

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu ukuran dalam menilai tingkat kesehatan suatu wilayah. AKI mencerminkan jumlah wanita yang meninggal per 100.000 kelahiran hidup, dihitung berdasarkan kematian ibu yang terjadi saat kehamilan, persalinan, atau masa nifas hingga 42 hari pascapersalinan. Pada tahun 2018, rata-rata AKI di kawasan Timur Tengah dan Afrika Utara (MENA) diperkirakan mencapai 54 per 100.000 kelahiran hidup. Di Yordania, AKI tercatat sebesar 29,8 per 100.000. Sistem kesehatan Yordania kini menghadapi tantangan yang semakin berat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat serta mencari cara yang lebih efisien dalam memanfaatkan sumber daya yang terbatas karena anggaran yang ketat. Walaupun pencapaiannya tergolong baik, kualitas layanan bagi ibu hamil masih dapat ditingkatkan guna menurunkan AKI<sup>1</sup>.

Keterlambatan ibu dalam memperoleh layanan kesehatan menjadi faktor penyebab kematian ibu secara tidak langsung. Oleh karena itu, WHO mendukung pembentukan intervensi berbasis komunitas yang menekankan kesetaraan akses layanan kesehatan persalinan, yang dikenal sebagai rumah tunggu bersalin. Setiap negara menyebutnya dengan istilah berbeda, namun pada intinya fungsi tetap sama. *Maternity Waiting Areas* (MWA) adalah tempat tinggal yang dibangun di sekitar fasilitas kesehatan, ditujukan bagi ibu yang jarak rumahnya jauh dari fasilitas tersebut, sehingga dapat tinggal di sana ketika mendekati waktu persalinan. Ibu hamil biasanya tinggal di rumah ini beberapa minggu sebelum melahirkan untuk mempermudah akses segera ke perawatan medis.

Dari perspektif medis, kehamilan dan proses melahirkan merupakan rangkaian fisiologis yang dapat dengan cepat beralih menjadi kondisi patologis. Rumah sakit yang mampu memberikan layanan obstetri serta perawatan neonatal darurat harus segera menangani komplikasi seperti perdarahan saat persalinan, preeklampsia atau eklampsia, infeksi, pecahnya

ketuban secara prematur, serta keadaan gawat janin. Ibu hamil berisiko tinggi yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan cenderung mengalami penundaan dalam penanganan, yang berperan dalam meningkatnya morbiditas dan mortalitas pada ibu serta bayi, sebagaimana dibuktikan oleh sejumlah penelitian <sup>2</sup>.

Di daerah pedesaan dan terpencil, banyak orang memilih melahirkan di rumah dengan bantuan dukun setempat karena berbagai alasan, seperti jarak yang jauh ke fasilitas bersalin, kondisi jalan yang tidak baik, iklim, serta terbatasnya transportasi. Penelitian di Maluku Tengah menunjukkan bahwa kesulitan mengakses layanan kesehatan sangat terkait dengan kecenderungan untuk meminta bantuan dukun<sup>3</sup>. Preferensi terhadap bantuan tradisional tetap tinggi, khususnya di antara rumah tangga berpendapatan rendah, sehingga menghambat penggunaan layanan maternal-neonatal resmi. Penelitian yang dipublikasikan di PLOS ONE pada tahun 2021 menunjukkan bahwa melahirkan di rumah masih lazim di kawasan pedesaan Indonesia dan dipengaruhi oleh keberadaan serta pilihan masyarakat terhadap dukun setempat<sup>4</sup>.

Dukun biasanya dipandang sebagai sosok yang akrab, mengerti budaya, serta memberikan dukungan emosional dan spiritual, sementara fasilitas kesehatan sering dianggap kurang nyaman atau bersahabat. Pilihan untuk menggunakan dukun dipengaruhi oleh kepercayaan, adat/tradisi, jarak, serta faktor ekonomi, sebagaimana terungkap dalam penelitian kualitatif pada komunitas Talang Mamak tahun 2023<sup>5</sup>. Faktor itu menjadi salah satu elemen dalam pembentukan Rumah Tunggu Kelahiran agar ibu hamil lebih dekat dengan fasilitas kesehatan. Keberadaan rumah tunggu bersalin telah ada sejak abad ke 20. Rumah tunggu telah ada di Benua Eropa Utara, Kana dan Amerika Serikat untuk melayani perempuan di wilayah geografis terpencil dengan sedikit fasilitas kebidanan. Rumah Tunggu Bersalin (RTK) juga diperuntukkan untuk ibu berisiko tinggi mengalami komplikasi obstetri.

Mereka dapat tinggal sampai melahirkan selama minggu-minggu atau bulan-bulan terakhir kehamilan mereka.

WHO merekomendasikan pendirian RTK di dekat atau di dalam fasilitas kesehatan serta rumah sakit yang menyediakan layanan obstetri penting dan penanganan komplikasi. Pemanfaatan RTK menjadi strategi penting untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, khususnya bagi perempuan yang tinggal jauh dari fasilitas medis atau memiliki akses terbatas.

Di Ethiopia, kira-kira setengah fasilitas dilengkapi dengan rumah tunggu. Di wilayah Amhara, sekitar 72,1% fasilitas memiliki RTK, sedangkan di wilayah Oromia persentasenya 56,4%. Cakupan RTK di zona Borana dan distrik Elwaye masing-masing mencapai sekitar 77% dan 80%<sup>6</sup>. Di negara Afrika bagian Sub-Sahara, tingginya angka penderitaan dan kematian ibu disebabkan oleh keterbatasan perempuan berpendapatan rendah yang sulit mengakses layanan kesehatan, terutama karena kendala transportasi. Untuk mengatasi hal ini, dibentuklah rumah tunggu kelahiran (Maternity Waiting Homes/RTKs). Namun, penggunaan RTKs masih menemui sejumlah kendala. Contohnya di Zambia, ibu-ibu menghadapi dua masalah utama biaya yang harus dikeluarkan selama tinggal di rumah tunggu dan kehilangan pendapatan karena harus berada di sana<sup>7</sup>.

Di negara berpendapatan rendah, terdapat beberapa kendala dalam pemanfaatan RTK. Rendahnya pemanfaatan RTK disebabkan oleh kurangnya pengetahuan ibu dan masyarakat, jarak yang jauh, perawatan yang tidak selaras dengan tradisi atau kepercayaan, serta fasilitas yang tidak memadai seperti toilet, dapur, dan minimnya ruang bagi keluarga pendamping<sup>8</sup>. Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi hingga saat ini, bahkan berdasarkan data Kementerian Kesehatan menunjukkan terjadi peningkatan jumlah kematian ibu dari Tahun 2019 sebesar 316 per 1000 kelahiran menjadi 505 per 1000 kelahiran pada Tahun 2021<sup>9</sup>.

Proporsi kematian perinatal di Indonesia mencapai 1,5 % dari seluruh kelahiran. Proporsi tertinggi, yakni 2,5 %, tercatat di Papua, sedangkan yang terendah, 1,3 %, berada di Jawa. Ibu-ibu di Kepulauan Maluku memiliki risiko kematian perinatal 1,82 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah Jawa-Bali. Faktor yang berhubungan dengan kematian perinatal di wilayah Jawa-Bali dan Papua adalah status pekerjaan. Di Kalimantan, penyebabnya meliputi kualitas perawatan antenatal serta bantuan persalinan. Di Nusa Tenggara dan Papua, faktor lokasinya berperan, sementara di Kalimantan, Maluku, dan Papua, usia ibu menjadi penyebab terkait<sup>10</sup>.

Program Rumah Tunggu Kelahiran merupakan inisiatif pemerintah untuk mengatasi masalah AKI dan AKB. Program ini tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 Tahun 2015 mengenai petunjuk teknis penggunaan dana alokasi khusus bidang kesehatan serta sarana dan prasarana penunjang subbidang sarpras kesehatan tahun anggaran 2016, khususnya pada pasal 5 yang mengatur biaya operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK)<sup>11</sup>. Program ini merupakan upaya pemerintah untuk memberi fasilitas kepada ibu hamil yang berada di wilayah terpencil atau sulit dijangkau selama kehamilan, persalinan, dan nifas.

Kebijakan RTK di Indonesia pertama kali diluncurkan pada tahun 2004. Untuk mendukung keberhasilan program ini, pemerintah melaksanakan berbagai inisiatif, antara lain membangun fasilitas RTK, memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan, melakukan penyuluhan, serta menyalurkan peralatan medis yang dibutuhkan. Meski demikian, program tersebut masih menghadapi sejumlah tantangan di lapangan dan menerima kritik karena tidak mempertimbangkan faktor budaya serta adat istiadat dalam pelaksanaannya. Selain itu, keterbatasan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang perawatan kesehatan selama kehamilan dan persalinan juga menjadi hambatan.

Penetapan rumah tunggu kelahiran di Indonesia didasarkan pada beberapa acuan, antara lain Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi. Pedoman tersebut memuat berbagai kegiatan yang dapat dijadikan panduan teknis bagi sub-klaster kesehatan reproduksi dalam memberikan layanan pada situasi krisis kesehatan. Selain itu, Panduan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga berperan, di mana WHO telah mengeluarkan sejumlah petunjuk mengenai perawatan dan layanan kesehatan maternal, termasuk rumah tunggu kelahiran. Panduan ini mencakup informasi tentang desain serta pengelolaan rumah tunggu kelahiran yang aman, beserta rekomendasi terkini di bidang ini. Model sosio ekologi (MSE) adalah suatu model yang dikembangkan dari berbagai dasar teori dan dari beberapa disiplin ilmu, seperti ilmu politik, sosiologi, psikologi dan komunikasi. Model sosioekologi dapat dikatakan tepat digunakan untuk menggambarkan bagaimana seharusnya sebuah model pelayanan kesehatan, dalam hal ini Rumah Tunggu Kelahiran, agar mampu bertahan di tengah masyarakat dan mampu menjadi salah satu sarana pendukung dalam menekan jumlah kematian ibu dan bayi. MSE bukan hanya mampu melihat faktor risiko pada individu, tetapi juga aspek norma, kepercayaan dan sistem sosial ekonomi masyarakat <sup>12</sup>.

Jangkauan asuransi kesehatan dipengaruhi oleh kondisi demografis serta ekonomi. Pembuat kebijakan perlu memperhitungkan kedua aspek tersebut dalam upaya mewujudkan jaminan kesehatan universal.<sup>13</sup>. Hal ini juga dapat terjadi pada pemanfaatan pelayanan kesehatan, dalam hal ini RTK.

