ISSN: 2503-3379 (Online) 2527-3132 (print)

JURNAL KELUARGA BERENCANA

POLICY PAPER

Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN

PENGUATAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA PASCAPERSALINAN (KBPP) MELALUI KERANGKA *THEORY OF CHANGE* SEBAGAI FAKTOR *UNMET NEED* DAN KEHAMILAN YANG TIDAK DIINGINKAN

Indra Murty Surbakti[1], Yuniarini[2], Mustika Agustini[3], Aulia Wahyu Lokaningsih[4], Rina Nugraheni[5], Tri Tustian Jayanti[6], Sri Sulastri Manalu[7]

Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN[1,2,3,4,5,6,7], Jakarta, Indonesia,

Email: indramsurbakti@gmail.com, yuniarini@kemendukbangga.go.id, mustika.agustini@kemendukbangga.go.id, aulia.lokaningsih@kemendukbangga.go.id, rina.nugraheni@kemendukbangga.go.id, tri.jayanti@kemendukbangga.go.id, sri.manalu@kememdukbangga.go.id

Ringkasan Eksekutif	Keluarga Berencana Pascapersalinan (KBPP) merupakan intervensi strategis untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan, menurunkan *Unmet Need* , serta mendukung pencapaian target kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Namun, capaian penggunaan kontrasepsi KBPP dalam beberapa tahun terakhir masih menunjukkan tren yang belum optimal, sementara *Unmet Need* , kehamilan tidak diinginkan (KTD), dan kehamilan risiko tinggi masih menjadi tantangan pembangunan kependudukan dan kesehatan. Kajian ini bertujuan mengidentifikasi hambatan utama implementasi KBPP serta merumuskan rekomendasi kebijakan melalui pendekatan *Theory of Change* sebagai faktor protektif terhadap *Unmet Need* dan KTD. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif melalui *literature review*, *Focus Group Discussion* (FGD), dan *expert judgement*. Data dianalisis secara tematik untuk mengidentifikasi faktor risiko, faktor protektif, serta akar permasalahan program. Hasil kajian menunjukkan bahwa rendahnya pemanfaatan KBPP dipengaruhi oleh keterbatasan pengetahuan dan kualitas konseling, kekhawatiran terhadap efek samping kontrasepsi, kurangnya dukungan pasangan, pengaruh sosial budaya, kesenjangan kompetensi tenaga kesehatan, serta kendala integrasi layanan dan pelaporan. Sebaliknya, edukasi berkelanjutan, dukungan keluarga, ketersediaan alat kontrasepsi, dan kolaborasi lintas sektor menjadi faktor yang mendukung keberhasilan program. Oleh karena itu, penguatan KBPP perlu dilakukan melalui integrasi layanan kesehatan ibu dan anak, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan komunikasi perubahan perilaku, serta dukungan kebijakan dan pembiayaan yang berkelanjutan guna menurunkan *Unmet Need* dan KTD di Indonesia.

Keywords: KB Pascapersalinan, *Theory of Change*, *Unmet Need* , Kehamilan Tidak Diinginkan, Kesehatan Reproduksi.

PENDAHULUAN

A.1 Latar Belakang

Penyelenggaraan pelayanan keluarga berencana pascapersalinan (KBPP) sangat penting di Indonesia karena berkaitan langsung dengan kesehatan ibu, bayi, dan keluarga Indonesia.

Pemerintah melalui Peraturan BKKBN No.18 tahun 2020 telah mengatur tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan. Sebagai pembaharuan dari Peraturan tersebut, Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Kepala Badan Kependudukan dan keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan menyebutkan bahwa "Keluarga Berencana Pascapersalinan adalah pelayanan KB yang diberikan setelah persalinan sampai dengan kurun waktu **42 (empat puluh dua)** hari, dengan tujuan mengatur jarak kelahiran, jarak kehamilan, dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan yang aman dan sehat". Usaha pelayanan KBPP juga telah sesuai dengan amanat Prioritas Nasional 4 dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029 yang berfokus pada "Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas" dimana penurunan kematian ibu dan anak sebagai salah satu sasaran strategis pembangunan kesehatan.

Berbeda dengan definisi KBPP sesuai Permendukbangga tahun 2025 diatas, World Health Organization (WHO) dalam Buku "*Programming strategies for Postpartum Family Planning"* (2013) mendefinisikan KBPP sebagai 'pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat selama **12 (dua belas) bulan** pertama setelah melahirkan'.

Namun demikian secara spesifik pada tahun 2022 dalam "*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*", WHO menjelaskan kembali bahwa perawatan posnatal positif sebaiknya dilakukan dalam periode kritis 24 jam pertama sampai dengan **42 hari atau 6 minggu** setelah kelahiran baik terhadap Ibu maupun bayi baru lahir yang mencakup perawatan pasca persalinan selama 24 jam pertama, imunisasi bayi dan pelayanan keluarga berencana yang sesuai dengan periode pascapersalinan (WHO, 2022). Perawatan posnatal positif ini dimaksudkan untuk mencegah Ibu dan anak baru lahir dari berbagai risiko-risiko kesehatan dan menghindari kehamilan dengan interval kurang dari 24 bulan.

A.2 Urgensi Penguatan KB Pascapersalinan dalam Daya Ungkit Penurunan *Unmet Need* dan Kehamilan Tidak Diinginkan

KBPP menargetkan kesenjangan risiko tinggi di mana lebih dari 60% PUS tidak menggunakan kontrasepsi efektif dalam 24 bulan pascapersalinan, meskipun banyak yang ingin menunda atau menghentikan kehamilan, sehingga mengakibatkan tingginya *Unmet Need* .

KBPP mencegah kehamilan berulang yang cepat karena kesuburan dapat kembali dalam beberapa minggu setelah melahirkan, seringkali sebelum

haid pertama, sehingga banyak perempuan lengah. KBPP memastikan perempuan memiliki kontrasepsi sebelum risiko ini terjadi.

KBPP berdampak kepada penurunan KTD. Studi menunjukkan bahwa mengintegrasikan konseling KBPP selama tahap prenatal, persalinan, dan pascapersalinan dapat secara signifikan mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang diinduksi dalam 12 bulan pascasalin (misalnya, studi menunjukkan pengurangan risiko sebesar 63% pada kelompok intervensi).

KBPP mengakses data populasi rentan. Periode pascapersalinan adalah waktu yang unik ketika perempuan sering berhubungan dengan layanan kesehatan, memberikan peluang penting untuk menjangkau mereka, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMICs).

Terdapat kesenjangan besar antara ingin ber-KB dan penggunaan kontrasepsi pada periode pascapersalinan. Secara global, sekitar 90% perempuan pascapersalinan ingin menunda atau menghindari kehamilan berikutnya setidaknya selama dua tahun. Namun, dua pertiga dari perempuan ini memiliki "kebutuhan yang belum terpenuhi" (*Unmet Need*) — mereka tidak menggunakan metode kontrasepsi modern apa pun.

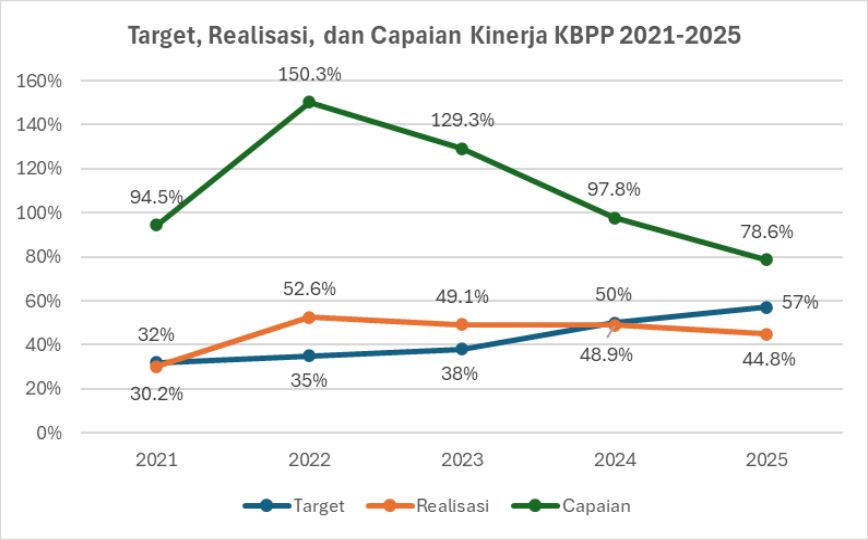
KBPP mengungkap risiko "Tak Terlihat" di mana banyak perempuan (dan beberapa penyedia layanan kesehatan) percaya bahwa mereka tidak berisiko hamil saat menyusui atau sebelum menstruasi kembali (amenore). Pada kenyataannya, ovulasi dapat terjadi seawal 21–28 hari setelah kelahiran pada wanita yang tidak menyusui, yang menyebabkan "kehamilan berulang yang cepat" yang tidak diinginkan sebelum seorang perempuan menyadari bahwa kesuburannya telah kembali.

Integrasi data KBPP dengan titik kontak yang ada —seperti perawatan antenatal, persalinan, dan kunjungan imunisasi anak—sistem kesehatan dapat menjangkau perempuan yang sudah mencari perawatan, sehingga menutup kesenjangan kebutuhan yang belum terpenuhi.

IDENTIFIKASI MASALAH

B.1 Persentase Penggunaan Kontrasepsi KBPP yang Semakin Menurun

Penggunaan kontrasepsi segera setelah melahirkan hingga 42 hari di Indonesia mengalami tren fluktuasi dari tahun 2021 sampai 2025. Pada tahun 2022, persentase penggunaan kontrasepsi KBPP sempat mengalami peningkatan dari 32% menjadi 52%. Namun begitu, selama tiga tahun berturut-turut setelah itu capaian KBPP terus menurun hingga 44.8% pada tahun 2025. Persentase ini menunjukkan belum tercapainya target yang diharapkan sesuai dengan Renstra Kemendukbangga/BKKBN 2025-2029. Data target, realisasi dan capaian kinerja KBPP 2021-2025 secara lebih detail dapat dilihat pada Gambar 1.



Sumber: Grafik diolah oleh Penulis berdasarkan data yang tersedia di Dokumen LKIP Direktorat Bina Kesehatan Reproduksi Kemendukbangga/BKKBN tahun 2025

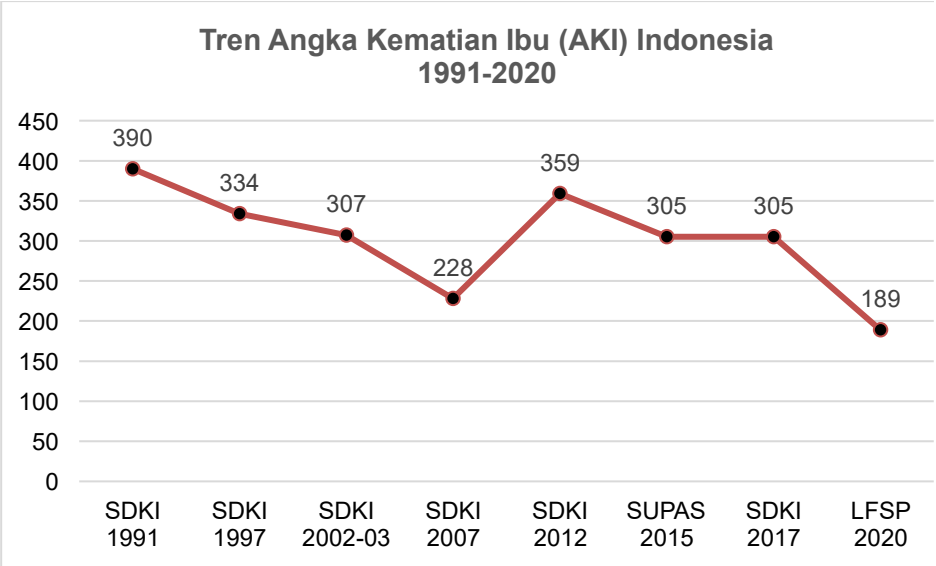
Gambar 1. Grafik Target, Realisasi, dan Capaian Kinerja KBPP 2021-2025

B.2 Tantangan tren capaian AKI, AKB, dan AKN

Sejumlah penelitian menunjukkan KBPP merupakan faktor protektif dari AKI, AKB, dan AKN, sehingga persentase penggunaan kontrasepsi KBPP seperti yang diperlihatkan pada Gambar 1 menjadi tantangan tersendiri dalam usaha menurunkan AKI, AKB, dan AKN.

Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup menunjukkan tren penurunan, dari 189 pada tahun 2020 menjadi 140 per 100.000 per tahun 2023 (WHO, 2026). Penurunan ini mencerminkan adanya upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu, terutama pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

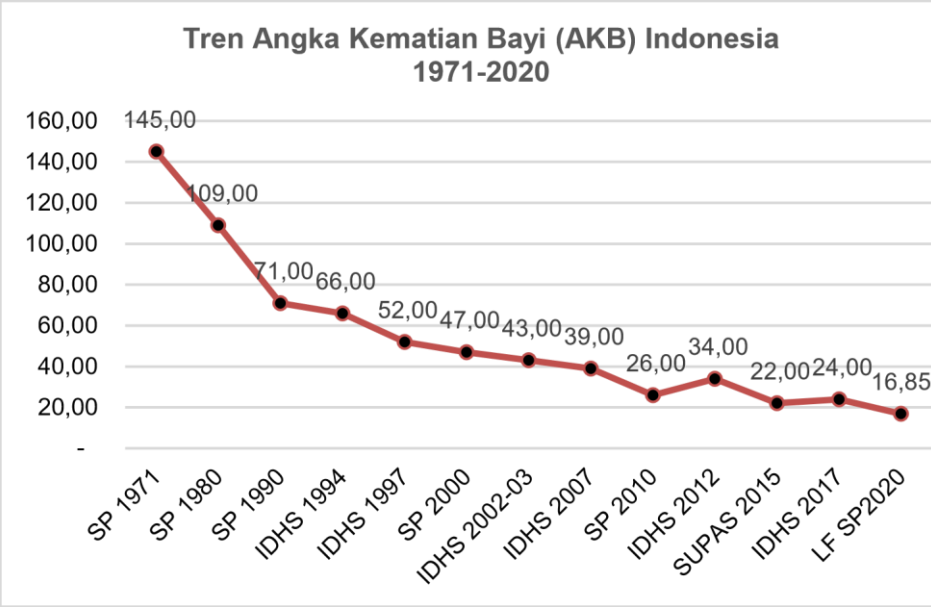
Namun demikian, Indonesia masih dihadapkan kepada gap yang signifikan menuju target RPJMN 2025-2029 sebesar 77 pada tahun 2029 dan target SDG's 2030 sebesar 70. Perlu menjadi perhatian bahwa Kematian Ibu juga disebabkan risiko kehamilan karena penyakit. Data Kesehatan Indonesia 2024 menunjukkan Ibu hamil yang mengidap HIV sebanyak 0.08%, HBSAG reaktif sebanyak 1.45% dan Sifilis sebanyak 0.14%. Tren capaian AKI dapat dilihat pada Gambar 2. Data capaian AKI di Indonesia menunjukkan masih dibutuhkan usaha yang besar untuk mencapai Target AKI 2029 sesuai RPJMN 2025-2029 yaitu yaitu 77 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (dokumen RPJMN 2025-2029).



Sumber: Grafik diolah oleh Penulis sesuai sumber data dalam dokumen SDKI 2017, SUPAS 2015 dan LFSP 2020

Gambar 2: Tren Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1991-2020

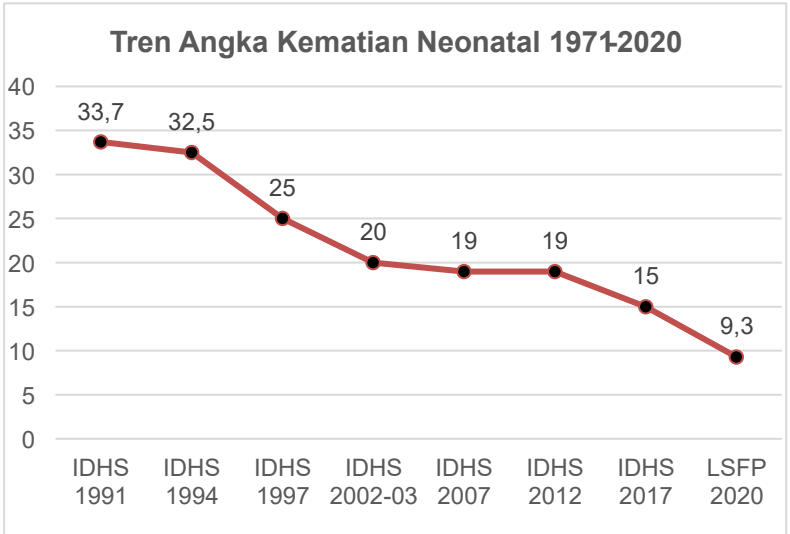
Sementara itu, Angka Kematian Bayi di Indonesia sampai dengan tahun 1980 pernah berada di titik yang sangat tinggi di atas 100 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup (Sensus Penduduk, 1971-1980). Angka ini terus menurun sehingga data pada tahun 2020 menunjukkan AKB di Indonesia menjadi 16,85 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup (LSFP, 2020). Sementara data AKB setelah tahun 2020 belum tersedia, tren ini diestimasikan meningkat pada tahun 2023 sebesar 17 dan kembali menurun sebesar 15,2 pada tahun 2024 (*Levels & Trends in Child Mortality: Report* 2024 dan 2025, UN 2024-2025). Meskipun capaian AKB tahun 2020 (16,85) telah mendekati target RPJMN 2020-2024 (16/1.000 kelahiran hidup), namun Pemerintah masih dihadapkan pada tantangan-tantangan yang sangat besar yang harus diusahakan dalam rangka mencapai target AKB sesuai SDGs 2030 dalam 10 Tahun yakni sebesar 12 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup. Disparitas AKB antar Provinsi di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan terutama pada wilayah barat dan timur. Provinsi Papua Barat pada tahun 2012 dan 2017 menunjukkan AKB tertinggi di Indonesia (74 dan 53). Sementara, Provinsi Papua pada tahun 2020 tercatat memiliki AKB tertinggi sebesar 38,17. Hal ini menunjukkan disparitas yang sangat mencolok dengan data AKB Provinsi DKI Jakarta yang terendah se-Indonesia sebesar 10,38 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup. Tren AKB di Indonesia tahun 1971 - 2020 dapat dilihat pada Gambar 3. Sementara itu tren AKB di Indonesia berdasarkan provinsi tahun 19712020 dapat dilihat pada **Lampiran 1.**



Sumber: Grafik diolah oleh Penulis sesuai sumber data dalam SUPAS 2015, IDHS 2017, dan Laporan Long Form Sensus Penduduk 2020.

Gambar 3. Tren Angka Kematian Bayi (AKB) Indonesia 1971-2020

Lebih lanjut data menunjukkan Angka Kematian Neonatal (AKN) dari tahun 1991 sampai dengan tahun 2020 terus mengalami penurunan. Tercatat pada tahun 1991, terdapat sebanyak 34 dari 1.000 kematian bayi berusia 0-28 hari. Pada tahun 2020 AKN di Indonesia menunjukkan penurunan dan tercatat sebesar 9,3. Meskipun AKN di Indonesia terus menurun, namun masih jauh dari target SDG's 2030 yang ditetapkan untuk Indonesia yaitu 7 per 1.000 Kelahiran Hidup. Tren Angka Kematian Neonatal tahun 1991 – 2020 dapat dilihat lebih detail pada Gambar 4. Tren Angka Kematian Neonatal berdasarkan provinsi tahun 1994-2017 secara lebih detail dapat dilihat pada **Lampiran 2.**

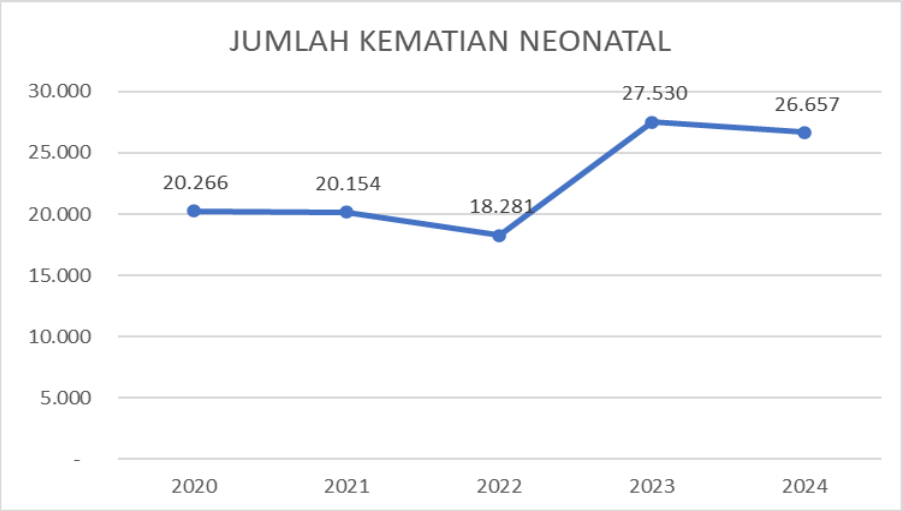


Sumber: Grafik diolah oleh Penulis sesuai dengan data dalam Laporan IDHS 1991,1994, 1997, 2002-03, 2007, 2012, 2017, dan LSFP 2020.

Gambar 4. Tren Angka Kematian Neonatal Tahun 1971-2020

Untuk jumlah kematian neonatal di Indonesia tahun 2020–2024 menunjukkan pola fluktuatif dengan kecenderungan peningkatan pada

periode akhir. Sepanjang tahun 2020 sampai dengan 2021, jumlah kematian neonatal tercatat mengalami sedikit peningkatan, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2022 menjadi 18.281 kasus. Namun, pada tahun 2023 terjadi lonjakan signifikan hingga mencapai 27.530 kasus, yang kemudian sedikit menurun pada tahun 2024 menjadi 26.657 kasus. Peningkatan tajam pada tahun 2023 menjadi indikasi adanya tantangan serius dalam pelayanan kesehatan neonatal, seperti kualitas pelayanan pasca persalinan, deteksi dini risiko pada bayi baru lahir, serta akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai. Angka absolut jumlah kematian neonatal tahun 2020 sampai dengan 2025 secara lebih detail dapat dilihat pada Gambar 5.

