatan Dokumen Perencanaan dan Anggaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dihasilkannya <i>draft</i> dokumen perencanaan dan penganggaran program KIA</li> </ul>	
5. Rencana Tindak Lanjut (RTL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dihasilkannya dokumen Rencana Tindak Lanjut Lokakarya Perencanaan PT-KIA</li> </ul>	
<b>Advokasi KIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumen Perencanaan dan Anggaran KIA yang telah disempurnakan</li> <li>• Bahan Materi Advokasi</li> <li>• Dokumen Rencana Advokasi KIA</li> </ul>	1 hari
<b>Monitoring dan Evaluasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terbentuknya Jadwal Kegiatan Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>	

## **A. Tahap Pra-Kondisi**

Tahap Pra-kondisi ini merupakan salah satu terobosan dalam rangka perbaikan dalam penyelenggaraan kegiatan awal penyusunan dokumen perencanaan program KIA di daerah. Hasil penelitian dan monitoring-evaluasi terhadap program DTPS KIBBLA di beberapa propinsi pada tahun 2013 oleh tim konsultan dan Kemkes RI menyimpulkan bahwa proses DTPS KIBBLA selama ini kurang didukung oleh para pemangku kepentingan kunci di daerah. Masih lemahnya dukungan dari para pemangku kepentingan kunci di daerah tersebut perlu diantisipasi sejak awal oleh fasilitator/tim yang selama ini sudah terbentuk melalui serangkaian kegiatan advokasi awal dan koordinasi internal dari pemangku kepentingan kesehatan di daerah.

Pelaksanaan dari kegiatan ini memerlukan fasilitator yang dapat memotivasi stakeholder di kabupaten/kota untuk membuka diri terhadap pentingnya membangun kolaborasi dalam pemecahan masalah KIA. Di samping itu fasilitator juga diharapkan dapat membantu pengelola program menyiapkan pelaksanaannya. Anggota fasilitator tersebut sebaiknya dipilih dari pengelola program, perguruan tinggi, organisasi profesi dan LSM ditingkat kabupaten/kota atau tingkat provinsi dan harus ditetapkan dan dilakukan sebelum kegiatan PT-KIA dimulai.

Dalam pelaksanaannya, kegiatan ini dibagi menjadi 2 bagian, yaitu (1) Advokasi Awal dan (2) Pertemuan Teknis.

### **1) Kegiatan Advokasi Awal.**

Kegiatan ini ditujukan untuk mengundang pemangku kepentingan utama (Bappeda, Dinkes, Rumah Sakit, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB (BP3KB), Akademisi dan Organisasi Profesi) untuk membahas KIA dan membuat kesepakatan draft susunan Tim Perencanaan Terpadu KIA, serta menandatangani data yang dibutuhkan untuk pertemuan teknis berikutnya.

Pada kegiatan advokasi awal ini dibentuk Tim Perencana dan Tim Advokasi yang anggota berasal dari stakeholder utama berdasarkan draft Surat Keputusan Bupati/Sekda yang dibuat sebelum kegiatan ini dilaksanakan.

Seperti diketahui untuk dapat menghasilkan perencanaan yang efektif dan sesuai dengan permasalahan spesifik daerah diperlukan adanya data KIA yang berkualitas. Untuk itu pada kesempatan ini diharapkan data KIA telah tersedia agar dapat digunakan untuk proses selanjutnya. Daftar data KIA yang harus tersedia dan jadwal pengumpulannya diinformasikan ke stakeholder utama.

### **2) Pertemuan Teknis.**

Pertemuan Teknis dipersiapkan oleh Fasilitator dan Tim Perencana KIA yang sudah dibentuk pada tahap advokasi awal. Pertemuan untuk membahas perencanaan ini dilakukan oleh Tim Perencana (peserta) dari pihak Bappeda, staf teknis dan staf

perencana dari pemangku kepentingan yang terkait langsung dengan KIA (pihak Dinkes Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Umum dan Swasta, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB, institusi pendidikan dan organisasi profesi (internal). Pertemuan teknis ini dilaksanakan dalam 3 sesi, dimulai dari **Sesi Pertama (Analisis Situasi dan Masalah)**, meliputi : analisis situasi dan masalah, penentuan prioritas masalah KIA, analisis penyebab masalah dan relevansinya dengan prioritas intervensi KIA, **Sesi Kedua (Analisis Sumbatan dan Identifikasi Dukungan Lintas Sektor)**, meliputi : analisis sumbatan terhadap prioritas intervensi KIA yang terpilih, identifikasi akar masalah dari hasil analisis sumbatan, identifikasi kebutuhan dukungan lintas sektoral di luar kesehatan dan penentuan solusi dan kegiatan serta **Sesi Ketiga (Rencana Tindak Lanjut)**, meliputi : persiapan orientasi multipihak (jika membutuhkan dukungan diluar sektor kesehatan) dan persiapan lokakarya KIA. Penyelenggara pertemuan teknis bekerjasama dengan fasilitator dalam mempersiapkan pelaksanaan orientasi multipihak (jika diperlukan keterlibatan lintas sektor) dan lokakarya perencanaan KIA agar berjalan lancar dan memenuhi tujuannya.

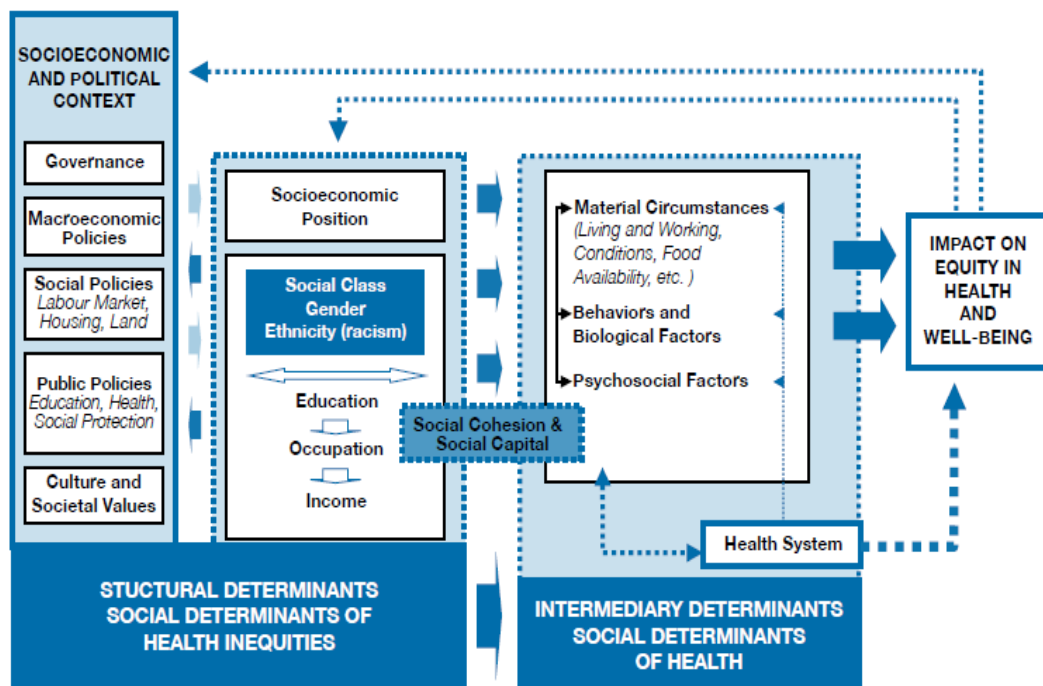
Tujuan Peremuan teknis ini adalah untuk melakukan kajian permasalahan KIA dan penentuan prioritas masalah, melakukan analisis penyebab masalah KIA dan mencari relevansinya dengan prioritas intervensi KIA, menentukan analisis sumbatan terhadap prioritas intervensi KIA, mengidentifikasi akar permasalahan dari hasil analisis sumbatan, mengidentifikasi kebutuhan dukungan/keterlibatan dari sektor selain Dinkes, RSUD, BPPKB, Organisasi Profesi dan Akademisi berdasarkan analisis sumbatan permasalahan KIA serta menentukan solusi dan kegiatan serta mempersiapkan pertemuan orientasi multipihak dan lokakarya perencanaan KIA sesuai dengan kebutuhan dukungan lintas sektor di luar kesehatan

