



Evaluasi Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi dalam Respons Bencana di Sumatera Barat

Henny Puspita Sari^{1*}, Rosneli², Suci Kurnia Sari³, Eva Herawati Damanik⁴, Arfen Drinata⁵

¹ Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Daerah Sumatera Barat, Indonesia

² Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Daerah Sumatera Barat, Indonesia

³ Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Daerah Sumatera Barat, Indonesia

⁴ Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Daerah Sumatera Barat, Indonesia

⁵ Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Daerah Sumatera Barat, Indonesia

*Corresponding Author: hennypuspitasari@unespadang.ac.id

Abstrak: Bencana alam menyebabkan gangguan layanan kesehatan reproduksi dan meningkatkan risiko pada kelompok rentan. Bukti mengenai implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada konteks bencana hidrometeorologi di Indonesia masih terbatas. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi PPAM dalam respons pascabencana di Sumatera Barat. Penelitian menggunakan desain deskriptif kuantitatif berbasis data pemantauan program yang dikumpulkan pada periode Desember 2025 hingga Maret 2026 di Kabupaten Padang Pariaman dan Kabupaten Agam. Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Sebanyak 6.079 individu berhasil dijangkau, termasuk 5.187 klien layanan kesehatan reproduksi dengan 78,4% perempuan. Koordinasi melibatkan 36 mitra dan memperkuat integrasi layanan. Layanan HIV berhasil menjaga kesinambungan terapi tanpa interupsi. Layanan kesehatan ibu menunjukkan keberhasilan sistem rujukan, sementara layanan kontrasepsi didominasi metode jangka pendek. Layanan KBG telah menerapkan pendekatan berpusat pada penyintas, namun masih terdapat underreporting. Kegiatan pelatihan menjangkau 155 peserta, dengan tingkat kepuasan penerima manfaat sebesar 99,12%. Implementasi PPAM berjalan efektif pada seluruh objektif dengan dukungan koordinasi yang kuat, layanan adaptif, dan keterlibatan organisasi lokal. Temuan ini menegaskan peran penting organisasi masyarakat sipil dalam menjembatani standar global dengan kebutuhan lokal dalam respons bencana.

Kata Kunci: PPAM; MISP; Kesehatan Reproduksi; Respons Bencana; SGBV; Sumatera Barat; PKBI.

Abstract: Natural disasters disrupt reproductive health (RH) services and increase risks among vulnerable populations. Evidence on the implementation of the Minimum Initial Service Package (MISP) in hydrometeorological disaster contexts remains limited, particularly in Indonesia. This study evaluates the implementation of MISP in post-disaster response in West Sumatra, Indonesia. A descriptive quantitative design was applied using routine program monitoring data collected from December 2025 to March 2026 in Padang Pariaman and Agam districts. Data were derived from SPRINT reporting systems and analyzed using descriptive statistics. A total of 6,079 individuals were reached, including 5,187 SRH service clients (78.4% female). Coordination mechanisms involved 36 partner institutions and strengthened service integration. Continuity of antiretroviral therapy for all

identified people living with HIV was maintained without interruption. Maternal health services successfully referred complication cases, while contraceptive services ensured continuity, predominantly through short-term methods. Gender-based violence services applied a survivor-centered approach, although underreporting remained evident. Capacity-building activities reached 155 participants, and user satisfaction was high (99.12%). MISP implementation was effective across all objectives, supported by strong coordination, adaptive service delivery, and local organizational engagement. Findings highlight the critical role of civil society in bridging global standards and local needs in disaster response.

Keywords: *MISP; reproductive health; disaster response; SGBV; West Sumatra; PKBI.*

PENDAHULUAN

Bencana alam merupakan ancaman multidimensional yang berdampak signifikan terhadap sistem kesehatan, khususnya layanan kesehatan reproduksi bagi kelompok rentan seperti perempuan, remaja, ibu hamil, dan kelompok marginal. Lebih dari 500 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan persalinan di wilayah terdampak konflik dan bencana, yang mencerminkan lemahnya kapasitas sistem kesehatan dalam menjamin layanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis (Inter-Agency Working Group/IAWG, 2020). Berbagai kajian menunjukkan bahwa kondisi darurat tidak hanya merusak infrastruktur layanan kesehatan, tetapi juga memperburuk determinan sosial kesehatan yang berkontribusi terhadap meningkatnya risiko kesehatan reproduksi, termasuk kekerasan berbasis gender (KBG), keterbatasan akses kontrasepsi, serta terganggunya keberlanjutan terapi kronis seperti antiretroviral (ARV) bagi orang dengan HIV (ODHIV) (Sphere Association, 2018; Nabulsi et al., 2021; Chynoweth, 2019).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perempuan dan anak perempuan dalam situasi bencana menghadapi kerentanan berlapis akibat terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi (SRH), lemahnya sistem perlindungan, serta meningkatnya risiko eksploitasi dan kekerasan seksual (Chynoweth et al., 2017; Singh et al., 2018). Kegagalan dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi pada fase awal kedaruratan berkontribusi terhadap peningkatan kehamilan tidak diinginkan, komplikasi obstetri, serta penyebaran infeksi menular seksual (IMS) (Casey et al., 2015; Tran et al., 2020). Temuan tersebut menegaskan pentingnya intervensi yang terstruktur dan berbasis standar global dalam merespons kebutuhan kesehatan reproduksi pada situasi darurat.

Indonesia sebagai negara dengan tingkat kerentanan bencana yang tinggi menghadapi tantangan serius dalam menjamin keberlanjutan layanan kesehatan reproduksi. Studi Djafri et al. (2015) di Kota Padang pasca gempa bumi tahun 2009 menunjukkan bahwa layanan antenatal dan obstetri emergensi tetap berjalan, tetapi terjadi perlambatan dalam penurunan angka kematian ibu serta peningkatan kasus lahir mati. Penelitian Sajow et al. (2021) di wilayah terdampak erupsi Gunung Sinabung mengidentifikasi keterbatasan tenaga kesehatan terlatih, gangguan rantai pasok logistik, serta lemahnya koordinasi lintas sektor sebagai hambatan utama dalam penyediaan layanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana.

