



# **PENGEMBANGAN INISIATIF *MDGs ACCELERATION FRAMEWORK (MAF)* DI PROVINSI JAWA TENGAH**

**Dr. Arum Atmawikarta, MPH**

Disampaikan dalam acara Simposium KIA Kebijakan Kesehatan Nasional IV  
“Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG 4 dan MDG 5 dan  
Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS”  
Hotel on the Rock, Kupang, 6 September 2013

# OUTLINE



- I. MDGs Acceleration Framework (MAF)
- II. Penerapan MAF di Beberapa Negara
- III. Penerapan MAF di Indonesia
  - A. Identifikasi Area MDGs yang Digarap
  - B. Tahapan Penerapan MAF
  - C. Stakeholder yang Terlibat dalam Proses Penerapan MAF
  - D. Output Metodologi MAF
- IV. Kesimpulan

# I. MDGs ACCELERATION FRAMEWORK (MAF)

## Pengertian MAF

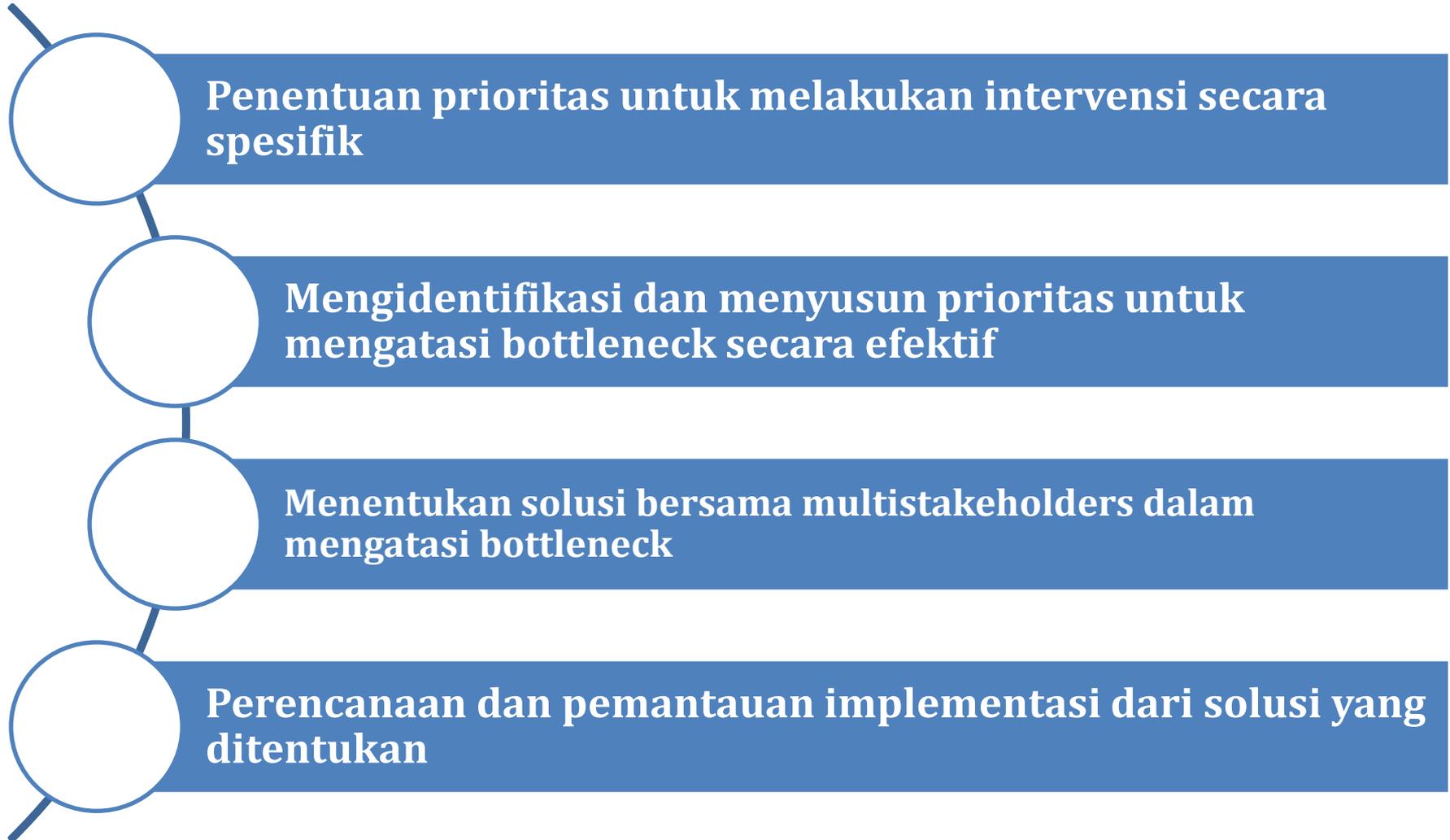
- MAF adalah kerangka metodologis yang dapat dilaksanakan oleh pemerintah dan stakeholders berupa pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan *bottleneck* dalam upaya mencapai target MDGs dengan kategori *off-track* sekaligus solusinya.
- MAF dimulai dengan identifikasi target MDGs kategori *off-track* berdasarkan pencapaian saat ini dan kecenderungannya.

# Tujuan MAF

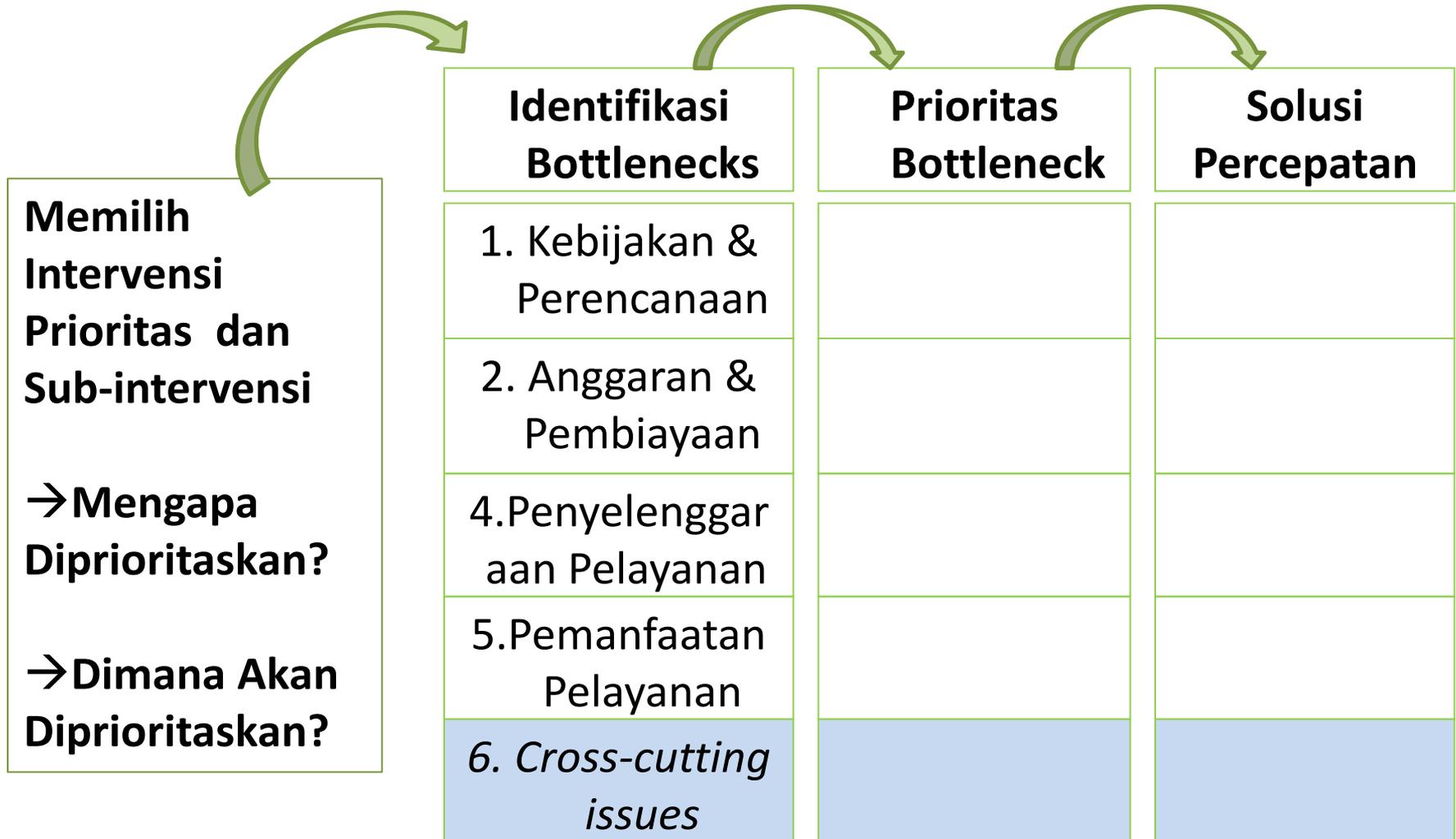


Memberikan kontribusi untuk mengejar ketertinggalan pencapaian target MDGs dengan langsung menangani 'intervensi' utama secara efektif

# Empat Langkah MAF



# Pendekatan Assesmen: Mengikuti Kerangka MAF



# Bottlenecks : Kategori & Sub-kategori



## Kategori *Bottle necks*

Kebijakan dan Perencanaan	Budget & Financing	Pemberian Pelayanan ( <i>Supply</i> )	Pemanfaatan Pelayanan ( <i>Demand</i> )	<i>Cross-cutting issues</i>
---------------------------	--------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------

1. Akses LiNakes & Fasyankes berkualitas

2. ... PONEK ..

3. ..Rujukan ..

4... PONEK ..

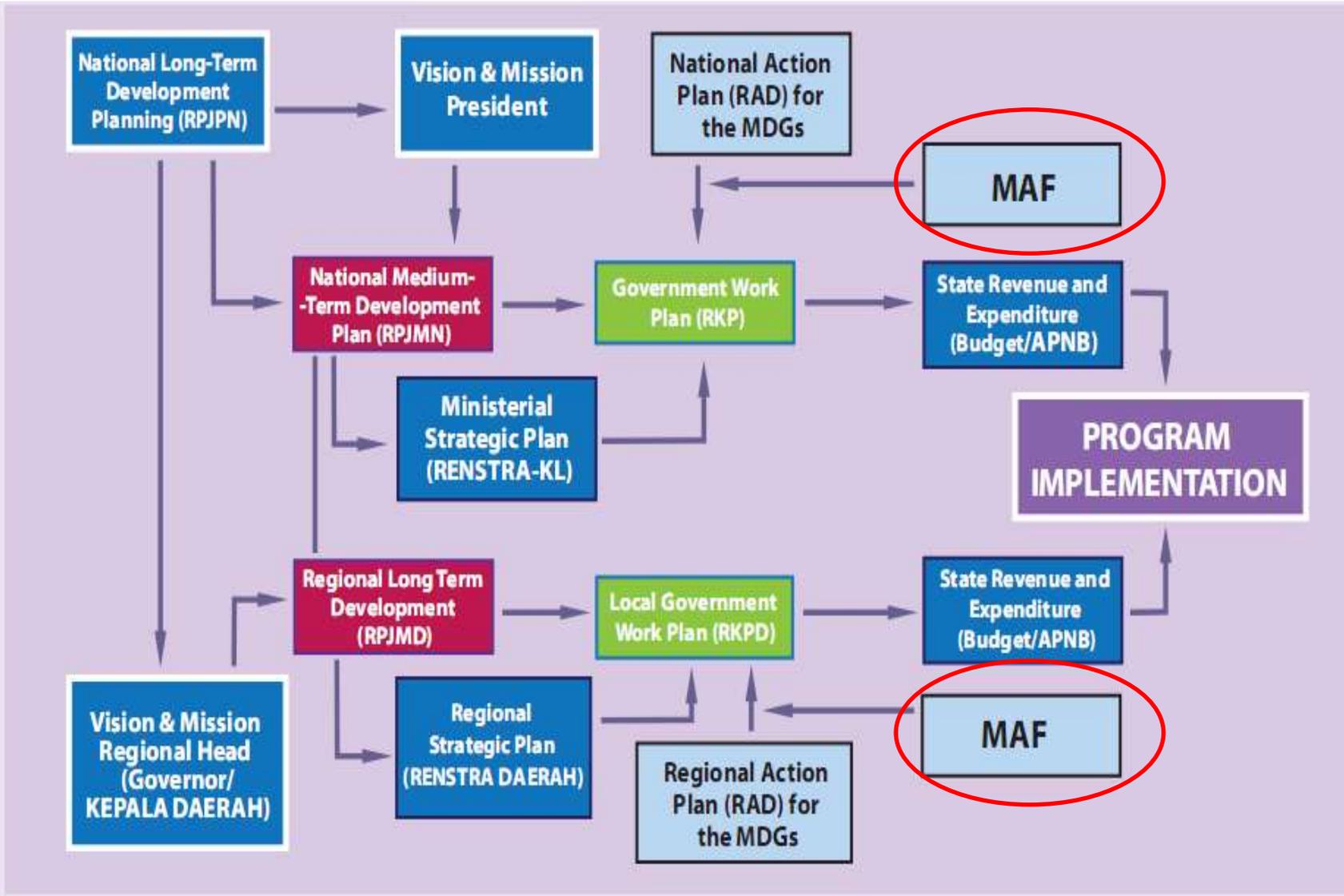
5... Yan KB ..