Elemen sosial memengaruhi cara individu menerima layanan kesehatan. Pemanfaatan layanan kesehatan berbasis teknologi informasi terus berkembang secara global, termasuk di Amerika Latin. Beberapa faktor, seperti kebutuhan akan lebih banyak dokter spesialis di daerah pinggiran

kota, luasnya wilayah geografis, serta faktor sosial budaya, menghambat akses terhadap perawatan medis yang tepat waktu dan berkualitas<sup>14</sup>.

Setelah melakukan observasi awal di dua kabupaten di daerah pegunungan, yaitu Kabupaten Gowa dan Kabupaten Sinjai, teridentifikasi adanya permasalahan yang beragam terkait pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). Kabupaten Gowa tercatat memiliki angka kematian ibu tertinggi pada tahun 2019, sebanyak 15 kasus. Pada awalnya, Kabupaten Gowa memiliki sembilan RTK, di mana delapan berada di wilayah pegunungan dan satu berlokasi dekat Rumah Sakit Syekh Yusuf. Namun, secara bertahap RTK di pegunungan mulai tidak beroperasi karena tingkat pemanfaatannya yang rendah. Meskipun demikian, observasi di Rumah Sakit Syekh Yusuf menunjukkan bahwa keberadaan RTK tetap penting, karena terdapat beberapa ibu yang mencari tempat tinggal sementara di dekat rumah sakit. Pada tahun 2021, dua RTK di tingkat kecamatan melayani antara 10 hingga 12 klien, dua RTK lainnya melayani 1–3 klien, sementara empat RTK tidak memperoleh klien sama sekali.<sup>16</sup>

RTK tidak beroperasi karena terbatasnya sumber daya, baik dana maupun tenaga medis yang khusus ditugaskan mengelolanya. Keluhan masyarakat tentang RTK meliputi, kesiapan fasilitas sebagai tempat tinggal yang nyaman sambil menunggu persalinan, yang masih menjadi faktor mengapa ibu hamil dan keluarganya enggan menggunakan RTK. Kabupaten Sinjai memiliki keadaan geografis yang sangat berbeda dengan Kabupaten Gowa. Kabupaten Sinjai memiliki satu kecamatan yang berada jauh dari kota kabupaten, yaitu Kepulauan Sembilan yang terdiri dari 9 pulau. Untuk menjangkau Puskesmas yang mampu melakukan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Rumah Sakit yang mampu melakukan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Khusus (PONEK) membutuhkan waktu tempuh 2-3 jam dengan transportasi laut. Penelitian tersebut juga mengemukakan bahwa Kabupaten Sinjai merupakan

kabupaten kedua di Sulawesi Selatan yang memiliki angka kematian ibu dan bayi yang tinggi <sup>17</sup>. Kabupaten Sinjai terdiri dari 3 RTK di daerah kepulauan dan 1 RTK. Keaktifan RTK di Kabupaten Gowa dan Sinjai sangat berbeda. Di Kabupaten Gowa, dari 9 RTK hanya RTK kabupaten yang beroperasi, sedangkan di Kabupaten Sinjai 2 RTK masih aktif beroperasi. Hal inilah yang mendasari peneliti untuk mengetahui bagaimana seharusnya model RTK yang diperlukan masyarakat yang sesuai dengan keadaan sosial-ekologis masyarakat setempat.

Keberlanjutan pelaksanaan RTK di Indonesia memerlukan kontribusi beragam pihak, mengingat masih terdapat hambatan terkait biaya operasional, tenaga medis, fasilitas, dan kebijakan. Penelitian terdahulu sering meneliti Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) sebagai intervensi untuk mengurangi kematian ibu dengan memperluas akses persalinan di fasilitas kesehatan. Namun, kebanyakan studi tersebut lebih menekankan pada ketersediaan dan efektivitas RTK secara keseluruhan, tanpa meneliti secara mendalam kesenjangan antara adanya fasilitas dan tingkat penggunaannya di masyarakat. Selain itu, riset yang ada biasanya memeriksa faktor yang memengaruhi pemanfaatan RTK secara terpisah, misalnya aspek individu, sosial-budaya, atau sistem kesehatan, sehingga belum dapat menggambarkan interaksi kompleks di antara determinan-determinannya dalam kerangka yang menyeluruh. Di samping itu, peran faktor sosial-budaya, termasuk peran dukun sebagai aktor lokal, sering kali dilihat sebagai penghambat, bukan sebagai elemen potensial dalam strategi integratif untuk meningkatkan penggunaan layanan kesehatan.

Studi mengenai pemanfaatan RTK yang menelaah perbedaan karakteristik geografis, khususnya antara daerah pegunungan dan kepulauan, masih sangat minim. Padahal, variasi geografis tersebut berdampak signifikan pada aksesibilitas dan pola pencarian layanan kesehatan. Selain itu, belum ada penelitian yang secara khusus menguji

model ekologi sosial sebagai mediator antara faktor individu, sumber daya sosial, dan sistem kesehatan terhadap penggunaan RTK. Karena itu, studi ini bertujuan menutup kekosongan tersebut dengan merancang dan menguji model pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran berbasis pendekatan sosial-ekologis, yang memperhitungkan interaksi berlapis antara faktor individu, sosial, dan sistem kesehatan, serta diterapkan pada dua wilayah dengan karakteristik geografis berbeda, yaitu daerah pegunungan dan kepulauan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang ada, terdapat banyak perbedaan di dalam masyarakat berdasarkan aspek sosial-ekologis di daerah kepulauan dan pegunungan dalam pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran.

1. Bagaimana hubungan aspek individu, sumber daya sosial, dan sistem kesehatan melalui aspek sosial ekologis dengan pemanfaatan RTK di daerah pegunungan Kabupaten Gowa?
2. Bagaimana hubungan aspek individu, sumber daya sosial, dan sistem kesehatan melalui aspek sosial ekologis dengan pemanfaatan RTK di Pulau Sembilan, Kabupaten Sinjai?
3. Bagaimana gambaran pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di daerah Pegunungan Kabupaten Gowa dan Kepulauan Sembilan Kabupaten Sinjai?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum Penelitian**

Menganalisis model pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran berbasis sosial ekologis di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai

### **1.3.2 Tujuan Umum Topik Penelitian 1**

Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa

#### 1.3.3 Tujuan khusus Topik Penelitian 1

1. Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai input (SDM, sarana dan prasarana, pendanaan) pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran Kabupaten Gowa.
2. Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai Proses kegiatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan, Evaluasi) Rumah Tunggu Kelahiran Kabupaten Gowa
3. Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai Output (Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran Kabupaten Gowa

#### 1.3.4 Tujuan Umum Topik Penelitian 2

Menganalisis pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran berbasis sosial ekologis di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai

#### 1.3.5 Tujuan Khusus Topik Penelitian 2

1. Menganalisis hubungan individu (Pengetahuan, Sikap, Tindakan) dengan pemanfaatan RTK di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai
2. Menganalisis hubungan sumber daya sosial (dukungan keluarga, peran dukun) dengan pemanfaatan RTK di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai
3. Menganalisis hubungan system kesehatan (ketersediaan petugas, keterampilan komunikasi petugas, akses) dengan pemanfaatan RTK di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai

4. Menganalisis pemanfaatan RTK berdasarkan aspek sosial ekologis di Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai

#### **1.4 Manfaat penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

##### **1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan menghasilkan sebuah referensi berupa buku model yang dapat digunakan sebagai pedoman atau modul pelatihan bagi tenaga praktisi terutama di Rumah Tunggu Kelahiran

##### **1.4.2 Pembuat kebijakan**

Dapat dijadikan rekomendasi bagi aktor kebijakan kesehatan dalam membuat sebuah Rumah Tunggu Kelahiran untuk merevitalisasi Rumah Tunggu Kelahiran yang sudah ada, atau untuk di daerah dengan akses terbatas dalam membuat sebuah RTK yang bermanfaat di tengah masyarakat karena sesuai dengan keadaan sosial ekologis masyarakat.

##### **1.4.3 Praktis**

1. Sebagai rujukan dalam pengoperasian Rumah Tunggu Kelahiran
2. Bagi peneliti lanjut, dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai acuan dalam mengembangkan model Rumah Tunggu Kelahiran berdasarkan sosial ekologis masyarakat di Sulawesi Selatan.

#### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini mencakup tiga bidang ilmu yaitu:

1. Administrasi kebijakan kesehatan karena penelitian ini ingin menghasilkan sebuah strategi kebijakan dalam bidang pelayanan kesehatan

2. Kesehatan reproduksi karena penelitian ini mencakup upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi
3. Ilmu perilaku karena penelitian ini mengkaji perilaku pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran berdasarkan aspek sosial ekologis.

#### **1.6 Kebaruan penelitian (Novelti)**

Penelitian ini merupakan studi pertama yang mengembangkan dan menguji model sosial ekologis sebagai variabel mediator dalam hubungan antara faktor individu, sumber daya sosial, dan sistem kesehatan terhadap pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di wilayah pegunungan dan kepulauan di daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan, Kabupaten Sinjai. Untuk menjelaskan determinan multilevel, penelitian ini menggunakan pendekatan mixed-method sequential explanatory dengan analisis PLS-SEM dan pendalaman kualitatif. Penelitian ini melihat pengaruh langsung dan tidak langsung antarvariabel dengan mengintegrasikan determinan individu, sosial, dan sistem kesehatan ke dalam model yang luas. Penelitian ini juga menemukan rekomendasi intervensi multilevel yang spesifik konteks, seperti meningkatkan peran dukun dan keluarga, meningkatkan layanan dan fasilitas RTK, dan mengembangkan sistem transportasi rujukan yang adaptif untuk kondisi pegunungan.

#### **1.7 Tinjauan Teori**

##### **1.7.1 Teori Sosial Ekologis**

Para ahli kesehatan masyarakat, khususnya di bidang epidemiologi dan promosi kesehatan, menekankan bahwa kondisi sosial dan lingkungan memiliki peran penting dalam mengembangkan pendekatan sosial dan ekologi dalam promosi kesehatan. Pendekatan ini pada dasarnya merupakan perpaduan antara penerapan prinsip Ottawa Charter dengan pendekatan determinan sosial kesehatan. Ottawa Charter menekankan

lima kegiatan utama dalam promosi kesehatan, yaitu peningkatan keterampilan individu, gerakan masyarakat, penciptaan lingkungan yang mendukung, reorientasi pelayanan kesehatan, serta pembentukan kebijakan publik yang mendukung kesehatan masyarakat (healthy public policy). Kelima kegiatan ini memiliki tiga sasaran utama, yaitu perubahan perilaku individu, perubahan perilaku serta kondisi masyarakat dan lingkungan, serta perubahan dan pengembangan kebijakan yang mendukung perilaku sehat dan peningkatan status kesehatan masyarakat. Perubahan perilaku dan kondisi masyarakat diharapkan muncul melalui kegiatan kedua, ketiga, dan keempat, sementara kegiatan kelima lebih berfokus pada perubahan struktural melalui kebijakan di tingkat nasional, lokal, dan komunitas.