Cuaca ekstrem berupa hujan dengan intensitas tinggi terjadi secara terus-menerus pada periode 22 hingga 27 November 2025 di Provinsi Sumatera Barat. Kondisi tersebut memicu bencana hidrometeorologi berupa banjir bandang, banjir, tanah longsor, dan angin kencang yang berdampak pada 13 kabupaten/kota. Kabupaten Agam dan Kabupaten Padang Pariaman mengalami tingkat dampak paling signifikan. Bencana tersebut menyebabkan korban jiwa, korban luka, dan korban hilang, serta kerusakan infrastruktur dan fasilitas umum seperti jalan, jembatan, dan permukiman warga. Ribuan rumah warga mengalami kerusakan ringan hingga berat sehingga masyarakat terpaksa mengungsi ke berbagai lokasi penampungan.

Data Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Kabupaten Agam menunjukkan bahwa hingga 14 Desember 2025 sebanyak 3.221 jiwa masih berada di lokasi pengungsian yang tersebar di enam kecamatan, yaitu Palembayan, Palupuh, Matur, Tanjung Raya, Ampek Koto, dan Malalak. Jumlah korban meninggal dunia di Kabupaten Agam mencapai 192 orang, dengan 27 orang di antaranya belum teridentifikasi. Kabupaten Padang Pariaman mencatat dampak bencana pada 17 kecamatan dengan 80 titik banjir, 72 titik tanah longsor, dan 37 kejadian angin kencang. Bencana tersebut menyebabkan 45 orang meninggal dunia, 7 orang luka-luka, serta 1 orang masih dinyatakan hilang, dengan total 848 jiwa terdampak langsung. Kerusakan permukiman mencapai 4.842 unit rumah yang terdiri dari 2.652 unit rusak ringan, 221 unit rusak sedang, dan 405 unit rusak berat.

Kondisi pengungsian yang padat, keterbatasan fasilitas sanitasi, serta lemahnya sistem perlindungan sosial menciptakan lingkungan dengan risiko tinggi terhadap terjadinya kekerasan berbasis gender dan masalah kesehatan reproduksi lainnya. Tinjauan sistematis oleh Raker et al. (2019) menunjukkan bahwa peristiwa cuaca ekstrem memiliki hubungan konsisten dengan peningkatan kekerasan fisik, seksual, dan emosional terhadap perempuan di lokasi pengungsian di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara.

Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) untuk kesehatan reproduksi merupakan standar global dalam penanganan kesehatan reproduksi pada fase awal kedaruratan yang dikembangkan oleh IAWG. PPAM mencakup enam tujuan utama, yaitu koordinasi lintas sektor, pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, pencegahan penularan HIV dan infeksi menular seksual, pencegahan kematian ibu dan bayi baru lahir, pencegahan kehamilan tidak diinginkan, serta perencanaan integrasi layanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam sistem kesehatan jangka panjang (IAWG, 2020). Studi Nabulsi et al. (2021) menunjukkan bahwa efektivitas implementasi PPAM sangat dipengaruhi oleh kejelasan struktur koordinasi dan peran lembaga pelaksana utama.

Sebagian besar penelitian mengenai implementasi PPAM masih berfokus pada konteks konflik dan pengungsian lintas negara sehingga belum merepresentasikan dinamika bencana hidrometeorologi di negara berkembang seperti Indonesia. Penelitian di Indonesia belum mengevaluasi secara komprehensif implementasi seluruh objektif PPAM dalam satu kerangka analisis terpadu serta belum mengkaji secara mendalam peran organisasi lokal dalam respons kesehatan reproduksi.

Penelitian ini mengidentifikasi tiga kesenjangan utama, yaitu keterbatasan bukti empiris implementasi PPAM dalam konteks bencana hidrometeorologi di Indonesia, belum adanya evaluasi komprehensif terhadap seluruh objektif PPAM, serta minimnya analisis peran organisasi masyarakat sipil dalam menjembatani standar global dengan kebutuhan lokal. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi keenam objektif PPAM dalam respons pasca-bencana banjir di Kabupaten Padang Pariaman dan Kabupaten Agam yang dilaksanakan oleh PKBI Sumatera Barat. Hasil penelitian diharapkan memberikan kontribusi empiris terhadap pengembangan praktik terbaik respons kesehatan reproduksi dalam situasi kemanusiaan serta memperkuat sistem layanan yang adaptif dan berkelanjutan di wilayah rawan bencana.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif berbasis data pemantauan program operasional (*routine program monitoring data*). Pendekatan ini dipilih karena keterbatasan penerapan desain eksperimental atau studi terkontrol dalam situasi darurat bencana yang tidak memungkinkan secara etis maupun praktis. Pemanfaatan data pemantauan program memungkinkan analisis berbasis kondisi lapangan secara aktual untuk mengevaluasi implementasi layanan kesehatan reproduksi secara real-time (World Health Organization, 2021).

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Padang Pariaman dan Kabupaten Agam, Provinsi Sumatera Barat. Periode pengumpulan data berlangsung sejak 3 Desember 2025 hingga 3 Maret 2026, yang mencakup fase respons darurat hingga pemulihan awal.

Populasi penelitian mencakup seluruh penerima manfaat yang mengakses layanan PKBI Sumatera Barat selama periode respons bencana. Penelitian menggunakan teknik total populasi dengan memanfaatkan data sekunder dari sistem pencatatan SPRINT dalam bentuk *Monthly Report Form*. Data yang dianalisis meliputi catatan layanan klinis kesehatan seksual dan reproduksi (SRH) dan non-SRH, laporan koordinasi klaster, dokumentasi kegiatan pelatihan, serta hasil penilaian kepuasan penerima manfaat.

Data dianalisis dengan melakukan disagregasi berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia (10-19 tahun, 20-24 tahun, dan ≥ 25 tahun), serta wilayah kabupaten. Analisis dilakukan menggunakan statistik deskriptif berupa frekuensi dan persentase yang disajikan berdasarkan enam objektif Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM). Interpretasi hasil mengacu pada literatur internasional yang relevan guna memperkuat validitas temuan.

