

KAJIAN KEBERLANGSUNGAN RUMAH TUNGGU KELAHIRAN (RTK) DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN MATERNAL DI INDONESIA

Study of Sustainability of Maternity Waiting Home (MWH) in Efforts to Reduce Maternal Mortality Rate in Indonesia

Noor Edi Widya Sukoco

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbangkes Kemenkes RI

Naskah Masuk: 17 November 2017; Perbaikan: 22 Maret 2018; Layak Terbit: 11 April 2018

<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v21i2.277.114-124>

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu di Indonesia tertinggi dibandingkan negara-negara ASEAN lain dan menghadapi kesenjangan akses pelayanan kesehatan. Rumah tempat menunggu yang dekat dengan fasilitas pelayanan kesehatan dan dapat dihuni sementara oleh ibu hamil sebelum persalinan yaitu Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) merupakan salah satu alternatif solusi. Analisis dilakukan untuk mengetahui aspek yang dapat menjaga keberlangsungan layanan RTK. Kajian ini menggunakan data sekunder dengan cara menginventarisir dokumen kebijakan dan peraturan perundangan yang terkait dengan kebijakan RTK serta dengan mengadakan beberapa workshop untuk memperoleh sudut pandang para penentu kebijakan. Hasil menunjukkan sistem pembiayaan RTK masih bersifat lokal dan belum terkoordinasi dengan baik. Jumlah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di RTK masih terbatas. Demikian juga fasilitas dan sarana RTK masih belum memadai, terutama, masalah air dan listrik, serta tempat untuk keluarga yang mendampingi ibu bersalin. Sebagian besar RTK hanya menyediakan fasilitas untuk tinggal tanpa pelayanan perawatan kesehatan ibu dan bayi. Beberapa upaya telah dilakukan pemerintah lokal dalam mendorong pemanfaatan RTK pada ibu hamil di antaranya dengan melibatkan lembaga adat dan penggunaan teknologi komunikasi untuk deteksi darurat dini bumil risti. Keberlangsungan RTK dapat dibangun dengan dukungan penuh pemerintah daerah, sosialisasi dan bersinergi dengan lintas sektor terkait.

Kata kunci: rumah tunggu kelahiran, keberlangsungan, pemanfaatan

ABSTRACT

Maternal Mortality Rate in Indonesia is still the highest compared to other ASEAN countries and faces a gap in access to health services. It needs a waiting house that is close to health service facility and can be temporarily occupied by pregnant mother before delivery which is Maternity Waiting Homes (MWH). This analysis to know aspects that can maintain the continuity of RTK services. This study uses secondary data by listing the policy and regulatory documents related to RTK policy and by organizing several workshops to gain a view of policy makers. The results show that the MWH financing system is still local and not well coordinated. The number of health workers who provide services in MWH is still limited. Likewise, MWH facilities and facilities are still inadequate, in particular, water and electricity problems, as well as a place for families accompanying maternity mothers. Most MWH s only provide facilities for living without maternal and neonatal care services. Several efforts have been made by the local government in encouraging the utilization of MWH in pregnant women among others by involving customary institutions and the use of communication technology for early emergency detection of pregnant women. MWH sustainability can be built with the full support of local government, socialization and synergies with related sectors.

Keywords: maternity waiting home, sustainability, utilization

Korespondensi:

Noor Edi Widya Sukoco

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbangkes, Kemenkes RI.

E-mail: nooredisukoco@yahoo.com

PENDAHULUAN

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan dijamin dalam UUD 1945 Pasal 28 H ayat 1. Undang Undang Kesehatan RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menegaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dengan demikian maka pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi dibandingkan negara-negara ASEAN lain (Bappenas, 2014). AKI merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI mencerminkan risiko yang dihadapi ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi (Widodo, 2017), status gizi dan kesehatan ibu (Jayanti, 2016; Aldo, 2014), berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran (Aeni, 2013), dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetri (Kemkes, 2014). Setiap dua menit, di suatu tempat di dunia, seorang perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan hampir 10.000 wanita meninggal setiap tahun karena masalah dalam kehamilan dan persalinan. Di antara ibu yang tidak berpendidikan, hanya 15 persen yang melahirkan di fasilitas kesehatan. Proporsi ini meningkat menjadi 71 persen jika ditambah dengan kelompok ibu yang berpendidikan menengah ke atas. Persentase kelahiran yang dibantu oleh petugas kesehatan terlatih juga meningkat ketika pendapatan seorang ibu atau status pendidikannya meningkat (UNICEF, 2015).

Kematian ibu dan bayi merupakan indikator penting dalam kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil perhitungan AKI yang dilakukan atas kerja sama 3 (tiga) instansi pemerintah yaitu Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dengan menggunakan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 maka diperoleh hasil perhitungan angka kematian ibu, yaitu 305/100.000 kelahiran hidup (BPS, 2016). AKI yang tinggi ini menunjukkan belum berhasilnya upaya pemerintah dalam pencapaian target MDG's yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi telah menurun dari 34/1000 kelahiran hidup pada

tahun 2007 (SDKI 2007) menjadi 32/1000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (SDKI 2012) (BPS, 2012).

Selain tingginya angka kematian ibu, Indonesia masih menghadapi kesenjangan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa 29,6% persalinan dilakukan di rumah, hal ini dapat meningkatkan risiko keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan apabila terjadi komplikasi obstetri dan neonatal (Badan Litbangkes, 2013) Ibu hamil harus sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan beberapa hari sebelum bersalin, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau dan pada kasus-kasus obstetri risiko tinggi yang memerlukan penanganan rujukan di rumah sakit.

Pemerintah melakukan upaya menurunkan angka kematian ibu, maka setiap persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan (Jiang, 2016). Oleh karena itu, setiap ibu hamil harus memperoleh akses yang mudah terhadap pelayanan kesehatan (Adriana, 2014). Namun banyak ibu hamil yang pada kenyataannya tidak dapat mengakses ke pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian melaporkan bahwa ada beberapa kendala dalam akses antara lain karena kendala geografis (Yulfira, 2014; Sumiharti, 2013), ketiadaan tenaga kesehatan (Zahtarnal, 2007), budaya yang tidak mendukung (Zulhadi, 2012) atau tidak mempunyai biaya (Media, 2014) semua masalah tersebut menjadi kendala untuk meningkatkan akses ibu hamil agar dapat melahirkan di fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan demi menurunkan risiko kematian ibu akibat melahirkan.