Dalam pertemuan ini tim perencana mengkaji masalah dan sebab kematian/kesakitan terkait KIA dan dilanjutkan dengan identifikasi intervensi untuk menangani sebab kematian dan kesakitan tersebut. Intervensi yang dipilih harus disesuaikan dengan kebijakan, strategi dan program pemerintah dan dokumen lain yang terkait (Renstra daerah, Perencanaan KIA tahun sebelumnya, hasil studi dan rekomendasi hasil AMP, PWS KIA, Supfas). Selain memakai kriteria relevansi dengan strategi nasional yang menjadi prioritas program KIA untuk menentukan prioritas alternatif intervensi yang akan dipilih untuk dianalisis sumbatannya, maka ada satu kriteria tambahan lain yaitu seberapa jauh intervensi terpilih tersebut dianalisis memiliki kaitannya dengan indikasi munculnya ketidakadilan dalam pelayanan di program KIA selama ini. Model terbaru yang dikembangkan untuk memonitor adanya ketidakadilan yang mungkin terjadi pada subpopulasi tertentu di masyarakat (stratifikasi sosial) yaitu memakai konsep PROGRESS (WHO, 2013) yaitu terdiri dari :

- Place of residence (rural, urban, other)
- Race or ethnicity
- Occupation (workers/employed, unemployed)
- Gender/Sex
- Religion
- Education
- Socioeconomic status
- Social capital or resources

Harapannya dengan memasukkan kriteria baru yaitu relevansi dengan isu global sesuai model WHO tersebut maka berbagai problem ketidakadilan terkait isu gender, equity and human right yang selama ini mungkin terjadi di pelayanan KIA dapat terdeteksi secara lebih cermat dan bisa dianalisis sumbatannya lebih mendalam sedapat mungkin dicari keterkaitannya dengan berbagai determinan sosial sehingga pada akhirnya bisa dicarikan solusinya secara lebih komprehensif melalui Perencanaan Terpadu KIA.

Model lebih kompleks lain yang bisa dijadikan alternatif untuk menganalisis akar penyebab dari masalah sumbatan yang sekaligus dampaknya untuk mengatasi ketidakadilan dalam pelayanan KIA yaitu dengan memakai model dari WHO seperti terlihat dalam diagram berikut :

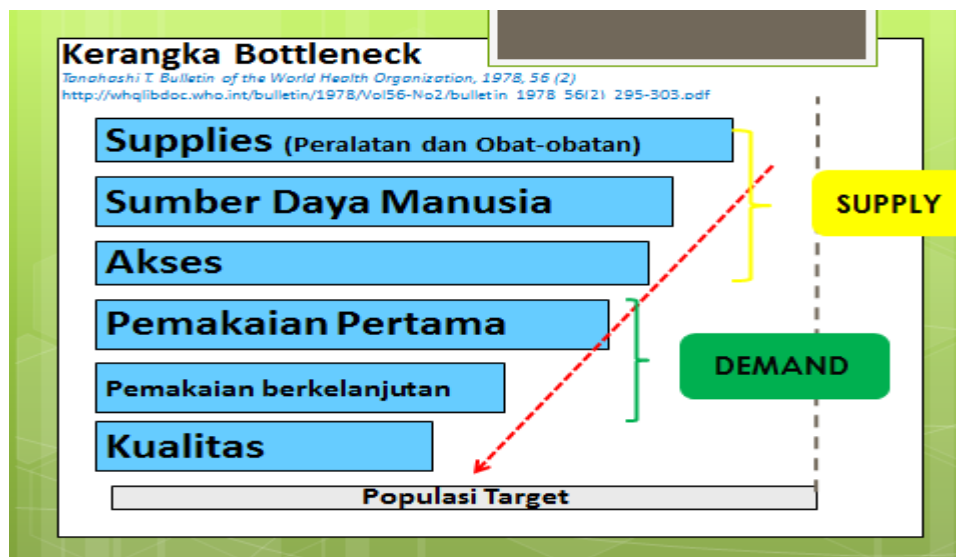


Jika dikaitkan dengan konsep HL Blum yang menyatakan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik maka model Structural Determinants dari determinan sosial dari kesehatan seperti diagram diatas bisa dimasukkan dalam faktor “LINGKUNGAN” sedangkan Intermediary Determinants nya bisa dimasukkan dalam faktor “PERILAKU” dan untuk Health System nya masuk dalam faktor “PELAYANAN KESEHATAN”.



Pendekatan dalam perencanaan PT-KIA menggunakan model yang diperkenalkan oleh Tanahashi (WHO Bulletin, 1978), dimana model tersebut menganalisis sumbatan dalam program kesehatan ibu anak dengan 6 variabel. Ke-6 variabel ini melalui kajian khusus, telah dianggap mewakili sumbatan-sumbatan umum yang terjadi dalam program kesehatan. Variabel ini terbagi menjadi 2 kelompok analisis, yaitu dari sisi Suplai (pemberi layanan) dan sisi Demand (penerima layanan). Sehingga analisisnya akan menjadi lebih terarah. Dengan model ini akan terlihat, apakah sumbatan yang terjadi lebih banyak dari sisi pemberi layanan atau justru dari sisi penerima layanan.