Pendekatan sosio ekologi dalam kesehatan berkembang karena adanya pandangan bahwa pendekatan faktor risiko individu harus dianalisis dalam konteks sosial dan lingkungan tempat individu tersebut hidup dan bekerja. Model sosial dan ekologi kesehatan berangkat dari pemikiran bahwa peningkatan kesehatan hanya dapat dicapai dengan mengintegrasikan upaya terhadap faktor determinan sosial dan lingkungan bersama dengan intervensi terhadap faktor biologis dan medis. Istilah ekologi sendiri berasal dari ilmu biologi yang mempelajari hubungan timbal balik antara organisme dan lingkungannya<sup>18</sup>. Dalam konteks perilaku dan kesehatan masyarakat, model ekologi menyoroti interaksi masyarakat dengan lingkungan fisik dan sosial-budaya mereka. Pengaruh lingkungan dan kebijakan menjadi aspek pembeda utama model ekologi dari teori perilaku lain yang lebih berfokus pada karakteristik individu, keterampilan pribadi, serta pengaruh sosial terdekat seperti keluarga dan teman, tanpa mempertimbangkan faktor komunitas, organisasi, dan kebijakan publik secara menyeluruh.

Model ekologi juga berfungsi sebagai struktur konseptual yang menggabungkan berbagai teori psikologis, sosial, dan organisasi dalam satu kerangka yang komprehensif. Model ini memastikan bahwa faktor lingkungan dan kebijakan selalu menjadi bagian dari pertimbangan dalam merancang intervensi perilaku kesehatan <sup>19</sup>. Perilaku sehat dapat tercapai secara optimal jika lingkungan dan kebijakan saling mendukung program kesehatan. Dengan demikian, model ekologi merupakan kombinasi dari intervensi tingkat individu, lingkungan, dan kebijakan yang saling berinteraksi untuk mencapai perubahan perilaku kesehatan yang positif.

McLeroy et al. (1988) menjelaskan bahwa terdapat lima tingkat pengaruh terhadap perilaku kesehatan (*health-related behaviors*), yaitu: tingkat intrapersonal, interpersonal, institusional, komunitas, dan kebijakan. Pada tingkat intrapersonal, variabel seperti pengetahuan, sikap, dan kepercayaan menjadi faktor penting yang mempengaruhi seseorang dalam mengadopsi perilaku kesehatan. Pada tingkat interpersonal, pengaruh sosial dari keluarga, teman, dan norma sosial berperan besar dalam membentuk perilaku kesehatan individu. Dukungan dari orang terdekat dapat memperkuat motivasi seseorang untuk bertindak sehat. Selanjutnya, pada tingkat institusional, organisasi pelayanan kesehatan berkontribusi melalui penyediaan informasi dan fasilitas yang menunjang perilaku kesehatan; dukungan dan akses terhadap tenaga kesehatan primer dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam perilaku sehat. Pada tingkat komunitas, faktor-faktor seperti tingkat kejadian penyakit, angka kematian, dan persepsi risiko kesehatan turut mempengaruhi tindakan pencegahan masyarakat. Akhirnya, pada tingkat kebijakan, dukungan pemerintah dalam bentuk aturan, pedoman, atau undang-undang menjadi penentu keberlanjutan perilaku sehat di masyarakat <sup>20</sup>. Dengan demikian, pendekatan sosio-

ekologi memberikan pemahaman bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak hanya ditentukan oleh individu semata, tetapi juga oleh interaksi kompleks antara faktor sosial, lingkungan, dan kebijakan publik.

### **1.7.2 Tinjauan tentang Rumah Tunggu Kelahiran**

Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang berfungsi sebagai tempat tinggal sementara bagi ibu hamil menjelang persalinan hingga masa nifas, bersama bayi dan keluarga yang mendampingi<sup>21</sup>. RTK biasanya berlokasi dekat fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau poskesdes, dengan tujuan agar ibu hamil dapat dengan mudah mengakses layanan persalinan, terutama jika terjadi komplikasi obstetri. Keberadaan RTK membantu mengatasi berbagai kendala akses terhadap pelayanan kesehatan, seperti jarak, kondisi geografis, cuaca, keterbatasan infrastruktur, serta hambatan komunikasi dan transportasi (“I Couldn’t Buy the Items so I Didn’t Go to Deliver at the Health Facility” Home Delivery among Rural Women in Northern Ghana: A Mixed-Method Analysis, n.d.). Dukungan terhadap keberadaan RTK juga datang dari World Health Organization (WHO) sejak tahun 1950 sebagai bagian dari strategi untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu<sup>22,23</sup>.

RTK berperan penting dalam mendekatkan akses dan mencegah keterlambatan penanganan bagi ibu hamil, ibu bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, khususnya di daerah dengan akses terbatas ke fasilitas kesehatan. Tujuan utama RTK adalah mengurangi keterlambatan pelayanan kesehatan dengan mendekatkan ibu hamil ke fasilitas rujukan, meningkatkan angka persalinan di fasilitas kesehatan oleh tenaga profesional, mempercepat akses ke layanan obstetri darurat, serta memungkinkan kewaspadaan dan pengelolaan resiko kehamilan seperti preeklamsia atau kehamilan ganda<sup>2,24</sup>. Selain itu, RTK juga berfungsi sebagai tempat edukasi dan dukungan sosial bagi ibu hamil dan keluarga,

meningkatkan kesiapan mental dan pengetahuan dalam menghadapi persalinan <sup>2</sup>. Secara khusus, RTK ditujukan untuk meningkatkan jumlah persalinan di fasilitas kesehatan serta menurunkan angka komplikasi pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir <sup>23</sup>.

Kebijakan operasional RTK yang dibiayai melalui program Jaminan Persalinan (Jampersal) menyesuaikan dengan kondisi sumber daya di daerah. Fasilitas RTK umumnya terdiri dari rumah penduduk atau bangunan khusus yang memiliki ruang tidur, dapur, kamar mandi, air bersih, ventilasi, serta penerangan memadai <sup>25</sup>. Pemanfaatan dana Jampersal meliputi biaya sewa RTK, langganan listrik dan air, konsumsi ibu hamil dan pendamping, serta transportasi dari rumah ke RTK dan dari RTK ke fasilitas kesehatan. RTK diharapkan dapat membantu mengurangi biaya transportasi ibu, memperkuat solidaritas sosial di masyarakat, serta memberikan ruang bagi ibu untuk mendapatkan edukasi mengenai perawatan diri, menyusui, dan perawatan bayi <sup>21</sup>.

Secara konseptual, Rumah Tunggu Bersalin (RTB) memiliki fungsi serupa, yaitu menyediakan tempat bagi perempuan dengan risiko tinggi kehamilan agar dapat tinggal sementara di dekat fasilitas persalinan. RTB tidak hanya bertujuan menurunkan angka kematian ibu, tetapi juga meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui pendidikan dan konseling mengenai kehamilan, persalinan, serta perawatan pascapersalinan. Namun, efektivitas RTK tidak hanya bergantung pada keberadaan fisik fasilitas, melainkan pada keterpaduannya dengan sistem pelayanan maternitas yang lebih luas. RTK merupakan bagian dari rantai sistem pelayanan yang menghubungkan masyarakat dengan fasilitas kesehatan secara komprehensif <sup>26</sup>.

Dalam konteks pelayanan maternitas, model Three Delays yang dikemukakan oleh Thaddeus and Maine (1994) menjelaskan tiga penyebab utama keterlambatan dalam penanganan obstetri darurat,

yaitu: (1) keterlambatan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan akibat faktor ekonomi, status sosial perempuan, norma budaya, dan kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya; (2) keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan akibat jarak jauh, sulitnya transportasi, dan hambatan geografis; serta (3) keterlambatan memperoleh layanan medis karena keterbatasan fasilitas dan sumber daya manusia. RTK hadir sebagai intervensi strategis untuk mengatasi ketiga bentuk keterlambatan tersebut dengan mendekatkan ibu hamil ke layanan kesehatan profesional sebelum proses persalinan dimulai <sup>23</sup>. Kebijakan pengelolaan RTK di Indonesia menekankan pada aspek mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan kompetensi tenaga kesehatan. Peralatan di RTK wajib dipelihara dan dikalibrasi setidaknya satu kali setahun, sedangkan pelayanan dilakukan selama 24 jam setiap hari. Tenaga kesehatan di RTK harus memiliki izin resmi, mematuhi prosedur keselamatan kerja dan pencegahan infeksi, serta mengikuti pelatihan berkelanjutan untuk memastikan standar profesi terpenuhi. Evaluasi operasional dilakukan setiap bulan melalui rapat dan pelaporan rutin. Dalam perkembangannya, konsep RTK Plus mulai diterapkan untuk meningkatkan efisiensi dan keberlanjutan pengoperasian melalui kemitraan antara dinas kesehatan kabupaten dan sektor terkait, terutama karena sebagian besar RTK masih bergantung pada dana sewa dari Jampersal <sup>25</sup>.