Mengatasi hal tersebut, diperlukan suatu tempat khusus yang dekat dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar atau rumah sakit yang dapat dihuni sementara oleh ibu hamil sebelum persalinan tiba yang disebut Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), yang memiliki fungsi penting sebagai tempat tinggal sementara bagi ibu hamil sampai tiba saat persalinan (WHO, 1996). Ibu hamil yang sudah terdeteksi non risiko tinggi dianjurkan untuk menempati rumah tunggu kelahiran yang berada dekat poskesdes atau puskesmas PONED, sedangkan ibu hamil dengan risiko tinggi yang diperkirakan akan membutuhkan tindakan medis spesialisik saat persalinannya harus dikirim ke rumah tunggu yang berada di dekat rumah sakit (Kemkes, 2014). Program Rumah Tunggu Kelahiran diharapkan dapat menurunkan jumlah kematian ibu, meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan

sekaligus meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan serta pelayanan kegawatdaruratan yang memadai. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan RTK dapat mencegah kematian ibu di wilayah terpencil melalui peningkatan akses ke fasilitas dan pelayanan kesehatan. Selain itu, pemanfaatan RTK juga dapat menurunkan kemungkinan kematian perinatal (Lori, 2013; Andemichael, 2010; Ruiz, 2013).

Pelaksanaan RTK tidak tanpa kendala. Riset di beberapa negara termasuk di Indonesia menunjukkan beberapa faktor yang menjadi kendala pemanfaatan RTK adalah masalah sosial ekonomi, keterampilan petugas kesehatan, sosialisasi pada ibu hamil dan keluarga, serta keterlibatan pemerintah daerah (Lori, 2013; Nakua, 2015; Hong, 2015; Prado, 2012).

Permasalahan yang timbul adalah bagaimana menjaga kesinambungan RTK di daerah-daerah di Indonesia? Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kendala geografis dan transportasi masih menjadi masalah masyarakat mengakses rumah tunggu kelahiran di Indonesia (Martha, 2013; Sukoco, 2017). Mengingat pentingnya peran RTK dalam menurunkan angka kematian ibu dan meningkatkan derajat kesehatan ibu maka perlu digali faktor yang dapat menjaga keberlangsungan layanan RTK, hambatan dan masalah yang perlu diatasi. Artikel ini menyajikan hasil analisis dan identifikasi hambatan serta masalah yang berkaitan dengan kesinambungan RTK di beberapa kabupaten yaitu Kabupaten Maluku Tenggara Barat (MTB), Merangin, Alor, Lebak, dan Gorontalo. Selain merupakan daerah binaan Kementerian Kesehatan, alasan dipilihnya kelima wilayah tersebut adalah tingginya angka kematian ibu disana, ditambah pula besarnya proporsi ibu yang melahirkan di rumah yaitu berturut-turut 74,9%, 55,6%, 42,1%, 33,3% dan 31,3%. Berdasarkan Riskesdas 2013, proporsi kelahiran di rumah di lima kabupaten ini berada di atas rata-rata nasional yaitu 29,6% (Badan Litbangkes, 2013).

METODE

Penelitian ini merupakan kajian deskriptif dengan menggunakan metode analisis kualitatif. Pengumpulan data tidak dilakukan turun ke lapangan namun menginventarisir dokumen kebijakan dan peraturan perundangan yang terkait dengan kebijakan RTK. Adapun ringkasan mekanisme pengumpulan data dan analisis yang dilaksanakan adalah sebagai berikut.

Proses analisis/kajian kebijakan dikonsultasikan dengan nara sumber dan telah disetujui. Persiapan substansi dengan mengkaji beberapa referensi tentang RTK yang meliputi aspek: pembiayaan, ketenagaan, fasilitas, dan *stakeholders*, dengan metode *systematic review*. Output pada tahap persiapan yaitu draft *policy option* terkait RTK. Pelaksanaan dengan memilih prioritas *policy option* yang dapat digunakan untuk menyusun rekomendasi (*policy paper*) melalui *diskusi antara tim dan narasumber terkait*. Diskusi tersebut direkam dengan menggunakan *recorder* dan dicatat dalam *field note*. Selanjutnya dilakukan analisa isi (*content analysis*) untuk mendeskripsikan lebih lanjut tema-tema terkait dengan substansi yang dikaji. Hasil kajian juga diperkaya dengan data-data sekunder. Output pada tahap pelaksanaan ini adalah deskripsi awal kajian kebijakan keberlangsungan rumah tunggu kelahiran di Indonesia (*draft prioritas policy option*).

Analisis kajian dilakukan dengan mempertimbangkan kajian pustaka (*literature review*) dan hasil pengolahan data *round table discussion* (RTD). Output tahap analisis kajian ini yaitu draft hasil kajian termasuk rekomendasi yang berisi opsi-opsi kebijakan keberlangsungan rumah tunggu kelahiran di Indonesia dan kebutuhan penelitian lebih lanjut. Finalisasi dengan menyusun *policy option* dalam bentuk *policy paper*.

HASIL

Dalam hasil akan diuraikan tentang 4 (empat) hal yang menjadi fokus kajian yaitu dari segi pembiayaan, ketenagakerjaan, fasilitas dan peran *stake holder* dalam masalah RTK beberapa daerah Indonesia di antaranya yaitu di Kabupaten Maluku Tenggara Barat (MTB), Lebak, Alor, Merangin Jambi dan Gorontalo.

Pembiayaan

Pengelolaan rumah tunggu kelahiran membutuhkan biaya, antara lain biaya pemeliharaan fasilitas dan biaya operasional selama ibu hamil dan pendampingnya menginap di RTK.

Pemerintah dan DPRD Kabupaten MTB pada tahun 2014 memberikan alokasi dana sebesar 200.000.000 rupiah untuk biaya rujukan RTK (Martha, 2013). Biaya operasional untuk satu orang bumil risti dan pendamping diberikan dalam bentuk uang sejumlah Rp 100.000 (seratus ribu rupiah) untuk 2 orang per hari selama 14 hari, jadi total biaya yang dialokasikan untuk 1 bumil risti

sebesar Rp. 1.400.000,- (satu juta empat ratus ribu rupiah). Pengaturan dan pertanggungjawaban biaya operasional akan dikoordinasikan oleh Puskesmas dan Tim Pelaksana Desa Rujukan yang akan diawasi oleh Dinas Kesehatan di desa rujukan. Selain biaya operasional, masyarakat turut berpartisipasi untuk biaya transportasi menggunakan "Tabungan Ibu Bersalin" (TABULIN) atau sumber dana lain yang disepakati oleh masyarakat di desa tempat ibu hamil berasal (Dinkes MTB, 2011).

