

**1. Judul Penelitian:**

PROPOSAL

PENGEMBANGAN MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM  
MENDUKUNG RUMAH TUNGGU KESEHATAN DAN BENTUK KEBIJAKAN  
KESEHATAN IBU DI DAERAH GUGUS PULAU

Oleh:

Noor Edi Widya Sukoco, MPS., MSc.PH.  
Ketua Tim Pelaksana

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
DEPARTEMEN KESEHATAN

## 2. Identitas Pengusul Penelitian

DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
JL. PERCETAKAN NEGARA NO 29 KOTAK POS 1226, JAKARTA  
TELP 62-21-4261088

### USULAN PENELITIAN UNTUK PEMBIAYAAN

#### PENGUSUL

- |    |                           |   |  |
|----|---------------------------|---|--|
| a. | Nama                      | : | Noor Edi Widya Sukoco, MPS., MSc.PH.   |
| b. | Jabatan                   | : | Peneliti   |
| c. | Instansi/ Kantor/ Lembaga | : | Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan<br>Pemberdayaan Masyarakat Badan Litbang Kesehatan<br>Kementerian Kesehatan RI                              |
| d. | Alamat Kantor             | : | Jl. Percetakan Negara 23 <sup>a</sup> Jakarta  |
| e  | Tilpun/Fax                | : | 021 4243314  |
|    | Email                     | : | <a href="mailto:edi_ws@litbang.depkes.go.id">edi_ws@litbang.depkes.go.id</a><br><a href="mailto:nooredisukoco@yahoo.com">nooredisukoco@yahoo.com</a> |
| e. | Alamat Rumah              | : | Perumahan Bukit Jatibening Baru Blok D/12<br>Kelurahan Jatibening Baru, Kecamatan Pondok Gede,<br>Kota Bekasi  |

### 3. Ringkasan Penelitian

Data menunjukkan bahwa penurunan laju kematian ibu dan bayi di Indonesia masih belum seperti yang diharapkan. Terdapat perbedaan antar wilayah sangat mencolok, ada daerah yang sudah cukup bagus tetapi ada yang masih sangat jelek. AKI merupakan salah satu target yang masih sulit dicapai di Indonesia, dimana target MDGs 2015 ialah menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup, namun hingga 2007 AKI di Indonesia masih 228/100.000 kelahiran hidup. Sangat mengejutkan lagi pada launching hasil SDKI 2012 (25 September 2013) bahwa AKI nasional meningkat menjadi 359/100.000 KH.

Adapun salah satu cara yang ditempuh untuk mengatasinya ialah melalui adanya suatu tempat tinggal sementara hingga persalinan itu tiba. Sejak Tahun 2007 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengembangkan suatu kebijakan untuk mengatasi terjadinya kematian ibu dan bayi akibat keterlambatan dalam hal pertolongan persalinan, yaitu dengan Rumah Tunggu Persalinan (selanjutnya disebut RTK).

Kabupaten Maluku Tenggara Barat (MTB) sebagai daerah kepulauan yang telah dikenal dengan program kesehatan “Pendekatan Gugus Pulau”, secara umum permasalahan kesehatannya adalah masih cukup tinggi angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB). Penyebab tingginya AKI dan AKB tersebut antara lain: pertama, keterlambatan rujukan yang dikarenakan transportasi reguler tidak tersedia, mahalnya biaya transportasi, tenaga kesehatan yang terampil sangat minim, dan hambatan alam; kedua, rentang kendali yang luas; ketiga, kendala distribusi logistik yang tidak terjamin.

Untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut, sedang dikembangkan dalam menekan AKI dan AKB yaitu pemberdayaan masyarakat melalui “Rumah Tunggu”. Rumah Tunggu merupakan rumah yang disediakan oleh masyarakat bagi ibu hamil beresiko untuk menjadi tempat menunggu persalinan.

Studi ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas pemanfaatan rumah tunggu kelahiran di Kabupaten Maluku Tenggara Barat yang dikategorikan sebagai daerah dengan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat rendah.

Penelitian ini dilaksanakan dengan disain *cross-sectional* (potong lintang), observasi, dan deskriptif. Pelaksanaannya selama 2 tahun, tahun pertama 2015 dilaksanakan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Propinsi Maluku untuk mendisain dan mengembangkan model sesuai kearifan lokal, dan pada tahun kedua 2016 akan dilakukan replikasi di daerah yang karakteristiknya hampir sama yaitu di Kabupaten Kepulauan Mentawai Propinsi Sumatera Barat. Pelaksanaan pada tahun pertama maupun tahun kedua, masing-masing dimulai bulan Januari – Desember.

Luaran dari studi ini adalah tersedianya model Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) yang ideal dengan mengangkat kearifan lokal (*local specific*) yang ada di masyarakat setempat.