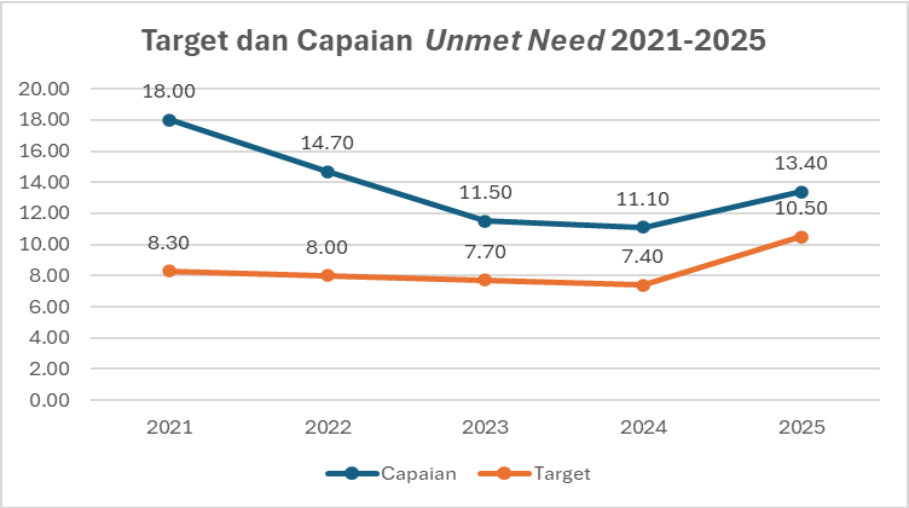


Sumber: Grafik diolah oleh Penulis berdasarkan data yang tersedia di Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, 2021, 2022, 2023, dan 2024

Gambar 5. Jumlah Absolut Angka Kematian Neonatal di Indonesia 2020-2024

B.3 Cakupan *Unmet Need* yang belum memenuhi target

Sepanjang tahun 2021-2024, meskipun *Unmet Need* di Indonesia memperlihatkan kecenderungan penurunan namun belum mencapai target yang ditentukan dalam Renstra BKKBN 2020-2024. Begitu juga pada tahun 2025, *Unmet Need* berada pada angka 13,40% yang memperlihatkan belum tercapainya target yang ditetapkan dalam Renstra Kemendukbangga/BKKBN 2025-2029. Target dan capaian *Unmet Need* pada tahun 2021-2025 secara lebih detail dapat dilihat pada Gambar 6.
Cakupan *Unmet Need* dan partisipasi KBPP memiliki efek timbal balik. Rendahnya angka *Unmet Need* memperlihatkan potensi keberhasilan program KBPP. Begitu juga sebaliknya, rendahnya penggunaan KBPP akan berdampak kepada tingginya kebutuhan KB yang tidak terpenuhi dimana akan banyak Ibu nifas yang ingin menunda kehamilan tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi.



Sumber: Grafik diolah oleh Penulis berdasarkan data yang tersedia di Renstra Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Tahun 2020-2024, PK 2021 dan PPK 2022-2025

Gambar 6: Target dan Capaian *Unmet Need* (2021-2025)

B.4 Disparitas TFR antar provinsi yang masih signifikan

Meskipun secara nasional TFR di Indonesia tahun 2025 adalah 2,12 (PPK 2025) telah mendekati angka *replacement level* sebesar 2,1, namun masih terdapat tingkat kesenjangan antar wilayah provinsi yang sangat besar. Sebagai contoh Provinsi DKI Jakarta dan Daerah Istimewa Yogyakarta dalam periode tahun 2000 sampai dengan tahun 2025 selalu berada pada angka TFR rendah di Indonesia (di bawah 2,1). Sementara itu Provinsi Nusa Tenggara Timur dalam periode yang sama memiliki angka TFR tertinggi di Indonesia (tahun 2024 sebesar 2,71 dan tahun 2025 sebesar 2,81).

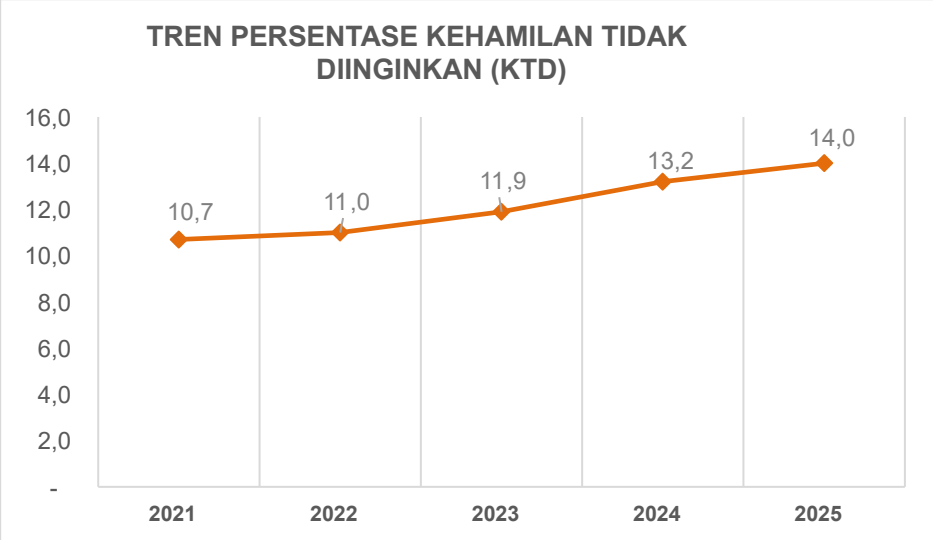
Perbedaan TFR yang mencolok antar provinsi di Indonesia menjadikan kebijakankebijakan dalam usaha penurunan TFR tidak bisa diseragamkan untuk semua wilayah. Wilayah-wilayah dengan TFR tinggi memerlukan kebijakan-kebijakan untuk menurunkan Angka Total Kelahiran. Namun begitu perhatian khusus tetap dibutuhkan untuk wilayah yang memiliki TFR rendah agar terhindar dari masalah baru yaitu krisis kesuburan dan depopulasi. Tingginya disparitas TFR antar provinsi salah satunya disebabkan oleh rendahnya partisipasi KBPP terutama di wilayah-wilayah tertentu. Wilayah dengan partisipasi KBPP rendah umumnya memiliki TFR yang tinggi. Sebaliknya, wilayah dengan partisipasi KBPP yang tinggi akan memiliki TFR yang cenderung dapat dikendalikan. Tren TFR berdasarkan provinsi di Indonesia dari tahun 2000 sampai dengan 2025 secara detail dapat dilihat pada **Lampiran 3.**

B.5 Angka Kehamilan Tidak diinginkan (KTD) dan Pasangan Usia Subur (PUS) Hamil "Empat Terlalu" Meningkat

Menurut dokumen metadata bidang KBKR Renstra Kemendukbangga 2025-2029, Kehamilan tidak diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang terjadi ketika pasangan usia subur (PUS) tidak merencanakan atau tidak menginginkan kehamilan tersebut, baik pada saat itu maupun di masa depan, yang merupakan perbandingan jumlah ibu hamil yang tidak ingin anak lagi dan yang ingin hamil nanti/ kemudian terhadap jumlah ibu hamil saat pendataan.

Pendataan Keluarga 2021 dan Pemutakhiran Pendataan Keluarga 2022-2025 menunjukkan adanya peningkatan persentase KTD selama 5 (lima)

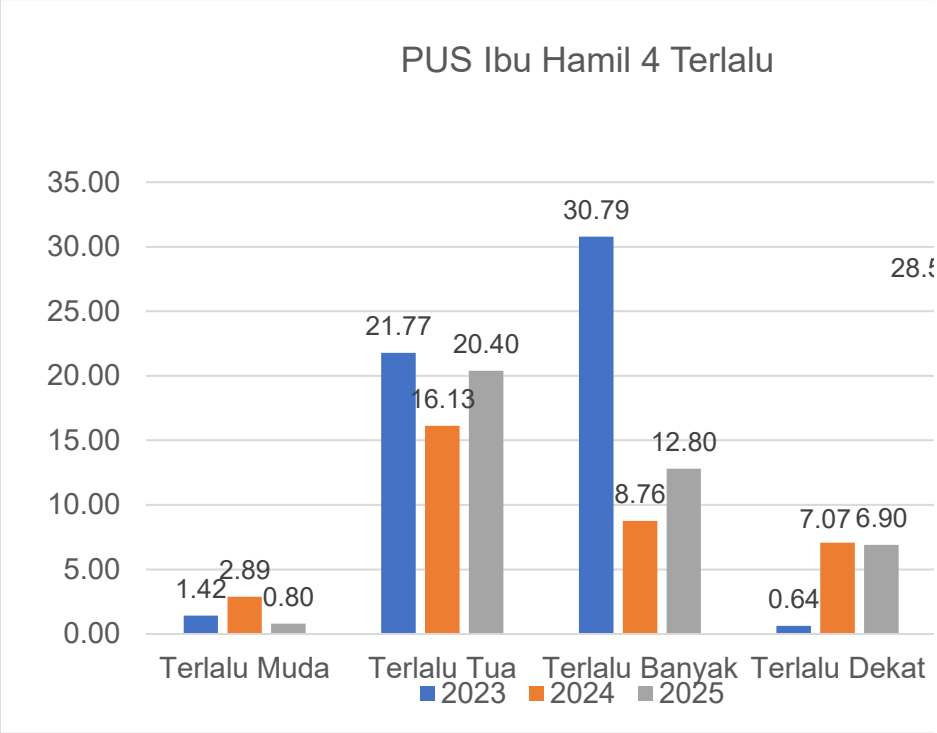
tahun berturut-turut di Indonesia (Gambar 7). Tingginya angka KTD dapat menimbulkan risiko-risiko kesehatan reproduksi seperti kematian Ibu dan anak, kelahiran *preterm* dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) (Supriadi dkk, 2024).



Sumber: Grafik diolah oleh Penulis berdasarkan data dalam Pendataan Keluarga 2021 dan Pemutakhiran Pendataan Keluarga 2022, 2023, 2024, dan 2025

Gambar 7. Tren Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) 2021-2025

Peningkatan juga terjadi pada persentase PUS Hamil "Empat Terlalu". Pada tahun 2021 terdapat sebanyak 11 dari 100 orang Ibu hamil yang berada dalam kondisi Kehamilan Tidak Diinginkan. Kondisi ini terus meningkat hingga data KTD pada tahun 2025 menggambarkan ada 14 dari 100 orang Ibu hamil yang masuk ke kategori ini. Sementara itu, persentase PUS Hamil yang masuk ke dalam kategori Empat Terlalu (4T) juga meningkat (Gambar 8) dari 28.5% (2023) menjadi 31.5% (2025). Meskipun persentase PUS Ibu Hamil Terlalu Muda mengalami penurunan dalam 2 tahun terakhir (2.89 menjadi 0.80), perhatian khusus dibutuhkan terutama untuk menanggapi kondisi kenaikan persentase PUS Ibu Hamil Terlalu Tua dan Terlalu Banyak. Persentase PUS Ibu Hamil Terlalu Dekat juga membutuhkan perhatian karena tidak mengalami penurunan signifikan dari tahun sebelumnya.



Sumber: Diagram diolah oleh Penulis berdasarkan data dalam Pemutakhiran Pendataan Keluarga 2023, 2024, dan 2025

Gambar 8. Tren Persentase PUS Hamil "Empat Terlalu" 2023-2025

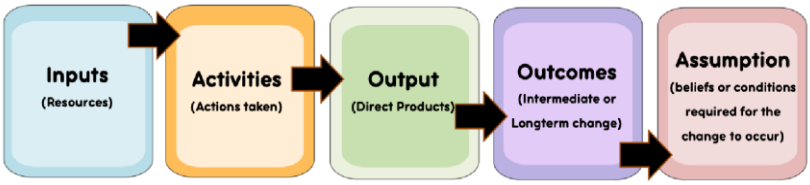
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA DAN KERANGKA TEORITIS PENGEMBANGAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan mengkombinasikan 3 (tiga) metode yaitu *literatur review*, *Focus Group Discussion*/FGD, dan *expert judgement* untuk mengumpulkan data sebagai alat pengembangan kerangka analisis kebijakan. *Expert Judgement* adalah metodologi penelitian yang sah dan memerlukan validasi oleh spesialis/ahli terutama digunakan dalam penelitian kesehatan, ilmu sosial, studi kebijakan dan penilaian risiko (Colson, et.al, 2018). Sementara itu, *literatur review* dan FGD dilakukan untuk mensintesis bukti yang relevan dengan pengembangan kebijakan serta untuk mengeksplorasi perspektif pemangku kepentingan dan pertimbangan kontekstual untuk perumusan kebijakan berbasis bukti (Kuchenmüller, et. Al, 2022).