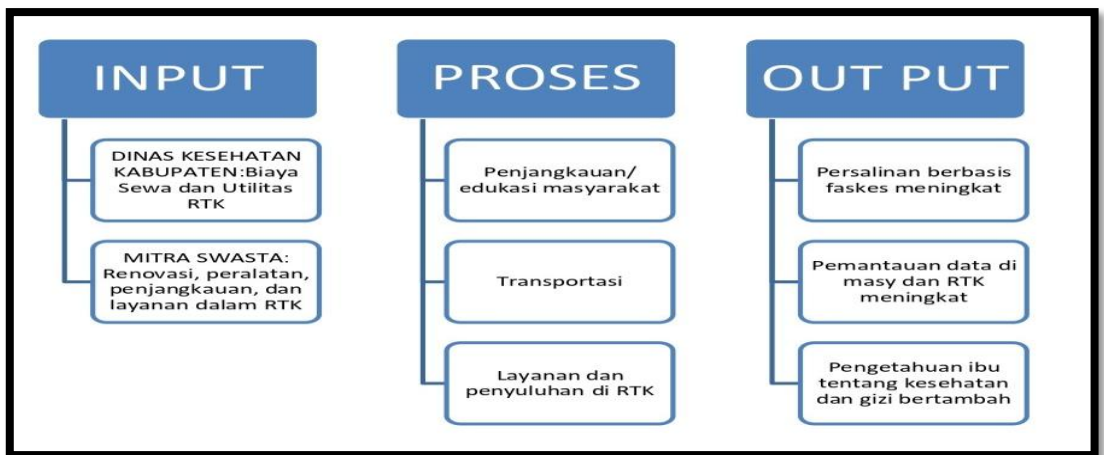
Dengan demikian, Rumah Tunggu Kelahiran bukan hanya sekedar tempat singgah bagi ibu hamil menjelang persalinan, melainkan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan maternal yang lebih luas. RTK berperan sebagai jembatan antara masyarakat dan fasilitas kesehatan, memperkuat kesiapan persalinan, memperpendek waktu tanggap terhadap komplikasi, serta menjadi sarana pemberdayaan

dan edukasi kesehatan bagi ibu dan keluarga dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

Model keperawatan maternitas yang diterapkan di Rumah Tunggu Kelahiran Plus (RTK+) dirancang untuk mendukung keselamatan ibu dan bayi melalui pendekatan komprehensif yang mengintegrasikan layanan kesehatan, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat. Model ini berfokus pada promosi kesehatan dan edukasi, termasuk penyediaan layanan antenatal dan postnatal, manajemen asupan gizi, serta pelayanan keluarga berencana, dengan tujuan utama agar ibu dapat melahirkan bayi yang sehat dan selamat. Selain itu, RTK+ menyediakan lingkungan yang aman dan mudah diakses oleh ibu hamil dan keluarganya, berupa fasilitas tinggal sementara yang bersih, terawat, dan berlokasi dekat dengan rumah sakit rujukan yang mampu menangani kasus persalinan dengan komplikasi. Pendekatan ini menekankan pentingnya kesiapsiagaan dan kedekatan terhadap layanan obstetri darurat, terutama bagi ibu dari wilayah terpencil atau dengan resiko tinggi selama kehamilan<sup>16</sup>. RTK+ juga berperan dalam membangun keterlibatan dan kesadaran masyarakat melalui partisipasi aktif tenaga kesehatan berbasis komunitas, seperti bidan dan dukun bayi yang telah mendapatkan pelatihan. Keterlibatan mereka bertujuan agar masyarakat mampu mengenali risiko kehamilan dan tanda kegawatdaruratan secara cepat serta membantu ibu dalam memilih layanan kesehatan yang tepat. Dengan cara ini, RTK+ tidak hanya berfungsi sebagai fasilitas fisik, tetapi juga sebagai pusat pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan literasi kesehatan maternal. Lebih lanjut, RTK+ mengedepankan kemitraan lintas sektor dengan fasilitas kesehatan publik dan dinas kesehatan daerah untuk memastikan keberlanjutan layanan dan efektivitas program dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi<sup>16</sup>.

Sasaran utama penerima manfaat dari program RTK+ adalah ibu

hamil yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan (lebih dari dua jam perjalanan) serta ibu hamil berisiko tinggi, tanpa mempertimbangkan jarak tempat tinggal mereka dari fasilitas pelayanan. Dalam hal ini, RTK+ berfungsi sebagai jembatan untuk mengatasi keterbatasan geografis sekaligus sebagai mekanisme deteksi dini dan penanganan risiko kehamilan secara lebih terintegrasi.



Gambar 1.1 Teori Perubahan RTK  
(Sumber: Health Policy Plus)

Untuk memastikan keberlanjutan layanan kesehatan maternal, program RTK+ juga menekankan pentingnya partisipasi dan komunikasi multisektor antara ibu, keluarga, masyarakat, pengelola RTK, dan tenaga kesehatan. Fokus utama kegiatan komunikasi mencakup empat kelompok sasaran. Pertama, ibu hamil dan ibu nifas diberikan edukasi mengenai risiko kehamilan, tanda bahaya persalinan, dan manfaat penggunaan fasilitas RTK agar dapat mengakses layanan persalinan yang berkualitas. Kedua, masyarakat, termasuk suami, keluarga, tokoh masyarakat, dan pemimpin adat, diharapkan dapat memberikan dukungan

sosial dan praktis bagi ibu dalam memanfaatkan RTK. Ketiga, staf manajemen RTK yang bertugas aktif menjangkau masyarakat, mendeteksi ibu berisiko tinggi, menjalin kerja sama dengan tokoh lokal, serta memberikan pelayanan dan edukasi mengenai kehamilan dan gaya hidup sehat pascapersalinan. Keempat, tenaga kesehatan, yang berperan dalam pengawasan dan koordinasi layanan, termasuk memastikan proses rujukan dan transportasi ke puskesmas atau rumah sakit berjalan lancar serta menjamin kesiapan fasilitas dalam menangani kasus persalinan dengan atau tanpa penyulit. Semua tenaga kesehatan juga dipastikan telah memperoleh pelatihan dan dilengkapi dengan sarana pendukung agar mampu memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat <sup>16</sup>.

### **1.7.3 Tinjauan mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan**

Teori mengenai pemanfaatan layanan kesehatan dikemukakan oleh beberapa pendapat, yaitu model Andersen, model Zschock, model Andersen dan Anderson, model Green.

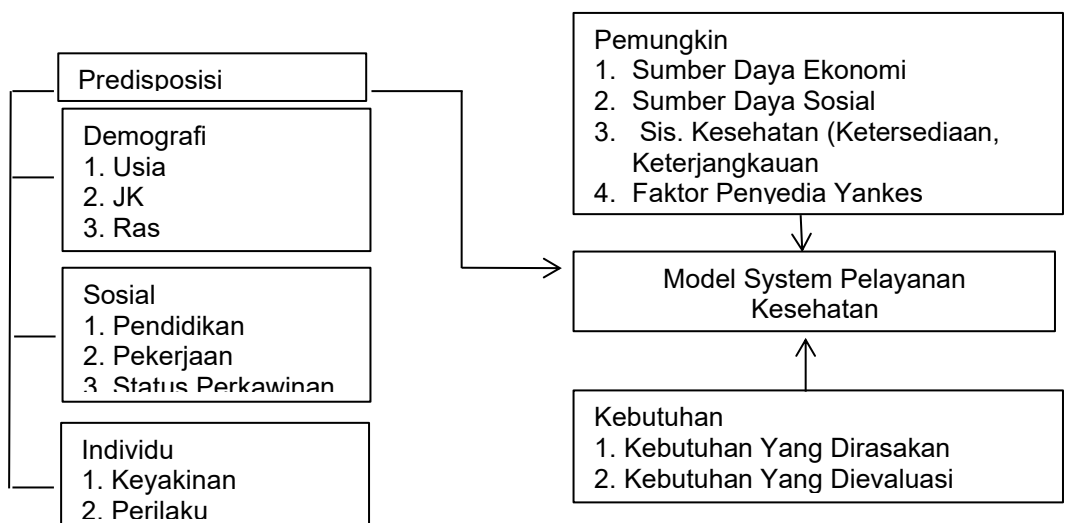
#### **1) Model Andersen**

Bagan model akses terhadap layanan kesehatan yang dikembangkan oleh Andersen dan Davidson (2007) menunjukkan bahwa peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan paling efektif dicapai melalui pendekatan yang mempertimbangkan faktor-faktor kontekstual dan individual secara bersamaan. Faktor kontekstual mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan organisasi kesehatan, penyedia layanan, serta karakteristik sosial masyarakat yang memengaruhi pola penggunaan layanan kesehatan. Faktor ini diukur pada tingkat agregat, bukan pada tingkat individu, dengan cakupan yang bervariasi mulai dari unit terkecil seperti keluarga hingga sistem pelayanan kesehatan nasional. Di antara kedua tingkat ekstrem tersebut terdapat unit-unit menengah seperti kelompok kerja, organisasi penyedia layanan, lingkungan sekitar, komunitas lokal, dan wilayah statistik metropolitan. Individu terhubung dengan unit agregat tersebut melalui keanggotaan (misalnya dalam keluarga, kelompok

kerja, atau lembaga penyedia layanan) maupun melalui tempat tinggal di wilayah tertentu seperti komunitas atau sistem kesehatan nasional.

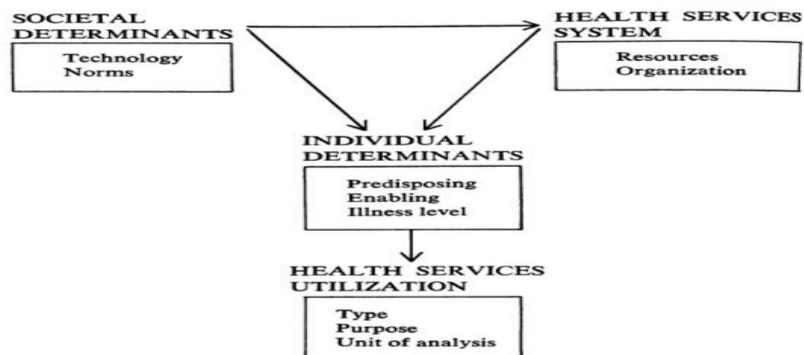
Model Andersen dan Davidson (2007) menekankan bahwa karakteristik kontekstual memiliki struktur yang sejajar dengan karakteristik individu yang menentukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Komponen utama karakteristik kontekstual meliputi tiga aspek: (1) kondisi yang memengaruhi keputusan masyarakat untuk menggunakan atau tidak menggunakan layanan, meskipun tidak secara langsung menentukan perilaku tersebut; (2) kondisi pendukung yang dapat memfasilitasi atau justru menghambat akses terhadap layanan kesehatan; dan (3) kebutuhan atau kondisi kesehatan yang diidentifikasi oleh masyarakat maupun penyedia layanan sebagai hal yang memerlukan perawatan medis. Dengan demikian, model ini mengakui pentingnya komunitas, struktur organisasi layanan, serta proses penyediaan pelayanan kesehatan dalam konteks lingkungan sosial yang lebih luas. Namun, fokus utama tetap diarahkan pada perilaku individu dalam memanfaatkan layanan kesehatan serta hasil kesehatan dan kepuasan yang diperoleh.

#### **MODEL MEDICAL CARE UTILIZATION (ANDERSON MODEL, 1995)**



**Gambar 1.2. MODEL MEDICAL CARE**

Selain faktor kontekstual, pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh tiga kategori faktor utama, yaitu predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi mencakup karakteristik demografis seperti usia, jenis kelamin, dan status perkawinan, serta struktur sosial.