Bagan Model Kerangka Analisis Sumbatan



Sumber: Tanahashi (1978), UNICEF,UNDIP,UGM, Perencanaan Berbasis Bukti KIA (2014)

Ketidak berhasilan suatu program, tidak hanya tergantung dari “sisi buruk” si program itu saja, tetapi juga faktor suplai dan demand. Sebagian besar kekurangan suplai akan menyebabkan tidak berjalannya program untuk mencapai target yang diinginkan. Tetapi ada sisi lain, yaitu sisi demand, dimana si penerima layanan itu sendiri tidak mau menggunakan layanan yang tersedia sebagaimana yang dianjurkan. Sebagai contoh: rendahnya cakupan imunisasi, bisa dianalisis dengan pendekatan ini, apakah karena memang dari sisi jumlah vaksin, jumlah dan kualitas SDM imunisasi, atau jarak yang ditempuh untuk penjangkauan masyarakat target yang sulit, atau justru dari sisi masyarakat yang enggan dengan imunisasi karena adanya faktor faktor sosial dan kepercayaan tertentu. Dengan adanya model ini pemerintah bisa dengan tepat menembak sasaran yang menjadi sumbatan dalam proses perencanaan kesehatan, khususnya KIA. Pendekatan model ini dirasakan lebih tepat sasaran dan mempercepat proses analisis sumbatan

Pendekatan analisis sumbatan ini harus didahului dengan memelilih prioritas intervensi yang akan dijadikan pilihan strategi. Selanjutnya dari intervensi tersebut dilakukan analisis sumbatan dengan menggunakan 6 variabel yaitu:

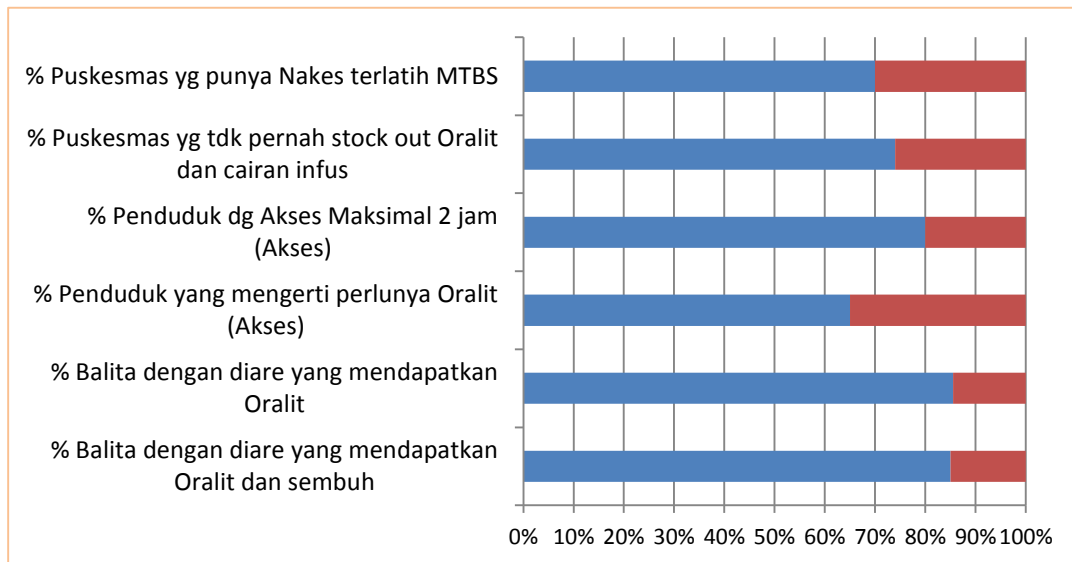
- **Ketersediaan sumberdaya manusia (SDM).**  
Kajian SDM ini meliputi jumlah, jenis tenaga terkait dengan intervensi, yang meliputi kecukupan, kualitas/kompetensi dan distribusinya.
- **Ketersediaan sarana, prasaranan, peralatan medik, bahan habis pakai, vaksin, reagen dan obat**  
Kajian meliputi kecukupan, distribusi, fungsi peralatan dan sarana (apakah masih berfungsi), distribusinya serta apakah ada stock out obat/reagensis.
- **Akses ke pelayanan kesehatan berkualitas.**  
Menghitung tingkat keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan (geografis) oleh masyarakat (misalnya % masyarakat yang dapat mengakses Fasyankes dalam 2 jam), distribusi Fasyankes dan tingkat kesulitan transportasi. Variabel ini juga meliputi faktor SosBud yang berpengaruh terhadap penerimaan masyarakat terhadap Yankes KIA, misalnya: (a) biaya pelayanan kesehatan (termasuk biaya non pelayanan kesehatan: biaya transport, biaya bagi pendamping dan lainnya termasuk keanggotaan dalam BPJS, masalah yang terkait dengan ketidakadilan Gender.
- **Cakupan Pelayanan Pertama (Kontak Pertama)**  
Tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat, misalnya cakupan antenatal K1, cakupan pelayanan kesehatan neonatus.
- **Cakupan Pelayanan Lengkap (Kontinuitas)**  
Tingkat keberlangsungan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat, misalnya cakupan antenatal K4, Kf3, KN Lengkap, ASI Eksklusif, Imunisasi Dasar lengkap, Pelayanan Kesehatan Anak Balita, Imunisasi Booster Bagi Balita
- **Efektifitas pelayanan.**  
Analisis dilakukan terhadap efektifitas atau kualitas dari suatu pelayanan, misalnya K4 sesuai standar (10 T) atau KN 1 sesuai standar menggunakan algoritma MTBM atau penanganan Diare dengan Oralit dan Zinc.

Langkah langkah yang dilakukan :

1. Tetapkan indikator dari masing masing variabel beserta nilainya sesuai dengan data KIA kabupaten/kota (lihat lampiran 1), bila nilai dari indikator tidak tersedia, maka nilai ditetapkan berdasarkan kesepakatan (Professional Judgement).

- Selanjutnya tetapkan 2 – 3 variabel (indikator) yang paling bermasalah atau dengan kesenjangan yang tinggi dari setiap intervensi. Gunakan grafik analisis sumbatan seperti contoh di bawah ini.

#### Contoh Grafik Analisis Sumbatan Intervensi Penanganan Diare pada Balita



Dari tabel tersebut diatas dapat dilihat bahwa indikator % penduduk yang mengerti perlunya Oralit, % Puskesmas yang punya Nakes terlatih MTBS dan % Puskesmas yang tidak pernah *stock out* Oralit dan cairan infus adalah variabel yang paling bermasalah. Selanjutnya ketiga indikator bermasalah tersebut menjadi bahan bahasan dalam Lokakarya Perencanaan.