## 4. Pendahuluan

### 4.1. Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals*) pada prinsipnya menjelaskan mengenai tujuan pembangunan manusia. Tujuan ini dirumuskan dari 'Deklarasi Millennium', dan Indonesia merupakan salah satu dari 189 negara penandatangan. Deklarasi Millenium tersebut berisi delapan tujuan Pembangunan Millenium, dan 18 target pencapaian serta tantangannya. Dari delapan tujuan MDGs tersebut, ada dua yang menjadi perhatian serius bidang kesehatan berkaitan dengan kesehatan ibu anak (KIA), yaitu tujuan keempat "Mengurangi Tingkat Kematian Anak", dan tujuan kelima "Meningkatkan Kesehatan Ibu". Target yang harus dijalankan dalam upaya mengurangi tingkat kematian anak di Indonesia adalah mengurangi hingga dua pertiga-nya, tingkat kematian anak di bawah usia 5 tahun. ([http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=25&Itemid=12&lang=id](http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=12&lang=id))

Di Indonesia, dari setiap 1.000 kelahiran, 40 diantaranya akan meninggal sebelum mereka berusia 5 tahun. Statistik ini dikenal dengan Angka Kematian Balita (AKB). AKB Indonesia saat ini adalah yang tertinggi diantara Negara ASEAN lain. Meskipun demikian, Indonesia sebenarnya telah mencapai tujuan keempat MDG. Hal yang menjadi pekerjaan kita sekarang adalah memastikan bahwa anak-anak Indonesia mendapatkan hak konstitusional mereka. UU no 23 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa setiap anak memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan keamanan sosial menurut kebutuhan fisik, psikis dan sosial mereka. Sepertiga kematian bayi di Indonesia terjadi pada bulan pertama setelah kelahiran, 80% diantaranya terjadi pada minggu pertama. Penyebab utama kematian adalah infeksi pernafasan akut, komplikasi kelahiran dan diare. Selain penyebab utama, beberapa penyakit menular seperti infeksi radang selaput otak (meningitis), typhus dan encephalitis juga cukup sering menjadi penyebab kematian bayi.

Berkaitan erat dengan tujuan pembangunan millenium keempat (mengurangi tingkat kematian anak) yaitu pada tujuan kelima (Meningkatkan Kesehatan Ibu). Target pada peningkatan kesehatan ibu adalah menurunkan  $\frac{3}{4}$ -nya tingkat kematian ibu di Indonesia.

Data menunjukkan bahwa penurunan laju kematian ibu dan bayi di Indonesia masih belum seperti yang diharapkan. Terdapat perbedaan antar wilayah sangat mencolok, ada daerah

yang sudah cukup bagus tetapi ada yang masih sangat jelek. AKI merupakan salah satu target yang masih sulit dicapai di Indonesia, dimana target MDGs 2015 ialah menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup, namun hingga 2007 AKI di Indonesia masih 228/100.000 kelahiran hidup. Sangat mengejutkan lagi pada launching hasil SDKI 2012 (25 September 2013) bahwa AKI nasional meningkat menjadi 359/100.000 KH. Agak melegakan bahwa AKBayi sedikit menurun dari 34/1000 KH pada SDKI 2007 menjadi 32 pada SDKI 2012, dan AKBalita dari 44 pada SDKI 2007 menjadi 40 pada SDKI 2012. (Laksono, 2013)

Sebagai Negara kepulauan yang terletak di garis khatulistiwa dan berada di antara benua Asia dan Australia serta antara Samudra Pasifik dan Samudra Hindia. Letak Indonesia yang berada di antara dua benua, dan dua samudra disebut juga sebagai Nusantara (Kepulauan Antara). Dengan terdiri dari 17.508 pulau, Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia. (<http://www.indonesia.go.id>).

Mengingat hal tersebut, Indonesia tentunya memiliki karakteristik tersendiri terutama dalam hal geografis. Akses dan infrastruktur masih menjadi persoalan di sebagian wilayah Indonesia, khususnya di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK). Hal ini pun menimbulkan kendala dalam upaya mempermudah akses terhadap petugas kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Faktor jarak untuk di daerah *remote*, keterbatasan infrastruktur dan transportasi, kondisi geografis dan cuaca yang sulit, serta masih kurangnya tenaga kesehatan, kebiasaan/budaya melahirkan di rumah yang masih kental dan juga lingkungan keluarga; menjadi tantangan tersendiri untuk tetap dapat melakukan suatu upaya sebagai bentuk solusi untuk mendekatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil terutama beberapa hari sebelum persalinan. (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>)

Mengingat daerah kepulauan yang begitu luas di Propinsi Maluku, melalui Perda No.02 tahun 2010 tentang Musyawarah Perencanaan Pembangunan Daerah Maluku, telah dirancang Musyawarah Perencanaan Pembangunan Gugus Pulau yang selanjutnya disebut Musyawarah Gugus Pulau adalah forum antar Pemangku Kepentingan Antar kecamatan maupun Kabupaten/Kota dalam satu Gugus Pulau yang dilakukan dalam rangka penyusunan rencana pembangunan daerah.

Dengan keluarnya Perda Propinsi tersebut, masing-masing kabupaten telah menindaklanjuti dengan terobosan dan strategi untuk membangun daerahnya dengan Pendekatan Gugus Pulau. Di Kabupaten MTB melalui Peraturan Bupati telah dikeluarkan tentang Pedoman Penerapan Strategi Gugus Pulau Bidang Kesehatan, yang antara lain ada Pendekatan Gugus Pulau Bidang Kesehatan, yaitu pembagian wilayah pembangunan kesehatan menjadi kelompokan pulau-pulau yang memiliki kesamaan ekosistem, sosial budaya (kependudukan), transportasi, potensi sumberdaya alam, dan perekonomian.