Di Kabupaten Lebak, pembiayaan RTK digunakan untuk konsumsi ibu-ibu yang akan melahirkan ditambah pendamping. Pendanaan dilakukan dengan penggalangan dana secara swadaya untuk membantu operasional RTK. Dana swadaya masyarakat tersebut dikumpulkan secara sukarela sekali dalam sebulan. Bentuk sumbangan yang dikumpulkan tidak baku, ada dalam bentuk uang, beras, sayur-mayur ataupun lauk-pauk guna keperluan makan sehari-hari ibu dan pendampingnya selama menggunakan RTK yang dikelola oleh bidan desa dan bidan koordinator serta kepala puskesmas (Martha, 2013).

Di Kabupaten Alor, tidak ada dana khusus untuk RTK baik dari Pemda, Dinas Kesehatan Kabupaten maupun swadaya masyarakat. Pengelolaan RTK sepenuhnya diserahkan kepada Puskesmas dan pembiayaannya melekat pada biaya operasional puskesmas. Dana operasional tersebut antara lain digunakan untuk pembelian bahan bakar, penerangan di puskesmas yang didapat dari pemda melalui APBD sebesar 600 ribu, demikian juga uang listrik sebesar 2 juta per tahun. Semua ibu yang melahirkan di Puskesmas ditanggung Jamkesda sehingga tidak mengeluarkan biaya sepeserpun alias gratis (Martha, 2013).

Dana operasional RTK di Kabupaten Merangin Jambi berasal dari dana pribadi pengelola RTK (seorang Bidan senior). Sejak RTK ini mulai dibangun dan selanjutnya untuk pemeliharaan hingga pengelolaan, biaya ditanggung oleh seorang bidan sendiri tanpa bantuan pihak manapun termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten. Pihak Dinkes Kabupaten semata-mata hanya melakukan pembinaan, monitoring dan hal teknis saja, sebagai upaya mendukung keberlangsungan RTK. Hal ini dilakukan bidan tersebut karena merasa mampu untuk menolong pasiennya tanpa bantuan pihak lain. Dinkes Kabupaten sebagai pihak yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di masyarakat hanya bisa membantu dalam penyediaan bidan Kit

dan memberikan kemudahan dalam pengadaan obat-obatan bagi klinik bersalinnya dan diberdayakan untuk tempat magang bidan-bidan muda, namun tidak memiliki alokasi dana khusus untuk RTK. Dana pribadi bidan pemilik RTK ini berasal dari sewa RTK oleh ibu hamil/melahirkan, sewa mobil/ambulans untuk merujuk ibu hamil risiko tinggi ke rumah sakit, penjualan obat-obatan kepada pasien, dan uang jasa bidan dari Jampersal. Pihak Dinas Kesehatan merasa terbantu karena tidak memiliki dana yang dapat dialokasikan untuk RTK (Martha, 2013).

Di Kabupaten Gorontalo, operasional RTK dijalankan dengan cara kerja sama antara puskesmas dengan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Dukungan PNPM yaitu menyediakan dana sebesar 150 ribu untuk transport ibu hamil menuju RTK, dan kontribusi sebesar 200 ribu per ibu hamil diberikan kepada pemilik rumah yang ditempati sebagai RTK untuk kebutuhan makan si ibu selama tinggal di RTK. Sedangkan untuk biaya persalinan dibebankan pada Jampersal. Berdasarkan kondisi ini terlihat peranan PNPM cukup besar dalam kelancaran pelaksanaan RTK, sebagai informasi tambahan tidak semua desa yang mendapatkan dana PNPM mengalokasikan dananya untuk RTK. Oleh sebab itu untuk waktu yang akan datang hendaknya dipikirkan sumber dana yang lain untukantisipasi bila dana dari PNPM ini sudah tidak ada lagi (Martha, 2013).

Ketenagaan

Mekanisme ketenagaan RTK di Kabupaten MTB, pada tingkat desa disebut dengan "Tim Pelaksana" yang terdiri atas "Tim Pelaksana Desa Asal" dan "Tim Pelaksana Desa Rujukan". Tim Pelaksana Desa Asal berfungsi dalam memfasilitasi proses rujukan ibu hamil Risti dari desa kediamannya (desa asal) ke rumah tunggu dan sebaliknya. Sementara itu, Tim Pelaksana Desa Rujukan berfungsi dalam memfasilitasi penetapan dan pengelolaan rumah tunggu. Tim pelaksana tersebut akan berkoordinasi secara intensif dengan Puskesmas untuk memastikan penyediaan layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dan berkesinambungan. Keseluruhan jumlah tenaga di desa asal dan rujukan berkisar kurang lebih 8 (delapan) orang (Dinkes MTB, 2011).

Jumlah tenaga setiap RTK di Kabupaten Alor ada 3 orang terdiri dari Bidan Koordinator dibantu satu bidan desa dan satu bidan honorer. Mereka bertugas mengantar pasien pulang pergi. Tugas bidan di RTK

adalah memantau kesehatan, memeriksa serta memberikan edukasi kepada ibu selama tinggal di RTK (Martha, 2013).

Keberlangsungan RTK di Kabupaten Merangin Jambi sangat bergantung pada seorang bidan senior yang juga menjadi pengelola dan pemilik RTK. Rumah Tunggu Kelahiran dan bidan praktek swasta (BPS) merupakan satu kesatuan karena hampir dapat dipastikan pengguna RTK akan melahirkan di BPS. Tenaga pembantu di BPS adalah bidan magang, sedangkan di RTK ada 6 orang pendamping yaitu anak angkat dari bidan koordinator yang ditentukan sendiri oleh bidan tersebut (Martha, 2013).

Masing-masing RTK di Kabupaten Gorontalo memiliki tenaga sejumlah 3 orang yang terdiri dari bidan desa setempat dibantu oleh dukun bayi dan kader. Bila ibu hamil sudah mendekati waktu persalinan, biasanya pihak kader dan dukun bayi menganjurkan ibu serta keluarga untuk segera datang ke RTK, selanjutnya menghubungi bidan (melalui telepon/sms) atau menginformasikan secara langsung agar memeriksa ibu dan perkiraan persalinan (Martha, 2013).