Hasil analisis sumbatan ini akan menentukan tahapan berikutnya, yaitu:

- Orientasi Multipihak (bila dibutuhkan dukungan dari stakeholder lain)
- Lokakarya Perencanaan (bila tidak dibutuhkan dukungan dari stakeholder lain)

#### **B. Orientasi Multipihak (bila dibutuhkan)**

Orientasi dilaksanakan setelah kegiatan Pra Kondisi (bila ada indikasi), bertujuan untuk memberikan penjelasan/wawasan kepada pemangku kepentingan dan pengambil keputusan, anggota tim perencana dan tim advokasi selain dari stakeholder utama serta tersedianya data. Tim perencana dan tim advokasi tersebut, selanjutnya akan menjadi peserta pada Lokakarya Perencanaan.

#### **C. Lokakarya Perencanaan PT-KIA**

Lokakarya ini dilaksanakan dalam 6 sesi. mulai dari analisis situasi sampai dengan dihasilkannya draft bahan rencana dan anggaran program KIA.

## 1) Pembukaan dan Orientasi Lokakarya

Pada sesi ini akan diawali dengan pembukaan dan memberikan review hasil perencanaan teknis dan/atau orientasi multipihak sebagai pengantar untuk sesi selanjutnya, yaitu analisis sumbatan, penentuan prioritas solusi, kegiatan dan target, perencanaan sampai dengan penganggaran.

## 2) Prioritas dan Target

Pada sesi ini, akan ditentukan prioritas dari berbagai kegiatan yang telah ditetapkan. Sehingga kegiatan dapat dikurangi sesuai dengan prioritasnya, apabila anggaran yang ada untuk program terbatas. Tidak semua sebab akar masalah yang diidentifikasi ditetapkan sebagai bahan untuk kajian untuk mencari solusi masalah. Untuk itu perlu dilakukan penentuan prioritas akar masalah dengan metode skoring.

Metode skoring adalah satu teknik yang digunakan untuk membantu pengambilan keputusan dari berbagai pilihan untuk menentukan prioritas penyebab masalah, dan kegiatan dengan menggunakan beberapa kriteria yang telah disepakati sebagai berikut:

- **Besarnya penyebab masalah** adalah kesenjangan antara target tahun 2010 dengan cakupan pencapaian tahun terakhir x-2 (untuk hal yang merupakan indikator program), makin besar kesenjangan, maka makin buruk kinerjanya dan semakin tinggi skor yang diberikan.
- **Kepentingan** (importance) adalah gambaran seberapa jauh pelayanan dianggap penting untuk ditanggulangi. Kepentingan dapat dinilai dari beberapa hal, misalnya: ada hubungan langsung/tidak langsung dengan kematian ibu, bayi baru lahir dan anak Balita. Semakin penting penyebab masalah semakin tinggi prioritas atau angka (skor yang diberikan). Apabila satu penyebab masalah diselesaikan, maka akan sekaligus bisa menyelesaikan beberapa masalah lainnya. Makin banyak penyebab masalah yang dapat diselesaikan, maka penyebab masalah tersebut tergolong penting dan mendapat skor lebih tinggi.
- **Kemudahan/kelayakan** (feasibility) adalah seberapa jauh masalah pelayanan dapat ditanggulangi. Kemudahan dapat dinilai dari tersedianya sarana, prasarana, SDM, metoda, teknologi, dana, dan lain-lain. Makin sedikit sumberdaya yang dibutuhkan, maka makin tinggi nilai yang diberikan.
- **Dukungan untuk perubahan** (support of change) adalah besarnya dukungan dari stakeholders (Pemda, LSM, institusi terkait, masyarakat, tokoh masyarakat, dan lain-lain). Dukungan dapat berupa kebijakan, dana dan keterlibatan. Makin banyak dukungan yang didapat untuk suatu masalah, maka makin tinggi skor yang diberikan.

- **Risiko** (risks if nothing is done) adalah besarnya risiko apabila masalah suatu penyebab masalah tidak segera ditangani. Semakin besar risikonya, maka semakin tinggi angkanya.

Sepakati nilai yang akan diberikan untuk masing-masing kriteria (misalnya: 1: tidak penting, 2: kurang penting, 3: penting, 4: sangat penting). Nilai akhir didapat dari perkalian nilai kriteria.

Pada konteks ini, semakin besar penyebab masalahnya, maka semakin tinggi tingkat keparahannya. Semakin mungkin masalah tersebut terkelola, maka semakin tinggi prioritas masalah tersebut.

#### Contoh Penentuan Prioritas Masalah

Penyebab Masalah	Besaran Penyebab Masalah	Kepentingan	Kemudahan/ Kelayakan	Dukungan untuk Perubahan	Risiko bila tak di tangani	Nilai akhir / peringkat
1	2	3	4	5	6	7
1. Petugas tidak terampil	4	4	4	4	3	<b>768 (II)</b>
2. Cak imunisasi campak rendah	3	3	4	3	4	432 (IV)
3. Pengetahuan Masyarakat kurang	4	4	4	4	4	<b>1024 (I)</b>
4. Transportasi sulit (banyak desa terpencil)	4	4	3	2	3	288 (VI)
5. Tidak tersedia oralit dan cairan infus	4	4	3	4	3	<b>576 (III)</b>
6. Askeskin belum optimal	4	4	4	3	2	384 (V)
7. Cold Chain Vaksin buruk	3	4	3	4	3	432 (IV)

Pada sesi ini ditentukan pula prioritas dari berbagai kegiatan yang telah ditetapkan sehingga kegiatan dapat dikurangi sesuai prioritasnya apabila anggaran untuk program terbatas. Kriteria yang digunakan untuk pemilihan prioritas kegiatan adalah sebagai berikut:

- **Konsistensi:**

Bila kegiatan terpilih sesuai dengan strategi nasional dan rencana kerja kabupaten/ kota yang sudah ada. Makin sesuai dengan strategi/rencana kerja yang ada, maka makin tinggi skornya.

- **Evidence Based:**

Bila kegiatan dipilih termasuk dalam rangkaian kegiatan atau intervensi yg telah terbukti efektif (evidence based) nilainya makin tinggi dibandingkan dengan kegiatan yang belum ada bukti.

- **Penerimaan:**

Kegiatan dapat diterima oleh semua institusi terkait termasuk masyarakat setempat. Makin mudah diterima, maka makin tinggi skor/nilainya.

- **Mampu Laksana:**

Kegiatan yang dapat dilaksanakan berdasarkan kondisi setempat, fasilitas, Sumberdaya manusia dan infrastruktur yang dibutuhkan tersedia atau bisa didapat, termasuk pembiayaan. Makin mudah disediakan, makin tinggi nilainya.

Sepakati nilai yang akan diberikan untuk masing-masing kriteria (misalnya: 1: tidak penting, 2: kurang penting, 3: penting, 4: sangat penting). Nilai akhir didapat dari perkalian nilai kriteria. Total nilai besar mendapat prioritas utama yang menunjukkan besarnya masalah dan kemudahan pengelolaannya.