Strategi, Kebijakan dan Perencanaan sektor	Alokasi sumber daya	Sumber daya manusia	<i>Self-efficacy</i>	Keterlibatan dan Advokasi
Kerangka legal dan Hukum	Penggunaan sumber daya	Infrastruktur, alat dan suplai	Penerimaan	Koordinasi dan Keselarasan
Kapasitas Institusi	Mobilisasi sumber daya	<i>Sector-governance</i>	Akses dan keterjangkauan	Akuntabilitas dan Transparansi

# Integrasi MAF dalam Proses Perencanaan Percepatan MDGs



MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGs)



## II. PENERAPAN MAF DI BEBERAPA NEGARA

- Sampai dengan laporan 2013 telah diimplementasi di 15 negara di 3 benua
- Tema MAF
  - **Colombia, Tanzania** : Poverty (MDG 1);
  - **Tuvalu**: Education (MDG 2)
  - **Cambodia**: Women's empowerment (MDG 3)
  - **Ghana, Uganda: Maternal Mortality (MDG 5)**
  - **Moldova**: All MDG 6;
  - **Belize, Benin**: Water & sanitation (MDG 7);
  - **Lao PDR**: MDGs 1, 2, 3, 5, and 7

- Tema MAF: Faktor-faktor penentu MDGs
  - **Central African Republic, Chad, Nigeria:** Food & nutrition security (MDG 1)
  - **Togo:** Agriculture & small-holder farmers (MDG 1)
  - **Armenia:** Youth employment (MDG 1)
  - **Tajikistan:** Energy (MDG 7)
  - **Costa Rica:** Disability Population on MDG education, health, etc.

# Ghana: Penurunan AKI

- Lokasi: Afrika Barat
- Situasi: MDG 5 → **Off-track MMR**
  - “National Emergency” (July 2008)
  - Data Survey:
    - 1990: 740 mati dari 100,000 lahir hidup
    - 2005: 503
    - 2008: 451
  - Data Institusi:
    - 2004: 187
    - 2006: 197
    - 2007: 224
    - 2008: 201

# Analisis MAF di Ghana

## • Tahapan MAF-1: Identifikasi Intervensi

1. Pembangunan satu rumah sakit lengkap per kabupaten
2. Strategi berorientasi hasil untuk balita, kesehatan ibu, dan malnutrisi
3. Peningkatan layanan kesehatan melalui skema jaminan kesehatan nasional
4. Perluasan cakupan vaksinasi, peningkatan penggunaan kelambu
5. Advokasi ke “Dewan Kabupaten” dan Tim Manajemen Kesehatan Kabupaten
6. Perluasan layanan kesehatan berbasis masyarakat

## • Tahapan MAF-2: Analisis (Urutan) Hambatan

### 1. Keluarga berencana

- Ketidaklengkapan data cakupan KB
- Rendah kapasitas penyedia layanan metoda KB jangka panjang
- Lemah pengawasan dan pemantauan
- Rendah dukungan “Dewan Kabupaten” pada kesehatan ibu
- Kekhawatiran atas dampak samping alat KB

### 2. Layanan Terlatih

- Kelemahan sistem kelembagaan: grading system
- Kepemimpinan buruk: pengawasan lemah, pengukuran kemajuan lemah
- Kekurangan tenaga kesehatan
- Kesulitan akses layanan kesehatan
- Kekurangan dana logistik dan infrastruktur
- Ketidakselarasan program donor dan pemerintah

### 3. Emergency Obstetric dan Neonatal Care (EONC)

- Kekurangan investasi untuk alat EMOC
- Buruk akses layanan kesehatan: transportasi, jaringan jalan dan sistem rujukan
- Kekurangan tenaga kesehatan
- Pengabaian rekomendasi assessment EMOC sebelumnya
- Ketiadaan kerangka kebijakan
- Kekurangan SDM untuk perluasan “Life Saving Skill” dan “Essential Neonatal Care”

# Analisis MAF di Ghana

## • Tahapan MAF-3: Solusi Percepatan

### 1. Perbaikan Cakupan KB

- Perbaikan data: stok, inventory, supply chain
- Pengembangan sistem manajemen informasi kesehatan
- Mobilisasi dana internasional
- Pendanaan intervensi kesehatan ibu
- Penyediaan jasa layanan KB gratis
- Perbaikan kapasitas pelayanan
- Pendidikan publik
- Penguatan advokasi: Faktor-faktor budaya
- Perbaikan sistem manajemen kinerja

### 2. Layanan Terlatih

- Perbaikan grading system
- Penguatan kepemimpinan
- Perluasan pendidikan bidan
- Pendayaan gunaan pensiunan tenaga medis
- Perbaikan sistem rujukan
- Penguatan advokasi: Faktor-faktor budaya
- Pembentukan lembaga lintas-sektor
- Advokasi pengutamaan kesehatan ibu
- Penguatan sekretariat nasional

### 3. Perbaikan akses atas EONC

- Penguatan koordinasi bantuan: National Aid Policy
- Advokasi ke “BKKBN” dan Kementerian Desentralisasi
- Mobilisasi dana internasional
- Kolaborasi inter-sektor
- Pengawasan implementasi rekomendasi hasil assessment EONC
- Penguatan audit kematian ibu
- Penambahan bidan dan tenaga kesehatan
- Penguatan sistem rujukan

## • Tahapan MAF-4: Solusi Percepatan

- Rencana Aksi Nasional:  
**Matriks Rencana Aksi dan Anggaran**
  - Area intervensi prioritas
  - Bentuk intervensi (prioritas)
  - Hambatan intervensi (prioritas)
  - Solusi percepatan (prioritas)
  - Mitra potensial
  - Total biaya
  - Ketersediaan
  - Gap pembiayaan
- Rencana Aksi Nasional:  
**Lembar Pemantauan**
  - Solusi akselerasi/aktivitas
  - Indikator
  - Jadwal penerapan
  - dll

# III. PENERAPAN MAF DI INDONESIA

## A. Identifikasi Area MDGs yang Digarap

- Dimulai dengan mereview capaian sasaran MDGs di tingkat Nasional dan Provinsi.
  - Sudah tercapai sebelum tahun 2015
  - Diperkirakan akan dicapai pada akhir 2015 (*on-track*)
  - Sulit dicapai tanpa upaya keras (*off-track*)

### **Target yang telah tercapai:**

- MDG 1: Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1,00 (PPP) per kapita per hari
- MDG 3: Kesetaraan Gender Kesetaraan Gender di tingkat pendidikan menengah atas (SMA/MA/Paket C) dan Angka Melek Huruf
- MDG 6: Prevalensi Tuberkulosis

### **Target yang diperkirakan akan dicapai (*on-track*):**

- MDG 1: Prevalensi balita dengan berat badan rendah / kekurangan gizi
- MDG 2: Angka Partisipasi Murni (APM) Sekolah Dasar
- MDG 3: Kesetaraan Gender di tingkat pendidikan dasar (SD/MI/Paket A) dan pendidikan tinggi
- **MDG 4: Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup (?)**
- MDG 8: Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi dan tidak diskriminatif

### **Target yang masih perlu perhatian khusus (*off-track*):**

- MDG 1: Penanggulangan kemiskinan
- MDG 5: Angka Kematian Ibu per 100,000 kelahiran hidup
- MDG 6: Prevalensi HIV/AIDS dari total populasi
- MDG 7: Tingkat emisi gas rumah kaca, rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum dan rumah tangga dengan akses sanitasi dasar.

- 
- Fokus metodologi MAF: MDGs kategori *off track*
    - MDG 1 - Penanggulangan kemiskinan
    - **MDG 5 - Angka Kematian Ibu per 100,000 kelahiran hidup**
    - MDG 6 - Prevalensi HIV/AIDs dari total populasi
    - MDG 7 - Tingkat emisi gas rumah kaca, rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum dan rumah tangga dengan akses sanitasi dasar.

# Pilihan MAF di Jawa Tengah

- MAF diterapkan dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah
- Dengan sekitar 15 persen dari total penduduk di Indonesia, Provinsi Jawa Tengah akan memberikan kontribusi signifikan terhadap penurunan angka kematian ibu secara nasional
- Meskipun AKI di Provinsi Jawa Tengah lebih rendah dari rata-rata nasional, namun data provinsi menunjukkan bahwa AKI di Jawa Tengah mengalami stagnasi sejak tahun 2005.
- Saat ini, AKI menjadi salah satu fokus target MDGs yang harus dicapai pada tahun 2015, untuk itu diperlukan kerja keras untuk mencapainya.
- Hasil dari pengalaman provinsi Jawa Tengah dalam menggunakan pendekatan MAF diharapkan akan dapat direplikasi di provinsi lain.

# B. Tahapan Penerapan MAF

1. Penjajakan baik di Pusat maupun di daerah untuk menyamakan persepsi tentang area MAF yang akan digarap
  - Komunikasi dengan Kementerian Kesehatan
  - Komunikasi dengan Kementerian PPN/Bappenas
  - Komunikasi dengan UN
2. Pemilihan kandidat lokasi:
  - Komitmen Pemda tinggi
  - Akan berdampak terhadap sasaran secara nasional

- 
3. Permintaan resmi dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah kepada UN
  4. Mulai melakukan persiapan:
    - Rapat koordinasi
    - Menyusun agenda kerja
    - Merekrut konsultan
    - Menyusun TOR untuk pelaksanaan MAF
  5. Berkunjung ke Provinsi Jawa Tengah
    - Bertemu dengan Bappeda dan stakeholders lain menyampaikan gagasan MAF dan menyampaikan persepsi
    - Stakeholder: Pemerintah, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat.



## 6. Proses pengumpulan data

- Telaah dokumen kebijakan di Pusat maupun daerah
- Telaah laporan di Pusat maupun daerah
- Diskusi
- Wawancara
- Kunjungan lapangan: Kabupaten Tegal (AKI tinggi), Kebumen (AKI rendah) dan Kendal (Puskesmas PONED)
- Responden:
  - Nasional: Pertemuan dengan *stakeholders* terkait: Bappenas, Kemenkes, BKKBN, dll
  - Provinsi: Bappeda, Dinkes, BKKBN, JNPK, IBI, RS, BPS, dll
  - Kabupaten: Puskesmas PONED, Dinkes dan RS di Tegal dan Kebumen; Dinkes dan Puskesmas Kendal



## 7. Proses Analisis Data

- Pada lokasi Puskesmas PONEK dan Rumah Sakit PONEK
- Pada tingkat komunitas
- Pada tingkat rujukan
- Pada tingkat pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi berkualitas

## 8. Penyusunan draft laporan

- Draft 1 – Konsultasi
- Draft 2 – Konsultasi
- Draft 3 – Konsultasi

## 9. Konsultasi hasil dengan Pemda

- Stakeholders

## 10. Konsultasi hasil dengan Pusat

- Tim Kecil Expert
- Tim Besar Expert

- 
11. Penyusunan dokumen final
  12. Penetapan oleh Pemda
  13. Pelaksanaan rencana aksi MAF
  14. Pemantauan dan Evaluasi

# C. Stakeholders yang Berperan dalam Peningkatan Kesehatan Ibu



# Stakeholder di Pusat

- KemenPPN/Bappenas
  - Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat
  - Direktur Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
- Kementerian Kesehatan
  - Direktur Bina Kesehatan Anak
  - Direktur Bina Kesehatan Ibu
  - Kasubdit Bina Kesehatan Ibu Hamil
  - Kepala Seksi Standarisasi Sub Direktorat Bina Kewaspadaan Penanganan Balita Beresiko
  - Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran
  - Direktur Bina Upaya Kesehatan Dasar
  - Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan
  - Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
  - Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

- 
- **Kemendagri**
    - Direktur Perencanaan Pembangunan Daerah, Ditjen Bangda
    - Sekretaris Ditjen Pemberdayaan Masyarakat dan Desa
    - Ketua Pokja IV Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Pusat
  - **Kementerian Agama**
    - Direktur Urusan Agama Islam dan Pembinaan Syariah Ditjen Bimas Islam
  - **Kemkominfo**
    - Direktur Pengelolaan Media Publik, Ditjen Informasi, dan Komunikasi Publik
  - **BKKBN**
    - Direktur Bina Kesertaan KB Jalur Pemerintah
    - Kepala Biro Perencanaan, BKKBN
  - **Badan PPSDM**
    - Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan
    - Kepala Pusat Pendidikan dan Latihan Tenaga Kesehatan
    - Kepala Pusat Pendidikan dan Latihan Aparatur Kesehatan
  - **JNPK**
    - Jaringan Nasional Pelatihan Klinis (JNPK)

- 
- Organisasi Profesi
    - Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI)
    - Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)
    - Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
    - Ikatan Bidan Indonesia (IBI)
  - Organisasi Keagamaan
    - Fatayat NU
    - Aisyiyah
  - UN Agencies
    - UNDP
    - UNFPA
    - UNICEF
    - World Bank
    - WHO
    - UNAIDS