#### **4.2. Perumusan Masalah Penelitian**

Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Maluku yang dikelompokkan sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) dengan ranking Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat pada urutan 385 dari 440 kabupaten di Indonesia, atau urutan kelima dari 8 kabupaten DBK di Propinsi Maluku. Apabila dilihat dari kategori bidan, dimana tenaga bidan ini sebagai ujung tombak di lapangan dalam menekan AKI dan AKB, maka Kabupaten Maluku Tenggara Barat termasuk dalam daftar kabupaten dengan IPKM rendah, miskin, rasio bidan kurang dari 1 dan jumlah penduduk kurang dari 250.000.

Kabupaten MTB dengan Luas Wilayah 52.995.19 Km<sup>2</sup> (88,79 % Perairan), terdiri dari 85 pulau ( 57 pulau berpenghuni) dengan jumlah penduduk 105.341 orang. Administrasi pemerintahan, terdiri dari 11 kecamatan dan 75 Kelurahan/Desa. (MTB Dalam Angka, 2013).

Secara umum permasalahan kesehatan di MTB adalah masih cukup tinggi kematian ibu dan anak yang penyebabnya antara lain: pertama, keterlambatan rujukan, yang dikarenakan transportasi reguler tidak tersedia, mahalnya biaya transportasi, tenaga kesehatan yang terampil sangat minim, hambatan alam; kedua, rentang kendali yang luas; ketiga, kendala distribusi logistik yang tidak terjamin. Berkaitan dengan masalah KIA, gambaran *trend* kematian ibu adalah tahun 2006: 16 orang; 2007: 21 orang; 2008: 17 orang; 2009: 14 orang; 2010: 10 orang; 2011: 10 orang. Sedangkan *trend* kematian bayi adalah tahun 2006: 22 anak; 2007: 74 anak; 2008: 41 anak; 2009: 23 anak; 2010: 30 anak; 2011: 27 anak. (Dinas Kesehatan, 2013).

Namun demikian, dibalik permasalahan yang dimiliki oleh MTB, ada solusi lain yang sedang dikembangkan dalam menekan AKI dan AKB yaitu pemberdayaan masyarakat

melalui “Rumah Tunggu” . Rumah Tunggu merupakan rumah yang disediakan oleh masyarakat bagi ibu hamil bersiko untuk menjadi tempat menunggu persalinan. Kunci Rumah Tunggu Kelahiran ialah adanya keinginan yang kuat dari masyarakat itu sendiri untuk secara maksimal memanfaatkan Rumah Tunggu Kelahiran sama halnya dalam pemanfaatan Posyandu.

Rumah Tunggu Kelahiran ini didirikan dengan tujuan untuk menurunkan kematian ibu akibat keterlambatan penanganan pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Terutama untuk daerah dengan akses sulit seperti daerah perbatasan, daerah tertinggal, daerah yang jauh ataupun daerah kepulauan. Melalui RTK ini diharapkan akan dapat meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, serta meningkatkan deteksi dan penanganan dini komplikasi maternal disamping perannya sebagai bentuk upaya percepatan penurunan angka kematian ibu. (<http://gorontaloonline.info>)

Walaupun kebijakan pemerintah untuk mengatasi terjadinya kematian ibu dan bayi akibat keterlambatan dalam hal pertolongan persalinan, yaitu dengan Rumah Tunggu Persalinan (RTK) tersebut telah dikeluarkan sejak 2007, namun dalam kenyataannya belum seideal seperti yang diharapkan. Apalagi seperti di MTB, lahirnya konsep RTK tersebut sebagai hasil dari workshop pendekatan pelayanan kesehatan di daerah Gugus Pulau yang telah dirintis sejak 2007. Ada beberapa rumah tunggu di daerah lain di Indonesia, namun untuk daerah gugus pulau masih jarang atau bahkan belum ada seperti yang dikembangkan di MTB.

Namun demikian, dalam perjalanan beberapa tahun pengembangan kebijakan Rumah Tunggu Kelahiran di daerah gugus pulau seperti MTB ini, perlu dilakukan [suatu penelitian untuk melihat](#) efektifitas pelaksanaan RTK tersebut, dan perlu dikembangkan suatu model yang ideal untuk daerah gugus pulau. Penelitian ini dipandang perlu untuk dilakukan, karena bisa melengkapi penelitian-penelitian sebelumnya, dan mencari sesuatu yang baru (inovasi) yaitu pengembangan model RTK untuk daerah-daerah gugus pulau lainnya di Indonesia dengan mengangkat kearifan lokal. Pendekatan metodenya dilakukan dengan *mix method* (kuantitatif dan kualitatif).

Berdasarkan bahasan di atas timbul pertanyaan yaitu bagaimana pengembangan model Rumah Tunggu Kesehatan (RTK) yang ideal untuk daerah gugus pulau?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, akan dilakukan penelitian RTK selama dua tahun berturut-turut. Tahun pertama (2015) akan dilakukan dua kegiatan yaitu pertama, *assessment* yang bertujuan untuk melihat kebutuhan (need), apakah ada kebutuhan yang lain disamping yang sudah dikembangkan sekarang; kedua, mendisain model baru (ideal) sesuai dengan *need* masyarakat tersebut. Pada tahun kedua (2016) akan dilakukan 2 kegiatan pula yaitu pertama, melakukan evaluasi model di daerah pengembangan tahun pertama (MTB); dan kedua, mereplikasikan model yang ada di daerah gugus pulau lainnya seperti misalnya Kabupaten Kepulauan Mentawai.