Gambar 1.3. Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan

Sumber: RONALD ANDERSEN <sup>27</sup>

Selain itu, kepercayaan atau keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, termasuk sikap, pengetahuan, dan pandangan tentang pentingnya perawatan medis, juga berperan besar dalam membentuk kecenderungan seseorang untuk mencari layanan kesehatan. Faktor pemungkin berkaitan dengan ketersediaan sumber daya keluarga, seperti pendapatan dan kepemilikan asuransi kesehatan, yang memungkinkan seseorang mengakses layanan ketika dibutuhkan. Sementara itu, faktor kebutuhan mencerminkan kondisi kesehatan individu, baik yang dirasakan secara subjektif oleh pasien maupun yang dinilai secara objektif oleh tenaga kesehatan, yang menentukan tingkat urgensi seseorang untuk mencari pelayanan medis <sup>28</sup>

Model Perilaku Andersen yang dikembangkan oleh Ronald Andersen merupakan kerangka konseptual yang digunakan untuk memahami berbagai faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan oleh individu maupun masyarakat. Model ini menjelaskan bahwa keputusan seseorang untuk

menggunakan layanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kondisi medis semata, tetapi juga oleh interaksi antara karakteristik pribadi, kondisi lingkungan, dan kebutuhan akan perawatan. Andersen mengelompokkan faktor-faktor tersebut ke dalam tiga komponen utama, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan kebutuhan <sup>29</sup>. Faktor predisposisi meliputi karakteristik individu yang sudah ada sebelum timbulnya penyakit, seperti usia, jenis kelamin, ras, tingkat pendidikan, serta keyakinan terhadap kesehatan dan efektivitas layanan medis. Faktor ini berperan dalam membentuk sikap dan persepsi seseorang terhadap pentingnya perawatan kesehatan serta kecenderungannya untuk mencari bantuan medis ketika menghadapi masalah kesehatan. Selanjutnya, faktor pemungkin berkaitan dengan aspek logistik dan sumber daya yang memfasilitasi atau justru menghambat seseorang dalam mengakses pelayanan kesehatan. Faktor ini mencakup ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan sosial dari keluarga atau komunitas, kondisi ekonomi, serta akses terhadap asuransi kesehatan yang memungkinkan seseorang memperoleh layanan dengan lebih mudah.

Sementara itu, faktor kebutuhan berhubungan langsung dengan kondisi kesehatan yang dirasakan atau dinilai oleh tenaga medis sebagai memerlukan perawatan. Kebutuhan ini dapat bersifat subjektif, yaitu persepsi individu terhadap gejala atau gangguan kesehatannya, maupun objektif, yakni hasil evaluasi profesional medis terhadap kondisi pasien. Menurut model ini, semakin tinggi kebutuhan yang dirasakan, misalnya akibat infeksi atau penyakit tertentu, semakin besar kemungkinan seseorang untuk mencari dan memanfaatkan layanan kesehatan. Seiring perkembangan waktu, Model Andersen telah diterapkan secara luas dalam berbagai penelitian yang menelaah pemanfaatan layanan kesehatan, termasuk dalam konteks perawatan jangka panjang dan analisis perbedaan ras atau etnis dalam akses layanan kesehatan. Model ini juga mengalami perluasan untuk mencakup faktor-faktor psikososial, seperti motivasi, niat perilaku, dan persepsi kendali diri dalam pengambilan keputusan terhadap

layanan kesehatan. Perluasan ini sejalan dengan prinsip-prinsip Teori Perilaku Terencana, yang menekankan bahwa perilaku individu terhadap kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor eksternal, tetapi juga oleh keyakinan dan niat internal untuk bertindak<sup>29</sup>. Dengan demikian, model ini tetap relevan dan adaptif untuk memahami dinamika perilaku kesehatan dalam berbagai konteks sosial dan sistem pelayanan..

## 2) Model Zschock

Menurut Zschock, terdapat beberapa faktor utama yang memengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut mencakup status kesehatan, pendapatan, pendidikan, peran konsumen dan penyedia pelayanan kesehatan (PPK), kemampuan dan penerimaan terhadap pelayanan kesehatan, serta risiko sakit dan lingkungan. Masing-masing faktor memiliki pengaruh yang saling berkaitan dalam menentukan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan oleh individu maupun masyarakat. Faktor status kesehatan, pendapatan, dan pendidikan memiliki hubungan yang erat dengan tingkat penggunaan pelayanan kesehatan. Individu dengan status kesehatan yang lebih baik cenderung memiliki kesadaran lebih tinggi untuk melakukan pemeriksaan dan pemeliharaan kesehatan secara rutin, meskipun pada beberapa kondisi, fenomena ini tidak selalu konsisten. Pendapatan menjadi faktor penentu utama karena kemampuan ekonomi seseorang sangat memengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan. Individu dengan pendapatan rendah sering kali mengalami kesulitan memperoleh layanan medis meskipun memiliki kebutuhan yang mendesak, sehingga terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan (need) dan permintaan (demand) terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu, tingkat pendidikan juga berperan penting karena pendidikan yang lebih tinggi biasanya berhubungan dengan pengetahuan yang lebih baik mengenai pentingnya layanan kesehatan, kemampuan memahami informasi medis, dan kesadaran terhadap upaya pencegahan penyakit, yang pada akhirnya meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan<sup>30</sup>.

Selanjutnya, faktor konsumen dan penyedia pelayanan kesehatan (PPK) turut memengaruhi pola penggunaan layanan kesehatan. Dalam konteks ini, penyedia layanan atau provider memiliki peranan yang lebih dominan dibandingkan dengan konsumen dalam menentukan jenis dan intensitas pelayanan yang dikonsumsi. Hal ini dapat menimbulkan kondisi di mana provider melakukan tindakan atau pemeriksaan medis yang sebenarnya tidak selalu diperlukan oleh pasien, karena pasien umumnya tidak memiliki kemampuan untuk menilai kebutuhan medisnya secara objektif. Dengan demikian, interaksi antara pasien dan provider berperan penting dalam menentukan tingkat utilisasi layanan kesehatan. Faktor kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan juga menjadi aspek krusial dalam menentukan tingkat akses dan penggunaan layanan. Kemampuan seseorang untuk membayar biaya kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan terhadap pelayanan tersebut. Di negara-negara yang memiliki sistem asuransi kesehatan sosial atau nasional yang kuat, peranan pihak ketiga seperti perusahaan asuransi sangat menentukan sejauh mana masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan. Sistem asuransi yang inklusif mampu meningkatkan tingkat pemanfaatan layanan dengan mengurangi beban biaya langsung yang harus ditanggung oleh individu<sup>30</sup>.

Selain itu, faktor risiko sakit dan lingkungan juga memberikan kontribusi signifikan terhadap perilaku pemanfaatan layanan kesehatan. Risiko sakit berbeda pada setiap individu dan sifatnya tidak dapat diprediksi, sementara kondisi lingkungan hidup memiliki pengaruh besar terhadap status kesehatan masyarakat. Lingkungan yang bersih, aman, dan memenuhi standar kesehatan dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit, sehingga menekan kebutuhan terhadap layanan medis. Sebaliknya, lingkungan yang tidak sehat meningkatkan kerentanan individu terhadap penyakit, yang pada akhirnya meningkatkan kebutuhan dan utilisasi layanan kesehatan. Oleh karena itu, pemahaman terhadap hubungan antara faktor lingkungan dan perilaku kesehatan menjadi penting dalam upaya peningkatan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan<sup>30</sup>.

#### 1.7.4 Tinjauan mengenai Keadaan Demografi

Determinasi demografis memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap akses dan pemanfaatan layanan kesehatan. Faktor-faktor seperti kekayaan, pendidikan, dan tempat tinggal secara konsisten berhubungan dengan perbedaan dalam penggunaan dan jangkauan layanan kesehatan<sup>31</sup>. Berbagai analisis tingkat populasi menunjukkan bahwa rumah tangga dengan kekayaan lebih tinggi dan kepemilikan asuransi swasta memiliki kemungkinan lebih besar untuk menggunakan berbagai jenis layanan (termasuk layanan swasta), sedangkan kelompok berpenghasilan rendah kurang memanfaatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan, bahkan ketika kebutuhan mereka tinggi<sup>32</sup>. Pola ini ditemukan pada berbagai jenis pelayanan, termasuk perawatan penyakit tidak menular, layanan kesehatan gigi, dan layanan rawat jalan umum<sup>33</sup>. Selain itu, pendidikan dan usia turut memengaruhi penggunaan layanan kesehatan. Individu yang lebih berpendidikan serta kelompok usia lanjut atau pekerja di sektor nonpertanian lebih sering memanfaatkan layanan rawat jalan dan layanan preventif, yang menunjukkan bahwa posisi sosial ekonomi dan modal manusia memperkuat kesenjangan akses melebihi sekadar kemampuan membayar<sup>32</sup>. Perbedaan ini semakin diperparah oleh lokasi tempat tinggal antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Penduduk perkotaan umumnya memiliki akses fisik yang lebih dekat ke fasilitas kesehatan, paparan informasi kesehatan yang lebih tinggi, serta kemudahan transportasi, sehingga mereka memperoleh tingkat pemanfaatan layanan dan cakupan berkualitas yang lebih baik dibandingkan dengan penduduk pedesaan. Akibatnya, terjadi pengelompokan geografis wilayah dengan cakupan rendah di daerah pedesaan<sup>34</sup>.

Model Perilaku Andersen mensintesis temuan-temuan tersebut dengan menempatkan faktor predisposisi (usia, pendidikan), pemungkin (pendapatan, asuransi, jarak), dan kebutuhan (persepsi terhadap kesehatan) sebagai elemen yang secara bersama-sama menentukan pola pemanfaatan layanan kesehatan.

Kerangka ini membantu menjelaskan mengapa ciri sosial ekonomi dan kontekstual secara konsisten memprediksi siapa yang menerima layanan preventif, antenatal, maupun kuratif<sup>35</sup>. Kesenjangan demografis ini tampak nyata dalam berbagai bidang pelayanan dan hambatan yang menghalangi akses kesehatan yang adil. Studi mengenai layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan adanya gradien pro-kaya dalam pemanfaatan layanan antenatal, persalinan oleh tenaga profesional, dan perawatan pascapersalinan. Perempuan yang lebih kaya, berpendidikan tinggi, dan tinggal di perkotaan mendapatkan lebih banyak serta layanan antenatal yang lebih berkualitas, sementara biaya transportasi, jarak, dan ketidakmampuan membayar tetap menjadi hambatan utama bagi perempuan miskin di daerah pedesaan<sup>36</sup>.