# Stakeholder di Daerah

- Kepala Bappeda
- Kepala Bidang Sosial Budaya, Bappeda
- Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- Kabid Bindal Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi
- Kepala BKKBN Provinsi
- Kabid KB dan Kesehatan Reproduksi, BKKBN Provinsi
- Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA) Provinsi
- Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Provinsi
- Direktur RS Karyadi
- Pusat Pelatihan Klinik Sekunder/P2KS
- Dokter dari Puskesmas PONED Sigaluh 1, Kabupaten Banjarnegara
- Bidan dari Puskesmas PONED Sigaluh 1, Kabupaten Banjarnegara

- 
- Ketua IBI
  - Ketua POGI
  - Ketua IDI
  - Ketua Forkom Organisasi Profesi
  - Adinkes (Asosiasi Dinas Kesehatan)
  - Palang Merah Indonesia
  - Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP)
  - Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal
  - Direktur RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal
  - Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen
  - Direktur RSUD Kabupaten Kebumen
  - Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal
  - Direktur RSUP Dr. Kariadi
  - Direktur RSUD Tugurejo

- 
- Dekan FK UNDIP
  - Dekan FK UNS Solo
  - BKS (Badan Kerjasama) Kebidanan
  - JNPK
  - BPS Provinsi
  - BP3AKB (Badan PP, Perlindungan Anak & KB)
  - Proyek EMAS

## D. Output MAF Provinsi Jawa Tengah



INDONESIA

### MDG ACCELERATION FRAMEWORK

*ACCELERATING PROGRESS TOWARDS IMPROVING MATERNAL  
HEALTH IN CENTRAL JAVA*





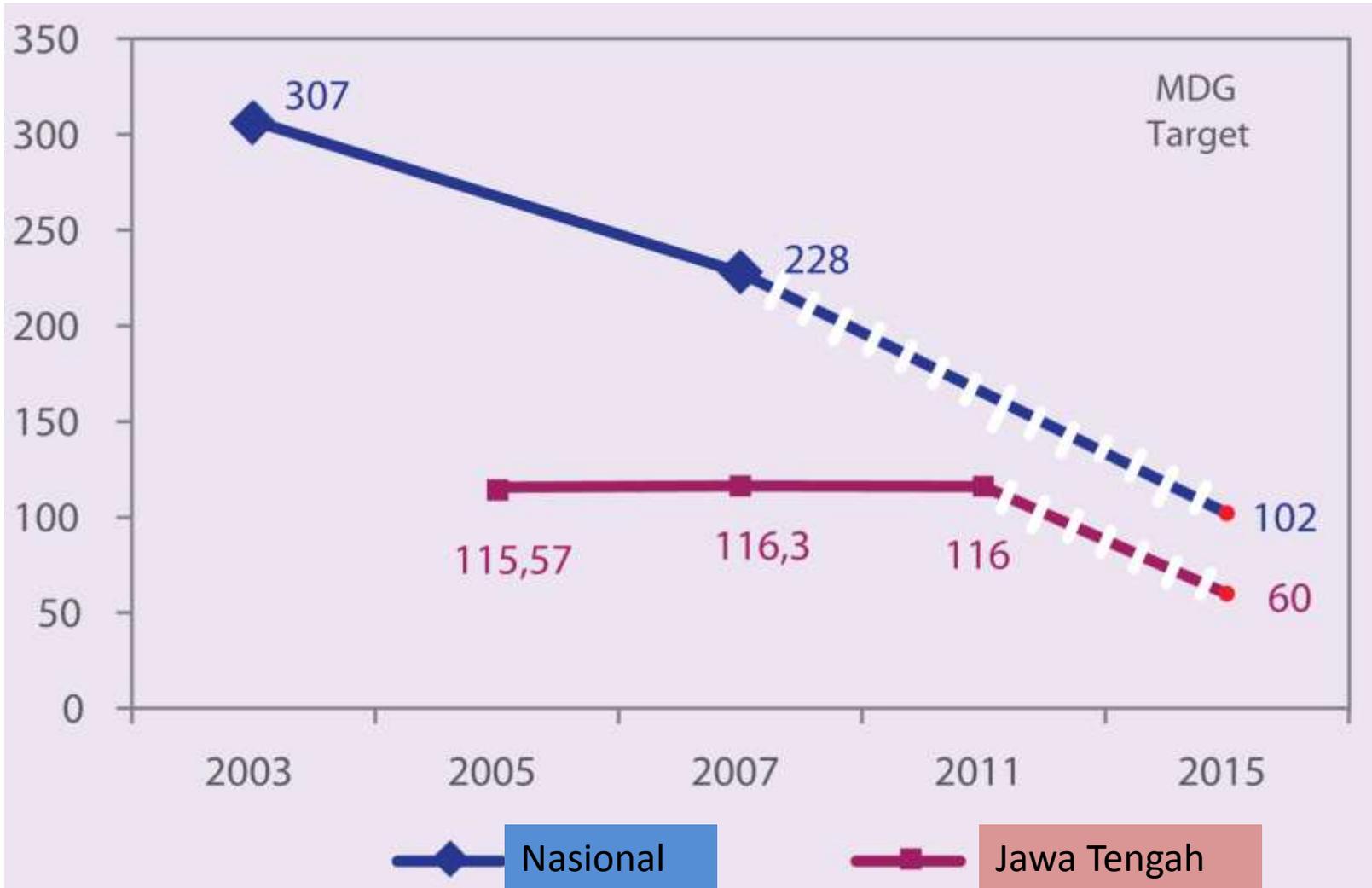
# CONTENTS

<b>GLOSSARY.....</b>	<b>8</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY.....</b>	<b>20</b>
<b>I. BACKGROUND.....</b>	<b>22</b>
Global and Regional Situation.....	23
National context.....	25
Provincial context – Central Java.....	27
<b>II. THE MDG ROAD MAP AT NATIONAL AND PROVINCIAL LEVELS.....</b>	<b>32</b>
National and provincial priorities, policies and strategies for maternal health.....	33
Impact of Decentralization in Central Java.....	44
<b>III. PRIORITY INTERVENTIONS TO ACCELERATE PROGRESS ON MATERNAL HEALTH IN CENTRAL JAVA.....</b>	<b>48</b>
3.1 Improve access to quality Basic (PONED) and Comprehensive Emergency Obstetric Neo-natal Care (PONEK).....	58
3.2 Improve Access to Quality Primary Level Health Care Services at the Community Level.....	62
3.3 Strengthen the Referral System.....	65
3.4 Improve Access to Quality Family Planning (FP) and Reproductive Health Services.....	70
<b>IV. IDENTIFYING AND PRIORITIZING BOTTLENECKS IMPEDING PROGRESS OF MATERNAL HEALTH INTERVENTIONS IN CENTRAL JAVA.....</b>	<b>74</b>
4.1 Policy and Planning.....	77
4.2 Budget and Financing.....	79
4.3 Service Delivery.....	83
4.4 Service Utilization.....	89
Table 7. Summary of Bottlenecks per Prioritized Interventions.....	92
<b>V. IDENTIFYING SOLUTIONS.....</b>	<b>100</b>
<b>VI. TOWARDS AN ACTION PLAN FOR ACCELERATED PROGRESS ON MATERNAL HEALTH....</b>	<b>104</b>
<b>VII. ANNEXES.....</b>	<b>132</b>
Annex I: Summary Situation of the Priority Interventions.....	133
Annex II: Bottleneck Analysis for Maternal Health.....	138
Annex III: Framework of the Continuum of Care.....	146
<b>REFERENCES.....</b>	<b>157</b>