Dipilihnya kedua kabupaten tersebut sebagai daerah penelitian dengan pertimbangan, **pertama**, daerah tersebut sebagai daerah terpencil perbatasan dan kepulauan (DTPK) yang telah menjadi agenda pembangunan prioritas Kementerian Kesehatan (Permenkes 949/2007); **kedua**, sama-sama daerah berkarakteristik kepulauan, menghadapi tantangan berat untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, termasuk di bidang kesehatan, sebagaimana dikemukakan Menkes dalam tatap muka dengan jajaran pemprov serta dinas kesehatan kabupaten/kota se-Maluku, di Ambon pada tanggal 12 Mei 2013 sebagai berikut:” *"Saya kira program ini (Gugus Pulau) cocok untuk wilayah kepulauan karena tingkat tantangan dan hambatan sangat kompleks serta berat dibanding daerah dengan karakteristik kontinental"*; **ketiga**, dilihat dari Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat yang menggambarkan indikator komposit kemajuan pembangunan kesehatan, Kabupaten Maluku Tenggara Barat pada urutan 385 dan Kabupaten Kepulauan Mentawai pada urutan 409, dari 440 kabupaten di Indonesia; **keempat**, peneliti sudah faham dan mengenal sosial budaya masyarakat di daerah tersebut.

## 5. Tujuan

### 5.1 Tujuan umum

Tujuan umum adalah mengetahui efektivitas pemanfaatan rumah tunggu kelahiran di Kabupaten MTB yang dikategorikan sebagai daerah dengan IPKM rendah.

### 5.2 Tujuan khusus:

1. Mengetahui partisipasi masyarakat dalam memanfaatkan rumah tunggu kelahiran
2. Mengetahui rentang kendali pertolongan untuk ibu hamil dengan resiko tinggi melalui rumah tunggu kelahiran .
3. Mengetahui pemahaman tenaga kesehatan, stakeholder dan masyarakat tentang keberadaan dan fungsi Rumah Tunggu Kelahiran



4. Mengetahui tanggapan/respon masyarakat dengan adanya Rumah Tunggu Kelahiran di daerahnya
5. Mengetahui gambaran pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran
6. Mengetahui pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran oleh masyarakat setempat
7. Mengidentifikasi sistem rujukan mulai dari masyarakat sampai ke fasilitas kesehatan.
8. Mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran
9. Mendapatkan model RTK yang ideal sesuai kearifan lokal

## **6. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat terhadap fasilitas kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit setempat)
  - Adanya masukan dan informasi terutama untuk petugas kesehatan dalam menangani program Rumah Tunggu Kesehatan,
  - Adanya masukan dan informasi bagi pembuat kebijakan untuk memutuskan kebijakan mengenai program Rumah Tunggu Kesehatan.
2. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten adalah sebagai berikut:
  - Adanya masukan dan informasi terutama untuk menyediakan perencanaan, monitoring, penanganan terhadap program Rumah Tunggu Kesehatan,
  - Dapat membantu Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mengalokasikan biaya dalam menangani program Rumah Tunggu Kesehatan.
  - Sebagai input dan masukan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk advokasi dan lobi terhadap Pemda untuk mendapatkan tambahan anggaran yang berkaitan dengan program Rumah Tunggu Kesehatan.
3. Manfaat bagi Pemerintah Daerah (Pemda) adalah sebagai berikut:
  - Adanya masukan dan informasi terutama untuk perencanaan program Rumah Tunggu Kesehatan terutama pemberdayaan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat,
  - Adanya masukan dan informasi untuk advokasi *stakeholders* baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten untuk melaksanakan koordinasi, konsultasi dan komunikasi diantara lintas sektor terkait agar supaya mendapat dukungan dalam memasyarakatkan program Rumah Tunggu Kesehatan mulai dari tahap persiapan,

pelaksanaan, dan monitoring - evaluasi secara konsisten dengan peraturan yang dapat dilaksanakan.