Di Kabupaten Lebak barangkali yang berbeda dengan daerah lain dimana RTK dikelola langsung oleh orang yang rumahnya ditempati untuk kegiatan RTK, bahkan ada struktur organisasi RTK seperti ketua, sekretaris, bendahara, sedangkan anggotanya adalah ibu hamil pengguna RTK (Martha, 2013).

Fasilitas

Penyediaan pelayanan dalam RTK sangat bervariasi, bergantung pada kebutuhan setempat dan sumber daya yang tersedia. Ada 2 macam pelayanan dalam RTK yaitu pertama, RTK tanpa pelayanan perawatan kesehatan ibu dan bayi, RTK ini hanya menyediakan fasilitas untuk tinggal saja yaitu berupa ruangan yang berisi peralatan standar, dapur dengan peralatannya serta kamar mandi; ibu hamil dan pendamping tinggal dengan menyediakan keperluan sehari-harinya sendiri; kedua, RTK dengan pelayanan perawatan kesehatan ibu dan bayi, RTK ini selain menyediakan sarana menginap untuk ibu hamil dan pendampingnya, juga menyediakan penyuluhan dan perawatan kesehatan yang dilakukan oleh kader kesehatan atau dukun bayi di bawah pengawasan bidan atau tenaga kesehatan lain (Dinkes MTB, 2011).

Di Kabupaten MTB, salah satu RTK di Desa Adaut Kecamatan Selaru yaitu “RTK Tutuk Ratu”, terdapat satu kamar tidur ibu, dapur, kamar mandi, air

bersih, serta peralatan memasak. Peralatan masak tersebut milik pengelola RTK, boleh digunakan oleh ibu hamil dan pendampingnya selama tinggal di RTK. Fasilitas yang masih dirasa belum memenuhi kebutuhan adalah listrik karena hanya menyala mulai pukul 18.00-06.00 WIT setiap harinya (Sukoco, 2015; Martha, 2013).

Di Kabupaten Lebak, pengelola RTK menyediakan 1 kamar tidur dan 1 ruang tamu.. Fasilitas dapur dan kamar mandi menyatu dengan pemilik rumah. Ibu hamil dan penunggunya biasanya membawa bekal dari rumah, namun bagi yang tidak mampu akan mendapatkan bantuan dari dana tabungan yang ada (Martha, 2013).

Pelayanan dan fasilitas RTK di Kabupaten Alor masih minim karena SDM yang ada di RTK adalah tenaga dari puskesmas. Fasilitas yang ada seperti tempat tidur, peralatan memasak, air bersih dan penerangan pinjam dari puskesmas. Ibu hamil dan pendamping yang tinggal di RTK harus membawa bekal sendiri, dikarenakan kondisi serba terbatas di RTK. Ibu hamil dan keluarganya cenderung memilih menginap di rumah kerabatnya dibanding di RTK dengan alasan lebih nyaman karena tidak perlu memikirkan biaya (bisa ikut menumpang) makan, dan dekat dengan Puskesmas (Martha, 2013).

Di Kabupaten Merangin Jambi, fasilitas gedung RTK dan Bidan Praktek Swasta (BPS) jadi satu, kekurangan fasilitas yaitu keberadaan aliran listrik yang masih perlu penambahan daya karena sering padam walaupun sudah ada penambahan daya sampai 3000 watt. Selain listrik, perlu perbaikan fasilitas lainnya yaitu kamar mandi/WC karena banyaknya pengguna dan sebagian kondisi rusak.

Di Kabupaten Gorontalo, RTK juga difungsikan sebagai tempat persalinan, sehingga fasilitas dan alat kesehatan untuk mendukung proses persalinan juga disediakan di RTK. Fasilitas yang dimaksud yaitu kamar ukuran 3x4 meter berikut jendelanya, kit untuk persalinan, tempat tidur bersalin, lemari tempat menyimpan alat dan perlengkapan untuk bersalin, serta sebuah tong sampah. Khusus untuk kit bersalin disediakan oleh bidan desa karena tidak tersedia di puskesmas pembantu. Fasilitas yang masih perlu ditingkatkan lainnya yaitu keberadaan dan fungsi MCK (Martha, 2013).

Peran Stakeholders

Budaya gotong royong di antara stakeholder (bidan desa, kepala desa, tokoh adat, kader dan dukun bayi) dalam proses rujukan ibu hamil ke

RTK cukup baik. Stakeholder juga berperan dalam menyiapkan kendaraan untuk mengantar ibu hamil dan mengatasi masalah penggalangan dana untuk keluarga yang tidak mampu (Sukoco, 2015).

Keterlibatan lembaga adat, pemerintah, tokoh agama, dan PKK merupakan suatu potensi yang sangat bagus dalam kelangsungan pelaksanaan program RTK di Kabupaten MTB. Kelembagaan adat di MTB dinamakan dengan duan lolat (duan = kakak, lolat = adik) yang memiliki arti saudara/kerabat dan saling membantu. Adat ini menyebutkan bahwa apabila lolat sedang membutuhkan bantuan misalnya pada saat persalinan maka duan berperan untuk membantu baik secara fisik maupun finansial. Selain itu keterlibatan dan kerja sama petugas kesehatan (Dinas Kesehatan, Puskesmas, bidan desa) dengan stakeholder juga terlihat dalam membuat kebijakan untuk kelangsungan RTK (Sukoco, 2015).

Bentuk lain deteksi dini terhadap ibu hamil risiko tinggi yaitu dengan call center 2H2 di Dinkes Kabupaten Alor dengan nomor +6282342747432. Call center 2H2 dimaksudkan penjemputan ibu hamil yang akan bersalin pada H-2 hingga H+2 persalinan, terutama kedaruratan pada saat melahirkan. Deteksi dini semacam ini diawali dengan data based terhadap ibu hamil oleh bidan di daerah kantong persalinan. Selanjutnya apabila diketahui risiko tinggi dan emergensi, sektor terkait yang terdiri dari warga, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama bisa melaporkan ke bidan koordinator tingkat kecamatan dan bidan koordinator meneruskannya kepada dinas kesehatan kabupaten (Martha, 2013).