Penelitian ini menggunakan data program yang telah dianonimkan sebagai bagian dari pelaporan rutin program kemanusiaan. Seluruh layanan diberikan berdasarkan persetujuan penerima manfaat (*informed consent*), dengan jaminan kerahasiaan sesuai protokol perlindungan data organisasi kemanusiaan internasional. Pelaksanaan penelitian mengacu pada prinsip *survivor-centered approach* dalam penanganan kekerasan berbasis gender yang menekankan aspek keamanan, kerahasiaan, penghormatan, dan non-diskriminasi terhadap penyintas (Inter-Agency Standing Committee, 2015).

Pendekatan ini memberikan kontribusi metodologis melalui pemanfaatan data program operasional untuk mengevaluasi implementasi PPAM secara komprehensif dalam situasi bencana. Analisis berbasis data rutin memungkinkan pemahaman terhadap dinamika layanan secara berkelanjutan, yang masih terbatas dalam studi sebelumnya. Integrasi analisis objektif PPAM dengan disagregasi demografis menghasilkan bukti empiris kontekstual untuk mengidentifikasi pola layanan dan kesenjangan akses. Temuan penelitian ini diharapkan dapat memperkuat dasar evidensial dalam perumusan kebijakan respons kesehatan reproduksi pada bencana hidrometeorologi di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Capaian Layanan

PKBI Sumatera Barat menjangkau 6.079 individu terdampak bencana selama periode respons. Rincian capaian layanan kesehatan reproduksi disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Capaian Utama Layanan Kesehatan Reproduksi Selama Periode Respons

Indikator Capaian	Perempuan	Laki-laki	Total
Klien layanan klinis SRH – Total	4.044	1.143	5.187
Kab. Padang Pariaman	1.905	516	2.421
Kab. Agam	2.139	627	2.766
Klien layanan klinis Non-SRH – Total	680	212	892
Kab. Padang Pariaman	489	114	603
Kab. Agam	191	98	289
Peserta sesi Edukasi – Total	1.464	1.207	2.671
Frekuensi sesi Edukasi	–	–	104 sesi
Total individu terjangkau	–	–	6.079

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Layanan kesehatan seksual dan reproduksi (SRH) menjangkau 5.187 klien dengan proporsi perempuan sebesar 78,4% (n = 4.044). Proporsi ini menunjukkan keberhasilan intervensi dalam menjangkau kelompok prioritas yang paling rentan terhadap gangguan layanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana. Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh Singh et al. (2018) yang menunjukkan bahwa perempuan merupakan kelompok yang paling terdampak terhadap gangguan layanan SRH dalam situasi krisis. Studi oleh Casey et al. (2015) juga menegaskan bahwa intervensi berbasis kebutuhan perempuan meningkatkan efektivitas layanan kesehatan reproduksi dalam konteks kemanusiaan.

Distribusi layanan menunjukkan bahwa Kabupaten Agam mencatat cakupan lebih tinggi sebesar 2.766 klien (53,3%) dibandingkan Kabupaten Padang Pariaman sebesar 2.421 klien (46,7%). Perbedaan ini mencerminkan variasi kebutuhan layanan yang dipengaruhi oleh tingkat keparahan dampak bencana, kerusakan infrastruktur, serta aksesibilitas wilayah. Temuan ini konsisten dengan penelitian Tappis et al. (2017) yang menyatakan bahwa distribusi layanan kesehatan dalam situasi darurat cenderung mengikuti pola kebutuhan berbasis tingkat kerentanan wilayah. Penelitian Blanchet et al. (2017) juga menunjukkan bahwa kapasitas sistem kesehatan lokal dan kondisi geografis mempengaruhi cakupan layanan dalam respons kemanusiaan.

Layanan non-SRH menjangkau 892 klien, yang menunjukkan bahwa kebutuhan kesehatan umum tetap besar selama fase respons bencana. Integrasi layanan SRH dan non-SRH dalam satu sistem pelayanan berkontribusi pada peningkatan efektivitas respons kesehatan secara menyeluruh. Hal ini sejalan dengan temuan Spiegel et al. (2010) yang menekankan bahwa integrasi layanan kesehatan merupakan strategi penting dalam meningkatkan efisiensi dan jangkauan layanan di wilayah terdampak krisis.

Kegiatan edukasi menjangkau 2.671 peserta melalui 104 sesi yang terdistribusi secara relatif merata di kedua kabupaten. Distribusi ini mencerminkan perencanaan penjangkauan yang sistematis dan berbasis wilayah. Kegiatan edukasi berperan sebagai intervensi preventif dalam meningkatkan pengetahuan serta mengurangi risiko kesehatan reproduksi. Chynoweth (2019) menunjukkan bahwa edukasi berbasis komunitas memiliki kontribusi penting dalam meningkatkan akses layanan dan kesadaran kesehatan reproduksi dalam situasi darurat.

Capaian layanan secara keseluruhan menunjukkan bahwa implementasi respons kesehatan reproduksi berjalan secara luas, terarah, dan berbasis kebutuhan. Pola capaian ini mengindikasikan bahwa pendekatan PPAM dapat diimplementasikan secara efektif dalam konteks bencana hidrometeorologi di tingkat lokal. Temuan ini memperkuat hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa penerapan standar global seperti PPAM mampu meningkatkan kualitas respons kesehatan reproduksi apabila diadaptasi dengan konteks lokal (Nabulsi et al., 2021; Tran et al., 2020).

Koordinasi Pemangku Kepentingan (PPAM Objektif 1)

Koordinasi lintas sektor merupakan prasyarat utama dalam keberhasilan implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM). Mekanisme koordinasi memastikan integrasi layanan kesehatan reproduksi ke dalam sistem respons kemanusiaan yang lebih luas, sehingga dapat mengurangi duplikasi layanan dan menutup kesenjangan intervensi. Tabel 2 menyajikan partisipasi PKBI Sumatera Barat dalam forum koordinasi selama periode respons.

PKBI Sumatera Barat berpartisipasi dalam 17 rapat koordinasi yang melibatkan 36 instansi dan organisasi mitra, termasuk organisasi perangkat daerah tingkat provinsi dan kabupaten serta 15 organisasi masyarakat sipil. Keterlibatan aktif dalam klaster kesehatan, kesehatan seksual dan reproduksi (SRH), serta perlindungan dan kekerasan berbasis gender (KBG) menunjukkan posisi strategis PKBI dalam memperkuat integrasi layanan. Partisipasi

ini memungkinkan penyelarasan perencanaan program, penguatan sistem rujukan, serta optimalisasi distribusi sumber daya.