#### Contoh Penentuan Prioritas Kegiatan

Solusi	Kegiatan	Konsisten si	Evidence based	Peneri maan	Mampu laksana	Total nilai
1	2	3	4	5	6	7
Meningkatkan pengetahuan masyarakat	1.Membuat media penyuluhan diare yang partisipatif	3	3	4	2	72 (5)
	<b>2. Pelatihan penyuluh diare partisipatif bagi bidan &amp; perawat desa.</b>	4	4	4	4	<b>256 (1)</b>
	<b>3.Penyuluhan men cuci tangan dengan sabun</b>	4	4	3	3	<b>144 (3)</b>
	4.Mencetak poster, leaflet. cara mencuci tangan	2	3	2	3	36 (7)
	5.Penyebaran informasi melalui radio dan media tradisional.	3	2	3	3	54 (6)
	6.Melakukan <i>monitoring</i> berkala.	4	3	3	3	108 (4)
Meningkatkan ketrampilan nakes	<b>1.Melakukan pemetaan kemampuan petugas</b>	4	4	3	4	<b>192 (2)</b>
	<b>2.Pelatihan MTBS</b>	4	4	3	3	<b>144 (3)</b>
	3.Pemantauan pasca pelatihan (kualifikasi) MTBS	4	3	3	3	108 (4)

	4.Melakukan supervisi fasilitatif	4	3	3	4	<b>144 (3)</b>
	5.Melakukan <i>peer review</i>	3	3	4	2	72 (5)
	6.Seminar pemanfaatan MTBS	2	2	3	2	24 (8)

Selain itu juga harus ditentukan indikator dan target kegiatan dengan mempertimbangkan dan menggunakan Standar Pelayanan Minimum (SPM), target nasional dan target daerah serta kemampuan untuk mencapainya.

### Contoh Penentuan Prioritas Kegiatan

Kegiatan	Indikator	Tahun x - 1		Tahun x	
		Kumulatif	Target	Kumulatif	Target
1	2	3	4	5	7
Melakukan pemetaan Petugas Puskesmas yang melakukan MTBS	Jumlah Petugas Puskesmas yang melaksanakan MTBS	30	15	45	20
Pelatihan MTBS	Jumlah petugas yang terlatih MTBS	20	20	40	20

### 3) Rencana Usulan Kegiatan

Pada sesi ini tim perencana menelaah penyebab akar masalah sumbatan yang telah ditetapkan sebagai prioritas penyebab masalah kesakitan dan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan anak Balita kemudian mencari solusi dan kegiatan yang berdasarkan bukti dan mempunyai daya ungkit yang paling besar serta konsisten dengan kebijakan dan strategi nasional serta sesuai dengan masalah spesifik lokal.

Solusi ditentukan dari masing-masing akar sebab masalah yang telah di prioritaskan pada sesi sebelumnya. Selanjutnya dari masing masing solusi tentukan **kegiatan yang inovatif, mempunyai daya ungkit besar, dan realistis.**

## Contoh Prioritas Penyebab Masalah, Solusi, dan Kegiatan

No	Prioritas penyebab	Solusi	Kegiatan
1	2	3	4
1	Pengetahuan masyarakat mengenai penyebab diare kurang	Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan dan penanggulangan diare.	1. Membuat media 2. Penyuluhan diare yang partisipatif 3. Pelatihan penyuluhan diare partisipatif bagi bidan di desa/nakes. 4. Kampanye cuci tangan dengan sabun 5. Mencetak poster, <i>leaflet</i> mengenai diare 6. Penyebarluasan informasi diare melalui radio dan media tradisional.
2	Nakes kurang terampil dalam penatalaksanaan diare	Meningkatkan ketrampilan nakes dalam penatalaksanaan diare	1. Melakukan pemetaan kemampuan petugas 2. Pelatihan MTBS 3. Pemantauan pasca pelatihan (kualifikasi) 4. Supervisi fasilitatif ke fasilitas pelayanan 5. Melakukan <i>peer review</i> 6. Seminar <i>review</i> pemanfaatan MTBS
3	Kekurangan oralit dan cairan infus	Memperbaiki manajemen pengadaan obat dan alat	1. Melakukan pemetaan mengenai kondisi fasilitas program 2. <i>Refreshing</i> petugas Puskesmas tentang manajemen obat dan alat 3. Pengadaan sarana dan prasarana (? Sebutkan) 4. Supervisi fasilitatif ketersediaan obat/alat (oralit, infus) di Puskesmas

Pada sesi ini tim menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Usulan Anggaran. RUK mencakup informasi tentang Kegiatan, Lokasi, Sasaran, Volume, Unit Cost, Jumlah, Biaya, Sumber Dana, Jadwal dan Penanggungjawab. Seperti contoh di bawah ini:

### Contoh Penentuan Prioritas Kegiatan

Kegiatan	Uraian Kegiatan							
	Lokasi	Sasaran	Volume	Unit Cost	Juml. Biaya	Sumber Dana	Jadwal	Pen. Jawab
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pemetaan Kemampuan petugas	Puskesmas, Pustu	Dokter, bidan perawat	20			APBD II		
Pelatihan MTBS	Kabupaten	Dokter, perawat	20			APBN		

## 4) Rencana Usulan Anggaran

Sedangkan Rencana Usulan Anggaran tim menghitung rencana anggaran kegiatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan sumber lain.



Rencana Usulan Kegiatan mencakup informasi tentang kegiatan, No. Rek. Kode kelompok, uraian kelompok belanja, rincian perhitungan, total anggaran dan sumber. Seperti contoh berikut ini:

**Contoh Uraian Perhitungan APBD dan APBN Program KIA Sebelum Ada Pagu Sementara**

No	Kegiatan	Kode rek- kode kelompok	Uraian Komponen Belanja	Rincian perhitungan				Total	Sumber
				Vol	Satuan	Harga satuan	Jumlah		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Pemetaan Kemampuan petugas	5221102	Konsumsi	20	OH	35,000	700,000	6,000,000	APBD II
		5220101	ATK	20	paket	15,000	300,000		
		5210101	honor surveyor	20	OH	50,000	1,000,000		
		5221501	biaya transport surveyor	20	OT	200,000	4,000,000		
2	Pelatihan MTBS untuk 10 orang bidan di desa dan perawat selama 10 hari	522116	sewa ruang kelas	4	hari	500,000	2,000,000	48,500,000	APBN
		521119	Konsumsi	10	paket	350,000	3,500,000		
		521211	ATK	10	paket	50,000	5,000,000		
		524119	transport peserta	10	OT	75,000	7,500,000		
		524119	uang harian peserta	10	OH	150,000	15,000,000		
		512112	biaya praktek keterampilan 4 org	6	hari	100,000	2,400,000		
		524119	biaya transport sekretariat	2	OT	75,000	1,500,000		
		512112	honor pelaksana administrasi	2	OH	1,000,000	2,000,000		
		512112	biaya 4 orang instruktur 6 hr	4	OH	250,000	6,000,000		
512112	biaya 3 orang pelatih klinik 4	3	OH	300,000	3,600,000				
3	Pelatihan MTBS bagi 10 tenaga Puskesmas		Penyelenggaraan pelati- han MTBS	1	paket	40,000,000	40,000,000	40,000,000	BLN dengan atau tanpa APBD/APBN
			apabila ada kontribusi dari APBD atau APBN se- bagai pendamping, maka dapat diisi sesuai dengan komponen belanja APBD atau APBN						
<b>TOTAL DANA YANG DIBUTUHKAN</b>						<b>94,500,00</b>			