#### **1.7.5 Tinjauan mengenai Individu**

Aspek individu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan usia, jenis kelamin atau gender, serta tingkat pendidikan. Ketiga faktor ini tidak hanya menentukan kebutuhan dan preferensi seseorang terhadap layanan kesehatan, tetapi juga mencerminkan bagaimana individu berinteraksi dengan sistem kesehatan yang tersedia. Faktor usia berperan penting dalam menentukan kebutuhan kesehatan, pola penyakit, kemampuan mobilitas, serta preferensi terhadap jenis layanan kesehatan. Menurut Pengid et al. (2022), usia merupakan salah satu prediktor yang paling kuat dalam model Andersen dan sering berkorelasi dengan frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan<sup>37</sup>. Pola usia mempengaruhi jenis layanan yang dibutuhkan misalnya, kelompok usia lanjut cenderung lebih sering memanfaatkan layanan rawat jalan, rawat inap, dan pengobatan penyakit kronis, sementara kelompok remaja dan dewasa muda cenderung jarang memanfaatkan layanan preventif, kecuali bila terdapat program khusus yang menargetkan kelompok tersebut<sup>38</sup>. Dengan demikian, perbedaan

kebutuhan dan perilaku berdasarkan usia perlu menjadi pertimbangan utama dalam perencanaan dan penyediaan layanan kesehatan yang berkeadilan dan tepat sasaran.

Faktor jenis kelamin atau gender juga memiliki pengaruh yang kompleks terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik melalui aspek biologis maupun sosial. Perbedaan kebutuhan reproduksi, persepsi terhadap kesehatan, stigma sosial, serta peran dan tanggung jawab dalam rumah tangga sering kali memengaruhi pola akses terhadap layanan. Perempuan umumnya lebih sering mengakses layanan kesehatan preventif seperti pemeriksaan Pap smear dan antenatal care (ANC). Namun, di sisi lain, perempuan juga kerap menghadapi hambatan berupa ketergantungan ekonomi dan keterbatasan waktu karena tanggung jawab domestik, yang dapat mengurangi kemampuan mereka untuk mengakses layanan kesehatan secara optimal. Hasil studi lintas benua menunjukkan adanya perbedaan gender yang konsisten dalam pemanfaatan layanan kesehatan, di mana perempuan lebih sering menggunakan layanan ambulatori dibandingkan laki-laki, meskipun pola ini bervariasi antarnegara tergantung pada sistem kesehatan dan budaya yang berlaku <sup>39</sup>.

Sementara itu, pendidikan memainkan peran fundamental dalam membentuk perilaku kesehatan individu. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi biasanya berkorelasi dengan pengetahuan kesehatan yang lebih baik, kemampuan menavigasi sistem pelayanan kesehatan, serta keterampilan dalam menilai kebutuhan medis dan memahami informasi kesehatan. Individu dengan pendidikan tinggi cenderung lebih sadar terhadap pentingnya pencegahan penyakit dan lebih aktif dalam memanfaatkan layanan seperti deteksi dini dan pemeriksaan rutin. Hal ini sejalan dengan temuan Coughlin et al. (2020) yang menunjukkan bahwa pendidikan merupakan determinan utama dalam meningkatkan literasi kesehatan dan akses terhadap layanan preventif <sup>40</sup>.

### 1.7.6 Tinjauan mengenai Sumber daya Sosial

Sumber daya sosial yang umumnya dioperasionalkan dalam penelitian layanan kesehatan sebagai dukungan sosial, jaringan sosial, dan sumber daya pendukung terkait memiliki pengaruh yang besar dan bergantung pada konteks terhadap akses dan pemanfaatan layanan kesehatan. Hubungan ini sering dijelaskan melalui *Andersen's Behavioural Model of Health Services Use*, yang mengklasifikasikan sumber daya sosial sebagai faktor pendukung (*enabling factors*) yang memfasilitasi penggunaan layanan <sup>29</sup>. Berbagai studi empiris lintas populasi dan konteks menunjukkan bahwa persepsi dukungan sosial yang tinggi serta kapasitas terkait seperti efikasi diri dan keanggotaan dalam kelompok sosial berkorelasi dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan secara tepat waktu. Misalnya, lansia di pedesaan mengidentifikasi efikasi diri dan dukungan sosial sebagai faktor utama dalam memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan <sup>41</sup>. Peserta penelitian di Indonesia serta pekerja industri menunjukkan bahwa dukungan sosial berkaitan dengan peningkatan pemanfaatan layanan dan ekspektasi hasil yang lebih positif <sup>42</sup>.

Namun demikian, sumber daya sosial tidak selalu meningkatkan pencarian layanan kesehatan. Hidup bersama keluarga atau pasangan, misalnya, dalam beberapa konteks kesehatan mental justru menurunkan kemungkinan untuk mencari dan menerima perawatan psikiatri, menunjukkan bahwa konteks interpersonal dapat menghambat maupun memfasilitasi penggunaan layanan <sup>43</sup>. Rendahnya dukungan sosial juga dikaitkan dengan peningkatan ketergantungan pada layanan intensif, penurunan kehadiran rehabilitasi rawat jalan, peningkatan risiko rawat inap ulang, serta menurunnya tingkat kelangsungan hidup setelah kejadian kardiovaskular. Hal ini menegaskan bahwa lemahnya sumber daya sosial dapat memperburuk perjalanan klinis dan meningkatkan beban sistem layanan kesehatan <sup>44</sup>. Dukungan sosial digital dan media sosial juga dapat memperluas jangkauan ke kelompok yang kurang terlayani, namun perlu memperhatikan aspek efikasi diri digital dan peran agen perantara agar tidak

memperlebar kesenjangan digital <sup>45</sup>. Penting untuk dicatat bahwa kekuatan dan arah pengaruh sumber daya sosial bervariasi berdasarkan konteks, populasi, serta faktor sosial ekonomi (pendidikan, kekayaan, usia). Sejumlah tinjauan menunjukkan adanya heterogenitas dan kebutuhan akan pengukuran serta desain penelitian yang sensitif terhadap konteks guna memandu kebijakan dan praktik <sup>29</sup>.

### **1.7.7 Tinjauan mengenai Sistem Kesehatan**

Kapasitas sistem kesehatan untuk menyediakan akses layanan yang adil secara fundamental ditentukan oleh ketersediaan, distribusi, dan komposisi tenaga kerja kesehatan, sebuah kesimpulan yang diperoleh dari berbagai konteks geografis dan metode penelitian <sup>46</sup>. Analisis spasial dan sistemik menunjukkan adanya maldistribusi yang terus berlanjut: komunitas terpencil dan pedesaan umumnya mengalami kekurangan layanan atau, sebaliknya, layanan berlebih yang bersifat episodik akibat lemahnya koordinasi antarlembaga dan adanya kesenjangan dalam perencanaan di tingkat fasilitas maupun tenaga kerja <sup>47</sup>. Analisis ini juga menunjukkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan tidak hanya bersifat kuantitatif, tetapi juga kualitatif. Sistem kesehatan sering kali tidak memiliki jumlah penyedia layanan dengan keragaman jabatan (seperti perawat, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga medis tingkat menengah, dan spesialis) yang memadai serta gagal menyesuaikan komposisi tersebut dengan kebutuhan lokal, sehingga membatasi penyediaan layanan rutin maupun kapasitas tanggap darurat selama krisis <sup>48</sup>.

Krisis dan guncangan sistem memperparah keterbatasan ini dengan memicu penugasan ulang staf dan penghentian sementara layanan (terutama program kesehatan mental dan pencegahan), yang pada akhirnya mengurangi ketersediaan dan kesinambungan layanan bagi kelompok rentan <sup>49</sup>. Oleh karena itu, literatur memandang akses terhadap layanan sebagai hasil dari faktor spasial, okupasional, dan organisasional meliputi jumlah tenaga kerja, komposisi

keahlian, kebijakan penempatan, serta ketersediaan fisik pasokan dan infrastruktur yang semuanya harus diukur dan diatasi secara bersamaan untuk memahami serta memperbaiki kesenjangan dalam akses layanan kesehatan<sup>50</sup>. Hambatan terhadap akses layanan yang terdokumentasi di berbagai konteks meliputi biaya dan jarak transportasi, keterbatasan waktu, kendala bahasa dan budaya, sikap negatif penyedia layanan, stigma, pengecualian hukum dan kebijakan, serta keterbatasan pasokan fasilitas. Sebaliknya, faktor yang mempermudah akses mencakup kehadiran tenaga kesehatan masyarakat, layanan keliling atau kunjungan, telehealth, serta peningkatan koordinasi layanan, informasi digital, dan dukungan asuransi atau pemberi kerja yang mengurangi hambatan finansial dan informasional<sup>51</sup>.

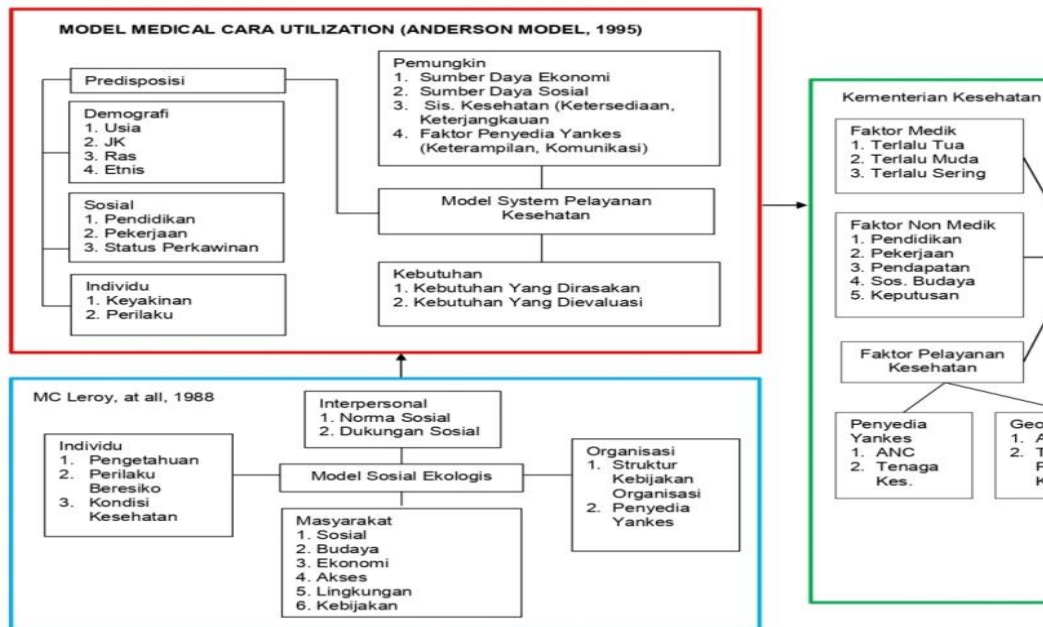
### 1.8 Kerangka Teori

Model Andersen mengenai utilisasi pelayanan kesehatan menjelaskan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok determinan utama. Pertama, faktor predisposisi mencakup karakteristik individu, seperti usia, pendidikan, status sosial, pengetahuan, serta keyakinan terkait kesehatan. Kedua, faktor pemungkin (*enabling factors*) meliputi ketersediaan sumber daya yang memungkinkan akses layanan, seperti transportasi, dukungan keluarga, dan kepesertaan asuransi kesehatan. Ketiga, faktor kebutuhan (*need factors*) mencakup persepsi individu terhadap kebutuhan layanan kesehatan dan kebutuhan medis yang diidentifikasi melalui evaluasi klinis (Andersen, 2020;<sup>52</sup>. Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), ketiga faktor ini dapat diimplementasikan sebagai berikut: faktor predisposisi mencakup pengetahuan ibu tentang resiko persalinan serta norma budaya yang mempengaruhi keputusan penggunaan RTK; faktor pemungkin meliputi ketersediaan biaya, transportasi, fasilitas RTK, dan dukungan sosial dari komunitas; sedangkan faktor kebutuhan muncul ketika ibu hamil mengalami resiko tinggi atau gejala komplikasi yang meningkatkan motivasi untuk tinggal di RTK<sup>53</sup>