Teknologi komunikasi modern berupa SMS center dimanfaatkan untuk membantu RTK terutama dalam hal mengatasi kesulitan rujukan ibu hamil risiko tinggi. Kabupaten Gorontalo telah merintis SMS Center dimana telah melibatkan pihak pmda di tingkat kabupaten (mulai dari bupati, Polres sampai ke lurah/kepala desa) dengan pihak kesehatan. bidan desa akan memberikan SMS kepada pihak terkait apabila menemui ibu hamil risiko tinggi menghadapi kegawatdaruratan harus dirujuk (Martha, 2013).

PEMBAHASAN

Sistem pembiayaan rumah tunggu kelahiran (RTK) di daerah-daerah di Indonesia bermacam-macam tergantung situasi dan kondisi setempat. Pembiayaan masih bersifat lokal dan belum terkoordinasi dengan baik, kecuali di Kabupaten MTB dimana sudah ada anggaran khusus dari

pemerintah daerah dan DPRD Kabupaten MTB, sedangkan di 4 daerah kajian yang lain perhatian dari pemerintah daerah masih sangat kurang. Umumnya masyarakat melakukan penggalangan dana secara sukarela, atau menumpang dana puskesmas, dan jumlahnya masih belum mencukupi. Masalah pembiayaan ini hampir mirip dengan yang terjadi di Afganistan dimana biaya masih menjadi kendala karena ibu hamil dan keluarga harus membeli darah dan obat-obatan (UNICEF, 2013). Sebagai langkah intervensi, pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan Masyarakat Afganistan melaksanakan strategi nasional penyediaan paket pelayanan klinik komprehensif meliputi pelayanan persalinan dengan tenaga terlatih dan pelayanan pascakelahiran, rujukan khusus komplikasi, konsultasi dan perawatan bayi baru lahir dan lain-lain dengan harga minimal atau terjangkau. Di Indonesia masih kekurangan jumlah produksi darah secara nasional, padahal pelayanan darah yang aman dan berkualitas merupakan bagian yang tidak terpisahkan untuk menurunkan angka kematian ibu. (Kementerian Kesehatan 2016) Berdasarkan data rutin Direktorat Kesehatan Ibu, 30% penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, yang dapat disertai penyebab lain seperti anemia berat, gangguan pembekuan darah, atau penyakit DBD (Kementerian Kesehatan RI 2013) sehingga untuk mencegah kematian ibu, masyarakat memerlukan akses terhadap pelayanan darah dalam jumlah yang cukup. Untuk itu maka Kementerian Kesehatan mencanangkan program Quick Wins pelayanan darah, yaitu program kerja sama antara Puskesmas, UTD dan RS dalam rangka menurunkan AKI melalui upaya sosialisasi kegiatan donor darah sukarela untuk meningkatkan kesadaran masyarakat menyumbangkan darah secara sukarela dan teratur. Adapun tujuan dari program tersebut adalah untuk menjamin tersedianya darah yang cukup bagi ibu hamil, melahirkan dan nifas, dan juga meningkatkan peran serta masyarakat untuk menjadi pendonor darah sukarela. Target jumlah Puskesmas yang telah bekerja sama melalui Dinas Kesehatan dengan UTD dan RS sampai tahun 2019 berjumlah 5600 Puskesmas (Kementerian Kesehatan 2016). Sementara hal yang sama terjadi di Cina dan diupayakan dengan pemberian asuransi kepada ibu melahirkan, selain itu setiap ibu yang terdaftar dalam asuransi maka otomatis anak yang dilahirkan langsung dilindungi dengan asuransi yang sama tanpa perlu pendaftaran lagi. Sementara di Nepal, pemerintah memberikan pelayanan kesehatan paket

melahirkan gratis ditambah dengan insentif transport yang dapat diambil jika ibu telah bersalin dan akan keluar dari fasilitas kesehatan untuk kembali ke rumah. Ibu juga dapat meminjam uang tanpa bunga jika ada keperluan darurat lainnya (UNICEF, 2013). Kerja sama lintas sektor antara pemerintah dan organisasi lain juga dapat ditingkatkan, contoh Rumah Tunggu Kelahiran di Cuba, pembiayaan dibantu oleh federasi kewanitaan (Women Federation), salah satu organisasi politik, sedangkan untuk penyediaan makanan dibantu oleh Kementerian Pertanian Cuba (Figa, 2014). Kemungkinan pembiayaan sendiri oleh keluarga ibu hamil yang akan bersalin juga telah pernah dikaji oleh Vian dkk, dimana dilaporkan bahwa sesungguhnya keluarga bersedia untuk membayar (Vian, 2017). RTK di wilayah lain di Indonesia, misal di Jepara, pembiayaan pada umumnya ditanggung oleh Jamperal. (Rezkisari 2017) Sementara di NTT biaya RTK gratis yang diperoleh dari dana BOK. (Kemkes, 2017) Demi menjaga keberlangsungan RTK di Indonesia diharapkan pemerintah menaruh lebih banyak perhatian melalui peningkatan dana dan bantuan.

Masalah ketenagaan di beberapa RTK dalam kajian ini berkisar antara 3 sampai dengan 8 orang. Kondisi ini juga kurang lebih hampir sama dengan kondisi di RTK di Afganistan dimana mereka memiliki 6 RTK yang dibangun di 6 wilayah berbeda sebagai kerjasama antara UNICEF dan Kementerian Kesehatan Masyarakat Afganistan. Di tiap RTK tenaga kesehatan terdiri atas satu orang koordinator, dua orang bidan, satu orang bagian kebersihan, dan dua orang penjaga. Tiap RTK ini dapat melayani hingga 10 orang ibu hamil setiap waktu. Pasien tidak dibatasi wilayah, yang artinya pasien dari wilayah tetangga dapat mengakses pelayanan RTK di mana pun. Rasio perbandingan jumlah antara tenaga kesehatan RTK dan pasien di Afganistan ini cukup ideal dan kiranya dapat diadaptasi pula oleh RTK di Indonesia, sehingga pelayanan kesehatan maternal di RTK dapat menjadi lebih optimal. Di Cina juga digunakan strategi pemberian insentif kepada petugas kesehatan lokal untuk meningkatkan komitmen mereka terhadap kualitas pelayanan obstetrik yang optimal. Sementara di Sierra Leone, pemerintah memberikan pelatihan obstetric dasar dan kegawatdaruratan dengan menggunakan model boneka kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan obstetric (UNICEF, 2013). Di Lesotho, dukun bersalin dijadikan sebagai penghubung antara tenaga kesehatan