**Contoh Uraian Perhitungan APBD**

No	Kode Program	Kegiatan	Kode rekening	Uraian Komponen Belanja	Perhitungan untuk Bahan RKPD				
					Rincian Perhitungan Sebelum Ada Pagu Sementara				
					Vol	Satuan	Satuan Harga	Jumlah	Total
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9
1	102012901	Pemetaan Kemampuan petugas.	5221102	konsumsi	20	OH	35,000	700,000	6,000,000
			5220101	ATK	20	paket	15,000	300,000	
			5210101	honor surveyor	2	OH	50,000	1,000,000	
			5221501	biaya transport surveyor	20	OT	200,000	4,000,000	
2									
3									
				<b>Total dana yang dibutuhkan</b>					

**Contoh Uraian Perhitungan APBN**

No	Kode program	Kode Kegiatan	Kegiatan	Kode MAK	Uraian Komponen Belanja	Volume	Satuan	Harga satuan	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	07.03.03	2846	Pelatihan MTBS untuk 10 bidan di desa dan perawat selama 10 hari	522116	Sewa ruang	4	hari	500,000	2,000,000
				521119	konsumsi	10	paket	350,000	3,500,000
				521211	ATK	10	paket	50,000	5,000,000
				524119	Transport peserta	10	OT	75,000	7,500,000
				524119	Uang harian	10	OH	150,000	15,000,000
				512112	Biaya praktek	6	hari	100,000	2,400,000
				524119	Biaya transport	2	OT	75,000	1,500,000
				512112	Honor pelaksana	2	OH	1,000,000	2,000,000
				512112	Biaya 4 orang	4	OH	250,000	6,000,000
				512112	Biaya 3 orang	3	OH	300,000	3,600,000
2	DST								
TOTAL DANA YANG DIBUTUHKAN									

## 5) Pembuatan Dokumen Perencanaan dan Anggaran

Untuk mendapatkan persetujuan atau dukungan dari para pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan, pada sesi ini tim membuat dokumen perencanaan dan anggaran yang memuat hasil-hasil sesi 1 sampai 6 sebagai bahan usulan anggaran kegiatan yang mudah dimengerti oleh pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan, untuk mendapatkan persetujuan dan atau dukungan.

### Contoh Sistematika Penulisan Dokumen

#### I. PENDAHULUAN

1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten/Kota
2. Permasalahan KIA sesuai dengan Isu Utama
3. Kebijakan dan Strategi Kabupaten/Kota Berkaitan KIA
4. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

#### II. SITUASI DAN MASALAH KIA DI KABUPATEN

1. Hasil Analisis Masalah KIA
  - a. Analisis Masalah KIA
  - b. Narasi Hasil Analisis Situasi Masalah KIA
2. Hasil Penentuan Prioritas Masalah KIA
  - a. Penentuan Prioritas Masalah Ibu.
  - b. Penentuan Prioritas Masalah Bayi Baru Lahir.
  - c. Penentuan Prioritas Masalah Bayi dan Anak Balita.
3. Hasil Penentuan Penyebab Masalah KIA dan Relevansi dengan Prioritas Intervensi KIA
  - a. Analisis Penyebab Kematian/Kesakitan Ibu dan Keterkaitannya dengan Ketidakefektifan Prioritas Intervensi Program KIA
  - b. Analisis Penyebab Kematian/Kesakitan Bayi Baru Lahir dan Keterkaitan dengan Ketidakefektifan Prioritas Intervensi Program KIA
  - c. Analisis Penyebab Kematian/Kesakitan Bayi & Anak Balita dan Keterkaitan dengan Ketidakefektifan Prioritas Intervensi Program KIA
4. Hasil Penentuan Analisis Sumbatan terhadap Prioritas Intervensi KIA
  - a. Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Ibu
  - b. Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Bayi Baru Lahir
  - c. Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Bayi & Anak Balita
5. Hasil Penentuan Identifikasi Akar Masalah KIA dari Analisis Sumbatan
  - a. Identifikasi Akar Masalah dengan *Fish Bone Diagram* untuk Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Ibu
  - b. Identifikasi Akar Masalah dengan *Fish Bone Diagram* untuk Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Bayi Baru Lahir
  - c. Identifikasi Akar Masalah dengan *Fish Bone Diagram* untuk Analisis Sumbatan KIA dengan Sasaran Bayi & Anak Balita
6. Hasil Penentuan Prioritas Penyebab Masalah KIA
  - a. Penentuan Prioritas Penyebab Masalah Ibu
  - b. Penentuan Prioritas Penyebab Masalah Bayi Baru Lahir

- c. Penentuan Prioritas Penyebab Masalah Bayi dan Anak Balita

### **III. PROGRAM DAN KEGIATAN KIA**

1. Rumusan Solusi dan Kegiatan Masalah KIA
  - a. Matriks Relevansi antara Prioritas Penyebab Masalah, Solusi dan Kegiatan serta Kebutuhan Dukungan Lintas Sektor (Sasaran Program KIA : Ibu)
  - b. Matriks Relevansi antara Prioritas Penyebab Masalah, Solusi dan Kegiatan serta Kebutuhan Dukungan Lintas Sektor (Sasaran Program KIA : Bayi Baru Lahir)
  - c. Matriks Relevansi antara Prioritas Penyebab Masalah, Solusi dan Kegiatan serta Kebutuhan Dukungan Lintas Sektor (Sasaran Program KIA : Bayi dan Anak Balita)
2. Rencana Kerja Program KIA
  - a. Penentuan Prioritas Kegiatan (Sasaran : Ibu)
  - b. Penentuan Prioritas Kegiatan (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
  - c. Penentuan Prioritas Kegiatan (Sasaran: Bayi dan Anak Balita)
  - d. Kegiatan, Indikator dan Target (Sasaran : Ibu)
  - e. Kegiatan, Indikator dan Target (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
  - f. Kegiatan, Indikator dan Target (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
  - g. Rencana Usulan Kegiatan (Sasaran : Ibu)
  - h. Rencana Usulan Kegiatan (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
  - i. Rencana Usulan Kegiatan (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
  - j. Narasi Rumusan Solusi, Kegiatan dan Rencana Kerja