Selain itu, Model Sosial-Ekologis McLeroy et al. (1988) memberikan kerangka multi-level yang menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor pada berbagai tingkat, yaitu: (1) intrapersonal, yang mencakup pengetahuan, sikap, dan demografi individu; (2) interpersonal, yang meliputi dukungan sosial dari keluarga, teman, atau tokoh masyarakat; (3) organisasi, yang mencakup peran institusi kesehatan dan kualitas fasilitas RTK; (4) komunitas, yang mencakup jejaring sosial, norma lokal, dan dukungan lingkungan; serta (5) kebijakan publik, yang meliputi regulasi pemerintah dan dukungan pendanaan<sup>54</sup>. Dalam konteks RTK, tingkat intrapersonal tampak pada persepsi ibu terhadap manfaat tinggal di RTK; tingkat interpersonal melibatkan dukungan suami dan keluarga; tingkat organisasi tercermin pada kualitas fasilitas RTK dan integrasinya dengan puskesmas atau rumah sakit rujukan; tingkat komunitas dipengaruhi oleh norma dan praktik persalinan lokal; dan tingkat kebijakan publik tampak pada pedoman RTK dari Kemenkes serta integrasi biaya melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Kemenkes RI, 2022).

Lebih lanjut, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui pedoman layanan maternal terbaru menekankan pentingnya pengembangan Rumah Tunggu Kelahiran sebagai strategi untuk menurunkan kematian ibu, khususnya di daerah dengan akses kesehatan terbatas. Kebijakan ini menitikberatkan pada standardisasi lokasi RTK di dekat fasilitas rujukan, optimalisasi peran bidan dan tenaga kesehatan komunitas, serta skema pembiayaan melalui subsidi atau integrasi JKN untuk menanggung biaya transportasi dan akomodasi. Strategi ini diharapkan dapat meminimalisasi keterlambatan jenis I (keputusan mencari pertolongan) dan jenis II (perjalanan menuju fasilitas kesehatan), yang merupakan penyebab utama tingginya resiko komplikasi persalinan di wilayah terpencil<sup>55,56</sup>

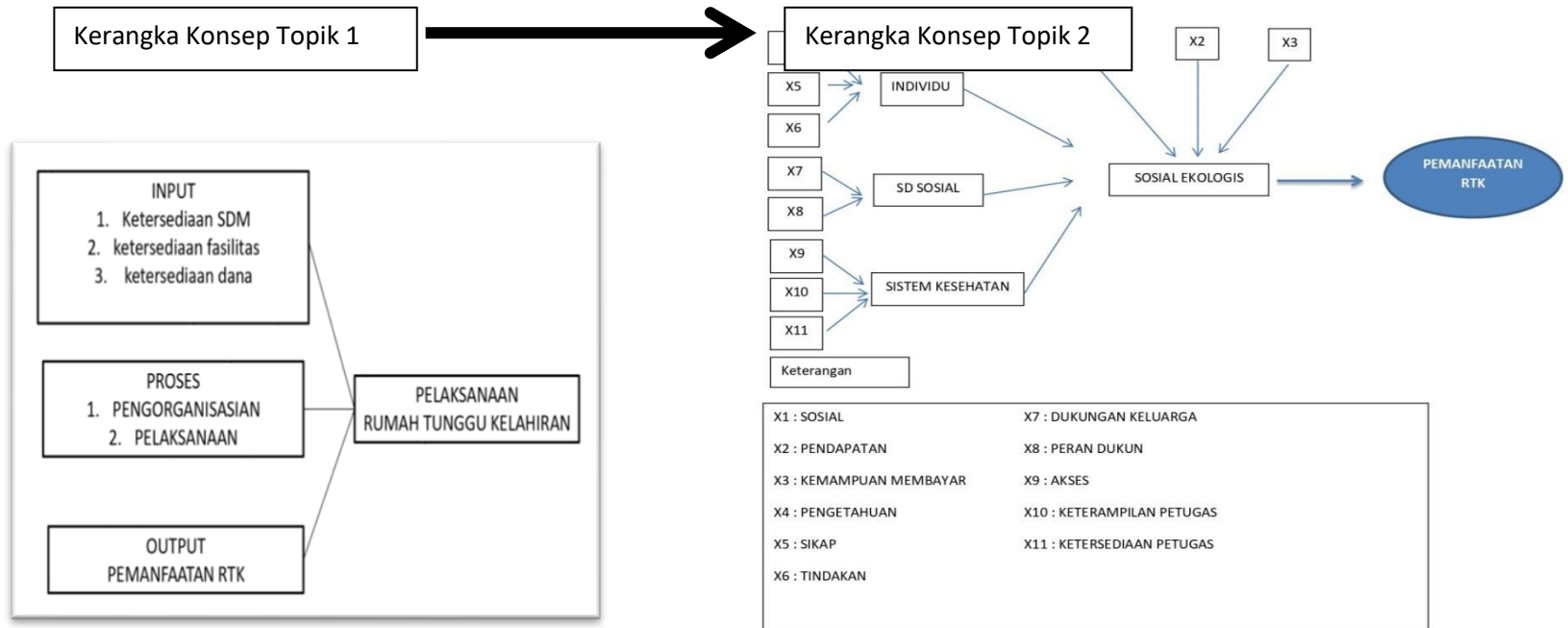
## 1.9 Bagan Kerangka Teori



Sumber: Andersen, R.M. and Davidson, P.L. (2007), Golden, S.D. and Earp, J.A.L. (2012), Permenkes RI (2015)

Menurut kerangka teori ini, sebagaimana diuraikan dalam Model Anderson, penggunaan layanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung, serta kebutuhan pribadi. Model Sosial Ekologis McLeroy menambahkan bahwa faktor interpersonal, organisasi, dan komunitas juga berperan dalam perilaku kesehatan. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa faktor-faktor tersebut memengaruhi kualitas pemanfaatan layanan kesehatan ibu, yang pada akhirnya berdampak pada tingkat kematian ibu. Penelitian ini berlandaskan pada teori pemanfaatan layanan kesehatan dan memilih faktor sosial ekologi yang mencakup faktor-faktor yang memengaruhi layanan kesehatan, yaitu faktor individu (pengetahuan, sikap, dan tindakan), sumber daya sosial (dukungan keluarga, peran dukun), serta sistem kesehatan (ketersediaan petugas, keterampilan komunikasi petugas, dan akses). Selain faktor tersebut, peneliti juga menggunakan variabel moderator yang dapat memperkuat atau melemahkan hubungan antara variabel independen dan dependen. Variabel itu berupa faktor sosial ekologi yang meliputi aspek sosial, kemampuan membayar, dan pendapatan.