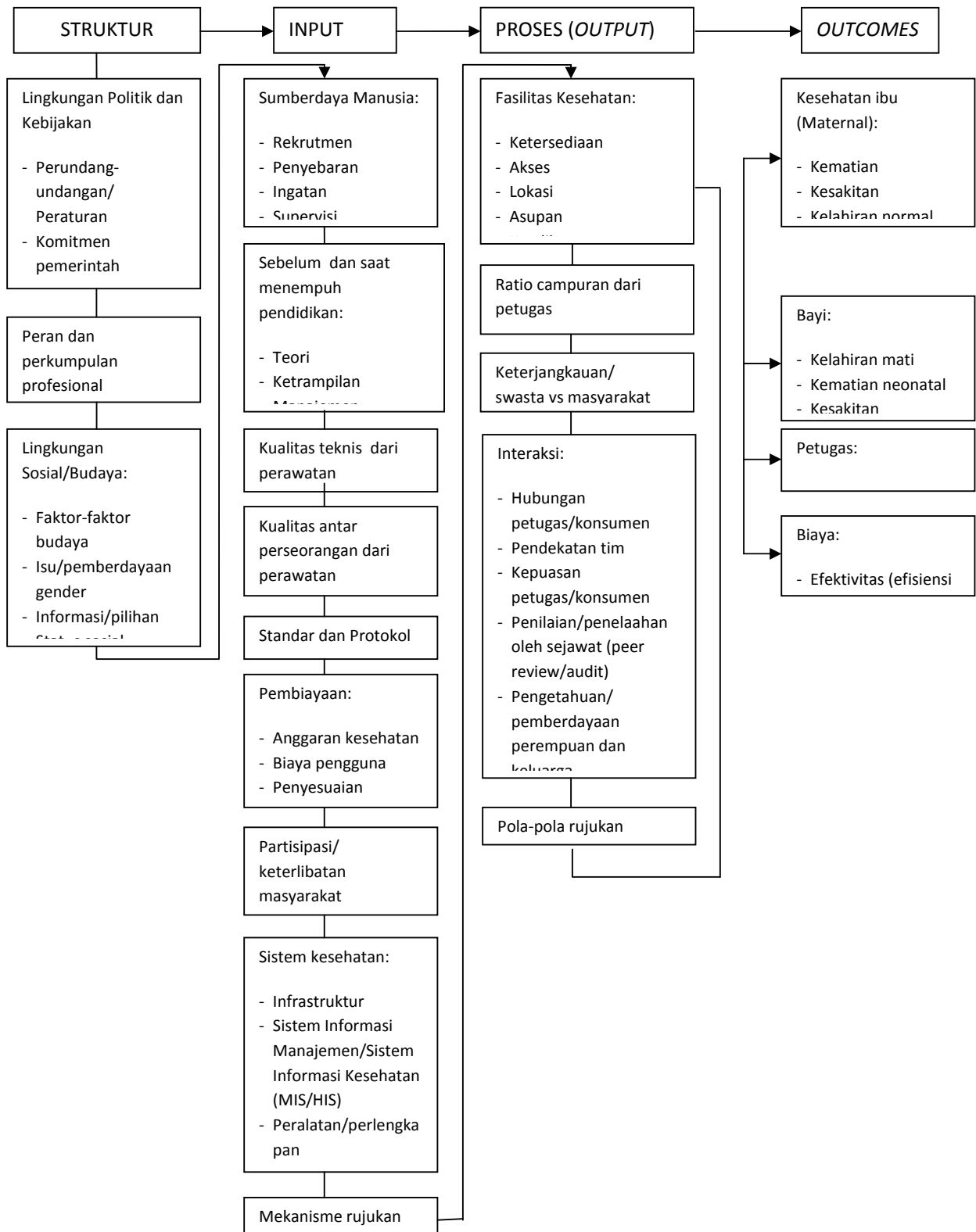
4. Manfaat bagi Departemen Kesehatan (terutama Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan) adalah sebagai berikut:

- Adanya masukan dan informasi untuk peneliti atau pembuat kebijakan dalam menangani program Rumah Tunggu Kesehatan,
- Dapat menggunakan metodologi yang sama dari hasil penelitian ini untuk direplikasikan di daerah lain berhubungan dengan program Rumah Tunggu Kesehatan.

## **7. Metode Penelitian**

### **7.1. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep untuk meningkatkan *outcome* kesehatan ibu (modifikasi dari Graham dkk. 2001)



Dalam Kerangka Konsep Gambar 1 tampak bahwa pada dasarnya ada 3 tahap yang akan ditelusuri di dalam penelitian yaitu *input*, proses (*output*), dan *outcome*. Pada tahap *input*, dimaksudkan melakukan *assessment* untuk menggali *need* masyarakat dengan mempertimbangkan aspek politik dan kebijakan, peran organisasi profesi, dan lingkungan sosial/budaya untuk meningkatkan peran rumah tunggu yang ideal. Pada tahap proses (*output*) akan mempertimbangkan aspek fasilitas kesehatan; rasio petugas medis/perawatan dengan non medis/perawatan yang akan bertanggungjawab menangani, mengawasi, dan menjaga keselamatan pasien; keterjangkauan masyarakat; hubungan petugas/konsumen, kerjasama tim, kepuasan petugas/konsumen, pengetahuan keluarga, perawat perempuan; dan mekanisme rujukan. Pada tahap akhir yaitu *outcome*, akan melihat apakah ada hasil dari rumah tunggu kesehatan (RTK) tersebut, bagaimana dengan kondisi si ibu, bayi, petugas, dan pembiayaannya.

### **8.3. Disain penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan secara *multi years* (dua tahun), dengan disain *cross-sectional* (potong lintang), observasi, dan deskriptif.

### **8.4. Tempat dan Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan selama 2 tahun, tahun pertama 2015 dilaksanakan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat Propinsi Maluku untuk mendisain dan mengembangkan model sesuai kearifan lokal, dan pada tahun kedua 2016 akan dilakukan replikasi di daerah yang karakteristiknya hampir sama yaitu di Kabupaten Kepulauan Mentawai Propinsi Sumatera Barat. Pelaksanaan pada tahun pertama maupun tahun kedua, masing-masing dimulai bulan Januari – Desember.

### **8.5. Populasi dan Sampel**

#### **8.5.1. Pengertian**

Populasi penelitian adalah semua rumah tangga (RT) yang menjadi sampel Riskesdas 2013 di Kabupaten Maluku Tenggara.

Sampel penelitian adalah rumah tangga yang mempunyai balita dan menjadi sampel Riskesdas 2013.

#### **8.5.2. Besar sampel**

Jumlah populasi adalah seluruh sampel Riskesdas 2013 di Kabupaten Maluku Tenggara yaitu sebesar 1.893 RT. Sampel untuk penelitian ini diambil dari sampel riskesdas 2013 tersebut yang mempunyai balita, berjumlah keseluruhan 147 (7,8% dari populasi) dibulatkan menjadi 150 RT. Digunakan data rumah tangga yang sudah tersedia di Riskesdas 2013.