Literatur review dilakukan melalui proses analisis, meringkas dan mengevaluasi secara kritis topik-topik spesifik yang berasal dari sumber-sumber yang relevan yang tersedia di berbagai *database* jurnal artikel *online* seperti Google Scholar, JSTOR, dan PubMed. Selanjutnya, FGD dilaksanakan dengan melibatkan 40 (empat puluh) orang yang terdiri dari tenaga kesehatan dan Penyuluh Keluarga Berencana Kota Bogor dan Kota Depok, guna memperoleh informasi mendalam mengenai pengalaman, persepsi, dan praktik yang terkait dengan isu KBPP.

Untuk memperkuat validitas dan memperkaya interpretasi temuan, dilakukan *expert meeting* yang melibatkan 2 (dua) orang pakar yaitu: (1) Prof. dr. Budi Utomo, M.P.H., Ph.D (Pakar Kependudukan, Kesehatan Masyarakat, dan Keluarga Berencana); (2) Dr. dr. Julianto Witjaksono, Sp.OG, KFER (Spesialis O*bstetrics* dan *Gynecology*). Data-data yang diperoleh dari FGD dan *Expert Judgement* dianalisis secara tematik melalui proses identifikasi, kategorisasi, dan interpretasi tema-tema utama yang muncul dari berbagai sumber data.

Rekomendasi kebijakan dalam *Policy Paper* ini dikembangkan dengan menggunakan kerangka dasar *Theory of Change* (ToC) yang diperkenalkan oleh Carol Weiss pada tahun 1995. Carol Weiss menjelaskan bahwa sebuah perubahan memiliki 5 (lima) komponen inti yaitu *Inputs, Activities, Output, Outcomes,* dan *Assumptions*. ToC menjelaskan bagaimana sebuah tindakan diharapkan mengarah pada hasil dan dampak yang diinginkan dengan cara mengidentifikasi masalah-masalah yang mendasarinya (Stein & Valters, 2012). Menurut Stein & Valters, ToC umumnya digunakan dalam konteks membuat dan mengevaluasi sebuah perubahan yang dihasilkan oleh sebuah kebijakan baik dalam konteks politik, sosial, atau kelembagaan.



Gambar 9. Kerangka Berpikir *Theory of Change* (Carol Weiss, 1995)

ANALISIS KAJIAN LITERATUR, FGD DAN *EXPERT JUDGEMENT* DALAM PENGEMBANGAN KERANGKA KONSEPTUAL HAMBATAN UTAMA KB PASCAPERSALINAN DI INDONESIA

D.1 Kajian Literatur

Gambar 1 telah menjelaskan bahwa cakupan capaian persentase KBPP di Indonesia semakin menurun dari tahun 2022 sampai dengan 2025. Beberapa penelitian menunjukkan gambaran kendala-kendala dalam akses maupun fasilitasi pelayanan KBPP di Indonesia.

a. Praktik Budaya "Pantang Keluar Rumah"

Penerapan program KBPP dalam 6 minggu pertama pascapersalinan seyogianya sangat tepat diterapkan di Indonesia. Beberapa survei pada periode 2007 sampai dengan 2015 menunjukkan rata-rata hanya sekitar 50% wanita nifas yang menggunakan kontrasepsi dalam waktu 6 bulan setelah melahirkan sehingga mereka berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (Wilopo dkk, 2017). Beberapa perilaku budaya di Indonesia membuat Ibu nifas memiliki akses yang terbatas terhadap layanan perawatan pascapersalinan atau kunjungan nifas. Praktik budaya secara turun-temurun yang dipercaya membantu pemulihan membuat Ibu nifas menjalankan berbagai pantangan aktivitas, termasuk pembatasan gerak dan aktivitas luar rumah (Mariyati dkk, 2018). Praktik tradisional pembatasan aktifitas ini mengharuskan Ibu nifas tidak bepergian jauh sehingga lebih banyak tinggal di rumah selama masa nifas (Tumanggor dkk, 2022) serta menjalani "pantangan keluar rumah" (Zalukhu, 2023)

b. Penentangan dari pasangan

Kombinasi dari dua faktor yaitu (1) kurangnya dukungan suami (izin KBPP, dukungan emosional dan praktikal) dan (2) tidak adanya kesetaraan gender dalam keluarga merupakan dua determinan penting yang menentukan rendahnya angka penggunaan kontrasepsi pospartum pada Ibu Nifas (Widyastuti, 2023). Ibu nifas yang tidak didukung oleh suami untuk memasang alat kontrasepsi umumnya akan memutuskan untuk mengabaikan KB pascapersalinan (Putri R. Dewi, 2024).

c. Kekhawatiran dan misinformasi tentang efek samping KB

Pengetahuan terbatas dan informasi yang salah mengenai efek samping kontrasepsi yang berasal dari rumor dan pengalaman pribadi, membuat Ibu nifas merasa takut dan menghindari penggunaan kontrasepsi (Diamond-Smith dkk, 2012). Tingkat pendidikan Ibu yang rendah ikut mempengaruhi rendahnya pengetahuan tentang KB pascapersalinan dan membuat persepsi risiko kehamilan yang salah (misalnya merasa belum subur saat menyusui) (Putri R. Dewi, 2024). Pada Ibu menyusui yang tidak memahami mengenai alat kontrasepsi yang tepat dan efek sampingnya bagi Ibu menyusui sehingga secara langsung mempengaruhi pengambilan keputusan perempuan untuk tidak menggunakan kontrasepsi pascapersalinan (Yelsouei dkk, 2025).

d. Rendahnya pemanfaatan perawatan pascapersalinan

Kurangnya kontak dengan tenaga kesehatan berdampak pada keterlambatan inisiasi kontrasepsi, yang pada akhirnya meningkatkan risiko kehamilan tidak direncanakan (Wilopo dkk, 2017). Kontak dengan tenaga kesehatan melalui Kunjungan Nifas *(KF)* sangat penting untuk mencegah komplikasi *postpartum*, namun tanpa Kunjungan Nifas Ibu tidak mendapat edukasi KB dan tidak mendapatkan layanan pemasangan kontrasepsi (Idris dkk, 2021).
Pemanfaatan layanan Kunjungan Nifas di Indonesia terutama setelah ibu pulang dari fasilitas kesehatan, masih sangat rendah sehingga banyak Ibu nifas tidak melanjutkan kunjungan pascapersalinan dan melewatkan kesempatan untuk mendapatkan konseling KB postpartum (Sebayang dkk, 2022).

e. Stigma sosial terhadap kehamilan usia remaja

Di Indonesia, Ibu usia remaja yang hamil masih mendapatkan stigma sosial yang kuat karena faktor norma budaya dan agama, sehingga Ibu usia remaja sering mengalami hambatan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi (Itriyati & Asriani, 2014). Selain itu, norma sosial dan persepsi masyarakat juga merupakan faktor penting yang menghambat penggunaan kontrasepsi bagi Ibu usia remaja di Indonesia (Rohmah et al., 2021). Tingginya stigma terhadap isu reproduksi pada remaja, termasuk kehamilan dan aborsi, menyebabkan remaja enggan mencari informasi dan layanan kontrasepsi (Fitarina et al., 2023). Oleh karena itu, berbagai stigma sosial yang dihadapi oleh Ibu usia remaja menjadi faktor risiko untuk mendapatkan pelayanan KB Pasca Persalinan.

f. Sistem Layanan Kesehatan yang tidak memadai

Unmet Need KB pascapersalinan turut dipengaruhi oleh faktor sistem layanan kesehatan di mana kualitas pelayanan dan konseling adalah faktor kunci yang paling menentukan (Putri R. Dewi, 2024). Keterbatasan tenaga kesehatan terlatih dan fasilitas yang mampu menyediakan layanan IUD/Implan menciptakan keterbatasan layanan hingga berkontribusi pada rendahnya akses kepada penggunaan IUD/Implan (Mardiyono dkk, 2020). Tak hanya itu, minimnya ketersediaan alat kontrasepsi masih menjadi hambatan penggunaan IUD/Implan terutama di daerah dengan keterbatasan fasilitas dan biaya (Dwijayanti dkk, 2024). Dalam konteks Indonesia sebagai negara kepulauan, keterbatasan fasilitas kesehatan di daerah terpencil menyebabkan ibu pascapersalinan sulit menjangkau layanan KB terutama pada wilayah dengan fasilitas terbatas dan distribusi layanan tidak merata (Wahyuni dkk, 2024).

g. Pemilihan Laktasi *Amenorhea Method* (LAM) pascapersalinan

Faktor pengetahuan dan persepsi yang terbatas mengenai LAM membuat Ibu memiliki ketergantungan berlebihan pada pemberian ASI eksklusif sebagai pencegah kehamilan dan sering tidak diikuti dengan perencanaan metode lanjutan hingga berpotensi tidak beralih ke kontrasepsi lain setelah persalinan (Mulyani, 2018). LAM merupakan metode kontrasepsi sementara yang efektif hingga ±6 bulan postpartum selama ibu menyusui eksklusif dan belum menstruasi yang mana efektivitasnya dilaporkan mencapai ±98% jika benar-benar memenuhi tata laksana utama LAM, sehingga banyak ibu mengandalkannya tanpa tambahan metode lain (Kreativasi, 2024).

D.2 Analisis Hasil Focus Group Discussion (FGD)

Hasil analisis FGD Kajian Kebijakan Penguatan Program KB Pascapersalinan (KBPP) sebagai faktor Protektif dan Risiko Unmet Need dan Kehamilan Tidak Diinginkan Tahun 2026 dijelaskan di dalam Tabel 1.