Tabel 2. Partisipasi dalam Rapat Koordinasi Klaster

Jenis Koordinasi	Tingkat Provinsi	Tingkat Kabupaten
Klaster Kesehatan / SRH	4	2
Klaster Perlindungan / KBG	3	2
Koordinasi Lainnya	6	–
Total	13	4

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan dalam forum koordinasi berkontribusi terhadap peningkatan efektivitas implementasi layanan. Koordinasi yang terstruktur memfasilitasi pertukaran informasi antar-aktor, mempercepat identifikasi kebutuhan lapangan, serta mendukung respons yang adaptif terhadap dinamika bencana. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan aktor yang aktif dalam sistem klaster berperan sebagai penghubung antara standar global dan praktik lokal.

Temuan tersebut sejalan dengan Raftery et al. (2022) yang menyatakan bahwa keberadaan *lead agency* yang kuat dalam koordinasi KBG meningkatkan jangkauan layanan, mengurangi duplikasi, serta memperkuat mekanisme rujukan. Studi Nabulsi et al. (2021) juga menunjukkan bahwa penguatan koordinasi melalui lembaga pelaksana utama mampu mengatasi berbagai hambatan implementasi serta mendukung transisi menuju layanan kesehatan reproduksi komprehensif pada fase pascabencana.

Konteks lokal menunjukkan dinamika yang berbeda dibandingkan temuan sebelumnya di Sumatera Barat. Studi implementasi program kesehatan reproduksi dalam bencana di Kabupaten Sijunjung menunjukkan bahwa ketiadaan regulasi daerah, tidak adanya tim khusus, serta lemahnya perencanaan menjadi hambatan utama dalam koordinasi layanan kesehatan reproduksi (Nursal et al., 2021). Peran organisasi masyarakat sipil dalam hal ini menjadi faktor kunci dalam menjembatani keterbatasan regulasi formal serta memperkuat integrasi layanan, sejalan dengan kerangka kesiapsiagaan PPAM yang menekankan pentingnya koordinasi dan kapasitas kelembagaan (UNFPA, 2025).

Capaian koordinasi menunjukkan bahwa implementasi Objektivitas 1 PPAM telah berjalan secara efektif melalui penguatan jejaring lintas sektor dan keterlibatan multipihak. Pola ini menegaskan bahwa koordinasi yang adaptif dan berbasis kolaborasi dapat meningkatkan kualitas respons kesehatan reproduksi dalam situasi bencana hidrometeorologi.

Pencegahan dan Respons KBG (PPAM Objektivitas 2)

Layanan kekerasan berbasis gender (KBG) merupakan komponen penting dalam implementasi PPAM yang menuntut pendekatan *survivor-centered*, sensitif terhadap konteks budaya, serta menjamin kerahasiaan layanan. Tabel 3 menyajikan jumlah kasus KBG yang teridentifikasi selama periode respons.

Tabel 3. Layanan Kekerasan Seksual dan Berbasis Gender (KBG)

Jenis Layanan KBG	10–19 Thn	20–24 Thn	≥25 Thn	Total
Kekerasan oleh pasangan intim	0	0	2	2
KBG non-seksual (fisik/emosional)	1	0	1	2
Konseling khusus KBG	1	0	0	1

Jenis Layanan KBG	10–19 Thn	20–24 Thn	≥25 Thn	Total
Total Kasus Teridentifikasi	2	0	3	5*

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Layanan mengidentifikasi lima kasus KBG dengan dominasi pada kelompok usia ≥ 25 tahun. Kasus yang tercatat mencakup dua kasus kekerasan oleh pasangan intim dan dua kasus kekerasan non-seksual, sementara satu klien menerima layanan konseling khusus KBG. Jumlah kasus yang relatif rendah tidak mencerminkan kondisi aktual di lapangan dan mengindikasikan adanya fenomena *underreporting* yang signifikan.

Fenomena *underreporting* dalam layanan kekerasan berbasis gender (KBG) pada situasi bencana banyak ditemukan dalam berbagai penelitian. Raker et al. (2019) menunjukkan bahwa laporan resmi hanya merepresentasikan sebagian kecil dari kejadian kekerasan yang sebenarnya, akibat stigma sosial, keterbatasan privasi di lokasi pengungsian, serta normalisasi kekerasan dalam relasi domestik. Penelitian lanjutan oleh Raker et al. (2022) juga mengidentifikasi peningkatan risiko kekerasan fisik, verbal, dan seksual terhadap perempuan di wilayah terdampak banjir di Asia Tenggara, termasuk Indonesia.

Konteks sosial budaya turut memengaruhi pola pelaporan kasus. Norma sosial dalam masyarakat Minangkabau yang menekankan kehormatan keluarga dan privasi rumah tangga membatasi keterbukaan penyintas dalam mengakses layanan formal. Hambatan ini menyebabkan sebagian besar kasus tidak teridentifikasi oleh sistem layanan. Temuan ini sejalan dengan Raftery et al. (2022) yang menegaskan bahwa layanan KBG di masyarakat dengan norma konservatif memerlukan pendekatan proaktif berbasis komunitas untuk meningkatkan deteksi kasus.

Pendekatan layanan yang diterapkan dalam penelitian ini telah mengadopsi prinsip *survivor-centered* melalui penggunaan protokol LIVES (*Listen, Inquire, Validate, Enhance safety, Support*). Implementasi pendekatan ini mendukung pemberian layanan yang aman, rahasia, dan menghormati kebutuhan penyintas. Meskipun demikian, keterbatasan dalam deteksi kasus menunjukkan perlunya penguatan strategi penjangkauan aktif.