#### 8.5.3. Cara Pemilihan Sampel

Rumah tangga yang akan dikunjungi adalah rumah tangga yang menjadi sampel dalam Riskesdas 2013.

### 8.6. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 8.6.1. Kriteria Inklusi

Yang termasuk dalam sampel adalah semua rumah tangga yang mempunyai balita, sudah didatangi, terdaftar pada data Riskesdas 2013 dan ada pada saat *assessment* pengumpulan data Rumah Tunggu Kesehatan berlangsung.

#### 8.6.2. Kriteria Eksklusi

Bila rumah tangga yang terpilih tidak memungkinkan untuk dikunjungi karena berbagai kendala.

## 9. Anggaran

Anggaran untuk tahap pertama diperkirakan sebesar 400 juta rupiah dari DIPA Badan Litbang Kesehatan. (Rincian Terlampir).

### 9.3. Variabel

#### Pengertian dan Definisi Operasional

No	Nama Variabel	penjelasan ttg variabel	metoda pengukuran	skala ukur	pengkategorian	sumber referensi
1	Politik					
	Kebijakan					
	Perundang-undangan/peraturan					
	Komitmen pemerintah					
	Advokasi					
	Stabilitas					
	Peran profesional					
	Faktor-faktor budaya					
	Isu /					

	pemberdayaan gender					
	Informasi					
	Status sosial ekonomi					
	Sumber daya manusia					
	Rekrutmen					
	Penyebran					
	Supervisi					
	Akuntabilitas					
	Teori					
	Ketrampiln					
	Manajemen					
	Pendidikan lanjut					
	Kualitas perawatan					
	Kualitas perawat					
	Anggaran kesehatan					
	Biaya pemakai					
	Partisipasi masyarakat					
	Sistem infrastruktur kesehatan					
	Sistem informasi kesehatan					
	Perlengkapan					
	Komunikasi					
	Transportasi					
	Mekanisme rujukan					

#### 9.4. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

##### 9.4.1. Instrumen

Instrumen yang digunakan kuesioner RT. Kuesioner disusun untuk mewawancarai kelompok sasaran (responden). Responden dalam penelitian adalah ibu balita. Ada 2 kelompok kuesioner yang akan disusun, yaitu *pertama*, kuesioner untuk ibu balita untuk menggali informasi mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan proses sejak ibu sebelum menempati rumah tunggu kelahiran (RTK), selama tinggal di RTK, persalinan di fasilitas kesehatan, tinggal di RTK sesudah persalinan, dan digali pula karakteristik rumah tangga; *kedua*, kuesioner wawancara mendalam (*indepth interview*) ditujukan kepada *stakeholders* Kabupaten (Kasie KIA Kabupaten, Bappeda, Kesra), Kecamatan (Ka Pkm, Kecamatan), Desa (Bidan desa); *ketiga*, kuesioner Diskusi Kelompok Terarah (*FGD*) untuk informan

kader, ibu balita, toma/toga (tidak semua ibu yang di wawancarai diikuti dalam FGD, hanya sekitar 6-10 orang).

#### 9.4.2. Cara pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data:

1. Koordinasi dengan personil kesehatan di Dinas Kesehatan atau Puskesmas, aparat desa, kader kesehatan desa, dan identifikasi pengumpulan data / interview
2. Kesepakatan pewawancara berkenaan dengan tujuan penelitian, isi kuesioner dan prosedur pengumpulan data, termasuk kode etik penelitian (*ethical issues*)
3. Pengumpulan data di daerah lokasi penelitian:
  - wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur kepada ibu baduta
  - *indepth interview* dengan para *stakeholder* terpilih
  - *FGD* dengan informan tertentu dikelompokkan sesuai dengan tingkatan responden (homogenitas)
  - pengumpulan data yang relevan (secondary data)

#### 9.5. Manajemen dan Analisis Data

Untuk kuesioner ibu baduta yang sudah masuk akan diedit, kemudian dientry. Setelah itu jika diperlukan dilakukan cleaning untuk meminimalisasi kesalahan dalam entry data. Data di analisa bertahap: analisa univariate (distribusi frekuensi, nilai rerata), analisa bivariat (uji X-2 untuk menilai hubungan antara variabel independen dengan dependen), analisa multivariate (uji regresi logistik ganda untuk mengetahui faktor-faktor yg berhubungan dengan status gizi baduta). Digunakan SPSS versi 15.

Untuk data kualitatif dikumpulkan dengan cara *indepth interview* dan FGD, selanjutnya akan dilakukan content analisis. Seluruh hasil *indepth interview* dan FGD akan ditranskrip. Setelah teks transkrip disusun, dikoding dan mengidentifikasi isu-isu penting yang berkaitan. Data hasil indepth dan FGD juga akan dilakukan triangulasi dengan beberapa data lain seperti dari hasil observasi, dan wawancara terstruktur. Hal ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan validitas data.