Tabel 1. Analisis FGD Kajian Kebijakan Penguatan Program KB Pascapersalinan (KBPP) sebagai faktor Protektif dan Risiko *Unmet Need* dan Kehamilan Tidak Diinginkan Tahun 2026

NO	TEMATIK	PROTEKTIF	RISIKO
1	**Kondisi Ibu**		
1a	Pengetahuan	Edukasi dari PLKB, Bidan, dan Faskes membantu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang KBPP.Perkembangan teknologi dan media sosial mulai membantu meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai KB (Kota Bogor)	Kurangnya informasi saat konseling ANC menyebabkan peserta kurang memahami manfaat KBPP sehingga menunda penggunaan KB. (Kota Bogor)
		Sebagian ibu telah paham dan merencanakan metode kontrasepsi sejak kehamilan sehingga langsung mengikuti program KB.	Pertimbangan belum berhubungan pasca melahirkan hingga menunda pemasangan alat kontrasepsi berlangsung sampai dengan 2-3 Bulan (Kota Bogor dan Kota Depok)
		Edukasi menggunakan ABPK, alat peraga, dan konseling saat imunisasi maupun ANC masih aktif dilakukan sehingga meningkatkan pengetahuan PUS (Kota Depok)	Dominasi suntik menyebabkan penggunaan MKJP masih rendah (Kota Depok)
		Suntik 3 bulan dianggap sesuai untuk ibu menyusui dan mudah diterima masyarakat (Kota Depok)	Banyak kasus kegagalan KB terjadi karena peserta tidak rutin kontrol sehingga kehamilan baru diketahui terlambat (Kota Depok)
		Edukasi kontrol rutin terus dilakukan oleh Nakes (Kota Depok)	- MAL dianggap paling efektif, takut menggunakan MKJP, belum berhubungan dengan suami, serta kurang edukasi menyebabkan penundaan penggunaan KB (Kota Depok). '- Banyak PUS menggunakan KB setelah melewati 42 hari sehingga tidak tercatat dalam indikator KBPP. (Kota Bogor)
1b	Kekhawatiran Tentang Efek Samping	Pendampingan dan edukasi bertahap oleh TPK membantu mengurangi ketakutan peserta terhadap MKJP. (Kota Bogor)	Masih terdapat rasa takut dan malu menggunakan MKJP. Adanya kasus kegagalan IUD dan MOW menimbulkan kekhawatiran masyarakat terhadap efek samping dan kegagalan kontrasepsi. (Kota Bogor)
		Penggunaan alat peraga dan konseling membantu meningkatkan pemahaman peserta terhadap risiko dan manfaat KB (Kota Depok).	Ditemukan kekhawatiran terhadap IUD, MOW, spiral, dan kegagalan kondom. Banyak peserta takut menggunakan MKJP karena pengalaman negatif atau informasi salah. Misinformasi ini terkadang didapatkan dari tetangga dan anggota keluarga yang pernah mengalami kegagalan tanpa merinci kondisi spesifik (Kota Depok)
1c	Pengaruh Suami dan Keluarga	Edukasi secara persuasi dilakukan secara rutin oleh PKB dan Nakes kepada pasangan dan keluarga agar mendukung penggunaan KB pascapersalinan. (Kota Bogor dan Kota Depok)	Suami masih menginginkan anak lagi meskipun ibu berisiko tinggi (Kota Depok)

NO	TEMATIK	PROTEKTIF	RISIKO
1d	Faktor Sosial dan Budaya	Di lingkungan perkotaan, pengetahuan mengenai risiko 4T cenderung tinggi karena paparan informasi dari Nakes. Sehingga meskipun sebagian PUS tinggal di lingkungan yang melarang penggunaan KB, masih ditemukan PUS yang menggunakan KB secara diam-diam karena tingginya kesadaran akan kesehatan reproduksi (Kota Bogor dan Kota Depok)	- Lingkungan pesantren yang kuat dan budaya "banyak anak banyak rezeki" menyebabkan penolakan terhadap KB. Pengaruh tokoh agama yang kontra pada KB dan pengaruh budaya lokal menurunkan capaian KBPP. (Kota Bogor dan Kota Depok) - Penggunaan IUD masih sulit diterima masyarakat sehingga pelayanan lebih banyak didominasi metode suntik (Kota Depok) - Metode suntik masih lebih dominan dibanding MKJP. Kasus kegagalan IUD dan MOW menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap MKJP. (Kota Bogor) Ditemukan kasus gagal MOW, gagal spiral, dan gagal kondom (Kota Depok)
1e	Kondisi Fisik Ibu		Kendala teknis pemasangan IUD pasca sesar masih terjadi, seperti benang IUD dipotong terlalu pendek sehingga menyulitkan kontrol dan pelepasan. (Kota Bogor)
2	**Pelayanan Kesehatan**		
2a	Kualitas konseling	Edukasi berulang mengenai KBPP oleh TPK dan Nakes dilakukan sejak masa kehamilan secara berulang dan bertahap sesuai kondisi pasangan. TPK aktif melakukan konseling dan pendampingan ibu hamil dan ibu menyusui. (Kota Bogor)	
		Konseling dilakukan dengan bantuan ABPK dan alat peraga secara aktif di Puskesmas dan RS. Edukasi diberikan saat ANC dan imunisasi (Kota Depok)	
		Strategi pemasangan IUD langsung setelah persalinan mulai diterapkan (Kota Depok)	
2b	Kompetensi Nakes	Bidan CTU membantu bidan non-CTU untuk praktik bersama dan belajar pelayanan kontrasepsi (Kota Depok)	Banyak bidan baru belum pernah mengikuti pelatihan CTU/CPU. Sebagian tenaga kesehatan belum percaya diri melakukan pemasangan alat kontrasepsi sehingga kompetensi pemasangan kontrasepsi belum merata (Kota Depok dan Kota Bogor)
		APBD digunakan untuk pelatihan CTU dan pengadaan alat pelayanan KB. Dana kapitasi untuk dokter sudah tersedia (Kota Depok)	Masih banyak Nakes/bidan yang belum menjadi jejaring Faskes. Sebagian pelayanan KB belum di*Input* oleh Faskes. (Kota Bogor)
			Keterbatasan anggaran menyebabkan pelatihan CTU tidak lagi rutin dilaksanakan (Kota Depok)
2c	Beban Kerja Nakes	Petugas tetap melakukan pendampingan dan pendekatan kekeluargaan dalam menangani kasus kegagalan kontrasepsi. (Kota Bogor)	PKB dan PLKB harus mendampingi peserta hingga rumah sakit dan menghadapi tuntutan masyarakat ketika terjadi kegagalan kontrasepsi. (Kota Bogor)

NO	TEMATIK	PROTEKTIF	RISIKO
		PKB membantu backup pelaporan PMB dan mendatangi Faskes yang belum terdaftar (Kota Depok)	Nakes dan PKB harus membantu pelaporan manual, *Input* data, serta mendampingi Faskes yang belum mampu melapor mandiri (Kota Depok)
2d	Kualitas Faskes	Adanya kerja sama rumah sakit membantu pelayanan KB dan penanganan komplikasi. (Kota Bogor)	Sebagian pelayanan KB belum di*Input* oleh Faskes karena jasa bidan swasta belum masuk ke dalam jejaring Faskes. (Kota Bogor)
		Pendekatan jejaring dengan Faskes dan Nakes terus dioptimalkan di mana Pemda telah memiliki 17 MoU dengan rumah sakit terkait pelayanan KB. (Kota Bogor)	
		Rumah Sakit dan Puskesmas telah menyediakan pelayanan KBPP serta kontrol pasca pemasangan IUD.	
3	**Sarana dan Logistik**		
3a	Alat dan Obat Kontrasepsi	Banyak Faskes yang *stock in* metode hormonal dan MKJP sehingga memberikan pilihan kontrasepsi bagi peserta yang beragam (Kota Bogor dan Kota Depok)	
		Dropping kondom dari BKKBN Provinsi dinilai mencukupi. Selain itu, tersedia IUD kit dan stunting kit dari anggaran daerah (Kota Depok)	
3b	Insfrastruktur	Aplikasi SIGA membantu dalam pemetaan ibu hamil dan PUS untuk mendukung calon akseptor KBPP. (Kota Bogor dan Kota Depok)	- Updating K-0 Faskes aplikasi SIGA masih rendah (Kota Bogor). Masih ada PMB yang belum terdaftar di SIGA dan mengalami kendala pelaporan pelayanan KB (Kota Depok) - Kendala dalam peng*Input*an NIK di aplikasi SIGA sehingga mengurangi potensi layanan tercatat. (Kota Bogor)
		APBD digunakan untuk pelatihan CTU dan pengadaan alat pelayanan KB. Dana kapitasi untuk dokter sudah tersedia (Kota Depok)	
4	**Sistem dan Kebijakan**		
4a	Integrasi Layanan	Dalam berbagai kegiatan pelayanan KB, kerjasama antara PKB, PMB, Puskesmas, dan Rumah Sakit telah berjalan dengan harmonis dan terintegrasi. (Kota Depok)	Integrasi data dan pelaporan KBPP masih terkendala Faskes yang belum terdaftar dalam SIGA (Kota Depok)
		Pelayanan Ibu Hamil di Faskes bersifat terpadu antara ANC dengan edukasi KBPP. (Kota Depok)	
		Faskes dan PKB aktif melakukan jemput bola ke PMB dan membantu pelaporan KB. Strategi kerja sama dengan Obgyn untuk pemasangan IUD dilakukan (Kota Depok)	

NO	TEMATIK	PROTEKTIF	RISIKO
4b	Sistem Rujukan	Pasien risiko tinggi diarahkan bekerja sama dengan Obgyn untuk pemasangan IUD pasca persalinan (Kota Depok)	Tidak semua Faskes aktif dalam sistem rujukan dan pelaporan pelayanan KB terutama pada PMB. (Kota Bogor dan Kota Depok)
4c	Penanganan Kegagalan	Beberapa pendekatan persuasif dan jejaring RS telah berhasil membantu penanganan kasus kegagalan kontrasepsi. (Kota Bogor)	Belum tersedia perlindungan hukum yang kuat bagi PKB dalam menangani keluhan akseptor gagal serta belum ada anggaran khusus untuk penanganan kegagalan kontrasepsi dan KTD. (Kota Bogor)
		Edukasi mengenai kontrol rutin telah dilakukan untuk mengurangi risiko kegagalan kontrasepsi (Kota Depok)	Ketidakdisiplinan dalam hal kontrol pasca pelayanan KB menyebabkan banyak ditemukan kasus gagal terutama pada MOW, spiral, dan kondom.(Kota Depok)
4d	Kebijakan Daerah	Pemerintah Daerah telah mendukung pengadaan alat KB dan usulan reaktivasi CTU (Kota Depok)	CSR belum dapat dimanfaatkan untuk mendukung pelayanan KBPP (Kota Depok)
			Perbedaan definisi KBPP antara BKKBN (42 hari), WHO (1 tahun), dan BPS (2 bulan) menyebabkan perbedaan persepsi pelayanan dan pelaporan (Kota Depok)
5	**Pembiayaan dan Akses**		
5a	Administrasi	Edukasi mengenai penggunaan BPJS telah sering dilakukan pada peserta KB berisiko tinggi (Kota Depok)	Masih banyak PUS yang tidak memiliki BPJS aktif. Aktivasi BPJS memerlukan waktu dan kadang petugas menggunakan dana pribadi membantu peserta. (Kota Bogor)
5b	Kondisi Geografis	Wilayah perkotaan memiliki tingkat kesadaran masyarakat terhadap KBPP yang relatif baik. (Kota Bogor)	Wilayah dengan karakter pedesaan dan lingkungan pesantren memiliki tantangan lebih besar terhadap penerimaan KB. (Kota Bogor)
		Wilayah perkotaan memiliki akses ke Faskes dan Nakes yang cukup baik (Kota Depok)	

D.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi *Theory of Changes* pada Populasi KBPP dengan Variabel *Unmet Need* dan KTD: *Expert Judgement*

Implementasi *Theory of Changes* dalam penguatan program KB pasca persalinan sebagai faktor protektif *Unmet Need* dan Kehamilan yang Tidak Diinginkan, penulis ikut melakukan analisis melalui pendekatan teori *Root Causes Analysis* dengan melakukan identifikasi masalah-masalah ke dalam kategori: (1) I (*Input*): Sumber daya, material, data, atau persyaratan yang dibutuhkan untuk suatu proses; (2) P (Proses): Langkah-langkah, operasi, atau tindakan aktual yang dilakukan untuk mengubah *Input* menjadi *Output*; (3) O (*Output*): Produk, layanan, atau hasil akhir yang dihasilkan oleh Proses; (4) O (*Outcome*): Hasil jangka panjang, kepuasan pelanggan, atau dampak bisnis; (5) C (Kontrol): Mekanisme, Prosedur Operasi Standar (SOP), pemeriksaan, dan peraturan yang diterapkan untuk memastikan proses tetap berjalan sesuai rencana.