Kapasitas sumber daya manusia menjadi faktor pendukung utama dalam kualitas layanan. Sebanyak 84,2% dari 38 tenaga layanan telah mengikuti pelatihan SGBV dalam dua tahun terakhir. Proporsi ini melampaui standar minimum yang direkomendasikan oleh Inter-Agency Working Group (IAWG) dan berkontribusi terhadap kesiapan layanan dalam menangani kasus KBG secara profesional dan sensitif.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa implementasi Objektivitas 2 PPAM telah berjalan dengan dukungan kapasitas sumber daya manusia yang memadai dan penerapan standar layanan yang tepat. Keterbatasan pelaporan kasus menegaskan kebutuhan penguatan mekanisme deteksi proaktif melalui kader komunitas, jejaring perempuan, dan pendekatan berbasis masyarakat. Strategi ini penting untuk meningkatkan akses layanan bagi penyintas serta memastikan bahwa respons KBG dalam situasi bencana bersifat inklusif dan efektif.

Pencegahan HIV dan IMS (PPAM Objektivitas 3)

Kesinambungan layanan HIV dalam situasi bencana merupakan komponen esensial yang berdampak langsung terhadap luaran kesehatan jangka panjang. Gangguan akses terhadap terapi antiretroviral (ARV) berpotensi meningkatkan risiko kegagalan terapi, resistensi obat, serta mortalitas pada orang dengan HIV (ODHIV). Situasi bencana di Kabupaten Padang Pariaman dan Kabupaten Agam menyebabkan 13 ODHIV kehilangan akses terhadap fasilitas kesehatan dan layanan ARV.

PKBI Sumatera Barat memastikan keberlanjutan terapi melalui distribusi ARV secara terkoordinasi tanpa interupsi kepada seluruh 13 ODHIV terdampak. Intervensi ini mencerminkan efektivitas sistem koordinasi dan respons cepat dalam menjaga

kesinambungan layanan esensial. Selain itu, layanan mengidentifikasi satu individu laki-laki dengan perilaku berisiko tinggi yang menerima intervensi komprehensif berupa konseling mendalam, pemeriksaan HIV dengan pre- dan post-test counseling, serta edukasi pencegahan.

Temuan ini memiliki implikasi klinis yang kuat. Penelitian Tran et al. (2023) di Kenya menunjukkan bahwa interupsi terapi ARV selama bencana meningkatkan kejadian interruption in treatment (IIT) secara jelas, dengan kenaikan sebesar 24% pada periode banjir pertama dan 23% pada periode berikutnya. Studi oleh Gueller et al. (2020) di Malawi juga mengonfirmasi bahwa gangguan layanan HIV selama bencana berkaitan dengan meningkatnya risiko kegagalan viral suppression serta komplikasi kesehatan. Lebih lanjut, model matematis yang dikembangkan oleh Jewell et al. (2020) memperkirakan bahwa interupsi terapi ARV selama tiga bulan pada sebagian besar pasien dapat meningkatkan angka kematian HIV secara besar, bahkan mendekati jumlah kematian yang dapat dicegah melalui intervensi kesehatan masyarakat lainnya.

Pengalaman dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kesinambungan layanan HIV dapat dipertahankan melalui koordinasi yang efektif dan keterlibatan multipihak. Studi kasus oleh McNairy et al. (2014) di Haiti pascagempa 2010 menunjukkan bahwa keterlibatan organisasi berbasis komunitas berperan penting dalam menjaga kontinuitas terapi antiretroviral dalam kondisi krisis. Implementasi yang dilakukan oleh PKBI Sumatera Barat melalui mobilisasi 36 mitra serta evaluasi distribusi ARV pada akhir fase respons mencerminkan praktik yang sejalan dengan temuan tersebut.

Capaian layanan menunjukkan bahwa implementasi Objektivitas 3 PPAM telah berjalan secara efektif dalam menjamin kesinambungan terapi HIV pada situasi bencana. Pendekatan koordinatif dan berbasis jejaring terbukti menjadi faktor kunci dalam mencegah interupsi layanan. Temuan ini memberikan implikasi penting bagi penguatan sistem respons kesehatan reproduksi, khususnya dalam memastikan bahwa layanan HIV tetap menjadi prioritas dalam penanganan bencana hidrometeorologi di Indonesia.

Pencegahan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir (PPAM Objektivitas 4)

Layanan kesehatan ibu selama periode respons menjangkau 71 ibu hamil melalui layanan klinis kesehatan seksual dan reproduksi (SRH). Layanan mencatat dua kasus komplikasi maternal yang berhasil dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Program juga menyelenggarakan 71 sesi edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan dan pentingnya persalinan oleh Tenaga Penolong Persalinan Terampil (*Skilled Birth Attendant*). Tidak terdapat persalinan yang dilakukan di fasilitas PKBI Sumatera Barat, yang menunjukkan bahwa sistem rujukan persalinan ke fasilitas kesehatan pemerintah berfungsi secara efektif.

Keberhasilan rujukan pada dua kasus komplikasi maternal memiliki peran yang sangat penting dalam konteks pencegahan kematian ibu. Literatur global menunjukkan bahwa sebagian besar kematian ibu yang sebenarnya dapat dicegah terjadi di wilayah terdampak krisis akibat keterlambatan penanganan komplikasi obstetri (IAWG, 2020; IASC, 2015). Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan sistem rujukan yang responsif merupakan faktor kunci dalam menurunkan risiko kematian maternal pada situasi darurat.

Pengalaman berdasarkan hasil penelitian di Indonesia memperkuat temuan tersebut. Penelitian Djafri et al. (2015) di Kota Padang pascagempa 2009 menunjukkan bahwa gangguan rantai pasok dan keterbatasan tenaga kesehatan terampil berdampak pada memburuknya luaran kesehatan ibu dan bayi, meskipun layanan antenatal tetap berjalan. Studi Sajow et al. (2021) di Sumatera Utara juga mengidentifikasi keterbatasan tenaga bidan di lokasi pengungsian sebagai faktor yang menurunkan kualitas pertolongan persalinan. Kondisi tersebut menggarisbawahi pentingnya penguatan sistem rujukan sebagai strategi mitigasi risiko dalam situasi bencana.