seperti perawat dan bidan dengan masyarakat. Mereka mendorong bumil untuk menggunakan pelayanan RTK. Para dukun ini mendapat insentif dari pemerintah (Rezkisari, 2017). Keberlangsungan RTK di Indonesia sangat dipengaruhi oleh dukungan masyarakat dan pemerintah, seperti yang terjadi di Kabupaten Maluku Tenggara Barat, Merangin dan Gorontalo, sejak adanya RTK terbukti angka kematian ibu dan bayi semakin menurun. Namun jika tidak didukung, keberadaan RTK akan menjadi tanda tanya besar. Contoh stakeholder pemerintahan di Kabupaten Alor-Nusa Tenggara Timur (Camat), yang menyatakan bahwa peranan atau tujuan program RTK selama ini belum dapat memberikan pengaruh pada penurunan jumlah kematian ibu melahirkan di Kabupaten Alor. Hal ini yang dapat membahayakan kelangsungan RTK di Indonesia (Martha, 2013). Di samping itu penting untuk diperhatikan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan yang bertugas memberikan pelayanan RTK agar menjadi lebih profesional.

Fasilitas penyediaan pelayanan RTK di beberapa kabupaten dalam kajian ini sangat bervariasi tergantung kebutuhan setempat dan sumber daya yang ada. Namun standar fasilitas yang ada umumnya adalah kamar untuk ibu hamil beserta tempat tidur, dapur, kamar mandi lengkap dengan air bersih dan MCK serta peralatan memasak, termasuk listrik. Kekana dkk (2017) dalam studi di beberapa negara di benua Afrika melaporkan bahwa salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan RTK adalah masalah infrastruktur dalam RTK, contoh keberadaan dan kebersihan toilet, air, listrik, dapur dan kecukupan ruang untuk keluarga yang menemani ibu yang akan bersalin. Hal ini penting diperhatikan untuk meningkatkan dan menjaga keberlangsungan pemanfaatan RTK (Kemkes, 2017). Pengalaman di Afganistan menunjukkan pembangunan sarana dan prasarana RTK dapat menjadi salah satu alternatif solusi masalah minimnya fasilitas RTK di tanah air. Sementara di Cina, strategi yang digunakan dalam mengatasi masalah keterbatasan fasilitas RTK adalah dengan merubah beberapa ruangan di rumah sakit menjadi ruang tunggu kelahiran untuk menghemat biaya pembangunan rumah tunggu kelahiran. Jadi ibu hamil dari daerah terpencil dapat mendaftarkan diri di rumah sakit ini untuk memanfaatkan ruang tunggu kelahiran. Selain itu, ibu hamil yang telah terdaftar ini dapat memperoleh subsidi transport dan biaya hidup termasuk pelayanan kunjungan tenaga kesehatan secara gratis selama menggunakan ruang

tunggu kelahiran di rumah sakit (UNICEF, 2013). Di Lesotho, RTK dipersiapkan di dalam puskesmas yang dilengkapi dengan perawat dan bidan yang sudah dilatih dengan materi pelayanan obstetric dasar dan gawat darurat. Dan pelayanan ini tidak hanya bisa diakses oleh bumil risti namun juga oleh bumil non risti (Rezkiari, 2017). Dari uraian di atas dapat ditarik kesimpulan pentingnya perbaikan fasilitas RTK untuk meningkatkan pelayanan, pemanfaatan dan keberlangsungan RTK di Indonesia.

Peran *stakeholder* dalam kelangsungan program RTK dalam kajian ini adalah pemerintah membuat kebijakan yang mendukung program di samping memasyarakatkan budaya gotong royong dengan melibatkan lembaga adat. Bentuk lain dari upaya mendukung program adalah memanfaatkan teknologi komunikasi modern seperti "sms center" untuk deteksi darurat dini ibu hamil risiko tinggi agar dapat ditangani segera. Metode ini pun diterapkan di Pakistan, India dan Rwanda dengan meningkatkan kepedulian masyarakat dengan laporan via sms. Monitoring laporan dan rujukan pun dapat dilakukan via sms ini sehingga cepat, efisien dan efektif. Sementara di Mongolia, dilakukan kebijakan menggabungkan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir agar lebih komprehensif, efektif dan efisien. Di Nikaragua, pelaksanaan rumah tunggu kelahiran dilakukan oleh suatu komite meliputi perwakilan dari pusat kesehatan lokal, pemerintah lokal dan LSM lokal. Khusus LSM lokal menyediakan seorang stafnya secara *full-time* untuk mengelola rumah tunggu kelahiran. Sedangkan di Ghana, sebagian besar LSM yang terlibat dari gereja (UNICEF, 2013). Vian dkk di Zambia melaporkan bahwa sesungguhnya masyarakat sangat menyukai keberadaan RTK dan ingin memanfaatkannya. Untuk itu mereka bersedia membayar biaya sesuai dengan kemampuan mereka. Namun faktor ekonomi menjadi salah satu *barrier* yang kurang menguntungkan bagi kelangsungan pelayanan RTK. Untuk itu penting bagi pemerintah mendukung program RTK dengan berupaya untuk memberikan bantuan biaya yang dapat melalui kerja sama dengan berbagai pihak serta regulasi terkait biaya agar tidak memberatkan keluarga ibu yang hendak bersalin (Vian, 2017). Pemerintah harus terus berkomitmen menjaga keberlangsungan program RTK di Indonesia yang sudah baik ini agar dapat meningkatkan pemanfaatan yang awalnya masih rendah (Sukoco, 2017) menjadi

tinggi. Di samping itu juga dengan komitmen dan dukungan pemerintah, masyarakat, lintas sektor maka keberadaan RTK yang bagi sebagian pihak dinilai tidak efektif dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi (Satti, 2013) dapat diatasi, sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu di Indonesia. Peran stakeholder di Indonesia dapat lebih ditingkatkan dengan membentuk kebijakan yang mendukung upaya pembangunan dan pemanfaatan RTK untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan ibu saat melahirkan sehingga dapat terwujud penurunan AKI yang signifikan.