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi *Theory of Changes* pada populasi KBPP dengan variabel *Unmet Need* dan KTD melalui pendekatan *Root Causes Analysis:*

Besar kontribusi (daya ungkit) KBPP (jumlah persalinan) dibandingkan total PUS pada profil *Unmet Need* dan KTD Nasional dan Wilayah (Provinsi/Kabupaten/Kota)

Keterjangkauan, kemudahan dan ketersediaan **(akses) informasi, penyuluhan dan pelayanan KBPP** oleh **petugas lapangan dan tenaga kesehatan** yang kompeten dan profesional di faskes (FKTP/layanan primer & FKRTL/rumah sakit) yang terakreditasi (I-P-O)

Kolaborasi komprehensif antara petugas lapangan program KB dengan **petugas kesehatan** dalam memberikan pembekalan informasi pelayanan KB yang adekuat secara berkesinambungan sejak masa awal kehamilan, persalinan dań nifas, termasuk pembinaan akseptor KBPP dan pemahaman penanganan awal komplikasi (I-P-O-O-C)

Ketersedian logistik alkon dan prasarana alkes yang terstandarisasi untuk dapat memenuhi dan menangani kebutuhan pelayanan KBPP yang adekuat (P-O)

Pengendalian *demand* & *supply side* Program KB (*Six Health System Building Blocks* WHO 2006, 2010) :

Koordinasi Lintas Sektoral : Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Agama, Kementerian Desa, Kementerian Keuangan, Kementerian Informatika dan unsur Penta-heliks lainnya (BPJS-K, OP-Ormas,PPP/swasta, media masa/digital/jurnalis, dll) (I-P-O)

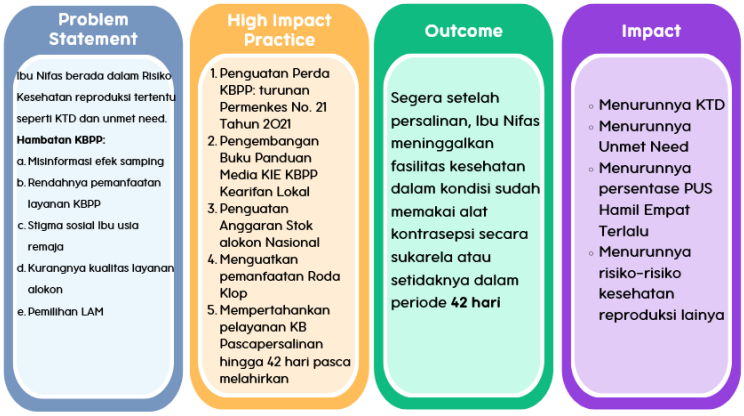
Akses dan informasi Klinik Layanan KB yang profesional (kompeten), ramah terjangkau (I-P-O)

Penataan *Reproductive Health Commodity Security* (RHCS) yang *affordable*, *less-free stockout*, terjangkau dan terdistribusi merata pada seluruh titik layanan KB di Indonesia (P)

Peran aktif Kemendukbangga/BKKBN dalam Pembinaan dan Pengendalian Kajian Akar Masalah (*Root Causes Analysis*) dań Solusi Spesifik yang asimetrik antar wilayah (Kabupaten Kota) sebagai faktor penghambat keberhasilan KBPP serta tingginya *Unmet Need* dan KTD dalam 3-5 tahun terakhir (I-P-O-O-C)

REKOMENDASI KEBIJAKAN SESUAI KERANGKA KONSEPTUAL *THEORY OF CHANGE* DALAM PENGUATAN KB PASCAPERSALINAN DI INDONESIA

Dalam *Policy Paper* ini Penulis melakukan pengembangan modifikasi kerangka *Theory of Change* yang lebih implementatif dan telah disesuaikan dengan analisis kajian literatur mengenai hambatan KB Pascapersalinan di Indonesia. Gambar 10 menunjukkan alur kerangka berpikir yang menunjukkan rekomendasirekomendasi sebagai *high impact practices* dalam penguatan program KB Pascapersalinan sebagai faktor Protektif *Unmet Need* dan Kehamilan Tidak Diinginkan.



Sumber: Gambar dikembangkan oleh Penulis sesuai *Theory of Change* dari Carol Weiss 1995)

Gambar 10. Kerangka Berpikir *Theory of Change* Penguatan Program KBPP sebagai faktor Protektif *Unmet Need* dan Kehamilan Tidak Diinginkan

Berikut merupakan rekomendasi-rekomendasi yang dimaksud:

1. Sebagai turunan Permenkes No. 21 Tahun 2021 'Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual', Kementerian Kesehatan agar dapat menerbitkan rekomendasi kepada para Gubernur untuk membuat **Peraturan Daerah** yang memuat tambahan rincian sebagai berikut:
   a. Pelayanan KB pascapersalinan khusus bagi Ibu Hamil di Fasilitas Kesehatan yang dinyatakan dan tercatat berisiko tinggi, diantaranya Ibu Hamil dengan keterbatasan fisik, riwayat keguguran, "Empat Terlalu", positif HIV, positif Sifilis, HBSAG reaktif dan penyakit lainnya.
   b. Integrasi khusus pelayanan perawatan postnatal (baik bagi Ibu atau bayi baru lahir) dengan layanan Keluarga Berencana terutama bagi Ibu berkebutuhan

khusus, Ibu usia remaja dan Ibu dengan penyakit tertentu. Sebagai contoh pelayanan terintegrasi ini dilakukan saat sesi Imunisasi anak baru lahir, sesi terapi ARV bagi Ibu nifas positif HIV. Integrasi dapat dilakukan melalui Inovasi tertentu seperti "Posyandu Keliling" yang dilakukan dalam bentuk Kunjungan Rumah atau Kunjungan Komunitas yang berada di wilayah sulit.

Peraturan Daerah yang dihasilkan dapat disesuaikan dengan kebutuhan provinsi masing-masing sesuai data-data faktor risiko kesehatan Ibu yang menonjol di daerah yang dimaksud.

2. Kemendukbangga/BKKBN agar dapat menerbitkan **Buku Panduan** pengembangan "Media KIE KB Pascapersalinan" yang ditujukan kepada perwakilan Kemendukbangga/BKKBN provinsi dan Perangkat Daerah Keluarga Berencana (PD-KB). Panduan tersebut menjelaskan bahwa Media KIE KBPP yang dihasilkan oleh Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dan PD-KB dapat bervariasi sesuai fungsi, sasaran, kebutuhan dan kearifan lokal.

   Sebagai contoh: media Lembar Balik berbahasa Batak "Manfaat KBPP Bagi Ibu Nifas", media Poster berbahasa Bugis "Mitos atau Fakta KB pada Ibu Nifas", media Video Reels/Youtube "Alur Pelayanan KB Ibu Nifas dengan HIV", media Buku Saku TPK "Mengajak Ibu Nifas pasang KB", dan lain-lain. Bersamaan dengan penerbitan panduan ini, agar Kemendukbangga/BKKBN ikut menyertakan Surat Edaran untuk melakukan kemitraan dengan perusahaan/badan usaha dan memanfaatkan skema CSR dalam pengembangan media-media KIE tersebut, dalam hal tidak tersedianya sumber APBN.
3. Dukungan penganggaran oleh Komisi IX DPR RI, Bappenas dan Kementerian Keuangan untuk menjaga Ketersediaan Alat Kontrasepsi (Stok) Nasional. Jumlah kebutuhan alat dan obat per mix kontrasepsi seyogianya telah diperhitungkan sesuai dengan Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM), Analisis PUS, *Contraceptive Year Units* (CYP), dan Stratifikasi Proporsi demi mencegah ledakan penduduk dan peningkatan faktor risiko kesehatan Ibu.
4. Kemendukbangga/BKKBN dan Kementerian Kesehatan perlu melakukan penguatan dalam pemanfaatan Roda Klop sebagai alat bantu konseling/*decision aid.*
   a. Mengalokasikan anggaran pengadaan dan distribusi untuk kebutuhan fasilitas kesehatan berbagai tingkatan.
   b. Sumber daya diperlukan untuk melakukan *workshop* penggunaan Roda Klop fisik maupun digital yang sebelumnya sudah ada di aplikasi *Google Play Store.*
   c. Perlu diintegrasikannya Klop KB Digital dengan aplikasi SATU SEHAT dengan menyediakan *automated recommendation* sesuai dengan data yang di*Input* oleh calon akseptor (contoh: periode

postpartum dan *comorbidities*) untuk mengarahkan calon akseptor kepada mix kontrasepsi yang paling sesuai.

d. Mengintegrasikan MEC kedalam berbagai modul pelatihan Kesehatan Ibu dan Anak dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dan kader Posyandu.
e. Menerbitkan Surat Edaran Menteri sebagai turunan dari Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Kepala Badan Kependudukan dan keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan. Surat Edaran berisikan integrasi MEC kedalam tata kelola pelayanan KBPP dan ditujukan kepada para pelaksana Tata kelola Program dan Pelayanan KBPP di daerah termasuk Kemendukbangga/BKKBN Provinsi, PD-KB, Dinas Kesehatan, Profesi berbagai Tenaga Kesehatan, PKB/PLKB, dan berbagai kader di lapangan.

5. Untuk kepentingan program Keluarga Berencana khususnya KBPP secara Nasional maka Kemendukbangga/BKKBN direkomendasikan tetap memberikan pelayanan KB setelah persalinan sampai dengan kurun waktu 42 (empat puluh dua) hari untuk mendapatkan indikator dan strategi yang lebih akurat sesuai kondisi di lapangan sehingga *Unmet Need* dan high risk pregnancy dapat ditekan. Namun batas waktu 12 bulan yang merupakan rujukan global WHO dapat digunakan untuk kepentingan perbandingan Internasional.

Penjelasan mengenai problem statement dan rekomendasi intervensi serta aktor yang menjalankan rekomendasi tersebut dijelaskan secara komprehensif dalam Tabel 2.