### **IV. RENCANA ANGGARAN**

- a. Perhitungan Kebutuhan Anggaran (APBD, APBN dan Sumber Lain) Program KIA Lintas Sektor (Sasaran : Ibu)
- b. Perhitungan Kebutuhan Anggaran (APBD, APBN dan Sumber Lain) Program KIA (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
- c. Perhitungan Kebutuhan Anggaran (APBD, APBN dan Sumber Lain) Program KIA (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
- d. Uraian Perhitungan APBD Program KIA Lintas Sektor (Sasaran : Ibu)
- e. Uraian Perhitungan APBD Program KIA (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
- f. Uraian Perhitungan APBD Program KIA (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
- g. Uraian Perhitungan APBN Program KIA Lintas Sektor (Sasaran : Ibu)
- h. Uraian Perhitungan APBN Program KIA (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
- i. Uraian Perhitungan APBN Program KIA (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
- j. Narasi Rencana Anggaran

### **V. PEMANTAUAN DAN PENILAIAN**

- a. Rencana Pemantauan Pelaksanaan PT KIA
- b. Rencana Penilaian Kegiatan KIA (Sasaran : Ibu)
- c. Rencana Penilaian Kegiatan KIA (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
- d. Rencana Penilaian Kegiatan KIA (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)

- e. Rencana Penilaian Program KIA (Sasaran : Ibu)
- f. Rencana Penilaian Program KIA (Sasaran : Bayi Baru Lahir)
- g. Rencana Penilaian Program KIA (Sasaran : Bayi dan Anak Balita)
- h. Narasi Rencana Pemantauan dan Penilaian

## VI. PENUTUP

### 6) Rencana Tindak Lanjut

Pada sesi ini tim menyusun rencana tindaklanjut pasca Lokakarya untuk menyempurnakan draft dokumen perencanaan. Draft ini juga akan digunakan sebagai bahan untuk menyusun pesan advokasi baik advokasi internal masing masing SKPD maupun advokasi eksternal ke Panitia Anggaran/Badan

#### Rencana Tindaklanjut

Kegiatan	Data dan Sumberdaya yang diperlukan	Luaran	Jadwal	Penanggung jawab
1	2	3	4	5
Menyempurnakan dokumen perencanaan dan penganggaran	Draft dokumen perencanaan & penganggaran PT-KIA	Dokumen perencanaan dan penganggaran PT-KIA	1 - 2 minggu setelah lokakarya perencanaan	Dinkes– Subdin Perencanaan dan Kesga
Melakukan sosialisasi di lingkungan Dinas Kesehatan				
Melakukan sosialisasi di sektor terkait.				
Melakukan koordinasi dengan tim advokasi.				
Menyusun bahan untuk pembahasan materi advokasi .				
Menghadiri Musrenbang				
Menyesuaikan kegiatan sesuai dengan pagu sementara				
Mengawal anggaran KIA untuk disetujui panitia anggaran				
Mendapat persetujuan berupa PERDA dari DPRD				

## D. Advokasi

Advokasi dalam PT-KIA merupakan proses untuk mempengaruhi para pembuat kebijakan dan anggaran di bidang KIA yang dilakukan secara sistematis. Advokasi ini dapat dilakukan secara perorangan maupun kelompok pada acara formal maupun non formal. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk meyakinkan para pembuat kebijakan dan anggaran tentang pentingnya KIA dan dukungannya terhadap rencana KIA yang telah dihasilkan. Hasil akhir dari advokasi ini adalah disetujuinya usulan rencana kegiatan KIA dan anggarannya (APBD).

Pelaksanaan kegiatan advokasi ini memerlukan seorang advokator yang berasal dari kabupaten/kota atau provinsi/pusat yang mempunyai pengetahuan tentang KIA dan materi advokasi KIA untuk itu perlu dilakukan kegiatan orientasi advokator. Selanjutnya advokator bersama Bappeda dan pengelola program membuat rencana kegiatan dan jadwal kegiatan advokasi termasuk pengembangan materi dan penetapan sasaran advokasi.

Materi atau pesan advokasi berasal dari hasil perencanaan KIA dan harus dikemas secara singkat, hindari penggunaan bahasa teknis dan gunakan tabel/grafik/gambar agar pesan yang akan disampaikan jelas dan mudah dimerti oleh sasaran advokasi. Pesan advokasi tersebut diharapkan secara efektif dapat mempengaruhi keputusan para pemangku kepentingan dan pengambil kebijakan untuk menghasilkan suatu kebijakan yang lebih berpihak pada perbaikan kondisi KIA. Sasaran advokasi berasal dari eksekutif, legislatif dan pihak lain yang terkait yang mempunyai kewenangan untuk membuat kebijakan dan menetapkan anggaran.

### **Tips dan Trick Advokasi Ke Pemerintah Daerah dan DPRD**

1. Menjelaskan hasil perencanaan program kegiatan yang dihasilkan dari PT-KIA secara jelas dan lugas kepada pemangku kepentingan di daerah, dalam hal ini Kepala Daerah, DPRD dan Bappeda
2. Kegiatan yang dihasilkan merupakan prioritas nasional dan atau daerah, serta sesuai dengan kebutuhan setempat
3. Hasil akhir dari PT-KIA ini harus berupa dokumen yang menggunakan format Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD), dengan selalu menitikberatkan kepada hasil capaian cakupan sasaran dan target pembangunan.
4. Perlu dukungan terpadu secara internal SKPD Dinas Kesehatan, sehingga hasil PT-KIA ini merupakan dokumen bersama lintas program yang mengarah kepada pencapaian target dan peningkatan sasaran cakupan kesehatan ibu anak pada khususnya dan kesehatan masyarakat pada umumnya
5. Seluruh hasil perencanaan dengan pendekatan PT-KIA perlu melihat kesesuaian anggaran yang tersedia (pagu)
6. SKPD kesehatan harus merupakan satu kesatuan utuh dalam rangka mengkawal hasil PT-KIA ini hingga benar-benar bisa terrealisasi menjadi program dan kesehatan pembangunan daerah.
7. Selalu menggunakan koridor KIA sebagai prioritas nasional dan daerah, yang memerlukan komitmen bersama antar pemangku kepentingan agar mempunyai payung hukum, payung kebijakan serta payung politik



Advokasi dilaksanakan mengikuti proses perencanaan daerah dan keberhasilannya tergantung kapan kegiatan advokasi dilaksanakan. Untuk itu jadwal advokasi harus dilaksanakan pada waktu dimana kebijakan dan anggaran akan ditetapkan.