KESIMPULAN

Keberlangsungan rumah tunggu kelahiran di Indonesia masih harus diperjuangkan, dimana masih ditemukan berbagai kendala dalam hal pembiayaan, ketenagakerjaan, fasilitas dan kebijakan. Di MTB dana sudah dianggarkan dalam APBD, namun di daerah lain seperti Serang, Alor, Gorontalo dan Merangin dana berasal dari masyarakat dan masih belum mencukupi. Sementara jumlah tenaga dan keterampilan tenaga kesehatan yang mengelola RTK juga masih kurang. Demikian juga fasilitas RTK seperti toilet, dapur, air dan listrik masih memerlukan perhatian khusus. Adapun kebijakan yang memanfaatkan kemajuan teknologi di beberapa kabupaten seperti Alor dan Gorontalo sudah cukup baik, namun masih memerlukan peningkatan dan dukungan. Untuk itu diperlukan pembenahan dan peningkatan pelayanan melalui empat aspek penting tersebut, dengan cara alokasi biaya khusus, penyediaan SDM ke daerah yang membutuhkan, penyediaan dan dukungan fasilitas yang lebih baik serta penguatan peran stakeholder dalam upaya menjaga keberlangsungan RTK yang masih sangat dibutuhkan masyarakat, khususnya masyarakat tidak mampu.

SARAN

Penting untuk menekankan komitmen dan dukungan dari pemerintah bekerja sama dengan masyarakat dan sektor terkait demi menjaga keberlangsungan RTK di Indonesia melalui peningkatan dana dan bantuan, perbaikan fasilitas RTK, pelatihan tenaga profesional dan kebijakan yang mendukung program RTK.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis tujukan kepada Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbang Kesehatan yang telah memberi kepercayaan serta dukungan dana untuk pelaksanaan Kajian Analisis Keberlangsungan Rumah Tunggu Kelahiran Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Maternal Di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, N, Wulandari, L.P.L, Duarsa, D.P, Adriana, N, Wulandari, L.P.L, Duarsa, D.P. 2014. Akses Pelayanan Kesehatan Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai di Puskesmas Kawangu Access to Health Service related to Use of Antenatal Care Facilities at the Kawangu Health Centre – East Sumba Pendahuluan Menurunkan kematian. *Public Heal Prev Med Arch*. Tersedia pada: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/view/13237/8917> [diakses 28 September 2017]
- Aeni, N. 2013. Faktor Risiko Kematian Ibu. *J Kesehat Masy Nas*, 7(10), 7. Tersedia pada: [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=269607&val=7113&title=Faktor Risiko Kematian Ibu](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=269607&val=7113&title=Faktor%20Risiko%20Kematian%20Ibu). [diakses 28 Oktober 2017]
- Aldo, N. 2014. Riset operasional gambaran dan faktor penyebab kematian ibu dan bayi di wilayah propinsi kepulauan riau. *J Kesehat*, V(2), 154–61. Tersedia pada: [poltekkes-tjk.ac.id/ejurnal/index.php/JK/article/download/49/43](http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/download/49/43). [diakses 2017 Oct 27]
- Andemichael, G, Haile, B, Kosia, A, Mufunda, J. 2010. Maternity waiting homes: A panacea for maternal/neonatal conundrums in Eritrea. *J Eritrean Med Assoc*, 4(1), 18–21. Tersedia pada: <https://www.ajol.info/index.php/jema/article/view/52112/40740> [diakses 29 Oktober 2017].
- Badan Litbangkes. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta. Tersedia pada: http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2013/Laporan_riskesda_2013_final.pdf [diakses 27 November 2015].
- Badan Pusat Statistik. 2013. Macro International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 Tersedia pada: <http://chnrl.org/pelatihan-demografi/SDKI-2012.pdf> [diakses 28 Oktober 2017].
- Bappenas. 2014. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2013. Jakarta; Tersedia pada: <https://www.bappenas.go.id/.../laporan-pencapaian-tujuan-pembangunan-milenium-di-indonesia> [diakses 20 Oktober 2017].
- BPS. 2016. Penetapan Angka Kematian Ibu Indonesia 2016. Jakarta. Disampaikan dalam Seminar Penetapan Angka Kematian Ibu di Kementerian Kesehatan RI, 3 Juni 2016;
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. 2011. Pedoman Pelaksanaan Rumah Tunggu Maluku Tenggara Barat.
- Figa'-Talamanca, I. 1996. Maternal mortality and the problem of accessibility to obstetric care; The strategy of maternity waiting homes. *Soc Sci Med*, 42(10), 1381–90. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8735894> [accessed 2014 Feb 16].
- García Prado, A, Cortez, R. 2012. Maternity waiting homes and institutional birth in Nicaragua: Policy options and strategic implications. *Int J Health Plann Manage*, 27(2), 150–66. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22052420> [accessed 2017 Oct 28]
- Hong, R, Them, R. 2015. Inequality in access to health care in Cambodia: Socioeconomically disadvantaged women giving birth at home assisted by unskilled birth attendants. *Asia-Pacific J Public Heal*, 27(2), 1039–49. Available at: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84926352371&partnerID=40&md5=af1cf7d7f00eb23f9c26358b8ee41649> [accessed 2017 Oct 7]
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Tersedia pada: [http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PMK No. 97 ttg Pelayanan Kesehatan Kehamilan.pdf](http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PMK%20No.%2097%20ttg%20Pelayanan%20Kesehatan%20Kehamilan.pdf). [diakses 29 Oktober 2017]
- Jayanti, K.D, N HB, Wibowo, A. 2016. Faktor yang Memengaruhi Kematian Ibu (Studi Kasus di Kota Surabaya). *J Wiyata*, 3(1), 46–53. Tersedia pada: <https://ojs.iik.ac.id/index.php/wiyata/article/download/70/69> [diakses 26 Oktober 2017]
- Jiang, H, Qian, X, Chen, L, Li, J, Escobar, E, Story M, et al. 2016. Towards universal access to skilled birth attendance: the process of transforming the role of traditional birth attendants in Rural China. *BMC Pregnancy Childbirth*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 58. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/16/58> [accessed 2017 Oct 7].
- Kementerian Kesehatan RI. Pusat Data dan Informasi 2014. Penyebab Kematian Ibu. p. 8. Tersedia pada: www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf [diakses 29 Oktober 2017]
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Rumah tunggu pasien solusi persalinan aman. Tersedia pada <http://www.depkes.go.id/article/view/17050400004/rumah-tunggu-pasien-solusi-persalinan-aman.html> [diakses 27 Januari 2018].
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Ketersediaan Darah Ditentukan Partisipasi Masyarakat Menjadi Donor. Tersedia pada: <http://www.depkes.go.id/article/print/16060300001/ketersediaan-darah-ditentukan>