#### 9.6. Langkah-langkah Penelitian

Prosedur Kerja:

1. Tahap persiapan.
  - 1.1. Pembentukan tim Penelitian

#### 1.2. Penyusunan Protokol Penelitian

#### 1.3. Pengadaan sarana /Alat Bantu penelitian

#### 1.4. Persiapan administrasi dan perijinan penelitian:

- Pengurusan *Ethical Clearance* di Komisi Etik
- Pengurusan perijinan pelaksanaan penelitian ke Kementerian Dalam Negeri

#### 1.5. Penyusunan instrumen

- Penyusunan instrumen terstruktur untuk Rumah Tangga
- Penyusunan pedoman *indepth interview* dan *FGD*

#### 1.6. Uji coba instrumen dan Pedoman

- Wawancara dengan kuesioner terstruktur terhadap Rumah Tangga
- *Indepth interview* terhadap *stakeholders* terpilih
- *FGD* informan kelompok tertentu

### 2. Tahap pelaksanaan

#### 2.1. Persiapan Lapangan:

- Identifikasi calon peneliti daerah (penanggung jawab daerah), kader kesehatan di kelurahan/desa,
- Pemilihan (sampling) responden
- Pengurusan izin ke Bupati
- Persiapan kegiatan *Indepth interview* dan *FGD*

#### 2.2. Pengumpulan Data:

##### Indepth interview:

Untuk *indepth interview* akan digali mengenai hal-hal sebagai berikut:

- Identifikasi kebijakan Pemda Propinsi dan Kabupaten dalam pemanfaatan program rumah tunggu kesehatan (RTK)
- Identifikasi bentuk dan jenis program RTK di kabupaten
- Identifikasi masalah dan program RTK di Kabupaten, Kecamatan/ Puskesmas, dan Desa

Sasaran yang akan diwawancara adalah:

- a. *Indepth interview* di tingkat Kabupaten : Dinas Kesehatan dan Lintas sektor terkait
- c. *Indepth interview* di tingkat Kecamatan: Kepala Puskesmas dan Camat
- d. *Indepth interview* di tingkat Desa : Bidan desa



- e. *Fokus Group Discussion* di masyarakat dengan sasaran kelompok: kader, ibu balita, tokoh masyarakat / agama
  - Need assessment : pengumpulan informasi tentang kesiapan masyarakat untuk mandiri dan hidup sehat terutama berkaitan dengan RTK serta menggali kebutuhan potensial yang diperlukan dari luar komunitas
  - Evaluasi peran dari para petugas (*health provider*) dalam mensosialisasikan program RTK di masyarakat
- 2.3. Manajemen dan analisis data

### 3. Tahap Pelaporan

- 3.1. Penyusunan Laporan penelitian dan Penyusunan program RTK
- 3.2. Seminar akhir hasil penelitian dan Rancangan program RTK
- 3.3. Penggandaan dan diseminasi Laporan dan program RTK

## 10. Pertimbangan Etik Penelitian

Penelitian ini bukan merupakan penelitian klinis sehingga tidak menggunakan objek manusia ataupun binatang. Metode yang digunakan adalah wawancara dengan kuesioner terstruktur kepada kepala Rumah Tangga, dan FGD melibatkan responden dalam bentuk kelompok. Sebelum wawancara akan dijelaskan maksud dan tujuan penelitian sesuai naskah PSP (Persetujuan Setelah Penjelasan) yang ada. Wawancara akan dilakukan setelah diperoleh *Informed Consent* dari subyek penelitian. Untuk FGD secara resmi akan dibuatkan surat undangan termasuk kerangka acuan yang menjelaskan tujuan dan bentuk kegiatan penelitian. Sebelum FGD dimulai akan dijelaskan juga mengenai maksud dan tujuan penelitian serta dimintakan persetujuan pada seluruh peserta untuk dapat mencatat dan melaporkan hal-hal yang dibahas selama FGD. Untuk itu kami mohon pertimbangan Komisi Etik untuk dapat memberikan ” Ethical Approval” dalam penelitian ini.

## 11. Pertimbangan Ijin Penelitian

Izin penelitian akan dimintakan dari Departemen Dalam Negeri, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten dengan tembusan kepada Pemda tingkat II

## 12. Daftar Kepustakaan

*Usaha Pencapaian MDGs di Indonesia*

([http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=25&Itemid=12&lang=id](http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=12&lang=id) accessed 15 Pebruari 2014)

Laksono, 2013. *Paket Rekomendasi Kebijakan untuk Penurunan Kematian Ibu dan Bayi*. (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id> accessed 15 Pebruari 2014)

Geografi Indonesia

(<http://www.indonesia.go.id> accessed 14 Pebruari 2014)

*Rumah Tunggu Kelahiran sebagai salah satu upaya percepatan penurunan angka kematian ibu* (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id> accessed 14 Pebruari 2014)

Martha, Evi dkk. 2014. *Kajian Efektivitas Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di 5 Provinsi Indonesia*. Fakultas Kesehatan Masyarakat-Universitas Indonesia.

Wild, Kayli J. 2009. *Maternity Waiting Homes and Shaping of Maternal Health Policy in Timor Leste*. Graduate School for Health Practice and Menzies School of Health Research. Charles Darwin University, Australia.

Graham et al. 2001. *Conceptual framework for improving maternal health outcomes*. (<http://www.greenstone.org/greenstone3/nzdl.jsessionid=DA4F9C534510FA006E9302B3574951B6?a=d&c=safem&d=HASH0178fd00e5e6e9f06f1db8.4&sib=1&p.a=b&p.sa=&p.s=ClassificationBrowse&p.c=safem#R0036> accessed 10 Pebruari 2014)

Pemda Maluku Tenggara Barat. 2013. *Maluku Tenggara Barat Dalam Angka 2012*. Saumlaki: Pemerintah Daerah Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. 2013. *Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat*. Saumlaki: Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Panduan Penyusunan Proposal, Protokol dan Laporan Akhir Penelitian*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemenkes RI.