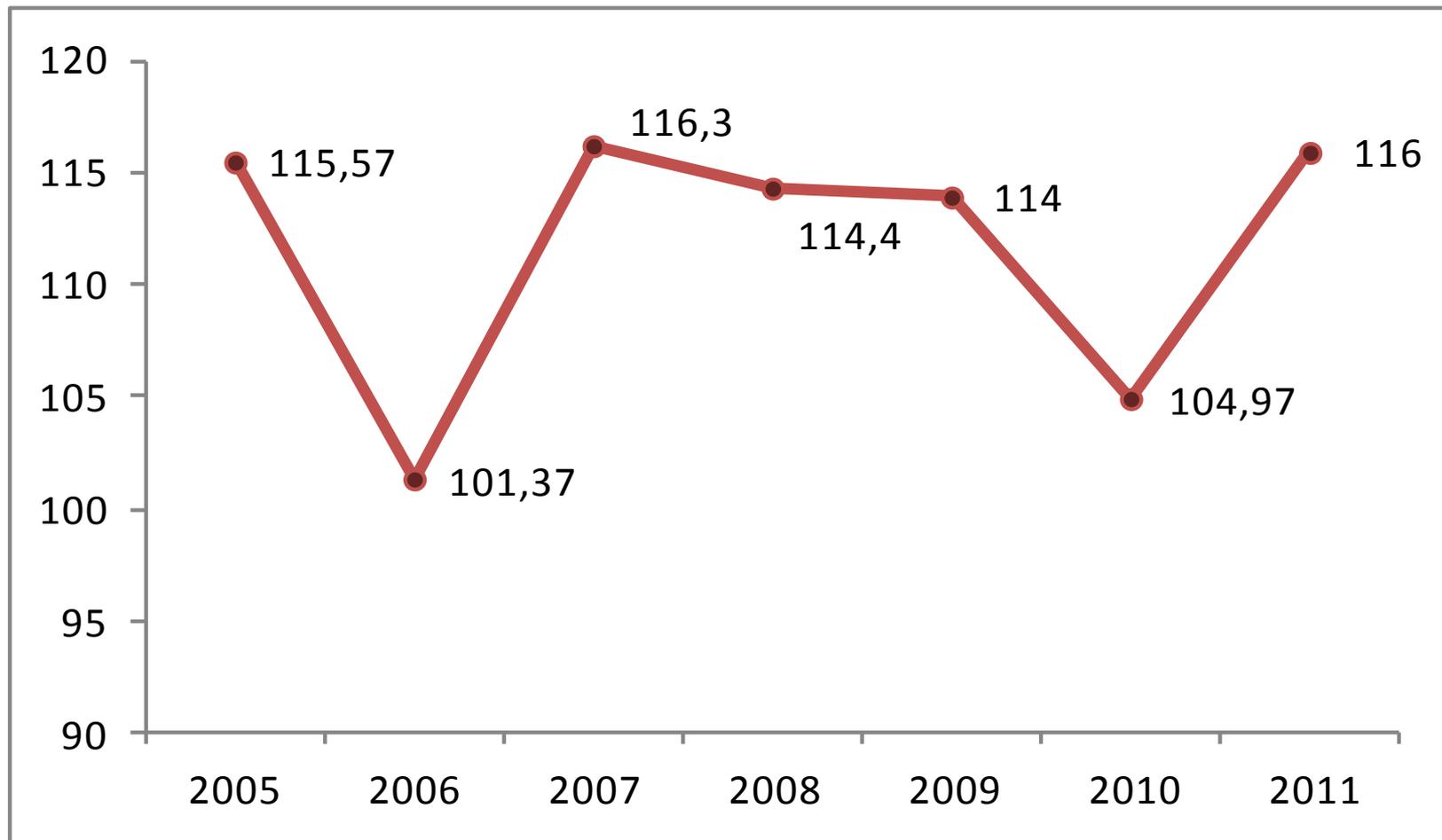
## Daftar Isi



# Perbandingan AKI di Jawa Tengah, Nasional dan MDGs

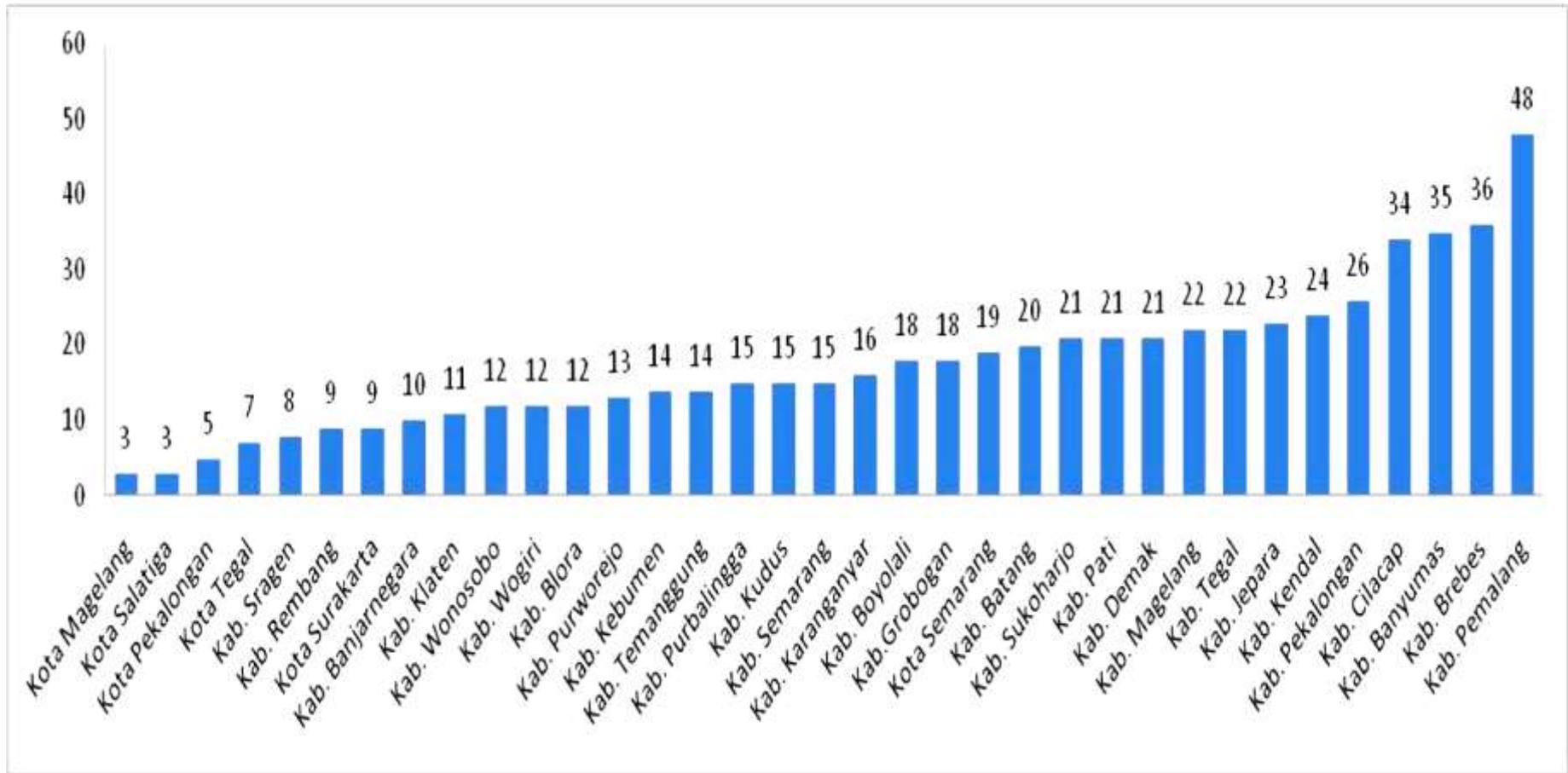


# Angka Kematian Ibu di Provinsi Jateng 2005-2011



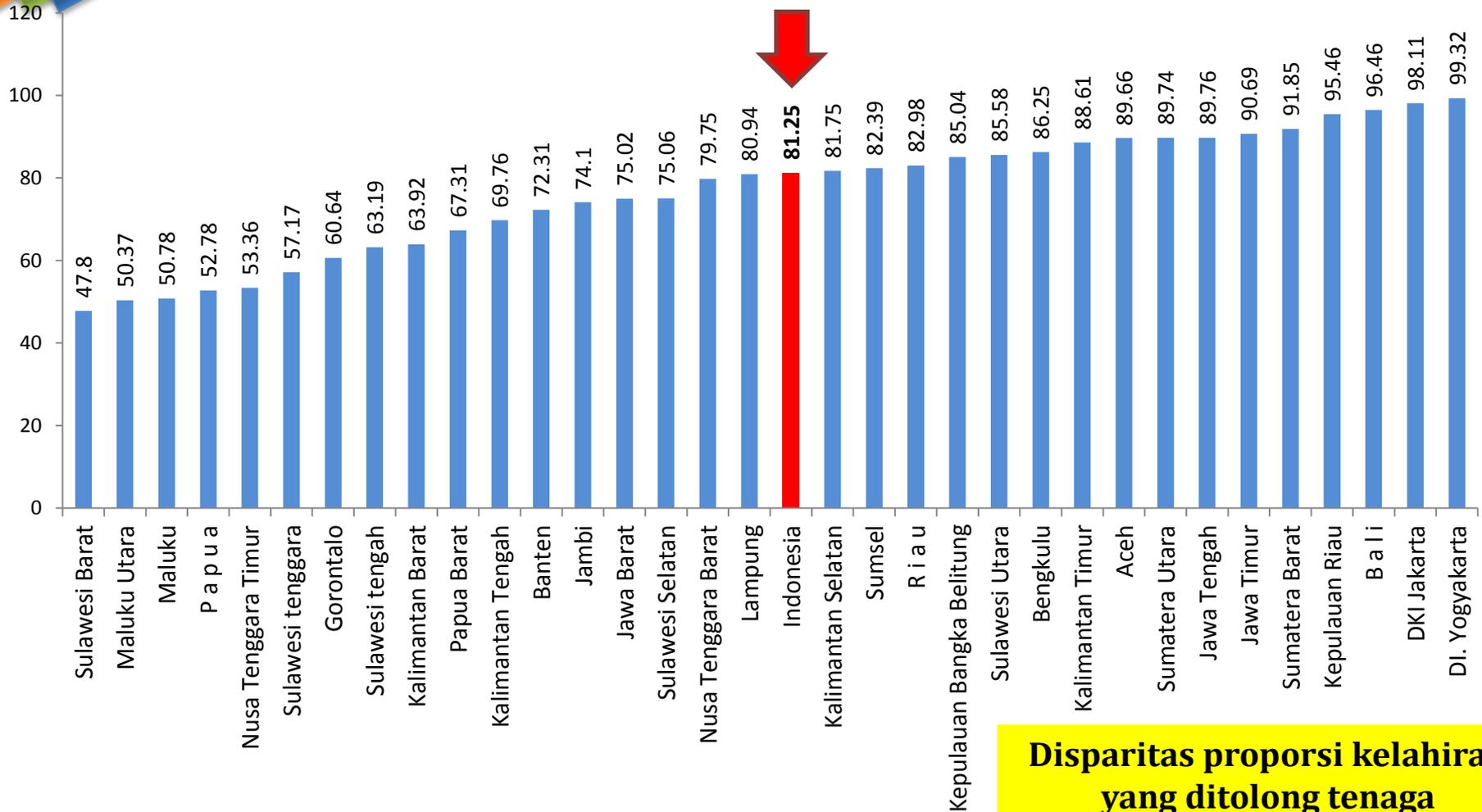
Sumber data: Provinsi Jawa Tengah, 2011

# Disparitas Jumlah Kematian Ibu antar Kabupaten dan Kota, Prov Jateng Tahun 2011



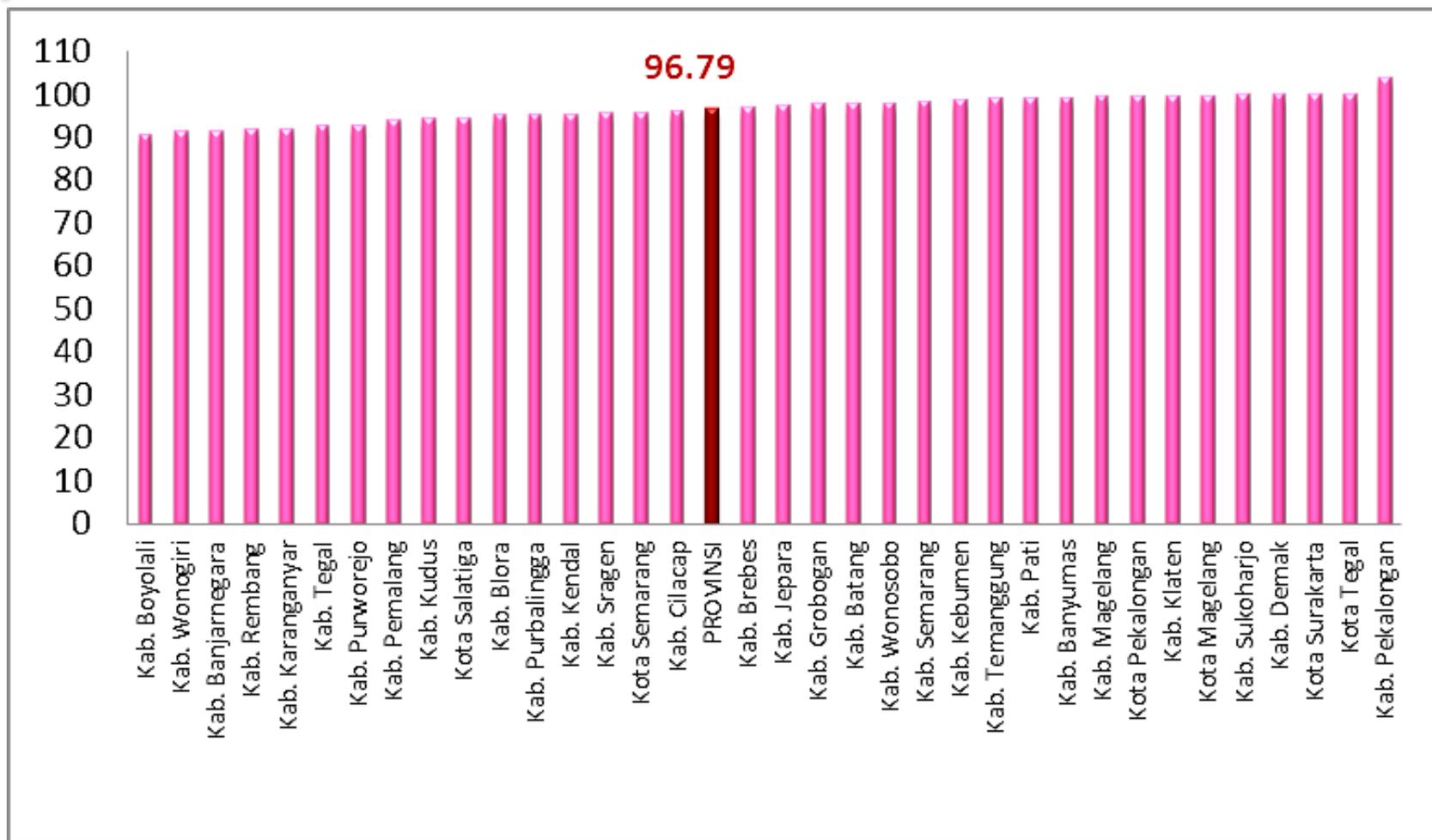
Sumber data: Prov Jateng

# Proporsi Kelahiran yang Ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih, 2011



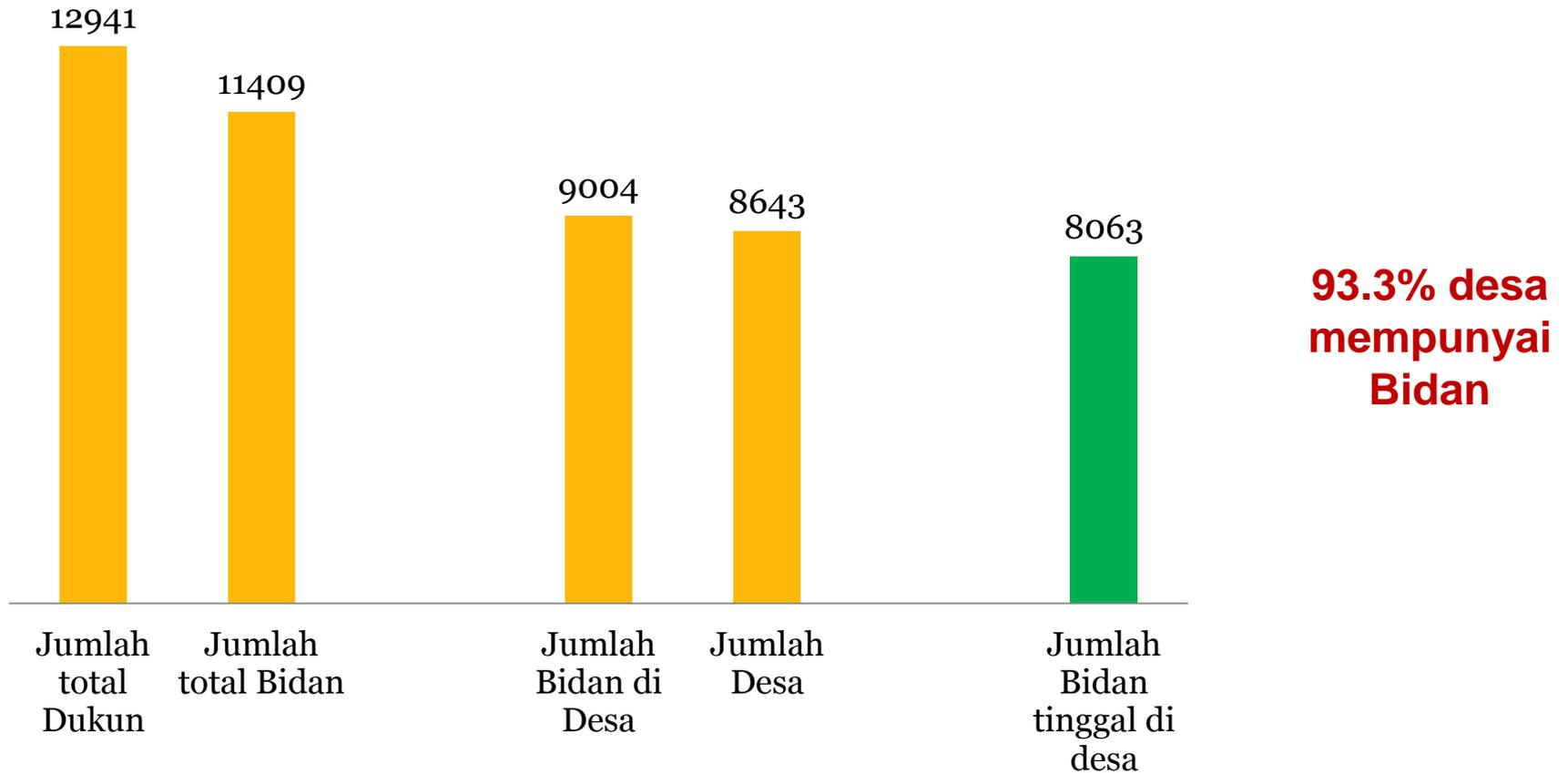
**Disparitas proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih masih menjadi masalah besar**