Pelaksanaan 71 sesi edukasi kesehatan ibu yang menjangkau seluruh ibu hamil menunjukkan cakupan intervensi yang tinggi. Cakupan ini mengindikasikan bahwa setiap ibu hamil memperoleh akses terhadap informasi penting terkait tanda bahaya kehamilan dan kebutuhan persalinan yang aman. Pendekatan edukasi ini sejalan dengan standar PPAM yang menekankan promosi penggunaan tenaga kesehatan terampil sebagai strategi utama dalam pencegahan kematian ibu pada fase darurat.

Capaian layanan menunjukkan bahwa implementasi Objektivitas 4 PPAM berjalan secara efektif melalui kombinasi layanan klinis, sistem rujukan yang berfungsi, dan intervensi edukatif. Integrasi ketiga komponen tersebut memperkuat upaya pencegahan kematian ibu dan bayi baru lahir dalam situasi bencana. Temuan ini menegaskan bahwa penguatan sistem rujukan dan edukasi berbasis komunitas merupakan strategi kunci dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi pada kondisi krisis.

Pencegahan Kehamilan Tidak Terencana (PPAM Objektivitas 5)

Layanan kontrasepsi selama periode respons difokuskan pada perempuan usia reproduktif (≥ 25 tahun) yang merupakan returning clients, yaitu akseptor aktif yang memerlukan kesinambungan metode kontrasepsi. Distribusi metode kontrasepsi dan komoditas disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Layanan Kontrasepsi Selama Periode Respons

Metode Kontrasepsi	Jml Klien	Komoditas	Satuan	%
Kondom laki-laki	61	327	Buah	52,1%
Suntik 3 bulan	16	16	Dosis	13,7%
Pil progestogen (28 tablet)	15	15	Strip	12,8%
Pil kombinasi oral	9	9	Strip	7,7%
Implan 3 tahun	8	8	Unit	6,8%
Suntik 1 bulan	8	8	Dosis	6,8%
Total Klien	117	–	–	100%

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Distribusi layanan menunjukkan dominasi metode kontrasepsi jangka pendek, yaitu pil, suntik, dan kondom, yang mencakup 93,2% dari total klien. Pola ini mencerminkan kesesuaian dengan pedoman operasional PPAM yang memprioritaskan metode yang dapat diberikan secara cepat tanpa prosedur medis kompleks dalam kondisi darurat (IAWG, 2020; Sphere Association, 2018). Preferensi terhadap metode yang telah dikenal sebelumnya juga berkontribusi terhadap keberlanjutan penggunaan kontrasepsi. Temuan ini sejalan dengan laporan Women's Refugee Commission (2021) yang menyatakan bahwa ketersediaan metode yang familiar bagi klien meningkatkan penerimaan dan kepatuhan dalam situasi krisis.

Layanan menyediakan metode kontrasepsi jangka panjang berupa implan kepada delapan klien (6,8%). Capaian ini menunjukkan adanya upaya untuk memperluas pilihan metode kontrasepsi meskipun dalam keterbatasan fasilitas. Penelitian Casey et al. (2015) di Uganda Utara menunjukkan bahwa ketersediaan metode kontrasepsi jangka panjang (*long-acting reversible contraception/LARC*) meningkatkan penggunaan kontrasepsi secara signifikan dalam konteks krisis, karena metode ini tidak memerlukan kunjungan ulang secara rutin. Temuan serupa dilaporkan oleh Sully et al. (2024) yang menunjukkan bahwa perempuan tetap mengakses layanan keluarga berencana secara aktif dalam situasi bencana apabila layanan tersedia dan dapat dijangkau.

Ketiadaan layanan kontrasepsi dalam rahim (IUD) dan kontrasepsi darurat menunjukkan adanya keterbatasan kapasitas layanan, terutama terkait ketersediaan alat dan tenaga kesehatan terlatih untuk prosedur insersi. Kondisi ini merupakan tantangan umum dalam respons kesehatan reproduksi pada situasi bencana. Penelitian Tanabe et al. (2015) serta laporan Women's Refugee Commission (2021) menekankan pentingnya integrasi metode LARC dan kontrasepsi darurat dalam perencanaan kesiapsiagaan bencana untuk memastikan ketersediaan layanan yang lebih komprehensif.

Capaian layanan menunjukkan bahwa implementasi Objektivitas 5 PPAM telah berjalan efektif dalam menjaga kesinambungan penggunaan kontrasepsi, khususnya pada kelompok akseptor aktif. Dominasi metode jangka pendek mencerminkan adaptasi layanan terhadap keterbatasan fasilitas, sementara penyediaan metode jangka panjang menunjukkan upaya peningkatan kualitas layanan. Temuan ini menegaskan bahwa penguatan rantai pasok dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan menjadi faktor penting dalam memperluas pilihan kontrasepsi pada situasi bencana.

Perencanaan Layanan SRH Komprehensif (PPAM Objektivitas 6)

Pengembangan kapasitas mitra merupakan komponen strategis dalam implementasi PPAM yang berorientasi pada keberlanjutan layanan kesehatan reproduksi pascabencana. Kegiatan ini bertujuan memperkuat kemampuan aktor lokal dalam mengintegrasikan layanan kesehatan seksual dan reproduksi ke dalam sistem kesehatan secara berkelanjutan. Tabel 5 menyajikan kegiatan pelatihan yang dilaksanakan selama periode respons.

Tabel 5. Kegiatan Pelatihan bagi Mitra Eksternal Selama Respons Bencana

Jenis Pelatihan	Frekuensi	L	P	Lain	Total	%
Koordinasi Humanitarian	2	5	18	1	24	15,5%
PPAM/MISP	1	11	31	–	42	27,1%
SGBV (Fundamentals, LIVES, CMR)	3	21	47	–	68	43,9%
HIV / IMS	2	8	13	–	21	13,5%
Total	8	45	109	1	155	100%

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Kegiatan pelatihan mencakup delapan sesi dengan total 155 peserta dari 36 instansi dan organisasi mitra. Komposisi peserta didominasi oleh perempuan sebesar 70,3% (n = 109), yang mencerminkan struktur tenaga kesehatan dan pekerja sosial di lapangan. Pelatihan terkait kekerasan berbasis gender (SGBV) menjadi kegiatan dengan jumlah peserta tertinggi, yaitu 68 peserta (43,9%), yang menunjukkan prioritas program terhadap penguatan kapasitas layanan yang responsif terhadap isu KBG.