### 13. Susunan Tim Peneliti

No	Nama/ Keahlian	Kedudukan dalam Tim	Uraian Tugas
1	Noor Edi Widya Sukoco, MPS, MScPH	Ketua Pelaksana	Memimpin dan bertanggung jawab terhadap jalannya penelitian, analisis data dan laporannya
2	dr.Tety Rachmawati M.Kes.	Anggota Tim	Bertanggung jawab untuk membantu persiapan, pelaksanaan & analisis data
3	Siti Isfandari, M.Si.	Anggota Tim	Bertanggung jawab untuk membantu persiapan, pelaksanaan & analisis data
4	Agus Mikrajab, MPH.	Anggota Tim	Bertanggung jawab untuk membantu persiapan, pelaksanaan & analisis data
5	drg. Hendrianto Trisnowibowo, MARS	Anggota Tim	Bertanggung jawab untuk analisis data statistik
6	NN	Penanggung Jawab Administrasi	Bertanggung jawab untuk administrasi & keuangan kegiatan
7	NN	Nara sumber	Memberi arahan tentang konsep penelitian ini dan memberi arahan tentang koordinasi dengan daerah

#### 14. Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Persiapan, etik	xx											
2	Konsultasi	xx											
3	<i>Literatur Review</i>		xx										
4	Protokol		xx										
5	Kuesioner		xx										
6	Persiapan daerah			xx									
7	Uji coba kuesioner			xx									
8	Pelatihan di daerah				xx								
9	Pul data 1				xx								
10	Pelaksanaan					xx x	xx x	xx x					
11	Pul data 2								xx				
12	<i>Data entry</i>								xx				
13	<i>Data cleaning</i>									xx			
14	Analisis, data									xx			
15	Menulis laporan										xx		
16	Seminar hasil										xx		
17	Perbaikan laporan											xx	
18	Laporan final											xx	

#### 15. Biodata Ketua Pelaksana dan Peneliti

1. Pengusul: Noor Edi Widya Sukoco, MPS., MSc.PH.

2. Alamat:

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan.  
Jl. Percetakan Negara No. 23a Jakarta  
Telp. 021-42801002  
Fax. 021-42801002

3. Pendidikan:

- 1) Master of Professional Studies in Food and Nutrition Planning, University of the Philippines at Los Banos, 1991, Philippines.
- 2) Master of Science in Public Health, School of Public Health, Griffith University Queensland, 2002, Australia.

4. Pengalaman kerja

a. April 1994 - 2003

Peneliti, Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- b. Mei 1992 – Maret 1994  
Kepala Sub Seksi Pengembangan Komunikasi, Seksi Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi, Propinsi Jawa Barat.
- c. April 1988 - Mei 1990  
Kepala Sub Seksi Peningkatan Menu Makanan, Seksi Gizi. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi.
- d. Maret 1986 – Maret 1988  
Staf Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi

## 5. Publikasi

1. **Sukoco, Noor Edi Widya (2011).** *Hubungan antara Perilaku Pencegahan dan Kepatuhan Berobat Penderita TB di Indonesia.* Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Bulletin of Health System Research). Vol. 14. No. 1. Surabaya. Indonesia.
2. Usman, Yusleli; Sulistyowati, Ning; **Sukoco, Noor Edi Widya (2009).** Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Rawat Jalan dan Rawat Inap Pelayanan Kesehatan di Jawa, Sumatera dan Kalimantan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Bulletin of Health System Research). Vol. 12. No. 1. Surabaya. Indonesia.
3. Sundari, Siti; Wibowo, Hendrianto Trisno; Erry; **Sukoco, Noor Edi Widya (2007);** Rusiawati, Yuyus; Riswati. *Perbandingan Ideal Anggaran Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di Tingkat Kabupaten/Kota.* Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Bulletin of Health System Research). Vol. 10. No.1. Surabaya. Indonesia.
4. Sari, Puti; **Sukoco, Noor Edi Widya (2008).** *Epidemiology Risk Assessment of Asbestos in Association with Health Among Workers.* Medika Jurnal Kedokteran Indonesia (Indonesian Medical Journal) Vol. XXXIV No. 4. Jakarta, Indonesia.
5. **Sukoco, Noor Edi Widya (2007);** Sari, Puti; Mustikowati, Erwien. *Dukungan Terhadap Akses Kelompok Gakin Pada Pelayanan Kesehatan di Sumatera Selatan, Indonesia.* Medika Jurnal Kedokteran Indonesia (Indonesian Medical Journal). Vol. XXXIII No. 8. Jakarta, Indonesia.
6. Sari, Puti; **Sukoco, Noor Edi Widya (2007).** *Indoor air pollution related to respiratory illness in children under 5 years.* Medika Jurnal Kedokteran Indonesia (Indonesian Medical Journal) Vol. XXXIII No. 2. Jakarta, Indonesia.

## **16. Persetujuan Atasan Yang Berwenang**

Jakarta, 17 – 2 - 2014  
Pengusul,

Noor Edi W. Sukoco, MPS., MSc.PH  
19630906198603 1003

Mengetahui  
Ketua Panitia Pembina Ilmiah

Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan  
Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

dr. Betty Roosihermiati, M.Sc., Ph.D.  
NIP. 1964

Drg. Agus Suprpto.M.Kes.  
NIP 196408131991011001