- partisipasi-masyarakat-menjadi-donor.html [diakses 9 Pebruari 2018]
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman bagi Tenaga Kesehatan. 2013. Jakarta.
- Lori, J.R, Wadsworth, A.C, Munro, M.L, Rominski, S. 2013. Promoting Access: The Use of Maternity Waiting Homes to Achieve Safe Motherhood. *Midwifery*, 29(10),1095–102. Available at: <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/976-602-235-265-5-buku-saku-pelayanan-kesehatan-ibu.pdf?ua=1> [accessed 2017 Oct 28]
- Martha, E. 2013. Kajian Efektivitas Rumah Tunggu di 5 Provinsi Indonesia. Laporan. Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat - Universitas Indonesia.
- Media, Y. 2014. Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Bersalin di Daerah Terpencil (Studi Kasus di Nagari Batu Bajanjang, Kabupaten Solok, Provinsi Sumatera Barat). *J Bina Praja*, 6(1), 43–52. Available from: binaprajajournal.com/ojs/index.php/jbp/article/download/5/5 [diakses 28 September 2017].
- Nakua, E.K, Sevugu, J.T, Dzomeku, V.M, Otupir, i E, Lipkovich, H.R, Owusu-Dabo, E. 2015. Home birth without skilled attendants despite millennium villages project intervention in Ghana: insight from a survey of women's perceptions of skilled obstetric care. *BMC Pregnancy Childbirth*. *BMC Pregnancy and Childbirth*.;15(1):243. Available at: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0674-1>. [accessed 2017 Oct 28].
- Penn-Kekana, L, Pereira, S, Hussein, J, Bontogon, H, Chersich, M, Munjanja, S, et al. 2017. Understanding the implementation of maternity waiting homes in low- and middle-income countries: a qualitative thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 269. Available at: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1444-z>. [accessed 2017 Oct 28]
- Rezkisari, I. 2017. Jepara Miliki Fasilitas Rumah Tunggu Kelahiran. *Hari Republik*. Available at: <http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/daerah/17/10/06/oxee3l328-jepara-miliki-fasilitas-rumah-tunggu-kelahiran>. [accessed 2018 Jan 27].
- Ruiz, M.J, van Dijk, M.G, Berdichevsky, K, Munguía, A, Burks, C, Garcia, S.G. 2013. Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: A study of users' and community members' perceptions. *Cult Heal Sex*, 15(2), 205–18. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23234509> [accessed 2017 Oct 30];
- Satti, H, McLaughlin, M.M, KJ S. 2013. The role of maternity waiting homes as part of a comprehensive maternal mortality reduction strategy in Lesotho. *PIH Reports*. Available at: https://www.pih.org/sites/default/files/2017-07/PIH_Report_Sept_IndividualPgs.pdf [cited 2016 Jul 30]
- Sukoco NEW, Trisnowibowo, H, Widyasari, R. 2015. Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Mendukung Rumah Tunggu Kelahiran di Daerah Gugus Pulau. Jakarta.
- Sukoco NEW, Suparmi. 2017. Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Adaut Kecamatan Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2015. *Bul Penelit Kesehat*, 45(1), 65–72. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/.../74877-ID-pemanfaatan-rumah-tunggu-kelahiran-di-pus.pdf> [diakses 22 September 2017]
- Sumiharti, Laksono, A.D. 2013. Review Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Daerah Terpencil Perbatasan. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 16:109–16. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/media/publications/20839-ID-up-review-kebijakan-tentang-pelayanan-kesehatan-puskesmas-di-daerah-terpencil-pe.pdf> [diakses 28 September 2017].
- Unicef. 2013. *Innovative Approaches to Maternal and Newborn Health Compendium of Case Studies*. Geneva.
- Unicef. 2015. Risiko Kematian Ibu dan Anak Indonesia masih Tinggi Walaupun Angka Kematian Sudah Menurun. Tersedia pada: https://www.unicef.org/health/files/Innovative_Approaches_MNH_CaseStudies-2013.pdf [diakses 30 Oktober 2017]
- Van Lonkhuijzen, L, Stekelenburg, J, Van Roosmalen, J. 2009. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane Database Syst Rev*, (3). Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098659/pdf/emss-57811.pdf> [diakses 28 Oktober 2017]
- Vian, T, White, E.E, Biemba, G, Mataka, K, Scott, N. 2017. Willingness to Pay for a Maternity Waiting Home Stay in Zambia. *J Midwifery Women's Heal*, 62(2),155–62. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12528/pdf> [accessed 2017 Oct 28]
- WHO. 1996. Maternity Waiting Homes: A review of experiences, 96(21), 1–44. Available at: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Maternity+Waitin+Homes:+A+review+of+experiences#0> [accessed 2017 Oct 29].
- Widodo Y, Amanah S, Pandjaitan NK, Susanto D. 2017. Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah dan Tinggi. *J Kesehat Reproduksi*, 8(1), 77–88. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/media/publications/108645-ID-pengaruh-faktor-sosial-ekonomi-dan-buday.pdf> [diakses 26 Oktober 2017].

- Yulfira, M, Zainal. A.G. 2014. Upaya Mengurangi Resiko Kematian Ibu Di Kecamatan Tigo Lurah Kabupaten Solok, Provinsi Sumatera Barat. *J Kesehat Reproduksi*, (April), 1–13. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/media/publications/105768-ID-hambatan-dan-potensi-sumber-daya-lokal-d.pdf> [cited 2017 Sep 28].
- Zahtamal, Restuastuti, T, Chandra, F. 2007. Kesehatan Ibu dan Anak Determinant Factor Analysis on Mother and Child Health Service Problem. *J Kesehat Masy Nas*, 6(1),1–25. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/viewFile/113/114> [diakses 28 September 2017]
- Zulhadi, Trisnantoro, L, Zaenab, S.N. 2013. Problem dan Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah dalam Mendukung Sistem Rujukan Maternal di Kabupaten Karimun Provinsi Kepri Tahun 2012. *J Kebijak Kesehat Indonesia*. 2013 [2(4): 189–201. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3203/2812> [diakses 28 September 2017].