# Proporsi Kelahiran yang Ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih Berdasarkan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah, 2011



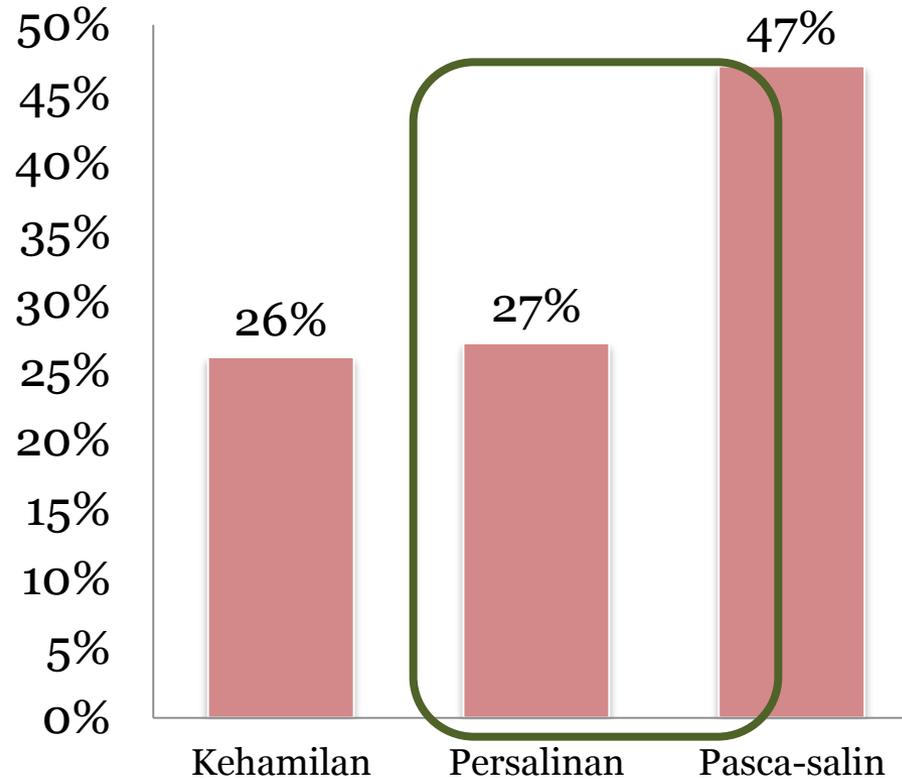
Sumber data: Jawa Tengah

# Gambaran Bidan dan Dukun



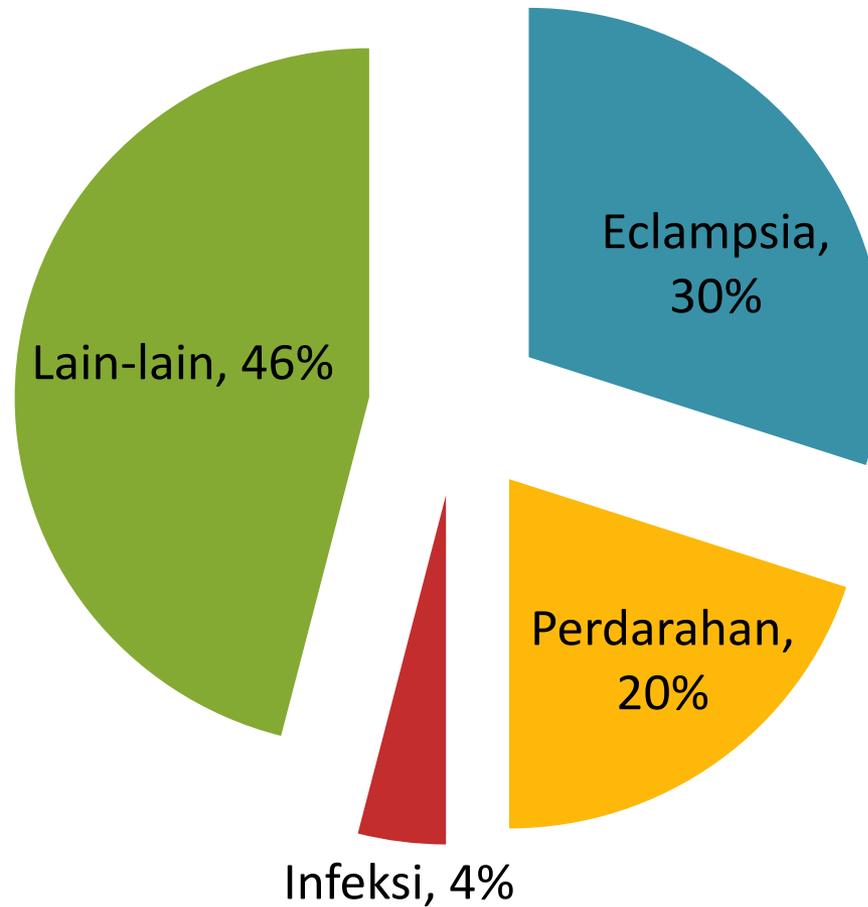
Sumber data: Provinsi Jawa Tengah

# Waktu kematian



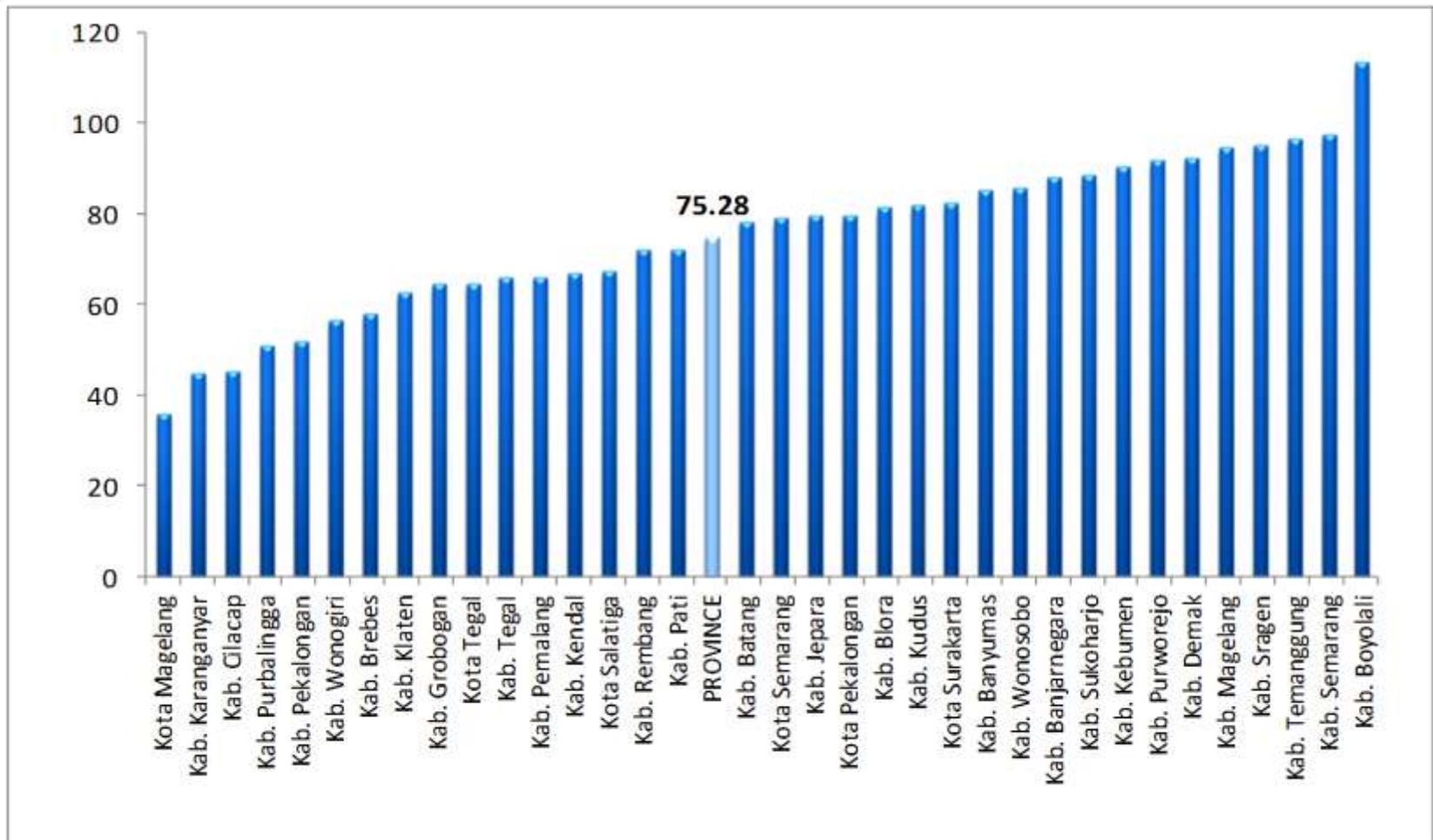
Sumber data: Prov Jateng

# Penyebab Kematian



Sumber data: Prov Jateng