Distribusi jenis pelatihan menunjukkan pendekatan yang komprehensif dalam penguatan kapasitas, mencakup aspek koordinasi kemanusiaan, implementasi PPAM, penanganan KBG, serta layanan HIV dan infeksi menular seksual. Pendekatan ini mendukung peningkatan kesiapan mitra dalam merespons kebutuhan kesehatan reproduksi secara terpadu pada situasi darurat maupun pascabencana.

Penguatan kapasitas mitra dalam penelitian ini merepresentasikan strategi keberlanjutan layanan yang terencana. Studi Curry et al. (2015) menunjukkan bahwa pelatihan berbasis kompetensi, dukungan rantai pasok, dan supervisi sistematis merupakan komponen utama dalam menjaga keberlangsungan layanan kesehatan reproduksi setelah intervensi organisasi kemanusiaan berakhir. Implementasi pelatihan dalam penelitian ini sejalan dengan prinsip tersebut, khususnya dalam memperkuat kapasitas teknis dan koordinatif mitra lokal.

Pelatihan HIV/IMS yang dilaksanakan dalam dua tahap, termasuk evaluasi distribusi ARV pada akhir periode respons, menunjukkan penerapan pendekatan berbasis siklus pembelajaran (*learning cycle*). Pendekatan ini memungkinkan perbaikan berkelanjutan melalui refleksi terhadap praktik yang telah dilakukan serta peningkatan kualitas layanan secara sistematis.

Keterlibatan 36 mitra lintas sektor, termasuk Badan Penanggulangan Bencana Daerah, Dinas Kesehatan, puskesmas, organisasi disabilitas, dan jaringan komunitas HIV/AIDS, mencerminkan pendekatan ekosistem layanan yang kolaboratif. Kolaborasi multipihak ini berkontribusi dalam mengurangi fragmentasi layanan dan memperkuat koordinasi antaraktor. Temuan ini sejalan dengan Raftery et al. (2022) yang menyatakan bahwa koordinasi lintas sektor yang terstruktur merupakan faktor kunci dalam meningkatkan efektivitas respons layanan KBG dan kesehatan reproduksi dalam situasi kemanusiaan.

Capaian kegiatan menunjukkan bahwa implementasi Objektif 6 PPAM tidak hanya berfokus pada respons jangka pendek, tetapi juga memperkuat fondasi sistem layanan kesehatan reproduksi untuk jangka panjang. Penguatan kapasitas mitra lokal menjadi faktor penting dalam memastikan keberlanjutan layanan, meningkatkan kualitas respons, serta memperkuat ketahanan sistem kesehatan dalam menghadapi bencana di masa mendatang.

Kepuasan Penerima Manfaat dan Akuntabilitas

Penilaian kepuasan penerima manfaat dilakukan melalui beberapa metode, yaitu kotak saran anonim, kuesioner offline, dan testimoni. Hasil penilaian disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Penilaian Kepuasan Penerima Manfaat

Kategori Penilaian	Jumlah Penerima Manfaat	Persentase
Sangat Puas	3.686	87,72%
Puas	479	11,40%
Kurang Puas	1	0,24%
Tidak Puas	0	0,00%
Total	4.202	99,12% (puas + sangat puas)

Sumber: Data primer program PKBI Sumbar, 3 Desember 2025 3 Maret 2026.

Hasil penilaian menunjukkan tingkat kepuasan yang sangat tinggi dengan proporsi gabungan kategori puas dan sangat puas sebesar 99,12%. Tingkat kepuasan ini mencerminkan kualitas layanan yang diterima oleh penerima manfaat selama periode respons. Capaian tersebut juga mengindikasikan bahwa layanan yang diberikan telah sesuai dengan kebutuhan dan harapan penerima manfaat.

Interpretasi terhadap tingkat kepuasan perlu mempertimbangkan potensi social desirability bias, yaitu kecenderungan responden memberikan penilaian positif terhadap penyedia layanan dalam konteks bantuan kemanusiaan. Fenomena ini telah diidentifikasi dalam pedoman akuntabilitas kemanusiaan yang menyatakan bahwa penerima bantuan cenderung memberikan respons yang lebih positif karena relasi ketergantungan terhadap penyedia layanan (IASC, 2017). Penggunaan berbagai metode pengumpulan data dalam penelitian ini, termasuk mekanisme anonim melalui kotak saran, berkontribusi dalam mengurangi bias tersebut serta meningkatkan validitas hasil.

Tingkat partisipasi responden sebesar 69,1% menunjukkan keterlibatan yang cukup tinggi dalam proses evaluasi layanan. Partisipasi ini mencerminkan adanya akses yang memadai terhadap mekanisme umpan balik serta kepercayaan penerima manfaat terhadap sistem pengaduan yang tersedia. Mekanisme umpan balik yang efektif merupakan bagian penting dari prinsip akuntabilitas dalam respons kemanusiaan.

Cakupan layanan menunjukkan keberhasilan dalam menjangkau kelompok rentan, termasuk 82 penyandang disabilitas, 117 perempuan kepala keluarga, dan total 6.079 individu pengungsi. Keterjangkauan kelompok marginal ini mencerminkan penerapan prinsip inklusivitas dalam layanan kesehatan reproduksi. Inklusivitas layanan menjadi indikator penting dalam menilai kualitas respons kemanusiaan, terutama dalam memastikan bahwa tidak ada kelompok yang tertinggal dalam akses layanan.

Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi layanan tidak hanya berfokus pada cakupan kuantitatif, tetapi juga memperhatikan aspek kualitas dan akuntabilitas. Tingkat kepuasan yang tinggi, partisipasi responden yang signifikan, serta keterjangkauan kelompok rentan mengindikasikan bahwa respons yang diberikan telah memenuhi prinsip layanan kemanusiaan yang berpusat pada penerima manfaat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi dalam respons bencana di Sumatera Barat berjalan efektif pada seluruh objektif. Layanan berhasil menjangkau kelompok rentan secara luas, didukung oleh koordinasi lintas sektor yang memperkuat integrasi layanan dan sistem rujukan.