Tabel 2. Matriks Rekomendasi Kebijakan Penguatan Program KBPP Melalui Kerangka *Theory Of Change* Sebagai Faktor Protektif *Unmet Need* Dan KTD

Problem Statement	No	*High Impact Practice* (Rekomendasi Intervensi)	Aktor
Persentase Penggunaan Kontrasepsi KBPP yang Semakin Menurun Tantangan dalam tren capaian AKI, AKB, dan AKN	1.	Sebagai turunan Permenkes No. 21 Tahun 2021 'Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual', agar dapat menerbitkan rekomendasi kepada para Gubernur untuk membuat Peraturan Daerah yang memuat tambahan rincian:	Kementerian Kesehatan
	a.	Pelayanan KB pascapersalinan khusus bagi Ibu Hamil di Fasilitas Kesehatan yang dinyatakan dan tercatat berisiko tinggi, diantaranya Ibu Hamil dengan keterbatasan fisik, riwayat keguguran, "Empat Terlalu", positif HIV, positif Sifilis, HBSAG reaktif dan penyakit lainnya.	
	b.	Integrasi khusus pelayanan perawatan postnatal (baik bagi Ibu atau bayi baru lahir) dengan layanan Keluarga Berencana terutama bagi Ibu berkebutuhan khusus, Ibu usia remaja dan Ibu dengan penyakit tertentu. Sebagai contoh pelayanan terintegrasi ini dilakukan saat sesi Imunisasi anak baru lahir, sesi terapi ARV bagi Ibu nifas positif HIV. Integrasi dapat dilakukan melalui Inovasi tertentu seperti "Posyandu Keliling" yang dilakukan dalam bentuk Kunjungan Rumah atau Kunjungan Komunitas yang berada di wilayah sulit.	
Cakupan *Unmet Need* yang belum memenuhi target	2.	Menerbitkan Buku Panduan pengembangan "Media KIE KB Pascapersalinan" yang ditujukan kepada perwakilan Kemendukbangga/BKKBN provinsi dan Perangkat Daerah Keluarga Berencana (PD-KB). Panduan tersebut menjelaskan bahwa Media KIE KBPP yang dihasilkan oleh Kemendukbangga/BKKBN Provinsi dan PD-KB dapat bervariasi sesuai fungsi, sasaran, kebutuhan dan kearifan lokal. Bersamaan dengan penerbitan panduan ini, agar Kemendukbangga/BKKBN ikut menyertakan Surat Edaran untuk melakukan kemitraan dengan perusahaan/badan usaha dan memanfaatkan skema CSR dalam pengembangan media-media KIE tersebut, dalam hal tidak tersedianya sumber APBN. Panduan tersebut agar dikembangkan menjadi Media KIE KBPP sesuai kearifan lokal. Sebagai contoh: media Lembar Balik berbahasa Batak "Manfaat KBPP Bagi Ibu Nifas", media Poster berbahasa Bugis "Mitos atau Fakta KB pada Ibu Nifas", media Video Reels/Youtube "Alur Pelayanan KB Ibu Nifas dengan HIV", media Buku Saku TPK "Mengajak Ibu Nifas pasang KB", dan lain-lain.	Kemendukbangga/ BKKBN, Kemendukbangga/ BKKBN Provinsi, Perusahaan Swasta (coorporate)
Disparitas TFR antar provinsi yang masih signifikan	3.	Dukungan penganggaran untuk menjaga Ketersediaan Alat Kontrasepsi (Stok) Nasional. Jumlah kebutuhan alat dan obat per mix kontrasepsi seyogianya telah diperhitungkan sesuai dengan Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM), Analisis PUS, Contraceptive Year Units (CYP), dan Stratifikasi Proporsi demi mencegah ledakan penduduk dan peningkatan faktor risiko kesehatan Ibu.	Komisi IX DPR RI, Bappenas, Kementerian Keuangan
Angka Kehamilan Tidak diinginkan (KTD) dan Pasangan Usia Subur (PUS) Hamil "Empat Terlalu" Meningkat	4.	Melakukan penguatan dalam pemanfaatan Roda Klop sebagai alat bantu konseling/*decision aid*.	Kemendukbangga/ BKKBN Kementerian Kesehatan
	a.	Mengalokasikan anggaran pengadaan dan distribusi untuk kebutuhan fasilitas kesehatan berbagai tingkatan.	
	b.	Sumber daya diperlukan untuk melakukan workshop penggunaan Roda Klop fisik maupun digital yang sebelumnya sudah ada di aplikasi Google Play Store.	
	c.	Perlu diintegrasikannya Klop KB Digital dengan aplikasi SATU SEHAT dengan menyediakan automated recommendation sesuai dengan data yang di*Input* oleh calon akseptor (contoh: periode postpartum dan comorbidities) untuk mengarahkan calon akseptor kepada mix kontrasepsi yang paling sesuai.	
	d.	Mengintegrasikan MEC kedalam berbagai modul pelatihan Kesehatan Ibu dan Anak dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dan kader Posyandu.	
	e.	Menerbitkan Surat Edaran Menteri sebagai turunan dari Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/ Kepala Badan Kependudukan dan keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan. Surat Edaran berisikan integrasi MEC kedalam tata kelola pelayanan KBPP dan ditujukan kepada para pelaksana Tata kelola Program dan Pelayanan KBPP di daerah termasuk Kemendukbangga/BKKBN Provinsi, PD-KB, Dinas Kesehatan, Profesi berbagai Tenaga Kesehatan, PKB/PLKB, dan berbagai kader di lapangan.	

	5	Untuk kepentingan program Keluarga Berencana khususnya KBPP secara Nasional maka Kemendukbangga/BKKBN direkomendasikan tetap memberikan pelayanan KB setelah persalinan sampai dengan kurun waktu 42 (empat puluh dua) hari untuk mendapatkan indikator dan strategi yang lebih akurat sesuai kondisi di lapangan sehingga *Unmet Need* dan *high risk pregnancy* dapat ditekan. Namun batas waktu 12 bulan yang merupakan rujukan global WHO dapat digunakan untuk kepentingan perbandingan Internasional.	Kemendukbangga/ BKKBN

Sumber: Matriks disusun oleh Penulis

KESIMPULAN

Program Keluarga Berencana Pascapersalinan (KBPP) memiliki peran strategis sebagai faktor protektif dalam menurunkan *Unmet Need* , kehamilan tidak diinginkan (KTD), serta berbagai risiko kesehatan ibu dan bayi. Hasil kajian menunjukkan bahwa capaian penggunaan kontrasepsi KBPP di Indonesia masih mengalami penurunan dalam beberapa tahun terakhir dan belum mampu memenuhi target yang ditetapkan, sementara *Unmet Need* , KTD, dan kehamilan risiko tinggi masih menjadi tantangan yang perlu mendapat perhatian. Berbagai hambatan yang memengaruhi pemanfaatan KBPP meliputi keterbatasan pengetahuan dan konseling, kekhawatiran terhadap efek samping kontrasepsi, rendahnya dukungan pasangan, pengaruh sosial budaya, kesenjangan kompetensi tenaga kesehatan, serta kendala sistem pelayanan dan pelaporan. Di sisi lain, edukasi berkelanjutan, integrasi layanan kesehatan ibu dan anak, ketersediaan alat kontrasepsi, serta kolaborasi lintas sektor terbukti menjadi faktor pendukung keberhasilan program. Oleh karena itu, penguatan KBPP melalui pendekatan *Theory of Change* perlu dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi guna meningkatkan cakupan pelayanan, menekan *Unmet Need* dan KTD, serta mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan dan kependudukan di Indonesia.

REFERENSI

Asmuji, A., & Indriyani, D. (2016). Model family centered maternity care sebagai strategi optimalisasi competent mothering. Jurnal Ners, 11(1), 17.

Colson, A. R., & Cooke, R. M. (2018). Expert elicitation: using the classical model to validate experts' judgments. Review of Environmental Economics and Policy.

Diamond-Smith, N., Campbell, M., & Madan, S. (2012). Misinformation and fear of side-effects of family planning. *Culture, health & sexuality*, *14*(4), 421-433.

Dwijayanti, L. A., Sari, C. M., Purnami, L. A., Wulandari, N. K. A., & Suarmini, K. A. (2024). Pelayanan Kontrasepsi Jangka Panjang (IUD dan Implant) pada Wanita Usia Subur. *Jurnal Peduli Masyarakat*, *6*(4), 1899-1904. https://doi.org/10.37287/jpm.v6i4.4615

Fitarina, F., Ningshih, Y. A., & Krismaningrum, H. P. (2024). The stigma of abortion among adolescent girls in the community: A qualitative study in north Lampung district, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, *17*(1), 1-9.

Grandi, G., Del Savio, M. C., Tassi, A., & Facchinetti, F. (2024). Postpartum contraception: A matter of guidelines. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 164(1), 56-65.

Idris, H., & Syafriyanti, W. (2021). Determinants of postnatal care service utilization in Indonesia: a secondary analysis using the Indonesian health and demographics survey. *Makara Journal of Health Research*, *25*(1), 7.

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal Profil Kesehatan Indonesia 2022. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2023

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal Profil Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2024

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal Profil Kesehatan Indonesia 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2025

Ismainar, H., Marlina, H., Yunita, J., & Bunyamin, B. (2023). Barriers Factors In Reducing *Unmet Need* For Family Planning in Bengkalis Regency, Indonesia. In *Al Insyirah International Scientific Conference on Health* (Vol. 4, No. 1, pp. 46-51).

Itriyati, F., & Asriani, D. (2014). Agensi dan Negosiasi Remaja Hamil dalam Menghadapi Stigma dan Hambatan-hambatan dalam Kehidupannya di Kota Yogyakarta. *Jurnal Studi Pemuda*, *3*(2), 73-88.

Kuchenmüller, T., Boeira, L., Oliver, S., Moat, K., El-Jardali, F., Barreto, J., & Lavis, J. (2022). Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. Health research policy and systems, 20(1), 27. Levels & Trends in Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Child Mortality: Reports 2024

Mardiyono, M., Mayliawati, A., Kurniawan, U., Sukamto, S., & Kiswahono, A. D. (2020). Optimalisasi Pelayanan KB IUD dan Implant Melalui Pelatihan Contraceptive Technology Update Bidan. *Cakrawala*, *14*(2), 129–138. https://doi.org/10.32781/cakrawala.v14i2.326

Mariyati, T. G., & Tumansery, G. S. (2018). Perawatan diri berbasis budaya selama masa nifas pada ibu postpartum. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, *6*(1), 47-56.

Mulyani, S. (2018). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Postpartum Terhadap Metode Kontrasepsi MAL. *Placentum: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*, *6*(2), 26-32.

Penyuluhan Kontrasepsi Metode Amenorea Laktasi (MAL) Guna Meningkatkan Pengetahuan Ibu Nifas. (2024). Kreativasi : Journal of Community Empowerment, 3(3), 12–18. https://doi.org/10.33369/kreativasi.v2i4.34289

Programming strategies for Postpartum Family Planning, WHO 2013

Putri, R. D. (2024). Faktor Risiko *Unmet Need* KB Pascapersalinan: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Indonesia*, *2*(1).

Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13–15 June 2005. World Health Organization. Report No.: WHO/RHR/07.1. 2007. Cited 2022 September 29. Accessed May 18, 2023. https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855

Rohmah, N., Yusuf, A., Hargono, R., Laksono, A. D., Sujoso, A. D. P., Ibrahim, I., ... & Walid, S. (2021). Barrier to contraceptive use among childbearing age women in rural Indonesia. *Malaysian Family Physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, *16*(3), 16.

Sebayang, S. K., Has, E. M., Hadisuyatmana, S., Efendi, F., Astutik, E., & Kuswanto, H. (2022). Utilization of postnatal care service in Indonesia and its association with women's empowerment: An analysis of 2017 Indonesian demographic health survey data. *Maternal and Child Health Journal*, *26*(3), 545-555.

Stein, D., & Valters, C. (2012). Understanding theory of change in international development.

Supriyadi, S., Eryando, T., & Junadi, P. (2024). Risk factors and trends analysis of unwanted pregnancy in Indonesia. International Journal of Public Health, 13(4), 1864-1871.

Tumanggor, R. D., & Saragih, M. S. (2022). Perawatan Postpartum Suku Simalungun: Studi Fenomenologi. *TROPHICO*, *2*(2), 78-89.

Weiss, Carol (1995). *Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families* in 'New Approaches to Evaluating Community Initiatives'. Aspen Institute.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/258734

World Health Organization. (2026). *Tracking progress in reducing maternal mortality towards 2030: Brief*. World Health Organization.

Widyastuti, Y., Akhyar, M., Setyowati, R., & Mulyani, S. (2023). Relationship between gender equality and husband support in the use of postpartum family planning (PPFP). *SAGE open nursing*, *9*, 23779608231186743.

Wilopo, S. A., Setyawan, A., Pinandari, A. W., Prihyugiarto, T., Juliaan, F., & Magnani, R. J. (2017). Levels, trends and correlates of *Unmet Need* for family planning among postpartum women in Indonesia: 2007–2015. *BMC women's health*, *17*(1), 120.

Yelsouei, A. J., & Taşğın, Z. D. Ü. (2025). The effects of pregnant women's breastfeeding myths on their breastfeeding self-efficacy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1), 609.