# Proporsi Komplikasi Kebidanan ditangani di RS Tahun 2011

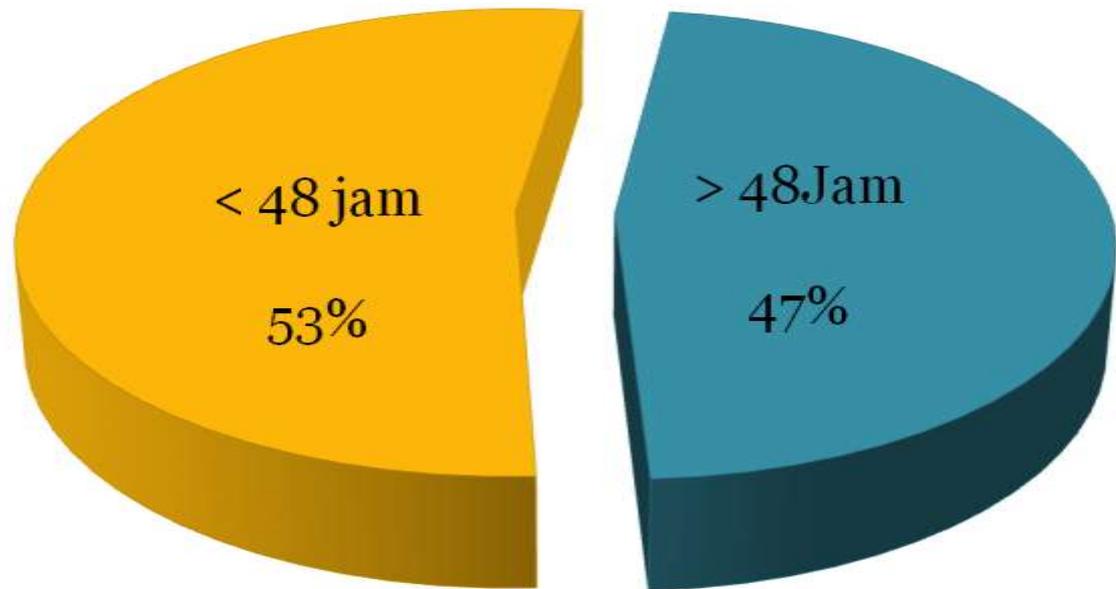


Sumber data: Prov Jateng

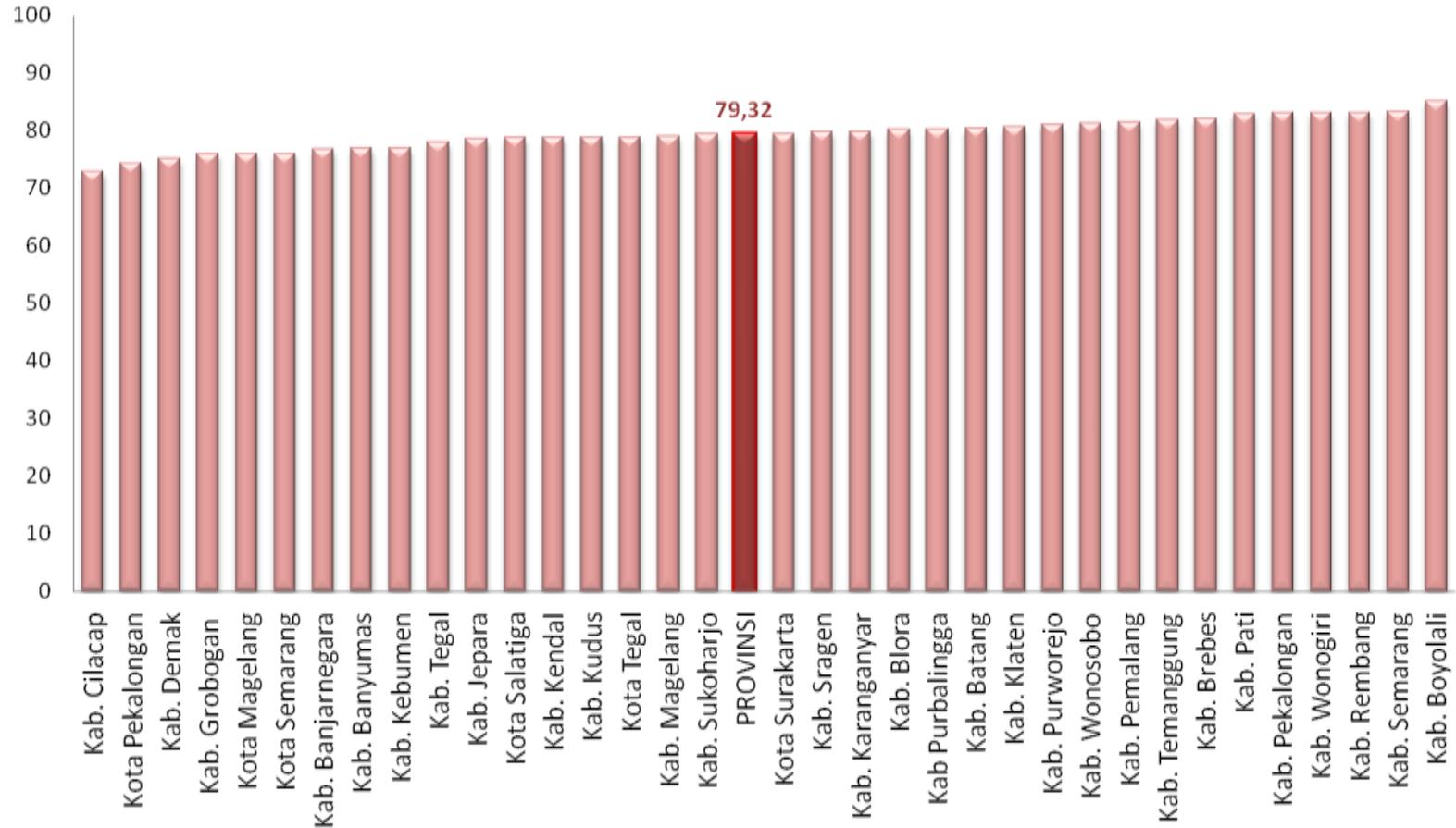
# Kematian sejak penerimaan di RS

**Proporsi  
kematian di RS  
tinggi**

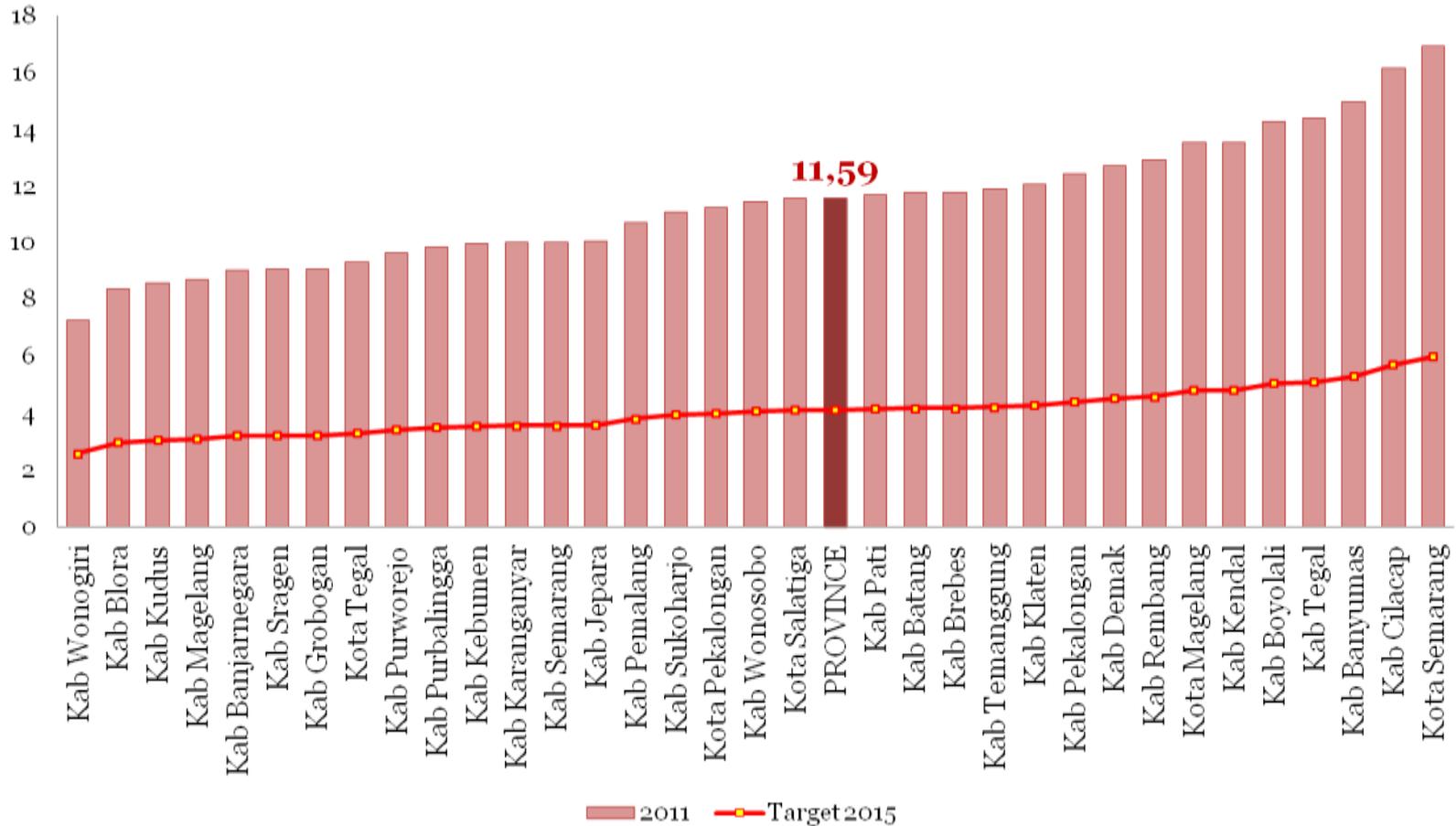
**Sebagian besar  
meninggal dlm  
48 jam →  
Terlambat  
1/2/3?**



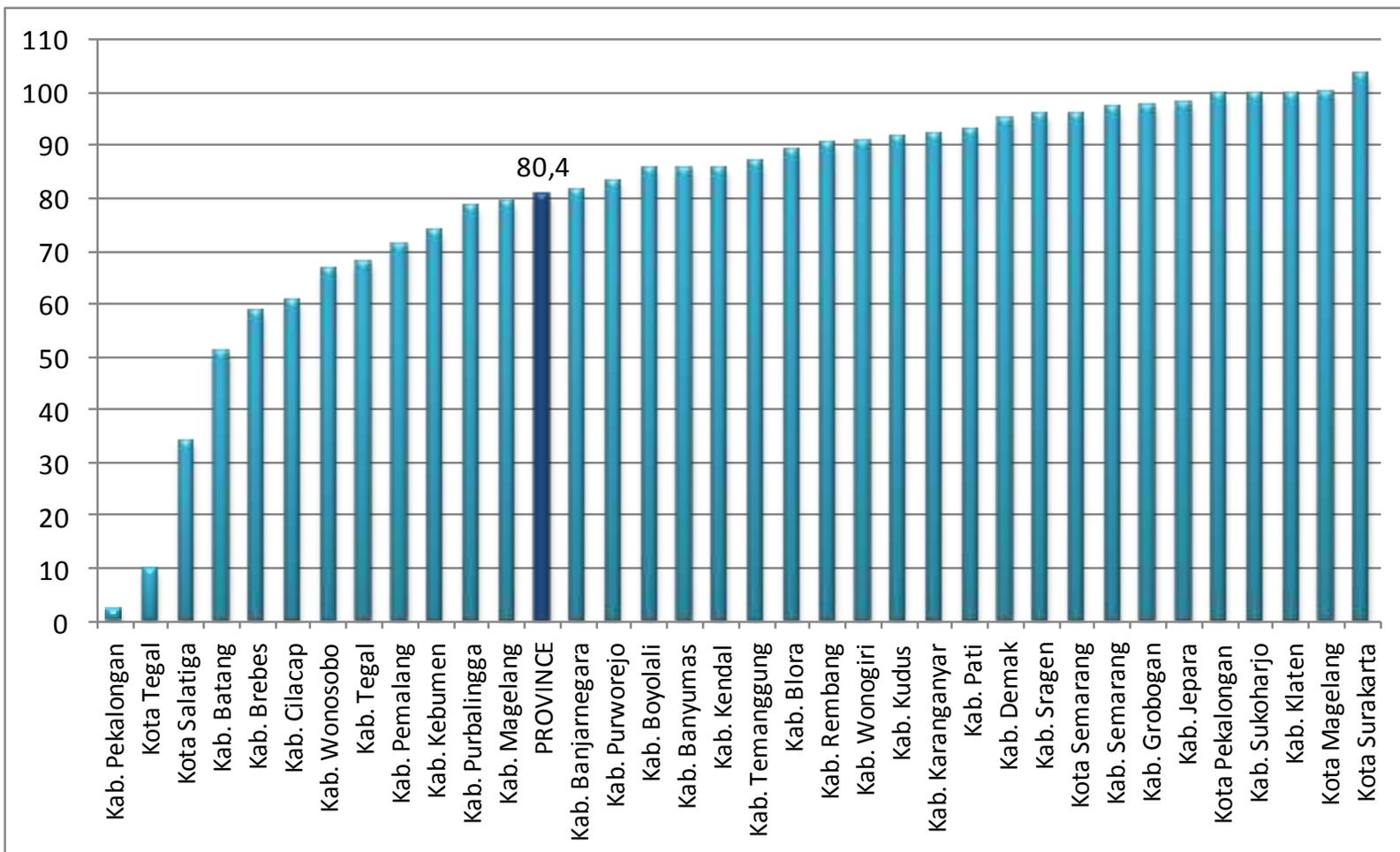
# Angka Pemakaian Kontrasepsi di Jawa Tengah Tahun 2011