Keberlanjutan layanan HIV tanpa interupsi, keberfungsian rujukan maternal, serta kesinambungan layanan kontrasepsi menunjukkan efektivitas respons dalam menjaga layanan esensial. Layanan kekerasan berbasis gender telah memenuhi prinsip survivor-centered, namun masih menghadapi tantangan underreporting.

Penguatan kapasitas mitra dan tingginya kepuasan penerima manfaat menunjukkan kualitas, inklusivitas, dan akuntabilitas layanan. Penelitian ini memberikan kontribusi empiris terhadap implementasi PPAM dalam konteks bencana hidrometeorologi di Indonesia.

Saran

Pemerintah perlu mengintegrasikan PPAM dalam kebijakan penanggulangan bencana secara sistematis. Penguatan deteksi kasus KBG berbasis komunitas dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan perlu diprioritaskan. Ketersediaan logistik kesehatan reproduksi, terutama kontrasepsi jangka panjang, harus diperkuat dalam kesiapsiagaan bencana.

Penelitian selanjutnya perlu menggunakan pendekatan mixed-method untuk memperdalam analisis implementasi dan dampak layanan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh staf dan relawan PKBI Daerah Sumatera Barat yang bekerja tanpa henti selama respons bencana, kepada masyarakat terdampak di Kabupaten Agam dan Padang Pariaman atas kepercayaan mereka, kepada pemerintah daerah atas dukungan koordinasi, serta kepada International Planned Parenthood Federation (IPPF) atas dukungan teknis dan pendanaan melalui mekanisme SPRINT Initiative.

REFERENSI

- Blanchet, K., Ramesh, A., Frison, S., Warren, E., Hossain, M., Smith, J., Knight, A., Post, N., & Lewis, C. (2017). Evidence on public health interventions in humanitarian crises. *The Lancet*, 390(10109), 2287–2296. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30768-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30768-1)
- Casey, S. E., Chynoweth, S. K., Cornier, N., Gallagher, M. C., & Wheeler, E. E. (2015). Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: Mixed-methods case studies. *Conflict and Health*, 9(Suppl 1), S3. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3>

- Chynoweth, S. K. (2019). Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: The 2018 global review of reproductive health in humanitarian settings. *Conflict and Health*, 13(9). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0192-3>
- Chynoweth, S. K., Freccero, J., & Touquet, H. (2017). Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: Implications for the health sector. *Reproductive Health Matters*, 25(51), 90–94.
- Curry, D. W., Rattan, J., Huang, S., & Noznesky, E. (2015). Delivering high-quality family planning services in crisis-affected settings II: Results. *Global Health: Science and Practice*, 3(1), 25–33.
- Djafri, D., Chongsuvivatwong, V., & Geater, A. (2015). Effects of the 2009 earthquake on reproductive health services and outcomes in Padang, Indonesia. *BMC Public Health*, 15, 1–9.
- Gueler, A., Moyo, S., & Tweya, H. (2020). Impact of natural disasters on HIV treatment outcomes. *AIDS Care*, 32(9), 1156–1163.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2015). *Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action*. IASC.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2017). *Commitments on accountability to affected populations*. IASC.
- Inter-Agency Working Group (IAWG). (2020). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crisis Situations*. IAWG.
- Jewell, B. L., Mudimu, E., Stover, J., Ten Brink, D., Phillips, A. N., Smith, J. A., Martin-Hughes, R., Teng, Y., Glaubius, R., Mahiane, S. G., Bansi-Matharu, L., & Hallett, T. B. (2020). Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19. *The Lancet HIV*, 7(9), e629–e640.
- McNairy, M. L., Lamb, M. R., Carter, R. J., Fayorsey, R., Tene, G., Mutabazi, V., El-Sadr, W. M. (2014). Retention of HIV-infected patients in care during a natural disaster: Lessons from Haiti. *AIDS Care*, 26(11), 1440–1446.
- Nabulsi, M., Awwad, J., & Mahfoud, Z. (2021). Implementing the Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health in crisis settings: A systematic review. *BMJ Global Health*, 6(8), e005667.
- Raftery, P., Tappis, H., & Howard, N. (2022). Strengthening GBV coordination in humanitarian settings. *Conflict and Health*, 16(1), 1–12.
- Raker, E. J., Zhai, Y., & Chan, C. G. (2019). Climate-related disasters and gender-based violence: A systematic review. *The Lancet Planetary Health*, 3(6), e256–e266.
- Raker, E. J., Lowe, S. R., & Arcaya, M. (2022). Gender-based violence and natural disasters in Southeast Asia. *Social Science & Medicine*, 296, 114735.
- Sajow, F. M., Rattu, A. J., & Maramis, F. R. (2021). Reproductive health services during disaster response in Indonesia: Challenges and opportunities. *Kesmas: National Public Health Journal*, 16(2), 89–97.
- Singh, N. S., Aryasinghe, S., Smith, J., Khosla, R., Say, L., & Blanchet, K. (2018). A long way to go: A systematic review to assess the utilisation of sexual and reproductive health services during humanitarian crises. *BMJ Global Health*, 3(2), e000682.
- Spiegel, P. B., Checchi, F., Colombo, S., & Paik, E. (2010). Health-care needs of people affected by conflict: Future trends and changing frameworks. *The Lancet*, 375(9711), 341–345.
- Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. Sphere Association.
- Sully, E. A., et al. (2024). Adding it up: Investing in sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Gutmacher Institute Report*.

- Tanabe, M., Schlecht, J., Manohar, S., & Black, B. (2015). Adolescent sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Reproductive Health Matters*, 23(47), 58–67.
- Tappis, H., Doocy, S., & Warren, N. (2017). Health service utilization in humanitarian emergencies. *Health Policy and Planning*, 32(6), 895–902.
- Tran, N. T., Tappis, H., Spilotros, N., Krause, S., Knaster, S., & inter-agency working group. (2020). Sexual and reproductive health in humanitarian settings. *The Lancet Global Health*, 8(2), e161–e162.
- Tran, D. A., et al. (2023). Flooding and HIV treatment interruption in Kenya. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1234–1243.
- Women’s Refugee Commission. (2021). *Ensuring access to contraception in humanitarian settings*. WRC.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Monitoring health systems in humanitarian settings*. WHO.