Zalukhu, J., & Girsang, B. M. (2023). Kajian Faktor Perilaku Kesehatan Ibu Nifas Yang Mempengaruhi Kunjungan Masa Nifas Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *11*(6), 645-660.

Lampiran 1.

Tabel Tren Angka Kematian Bayi (AKB) berdasarkan Provinsi di Indonesia Tahun 1971 - 2020

No.	PROVINCE	IMR											
		SP 1971	SP 1980	SP 1990	IDHS 1994	IDHS 1997	SP 2000	IDHS 2002-03	IDHS 2007	SP 2010	IDHS 2012	IDHS 2017	LF SP2020
1	ACEH	143	93	58	na	na	40	na	25	28	47	30	19,41
2	SUMUT	121	89	61	61	45	44	42	46	26	40	26	18,28
3	SUMBAR	152	121	74	68	66	53	48	47	30	27	22	16,35
4	RIAU	146	110	65	72	60	48	43	37	23	24	28	15,69
5	JAMBI	154	121	74	60	68	53	41	39	29	34	-32	16,99
6	SUMSEL	155	102	71	60	53	53	30	42	25	29	33	16,78
7	BENGKULU	167	111	69	74	72	53	53	46	27	29	19	19,73
8	LAMPUNG	146	99	69	38	48	48	55	43	23	30	28	15,69
9	BABEL	-	-	-	na	na	53	43	39	26	27	41	16,75
10	KEPRI	-	-	-	na	na	-	na	43	20	35	13	13,31
11	DKI JAKARTA	129	82	43	30	26	25	35	28	14	22	17	10,38
12	JABAR	167	134	90	89	61	57	44	39	26	30	24	13,56
13	JATENG	144	99	65	51	45	44	36	26	21	32	20	12,77
14	DIY	102	62	42	30	23	25	20	19	16	25	-17	10,90
15	JATIM	120	97	64	62	36	48	43	35	24	30	28	13,49
16	BANTEN	-	-	-	na	na	66	38	46	24	32	30	13,83
17	BALI	130	92	51	58	40	36	14	34	20	29	29	13,26
18	NTB	221	189	145	110	111	89	74	72	48	57	28	24,64
19	NTT	154	128	77	71	60	57	59	57	39	45	35	25,67
20	KALBAR	144	119	81	97	70	57	47	46	27	31	15	17,47
21	KALTENG	129	100	58	16	55	48	50	30	23	49	-25	17,95
22	KALSEL	165	123	91	83	71	70	45	58	34	44	35	17,22
23	KALTIM	104	100	58	61	51	40	42	26	21	21	20	15,51
24	KALTARA	-	-	-	na	na	-	na	na	-	na	35	16,65
25	SULUT	114	93	63	66	48	28	25	35	25	33	-43	17,23
26	SULTENG	150	130	92	87	95	66	52	60	45	58	36	27,72
27	SULSEL	161	111	70	64	63	57	47	41	31	25	24	18,20
28	SULTRA	167	116	77	79	78	53	67	41	40	45	38	23,29
29	GORONTALO	-	-	-	na	na	57	77	52	56	67	-59	29,47
30	SULBAR	-	-	-	na	na	-	na	74	48	60	42	29,21
31	MALUKU	143	123	76	na	na	61	na	59	46	36	38	29,82
32	MALUT	-	-	-	na	na	75	na	51	40	62	52	28,61
33	PAPUA BARAT	-	-	-	na	na	-	na	41	28	74	53	37,06
34	PAPUA	129	105	80	na	na	57	na	36	19	54	39	38,17
	INDONESIA	**145**	**109**	**71**	**66**	**52**	**47**	**43**	**39**	**26**	**34**	**24**	**16,85**
	MAX	**221**	**189**	**145**	**110**	**111**	**89**	**77**	**74**	**56**	**74**	**53**	**38,17**
	MIN	**102**	**62**	**42**	**16**	**23**	**25**	**14**	**19**	**14**	**21**	**13**	**10,38**

Sumber: Data disusun oleh Penulis berdasarkan berbagai sumber yang tertera di dalam tabel.

Lampiran 2.

Tren Angka Kematian Neonatal 1971-2020

No.	PROVINCE	IDHS 1994	IDHS 1997	IDHS 2002-03	IDHS 2007	IDHS 2012	IDHS 2017
1	ACEH	32,8	23,5	-	14	28	19
2	SUMUT	37,9	24,3	24	24	26	16
3	SUMBAR	27,5	30,8	28	34	17	14
4	RIAU	44,2	32,9	26	28	15	19
5	JAMBI		36,8	14	23	16	28
6	SUMSEL	25,8	23,1	19	25	20	17
7	BENGKULU		34,1	27	17	21	10
8	LAMPUNG	13,3	27,6	24	27	20	18
9	BABEL			28	20	20	25
10	KEPRI			-	18	21	10
11	DKI JAKARTA	16	16,3	18	15	15	11
12	JABAR	43,6	29,7	25	19	17	13
13	JATENG	24	23,4	19	14	22	16
14	DIY		10,6	17	15	18	15
15	JATIM	31,4	14,6	28	21	14	21
16	BANTEN		-	16	25	23	25
17	BALI		27,5	9	14	18	18
18	NTB	46	46,7	24	34	33	15
19	NTT	30	29,3	31	31	26	17
20	KALBAR	42,9	28,4	24	23	18	11
21	KALTENG		29,4	22	13	25	21
22	KALSEL		27	23	39	30	31
23	KALTIM		29,3	20	16	12	13
24	KALTARA			-	-	-	18
25	SULUT		20	16	24	23	34
26	SULTENG		43,7	24	28	26	22
27	SULSEL	34,1	23,2	12	22	13	19
28	SULTRA			36	16	25	21
29	GORONTALO			24	22	26	23
30	SULBAR			-	46	26	24
31	MALUKU		11,1	-	25	24	19
32	MALUT			-	32	37	28
33	PAPUA BARAT			-	24	35	35
34	PAPUA		32,2	-	21	27	15
	INDONESIA	32,5	25	20	19	19	15
	MAX	46	46,7	36	46	37	35
	MIN	13,3	10,6	9	13	12	10

Sumber: Data disusun oleh Penulis berdasarkan berbagai sumber yang tertera di dalam tabel.

Lampiran 3.

Tabel Tren *Total Fertility Rate* Berdasarkan Provinsi di Indonesia 2000-2025

No.	PROV	Angka Kelahiran Total / Total Fertility Rate							
		SP 2000	SP 2010	LF SP 2020	PK 2021	PPK 2022	PPK 2023	PPK 2024	PPK 2025
1	ACEH	2,81	2,79	2,42	2,68	2,37	2,34	2,32	2,35
2	SUMUT	3,10	3,01	2,48	2,60	2,42	2,39	2,36	2,39
3	SUMBAR	3,06	2,91	2,46	2,60	2,41	2,37	2,34	2,37
4	RIAU	2,77	2,82	2,28	2,50	2,38	2,26	2,19	2,23
5	JAMBI	2,67	2,51	2,28	2,33	2,18	2,26	2,25	2,24
6	SUMSEL	2,88	2,56	2,23	2,38	2,38	2,3	2,34	2,29
7	BENGKULU	2,68	2,51	2,3	2,30	2,35	2,27	2,26	2,25
8	LAMPUNG	2,65	2,45	2,28	2,29	2,27	2,21	2,21	2,25
9	BABEL	2,60	2,54	2,24	2,49	2,24	2,18	2,18	2,16
10	KEPRI	-	2,38	2,21	2,53	2,15	2,17	2,15	2,13
11	DKI JAKARTA	1,63	1,82	1,75	-	2,07	1,84	1,82	1,82
12	JABAR	2,51	2,43	2,11	2,30	2,1	2,06	2,03	2,07
13	JATENG	2,06	2,2	2,09	2,09	2,15	2,04	2,03	2,06
14	DIY	1,44	1,94	1,89	1,91	1,93	1,81	1,83	1,82
15	JATIM	1,71	2	1,98	2,21	2,01	1,98	1,98	1,96
16	BANTEN	2,72	2,35	2,01	2,43	2,11	1,96	1,98	1,98
17	BALI	1,89	2,13	2,04	1,98	2,07	2,03	2,03	2,01
18	NTB	2,92	2,59	2,43	2,79	2,46	2,39	2,37	2,36
19	NTT	3,37	3,82	2,79	2,97	2,92	2,7	2,71	2,81
20	KALBAR	2,99	2,64	2,33	2,40	2,31	2,18	2,21	2,27
21	KALTENG	2,74	2,56	2,31	2,31	2,29	2,28	2,26	2,22
22	KALSEL	2,33	2,35	2,31	2,37	2,37	2,24	2,24	2,29
23	KALTIM	2,50	2,61	2,18	2,51	2,16	2,18	2,17	2,13
24	KALTARA	-	-	2,35	2,66	2,37	2,28	2,27	2,25
25	SULUT	2,13	2,43	2,1	2,07	2,04	2,1	2,06	2,04
26	SULTENG	2,75	2,94	2,32	2,43	2,39	2,16	2,26	2,27
27	SULSEL	2,56	2,55	2,22	2,38	2,26	2,13	2,15	2,17
28	SULTRA	3,31	3,2	2,57	2,71	2,59	2,49	2,48	2,51
29	GORONTALO	2,70	2,76	2,3	2,40	2,33	2,25	2,23	2,25
30	SULBAR	-	3,33	2,58	2,69	2,54	2,53	2,5	2,55
31	MALUKU	3,39	3,56	2,52	2,96	2,54	2,45	2,42	2,39
32	MALUT	3,18	3,35	2,47	2,66	2,49	2,41	2,43	2,41
33	PAPUA BARAT	-	3,18	2,66	3,07	2,88	2,67	2,68	2,69
34	PAPUA	3,28	2,87	2,76	2,66	2,62	2,71	2,7	2,65
	INDONESIA	**2,34**	**2,41**	**2,18**	**2,24**	**2,14**	**2,14**	**2,11**	**2,12**
	MAX	3,39	3,82	2,79	3,07	2,92	2,71	2,71	2,81
	MIN	1,44	1,82	1,75	1,91	1,93	1,81	1,82	1,82

Sumber: Data disusun oleh Penulis berdasarkan berbagai sumber yang tertera di dalam tabel.

Lampiran 4

Daftar Rekomendasi Kategori Keamanan Metode Kontrasepsi sesuai Status Menyusui

Status Menyusui	Jenis Kontrasepsi									
	Pil Kombinasi		Pil Progestin		Implan		Levonorgestrel IUD		Copper IUD	
	Periode	Kategori	Periode	Kategori	Periode	Kategori	Periode	Kategori	Periode	Kategori
Pasca persalinan Menyusui	1-42 H	4	<6 M	2	<6 M	2	<48 J	2	<48 J	1
	6M-6B	3	≥6M-6B	1	≥6M-6B	1	≥48J-4M	3	≥48J-4M	3
	≥6 B	2	≥6 B	1	≥6 B	1	≥4 M	1	≥4 M	1
Pasca persalinan Non Menyusui	<21 H	3 atau 4	<21 H	1	<21 H	1	<48 J	1	<48 J	1
	21-42 H	2 atau 3	≥21 H	1	≥21 H	1	≥48J-4M	3	≥48J-4M	3
	>6 M	1					≥4 M	1	≥4 M	1

Catatan: J=Jam, H= Hari, M= Minggu, B= Bulan

Sumber: Tabel diolah oleh Penulis sesuai data yang tersedia dalam artikel *Postpartum contraception: A matter of guidelines* oleh Grandi et. al. (2024).