# Unmet Need Tahun 2011

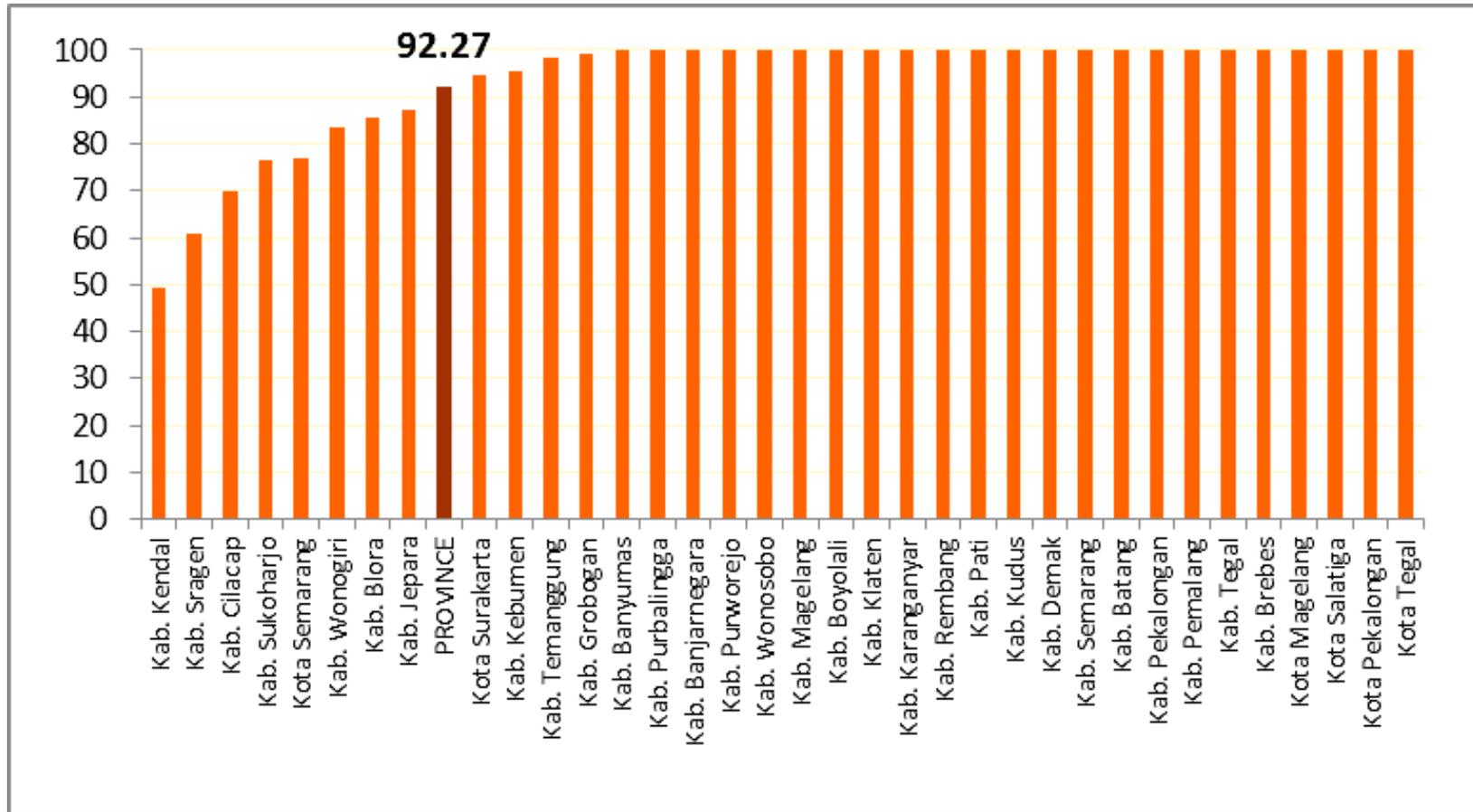


# Persalinan di Fasilitas berdasarkan Kabupaten dan Kota, Jawa Tengah, 2011



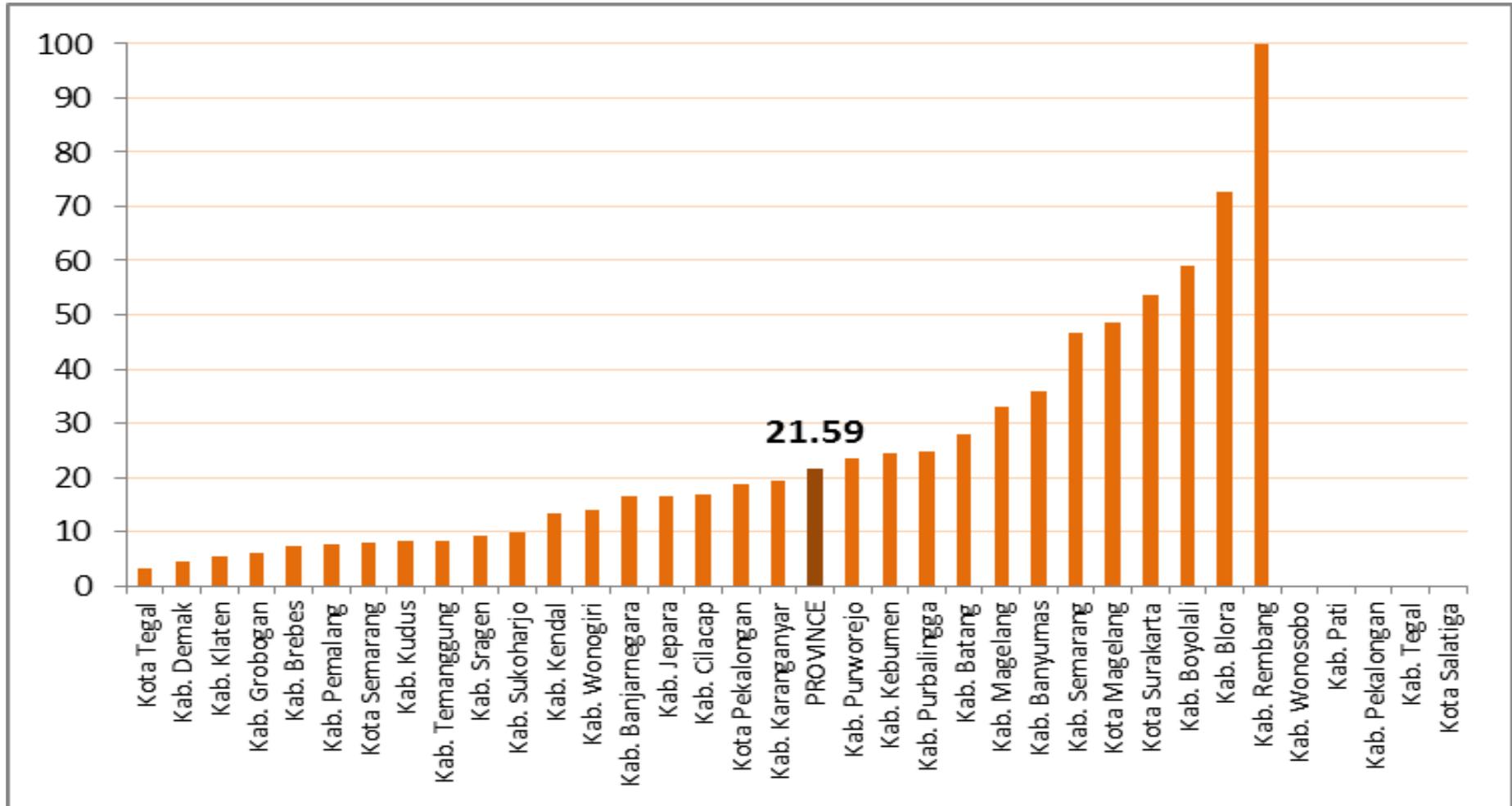
Sumber data: Jawa Tengah

# Cakupan Asuransi Kesehatan Penduduk Miskin berdasarkan Kabupaten/Kota, Jawa Tengah, 2010



Sumber data: Jawa Tengah

# Cakupan Asuransi Kesehatan pada Penduduk Tidak Miskin Menurut Kabupaten/Kota, Jawa Tengah, 2010



Sumber data: Jawa Tengah

# Ringkasan Analisis Bottlenecks Berdasarkan Intervensi Prioritas

1. Meningkatkan akses terhadap :
  - a. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal Darurat DASAR Berkualitas
  - b. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal Darurat KOMPREHENSIF Berkualitas
2. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar yang berkualitas di tingkat Masyarakat
3. Meningkatkan Akses terhadap Sistem Rujukan Efektif/Berkualitas
4. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi berkualitas

# Template

## Matriks Rencana Aksi MAF

<b>Prioritas Intervensi dan sub-intervensi</b>	<b>Prioritas <i>Bottleneck</i></b>	<b>Solusi Percepatan</b>	<b>Mitra Penanggungjawab</b>
1. ....	1.1. ....	1.1.1. ....	
		1.1.2. ....	
		1.1.3. ....	
		1.1.4. ....	
		1.1.5. dst	

# Meningkatkan akses terhadap Pelayanan Kebidanan dan Neonatal Darurat DASAR Berkualitas dan Pelayanan Kebidanan dan Neonatal Darurat KOMPREHENSIF Berkualitas



Prioritas Intervensi dan sub-intervensi	Prioritas <i>Bottleneck</i>	Solusi Percepatan	Mitra Penanggungjawab
1. Meningkatkan ketersediaan layanan Puskesmas PONED	1.1 Tim PONED di Puskesmas tidak lengkap, misalnya karena adanya rotasi pegawai	1.1.1 Pelatihan bagi tenaga kesehatan di Puskesmas PONED  1.1.2 dll..	<b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Dinas Kesehatan Provinsi -Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota  <b>Mitra:</b> -Rumah Sakit
	1.2 Sarana dan Prasarana yang tidak lengkap dan tidak ada pelatihan bagi pegawai	1.2.1 Pemetaan sarana dan prasarana	<b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Dinas Kesehatan Provinsi  <b>Mitra:</b> -Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

# Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar yang berkualitas di tingkat Masyarakat



Prioritas Intervensi dan sub-intervensi	Prioritas <i>Bottleneck</i>	Solusi Percepatan	Mitra Penanggungjawab
<p>1. Meningkatkan akses terhadap kualitas pelayanan tingkat dasar pada masyarakat</p>	<p>1. Fasilitas dan infrastruktur PKD yang kurang memadai</p>	<p>1.1.1 Memetakan ketersediaan alat kesehatan untuk fasilitas pelayanan dasar 1.1.2 dll...</p>	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Dinas Kesehatan</p> <p><b>Mitra:</b> -Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan(Risfaskes Results)</p>
	<p>1. Kurangnya keterlibatan dari Tokoh Masyarakat (Tokoh Masyarakat - toma) dan Pemimpin Agama (Tokoh Agama - toga) dalam peningkatan akses</p>	<p>1.2.1 Melakukan pertemuan dengan toga dan toma untuk meningkatkan akses ke PKD, melalui: Melakukan pendekatan agama dan sosial budaya dalam forum kesehatan 1.2.2 dll ..</p>	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</p> <p><b>Mitra:</b> -Tokoh agama -Tokoh masyarakat -Organisasi keagamaan -Organisasi kemasyarakatan</p>

# Meningkatkan Akses terhadap Sistem Rujukan Efektif/Berkualitas

Prioritas Intervensi dan sub-intervensi	Prioritas <i>Bottleneck</i>	Solusi Percepatan	Mitra Penanggungjawab
1. Meningkatkan akses ke rumah sakit rujukan	1.1 Tidak adanya regulasi khusus yang mengatur sistem rujukan ke rumah sakit baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota	1.1.1 Sosialisasi Permenkes No 1/2012 tentang Pedoman Sistem Rujukan Kesehatan Nasional  1.1.2 dll ..	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Kementerian Kesehatan</p> <p><b>Mitra :</b> -Media cetak dan elektronik</p>
	1.2 Pemanfaatan dana asuransi untuk pelayanan kesehatan ibu tidak optimal	1.2.1 Sosialisasi sistem rujukan  1.2.2 dll ..	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> -Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</p> <p><b>Partner :</b> -Bidan desa -Dokter dan pegawai Puskesmas -Rumah sakit -Sektor swasta bidan praktek -Rumah Sakit Ibu dan Anak -Masyarakat -Media cetak dan elektronik</p>

# Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi berkualitas



Prioritas Intervensi dan sub-intervensi	Prioritas <i>Bottleneck</i>	Solusi Percepatan	Mitra Penanggungjawab
<p><b>1. Meningkatkan akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan reproduksi berkualitas bagi pasangan usia subur (PUS - Pasangan USIA Subur)</b></p>	<p>1.1 Layanan KB tidak sepenuhnya tersedia, termasuk konseling KB di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan masyarakat (jumlah hari layanan untuk KB di rumah sakit perlu ditambahkan)</p>	<p>1.1.1 Mengadvokasi rumah sakit untuk mengembangkan layanan KB di rumah sakit (PKBRS - Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit - Layanan Keluarga Berencana Rumah Sakit), termasuk Jampersal KB (KB Pasca Melahirkan dan KB Pasca Keguguran)</p> <p>1.1.2 dll ..</p>	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> BKKBN</p> <p><b>Mitra:</b> -Dinas Kesehatan -Rumah Sakit -Organisasi Profesional -PERSI</p>
	<p>1.2 Kurangnya keterlibatan masyarakat dalam program KB</p>	<p>1.2.1 Pemberdayaan PLKB (Petugas Lapangan KB), TP PKK, Kader KB, dan Babinsa (Militer) sebagai ujung tombak untuk mempromosikan tentang KB</p> <p>1.2.2 dll ..</p>	<p><b>Pihak yang bertanggung jawab:</b> BKKBN</p> <p><b>Mitra:</b> -SKPD Kabupaten/Kota yang terkait -Dinas Kesehatan</p>



# Ringkasan Situasi Intervensi Prioritas



# 1. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Kebidanan Neonatal Darurat DASAR yang Berkualitas



## ANGGARAN dan PEMBIAYAAN

- Anggaran untuk pelatihan tidak sesuai dengan pencairan anggaran untuk fasilitas, peralatan, dan perlengkapan.
- Jampersal dianggap sebagai pendapatan daerah. Oleh karena itu fasilitas pemerintah (Puskesmas dan fasilitas PONEC) harus mengajukan pendapatan Jampersal sebagai retribusi kepada pemerintah daerah.
- Pencairan retribusi diserahkan ke fasilitas kesehatan pemerintah membutuhkan waktu yang lama dan tidak perlu mewakili apa yang dibutuhkan oleh setiap fasilitas.
- Skema pembayaran lokal dari Jampersal bagi staf pemerintah fasilitas dianggap rendah.
- Tidak ada skema insentif khusus untuk staf PONEC, terutama dalam memberikan pelayanan di luar jam kerja.

## KEBIJAKAN

- Lokasi PONEC tidak selalu di tempat yang tepat. Misalnya PONEC dapat terletak dekat dengan rumah sakit atau PONEC lainnya.
- Staf rotasi / promosi dari tim PONEC terlatih untuk tempat-tempat lain.
- Kewajiban untuk fasilitas pemerintah untuk menyerahkan retribusi kepada pemerintah daerah.
- Tidak ada perlindungan hukum / peraturan bagi tim PONEC terlatih untuk memberikan layanan.
- Penyediaan fasilitas kesehatan tergantung juga pada Pemerintah Daerah.
- Pembiayaan masih parsial, antara fasilitas / peralatan dan sumber daya manusia
- Kurangnya pemahaman tentang pentingnya P4K di antara para pemimpin desa dan masyarakat.

## PEMANFAATAN PELAYANAN

- Fasilitas/peralatan/perlengkapan yang kurang lengkap dan kurangnya tenaga kompeten mengurangi rasa percaya diri Tim PONEC dalam menyediakan dan mempromosikan layanan.
- Pelatihan PONEC tidak termasuk pelatihan APN. Oleh karena itu, beberapa dokter mengeluh tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan yang sama pada APN sebagai bidan.
- Tim PONEC tidak percaya diri dalam memberikan layanan karena ada ketidakpastian bahwa apa yang mereka lakukan dilindungi oleh hukum atau peraturan.
- Bantuan teknis dan pengawasan oleh Tim PONEC PONEC belum diselesaikan.