### Jadwal kegiatan advokasi

No.	Jadwal Perencanaan Nasional	Kegiatan Advokasi	Dokumen	Penanggung Jawab
1	2	3	4	7
1.	Maret – April Musrenbang Kab/Kota	<b>Sebelum Musrenbang :</b> 1. Menggabungkan hasil PT ke tiap Renja SKPD terkait 2. <b>Advokasi Internal</b> di masing – masing SKPD <b>Saat Musrenbang :</b> Sosialisasikan program kesehatan agar menjadi prioritas	Dokumen PT	
2.	Mei Penetapan Program Kesehatan untuk mendapat Prioritas pada RKPD	<b>Pasca Musrenbang :</b> Pastikan agar program kesehatan mendapatkan prioritas di RKPD	Dokumen Musrenbang Sektor Kes. dan Sektor Terkait	
3.	<b>Juni</b> Penyampaian Rancangan KUA /PPAS	<i>Me lobby</i> ke Panitia Anggaran DPRD agar program kesehatan (termasuk KIA) mendapatkan prioritas penganggaran	Renja RKPD dan RKP	
4.	<b>Agustus</b> Pengisian format anggaran RKA-SKPD termasuk form 2.2.1	Dinkes menyelesaikan format RKA-SKPD terutama format 2.2.1 sebagai bahan untuk Rancangan Perda APBD dan bahan untuk Petunjuk Operasional	Format RKA-SKPD (2.2.1)	

5.	<b>September</b> Keputusan Rancangan Perda Ka.Daerah/DPRD	Lobby Panitia Anggaran dan DPRD	Kompilasi RKA-SKPD (format anggaran)	
6	<b>Desember</b> Perda APBD	Dinkes menyusun <i>draft</i> Petunjuk Operasional	Dokumen RKA-SKPD	

\*Waktu pelaksanaan disesuaikan dengan jadwal spesifik daerah

## E. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring adalah proses pengumpulan data/indikator secara terus menerus dan pengukuran terhadap kemajuan pencapaian tujuan program yang fokus pada proses dan output. Dengan dilaksanakannya kegiatan monitoring ini, maka masalah masalah yang menghambat pencapaian tujuan program dapat diketahui dan ditindaklanjuti segera.

Sedangka evaluasi adalah kegiatan penilaian terhadap hasil akhir suatu program, mengapa program tidak berjalan sebagaimana mestinya dan faktor yang menghambat. Hasilnya yang digunakan sebagai masukan untuk penyusun program berikutnya.

Monitoring dan Evaluasi program KIA bertujuan untuk memastikan (1) Proses PT-KIA dilaksanakan dengan baik sesuai dengan pedoman dan (2) menjamin rencana kegiatan hasil PT-KIA terlaksa dan dapat mencapai target yang telah ditetapkan.

Monitoring fokus Memantau perubahan, yang Monitoring menyediakan data dasar untuk menjawab permasalahan, sedangkan evaluasi adalah memposisikan data-data tersebut agar dapat digunakan dan diharapkan memberikan nilai tambah. Evaluasi adalah mempelajari kejadian, memberikan solusi untuk suatu masalah, rekomendasi yang harus dibuat, menyarankan perbaikan. Namun tanpa monitoring, evaluasi tidak dapat dilakukan karena tidak memiliki data dasar untuk dilakukan analisis, dan dikhawatirkan akan mengakibatkan spekulasi, oleh karena itu Monitoring dan Evaluasi harus berjalan seiring

Anda tidak bisa hanya melakukan evaluasi, atau hanya melakukan monitoring, Seperti contohnya pada sebuah program monitoring, tidak boleh dirancang tanpa diketahui bagaimana data dan informasi akan dievaluasi dan tepat guna, sebab ketidakmampuan dalam mengumpulkan dan menyimpan data yang akan digunakan. Monitoring adalah kegiatan yang berkesinambungan

Untuk melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi KIA pertama perlu ditetapkan kegiatan dan indikator kegiatan yang akan dipantau.

Berikut contoh rencana Pemantauan dan Penilaian.

### Contoh Rencana Pemantauan Pelaksanaan PT-KIA

Kegiatan	Indikator	Waktu Pelaksanaan	Penanggung jawab	Keterangan (Hasil)
1	2	4	5	6
Persiapan Orientasi Multipihak	TOR Undangan	Dikirim minimal 7 hari sblm pelaksanaan	Fasilitator	
Orientasi Multipihak	Laporan Hasil Pelaksanaan	Terlaksana pada bulan November	Pengelola program Fasilitator	• Terbentuknya Tim PT

### Contoh Rencana Pemantauan Kegiatan

Kegiatan	Indikator	Data Kumulatif (x-1)	Target Thn (x)	Frekuensi / Waktu	Sumber data	Petugas	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8
Pelatihan	Jumlah	3	2	2x/tahun	Laporan	Kasie KIA	

### Contoh Rencana Penilaian Program

Indikator	Data awal	Target	Hasil	Frekuensi / waktu	Sumber data	Penanggung jawab	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8
Jumlah Balita Diare yang dilayani	30%	70%		2 x/tahun	Laporan MTBS	Ka.Sub.Din Kesga	

## BAB IV Penutup

Dengan disusunnya pedoman proses perencanaan PT-KIA diharapkan dapat membantu tim perencana kabupaten/kota dalam menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran tahunan program KIA sesuai dengan alur proses perencanaan daerah.

Tahapan-tahapan pelaksanaan PT-KIA ini dapat dimodifikasi, sesuai dengan kebutuhan, kemampuan dan pengalaman masing-masing daerah dalam menyelenggarakan rangkaian kegiatan PT ini. Hasil dari PT ini yang berupa usulan kegiatan dan Anggaran daerah untuk Program KIA merupakan bahan informasi bagi tim advokasi kabupaten untuk melakukan kegiatan advokasi kepada para pemutus kebijakan di daerahnya masing-masing.

Dalam penerapan pedoman PT-KIA diperlukan dukungan multipihak, baik dukungan politis, peraturan perundang-undangan maupun sumberdaya termasuk pembiayaannya. Disamping itu perlu adanya kerjasama dengan berbagai sektor terkait dalam menggali potensi masyarakat. Keberhasilan penerapan pedoman proses perencanaan PT-KIA ini sangat ditentukan oleh semangat, ketekunan, kerjasama dan komitmen dari semua sektor terkait.

Harapan bersama, pedoman perencanaan PT-KIA dapat diterapkan diseluruh Indonesia sehingga dapat mempercepat penurunan Angka KematianIbu, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita, dalam rangka mempercepat pencapaian Indeks Pembangunan Manusia dan pencapaian target Millenium Development Goal.