## PENYELENGGARAAN PELAYANAN

- Pemanfaatan layanan PONEC masih rendah.
- Kurangnya pelayanan dan fasilitas PONEC menurunkan kemauan masyarakat untuk menggunakan layanan PONEC ini.

## CROSS-CUTTING ISSUE

- Pembiayaan masih parsial, antara fasilitas / peralatan dan sumber daya manusia

# 1. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Kebidanan Neonatal Darurat KOMPREHENSIF yang Berkualitas



## ANGGARAN dan PEMBIAYAAN

- *Jampersal* telah meningkatkan jumlah pasien ke RS, dan di sebagian RS peningkatan terutama terjadi pada kasus persalinan normal, sehingga proporsi pasien dari non-*Jampersal* tinggi, menyebabkan subsidi silang tidak seimbang
- *Jampersal* dianggap sebagai pendapatan daerah.
- Perda mengenakan fleksibilitas terbatas pada biaya pelayanan, yaitu insentif terlalu kecil terutama untuk penyedia langka (misalnya Ob / Gyn dan Anesthesiologist) yang bekerja di luar jam kerja.

## KEBIJAKAN

- Tidak semua kabupaten memiliki RS PONEK, dengan alasan kurangnya anggaran dan sumber daya manusia.
- Ketersediaan layanan 24 jam selama 7 hari (24/7) dari PONEK kurang karena:
  - Hanya 1 Ob / Gyn tersedia di rumah sakit pemerintah
  - Tidak ada penduduk Ob / Gyn yang bekerja di rumah sakit pemerintah untuk membantu Ob / Gyn
  - Tidak ada penggunaan atau perjanjian dengan rumah sakit swasta / klinik untuk memberikan Obstetrik Darurat di rumah sakit pemerintah.
- Tidak semua RS PONEK memiliki fasilitas lengkap, seperti HCU.
- Staf rotasi tim PONEK yang terlatih.
- Di Jawa Tengah, semua rumah sakit kabupaten memiliki darah sendiri unit transfusi. Tapi ini tidak terjadi untuk tingkat nasional.
- Untuk mempercepat pelatihan PONEK seperti bahwa kabupaten memiliki semua PONEK pada akhir tahun 2013, kapasitas rumah sakit provinsi untuk melatih PONEK

## PENYELENGGARAAN PELAYANAN

- *Jampersal* telah meningkatkan beban kasus rumah sakit, tidak hanya pada kasus yang rumit tetapi juga pada persalinan normal.
- Kurangnya fasilitas di rumah sakit PONEK. Misalnya unit perawatan tinggi yang diperlukan untuk memonitor kasus-kasus tertentu seperti pre-eklampsia berat / eklampsia.
- Spesialis juga bekerja di rumah sakit swasta. Dengan demikian komitmen penuh terhadap rumah sakit pemerintah dipertanyakan.
- Kualitas mekanisme jaminan belum sistemik.

## CROSS-CUTTING ISSUE

- Pembiayaan/pendanaan yang terpisah, antara fasilitas, alat, dan sumber daya

## PEMANFAATAN PELAYANAN

- Karena *Jampersal* tidak hanya untuk masyarakat miskin, menyebabkan *demand* terhadap pelayanan *Jampersal* tinggi – menyebabkan beban RS tinggi – dapat menyebabkan masalah pada mutu pelayanan

## 2. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar yang Berkualitas di Tingkat Masyarakat



### KEBIJAKAN

- Ketersediaan bidan di setiap desa belum universal. Telah dicapai di Jawa Tengah.
- Perbedaan kebijakan seluruh provinsi di distribusi bidan di desa-desa.
- Bidan otoritas pada kebidanan dan jasa KB tertentu
- Kompetensi pre-service training belum standar.
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 di bawah Departemen Pendidikan dan Kebudayaan tentang otonomi kampus dapat menyebabkan variasi kompetensi penyedia layanan kesehatan.
- Kebijakan pelatihan in-service bidan untuk memperoleh standar kompetensi belum universal.
- Larangan dukun belum ada.
- PKD / Polindes didefinisikan sebagai fasilitas. Layanan yang disediakan oleh PKD / Polindes berbeda dari Puskesmas / Poned. Hal ini dapat memberikan penafsiran bahwa layanan yang diberikan di PKD / Polindes adalah dari jenis yang sama dengan layanan Puskesmas, contoh vacuum extraction dan manajemen komplikasi pertama .
- Penafsiran dan pelaksanaan program Kelas Ibu Hamil bervariasi antar provinsi.

### ANGGARAN dan PEMBIAYAAN

- Perbedaan jasa pelayanan antar Kabupaten/Kota mengenai besarnya jasa pelayanan untuk tenaga kesehatan (bidan) yang bekerja di luar jam kerja
- Alokasi dana untuk peningkatan kualitas pelayanan belum diatur secara sistemik dan universal.
- Dalam perencanaan alokasi dana untuk meningkatkan keterampilan Bidan melalui pelatihan APN sampai dengan tahun 2015 lebih banyak dialokasikan untuk tahun 2014-2015, sehingga daya ungitnya untuk mencapai target pada tahun 2015 lebih kecil.
- Alokasi dana tidak konsisten: pendanaan fasilitas dan alat tidak selalu dilengkapi dengan SDM
- Pengembalian dana retribusi ke fasilitas kesehatan membutuhkan waktu lama dan tidak selalu sesuai dengan yang dibutuhkan

### PENYELENGGARAAN PELAYANAN

- Tidak selalu tersedia 24 jam
- Tingginya beban pelayanan nonkebidanan
- Keterampilan Bidan dalam melakukan identifikasi dini, pertolongan pertama dan stabilisasi kasus komplikasi kebidanan pada sebagian bidan (a.l. yg belum dilatih APN) rendah
- Keterampilan Bidan dalam melakukan komunikasi inter-personal dan konseling terhadap pasien masih dianggap kurang baik
- Jumlah dan kualitas Puskesmas yang mampu memberikan pelayanan persalinan masih kecil
- Dua hal penting: (1) Bagaimana agar perempuan berdaya dalam membuat keputusan untuk dirinya terkait kehamilan dan pelayanan persalinan; (2) *Unpredictability* dari komplikasi kebidanan mengharuskan setiap persalinan didampingi/ditolong oleh tenaga kesehatan terampil agar dapat melakukan pencegahan komplikasi, dll.

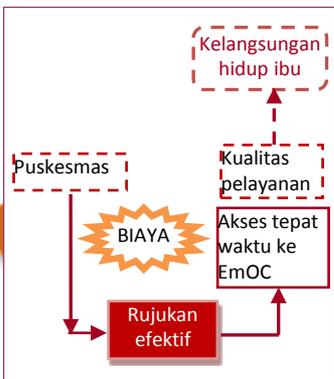
### PEMANFAATAN PELAYANAN

- *Demand* masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari Bidan, selain pelayanan kebidanan, tinggi sehingga sebagian Bidan tidak dapat melakukan fungsi kebidanannya dengan optimal
- Pemahaman tentang konsep P4K antara tenaga kesehatan bervariasi, sehingga pemahaman masyarakat juga rendah

### CROSS-CUTTING ISSUE

- Pembiayaan masih parsial
- Kurangnya pemahaman tentang pentingnya P4K di antara para pemimpin desa dan masyarakat.

### 3. Meningkatkan Askes terhadap Sistem Rujukan Efektif/Berkualitas



#### **KEBIJAKAN**

- Kurang jelasnya pedoman di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota tentang mekanisme rujukan

#### **PEMANFAATAN PELAYANAN**

- Keterlambatan rujukan masih sering terjadi, yang bisa disebabkan oleh :
  - Keputusan di rumah tangga dan keluarga
  - Cepatnya pasien mencari pertolongan Nakes
  - Cepatnya Nakes mengidentifikasi masalah dan memutuskan rujukan
  - Efektivitas Nakes dalam mengadvokasi pentingnya rujukan

#### **ANGGARAN dan PEMBIAYAAN**

- Insentif untuk persiapan rujukan dan biaya transportasi untuk rujukan telah dimasukkan dalam Jampersal. Besarnya biaya transportasi sesuai dengan standar pusat dan daerah. Sedangkan insentif bagi tenaga kesehatan yang mendampingi pasien selama rujukan tergantung pada peraturan daerah. Dengan tidak adanya komitmen yang kuat dari pemerintah daerah dalam hal ini, masalah ini dapat menghambat praktik rujukan.

#### **PENYELENGGARAAN PELAYANAN**

- Mata rantai rujukan dari pelayanan kesehatan dasar dengan RS tidak selalu jelas. Contohnya kabupaten yg tidak mempunyai RS PONEK. Rujukan menjadi kurang optimal.
- Rendahnya pemanfaatan RS swasta dalam sistem dan jejaring rujukan
- Kapasitas perujuk dalam melakukan pertolongan pertama, stabilisasi pasien dan rujukan segera masih kurang optimal

#### **CROSS-CUTTING ISSUES**

- Pembuatan keputusan rujukan di tingkat masyarakat masih didominasi suami/orang tua/mertua
- Pengertian mengenai makna/pentingnya persiapan persalinan dan kesiapan dalam menghadapi keadaan darurat masih rendah sehingga sebagian masyarakat tidak mempunyai dana simpanan untuk persalinan. Hal ini merupakan salah satu masalah terlambatnya keputusan untuk merujuk walaupun sudah ada *Jampersal/Jamkesmas/ Jamkesda*.
- Di sebagian daerah ada RS swasta yang memberikan insentif kepada Bidan agar merujuk kasusnya ke RS tsb.
- Masyarakat sebagian masih memilih melahirkan di rumah karena didampingi keluarga.

## 4. Meningkatkan Akses terhadap Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi yang Berkualitas



### KEBIJAKAN

- Terdapat kewenangan Bidan yang tidak jelas, yaitu Bidan yang telah dilatih untuk pemasangan implant dan IUD tidak langsung mempunyai kewenangan untuk melakukannya sebelum melakukan sejumlah tertentu, sementara untuk memenuhi kuota Bidan memerlukan kewenangan.
- *Jampersal* mendukung KB pasca-salin
- Jumlah pegawai KB di lapangan masih rendah
- Ketersediaan metode KB ini dijamin oleh pemerintah pusat berdasarkan permintaan dari provinsi dan kabupaten / kota.

### ANGGARAN dan PEMBIAYAAN

- Anggaran pemerintah pusat hanya menutupi penyediaan metode KB tapi sangat sedikit pada operasionalisasi nya.

### PEMANFAATAN PELAYANAN

- Walaupun secara anekdot, ada kekhawatiran mengenai masih ditemukannya Bumil berusia 35 thn keatas, karena tidak menggunakan KB karena menganggap usia tersebut tidak subur lagi

### PENYELENGGARAAN PELAYANAN

- Karena kecilnya biaya operasional, mobilisasi Akseptor KB terbatas. Selama ini berintegrasi dengan kegiatan program/sektor lain (ABRI, Dikbud, Agama), tetapi tetap tdk bisa optimal

### CROSS-CUTTING ISSUES

- UU Perkawinan 1974 memperbolehkan seorang perempuan menikah pada usia 16 tahun (Perkawinan remaja)

# Template Perencanaan Implementasi dan Monitoring MAF

Target MDGs	Kegiatan Intervensi	Jadwal Waktu Implementasi (2013-2015)			Indikator untuk Monitoring Tahunan			Penanggung Jawab
		Jan-Des 2013	Jan - Des 2014	Jan - Des 2015	2013	2014	2015	
5A	Intervensi 1 (Kegiatan 1.1)							
	Kegiatan 1.2							
	.....							
5B	Intervensi 1 (Kegiatan 1.1)							
	Kegiatan 1.2							
	.....							

# IV. KESIMPULAN

1. Upaya peningkatan kesehatan ibu merupakan salah satu prioritas tinggi dalam pencapaian sasaran MDGs di Indonesia
2. Berbagai upaya telah dilaksanakan oleh Pemerintah untuk mencapai sasaran MDGs tersebut
3. Salah satu metode yang komprehensif untuk meningkatkan kesehatan ibu adalah Metode MAF yang juga telah digunakan di berbagai negara lain untuk mempercepat pencapaian sasaran MDGs
4. Metode MAF telah diimplementasikan di 15 negara di 3 benua.

- 
5. Di Indonesia penerapan pertama metode MAF dilaksanakan di Provinsi Jawa Tengah dengan pertimbangan daerah tersebut memiliki komitmen yang tinggi dan akan berdampak terhadap sasaran nasional
  6. Dalam proses penyusunan MAF memerlukan kerja sama yang kuat antara berbagai stakeholders yang berasal dari Pemerintah, universitas, organisasi profesi, lembaga kemasyarakatan, media, mitra kerja internasional, swasta.
  7. Proses penyusunan MAF di Jawa Tengah dapat digunakan sebagai *lesson learned* untuk mempercepat pencapaian sasaran MDGs 5 atau MDGs kategori *off track* lainnya dengan berbagai penyesuaian sesuai dengan kondisi daerah.



**TERIMA KASIH**