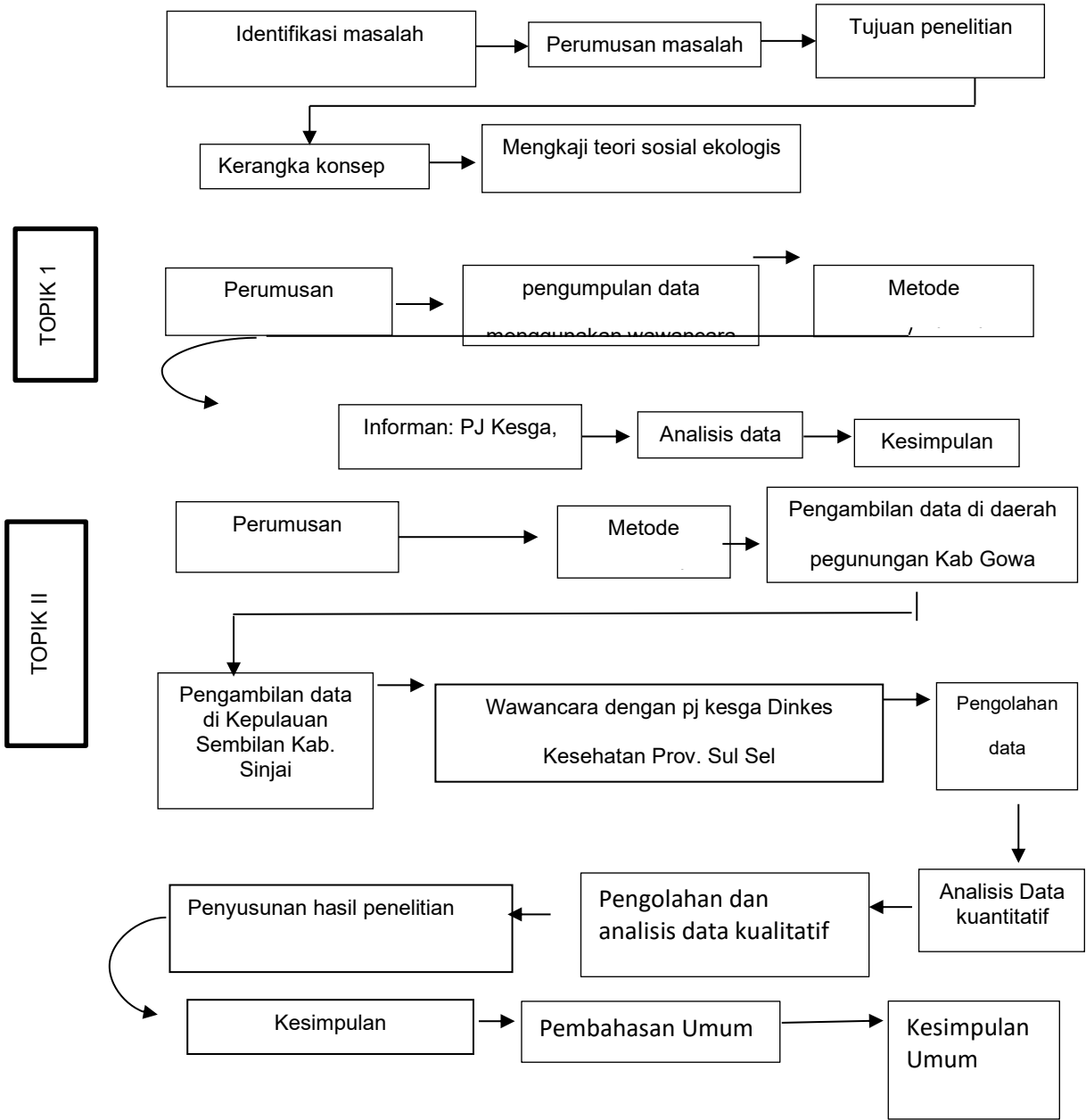
## 1. 10 Bagan Kerangka Konsep



Gambar 1.5. Bagan Kerangka Konsep

Model konsep penelitian ini disusun dengan mengintegrasikan Model Andersen, Model Sosial Ekologis McLeroy, serta kerangka kerja Kementerian Kesehatan. Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) dijadikan variabel dependen yang dipengaruhi oleh faktor individu, faktor sosial, dan faktor sistem kesehatan. Dalam Model Andersen, faktor individu mencakup pengetahuan, sikap, dan tindakan, yang termasuk dalam faktor predisposisi. Faktor sosial meliputi kondisi sosial-ekonomi, pendapatan, kemampuan membayar, dukungan keluarga, serta peran dukun. Sementara itu, Model Sosial Ekologis menyoroti faktor sistem kesehatan seperti akses ke layanan kesehatan, kemampuan komunikasi petugas, dan ketersediaan tenaga medis. Peran dukun tergolong dalam faktor interpersonal dan budaya. Keseluruhan komponen tersebut membentuk sistem sosial dan ekologis yang pada gilirannya memengaruhi keputusan ibu untuk menginap di Rumah Tunggu Kelahiran.

1.11 Alur Penelitian



Gambar 1.6 Alur Penelitian

Penelitian ini dimaksudkan untuk merancang model Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) yang berlandaskan paradigma sosial-ekologis di daerah pegunungan serta kepulauan. Proses dimulai dengan mengidentifikasi dan merumuskan permasalahan terkait rendahnya tingkat pemanfaatan RTK beserta faktor-faktor yang memengaruhinya, kemudian menetapkan tujuan penelitian dengan mengacu pada teori sosial-ekologis yang meliputi dimensi individu, interpersonal, komunitas, dan kebijakan. Penelitian dibagi menjadi dua tema utama: eksplorasi kualitatif (Topik I) melalui wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan seperti PJ Kesga, bidan, dan LSM serta pendekatan metode campuran (Topik II) yang menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif di wilayah kepulauan (Kabupaten Sinjai) dan area pegunungan (Kabupaten Gowa). Data pada Topik I diolah secara kualitatif untuk mengungkap hambatan serta kebutuhan dalam penggunaan RTK, sedangkan pada Topik II dilakukan analisis kuantitatif yang dilengkapi dengan temuan kualitatif untuk menelaah perbedaan konteks wilayah. Temuan dari kedua topik kemudian disatukan untuk menyusun model pengembangan RTK berbasis sosial-ekologis yang kontekstual dan dapat beradaptasi dengan kondisi geografis setempat. Tahap akhir mencakup pembahasan serta penarikan kesimpulan yang menghasilkan rekomendasi model guna meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan maternal di daerah pegunungan dan kepulauan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Zeng W, Gao T, Jarawan E, Et Al. The Economic Burden Of Maternal Death In Jordan From 2018 To 2021: Sosial And Geographic Variations. *Value Heal Reg Issues*. Published Online 2025:101155. Doi:10.1016/J.Vhri.2025.101155
2. Tayebwa E, Gatimu SM, Kalisa R, Kim YM, Van Dillen J, Stekelenburg J. Provider And Client Perspectives On The Use Of Maternity Waiting Homes In Rural Rwanda. *Glob Health Action*. 2023;16(1). Doi:10.1080/16549716.2023.2210881
3. Mustofa LA, Nurjannah. Kesulitan Akses Pelayanan Kesehatan, Kurangnya Pengetahuan Dan Sikap Negatif Tentang Bahaya Pertolongan Persalinan Oleh Dukun. *J Ilmu Kesehat*. 2022;13(1):2087-1287.
4. Aryastami NK, Mubasyiroh R. Traditional Practices Influencing The Use Of Maternal Health Care Services In Indonesia. *Plos One*. 2021;16(9 September):1-10. Doi:10.1371/Journal.Pone.0257032
5. Martilova D, Hayati S. Perilaku Ibu Dalam Memilih Dukun Bayi Sebagai Penolong Persalinan Pada Komunitas Suku Talang Mamak Tahun 2022. *JOMIS (Journal Midwifery Sci)*. 2023;7(2):148-154. Doi:10.36341/Jomis.V7i2.3372
6. Boru TM, Tefera EG, Bulto GA, Et Al. Maternity Waiting Home Utilization Among Women Who Gave Birth In The Pastoralist Communities Of Borana Zone, Ethiopia: A Community-Based Mixed-Method Study Design. *Heliyon*. 2024;10(12):E32925. Doi:10.1016/J.Heliyon.2024.E32925
7. Lee HE, Maffioli EM, Veliz PT, Sakala I, Chiboola NM, Lori JR. Direct And Opportunity Costs Related To Utilizing Maternity Waiting Homes In Rural Zambia. *Midwifery*. 2022;105:103211. Doi:10.1016/J.Midw.2021.103211
8. Penn-Kekana L, Pereira S, Hussein J, Et Al. Understanding The Implementation Of Maternity Waiting Homes In Low- And Middle-Income Countries: A Qualitative Thematic Synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1-12. Doi:10.1186/S12884-017-1444-Z
9. Yoshida YH, Rachman JB, Darmawan WB, Internasional DH, Padjadjaran U, Anak P. Upaya Indonesia Dalam Mengatasi Pernikahan Anak Sebagai. *Aliansi J Polit Keamanan Dan Hub Int*. 2023;1(3):153-166. Doi:10.24198/Aliansi.V1i3.44202
10. Misnaniarti, Sariunita N, Idris H. Regional Perinatal Mortality Differences In Indonesia: Evidence From Indonesian Demographic Health Survey. *Public Heal Pract*. 2024;7(April):100501. Doi:10.1016/J.Puhip.2024.100501
11. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indo-Nesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021.
12. Dahlberg LL, Krug EG. The Sosial-Ecological Model: A Framework For Prevention. *Violence A Glob Public Heal Probl*. Published Online 2002:1-21. <https://www.Cdc.Gov/Violenceprevention/About/Sosial-Ecologicalmodel.Html#Print>
13. Hariyani N, Febriyanti D, Marpaleni, Darmastuti JW, Abduljalil Ahmed SM,

- Sengupta K. Demographic And Economic Correlates Of Health Security In West Sumatra Province - Indonesia. *Heliyon*. 2023;9(11):E21142. Doi:10.1016/J.Heliyon.2023.E21142
14. Vidal-Silva C, Sánchez-Ortiz A, Serrano-Malebrán J, Et Al. Sosial Influence, Performance Expectancy, And Price Value As Determinants Of Telemedicine Services Acceptance In Chile. *Heliyon*. 2024;10(5):E27067. Doi:10.1016/J.Heliyon.2024.E27067
  15. Dinas Kesehatan Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai. Profil Kesehatan Daerah pegunungan Kabupaten Gowa dan Pulau Sembilan Kabupaten Sinjai. Published Online 2022.
  16. USAID. *KEMITRAAN PEMERINTAH DAN SWASTA UNTUK PERAWATAN MATERNITAS DI INDONESIA.*; 2022.
  17. Asriadi A, Asriadi S, Jusniaty J. Efektifitas Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) Bahari Di Sinjai Sebagai Wujud Inovasi Pelayanan Publik. *J Gov Insight*. 2021;1(1):38-48. Doi:10.47030/Jgi.V1i1.251
  18. Busuttill J. Health Promotion [4]. *Br J Occup Ther*. 2004;67(11):517.
  19. Nyongki Alexander, Shalma Adeesya, Nikmatul Khusna VM. MODEL EKOLOGIS PERILAKU KESEHATAN. *Inst Ilmu Kesehat Str INDONESIA*. Published Online 2022.
  20. Mustikawati IS. Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap, Dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (Pmk) Pada Ibu Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Di Jakarta Utara. *Desertasi Univ Indones*. Published Online 2020.
  21. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan. 2019;224(11):122-130.
  22. Secka A, Handayani S. Effectiveness Of Maternity Waiting Homes In Increasing Utilization Of Facility-Based Delivery: A Systematic Review. *Int J Public Heal Sci*. 2021;10(3):529-536. Doi:10.11591/Ijphs.V10i3.20922
  23. Mcrae DN, Bergen N, Portela AG, Muhajarine N. A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Effectiveness Of Maternity Waiting Homes In Low-And Middle-Income Countries. *Health Policy Plan*. 2021;36(7):1215-1235. Doi:10.1093/Heapol/Czab010
  24. Hidoto KT, Gidebo KD, Koyira MM, Domínguez MLG. Access To Maternity Waiting Home Services And Its Determinants Among Women In Ethiopia: Systematic Reviews And Meta-Analysis. *Front Glob Women's Heal*. 2024;5(December). Doi:10.3389/Fgwh.2024.1423639
  25. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Serta Sarana Dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016. *Kementeri Kesehat RI*. Published Online 2015:1-106. <https://Peraturan.Bpk.Go.Id/Home/Details/116584/Permenkes-No-82-Tahun-2015>
  26. Mcrae DN, Portela A, Waldron T, Bergen N, Muhajarine N. Understanding The Implementation (Including Women's Use) Of Maternity Waiting Homes In Low-Income And Middle-Income Countries: A Realist Synthesis Protocol. *BMJ Open*. 2021;11(3):E039531. Doi:10.1136/Bmjopen-2020-

27. Ri I, Ig AGID. D Eterm Inants Of User Participation : A F Innish Survey. 1997;(1969).
28. Andersen RM, Davidson PL. Improving Access To Care In America: Individual And Contextual Indicators. *Chang US Heal Care Syst Key Issues Heal Serv Policy Manag*. Published Online 2007;3-31. [https://www.researchgate.net/publication/237675193\\_Improving\\_Access\\_To\\_Care\\_In\\_America\\_Individual\\_And\\_Contextual\\_Indicators](https://www.researchgate.net/publication/237675193_Improving_Access_To_Care_In_America_Individual_And_Contextual_Indicators)
29. Alkhawaldeh A, Albashtawy M, Rayan A, Et Al. Application And Use Of Andersen's Behavioral Model As Theoretical Framework: A Systematic Literature Review From 2012–2021. *Iran J Public Health*. 2023;52(7):1346-1354. Doi:10.18502/Ijph.V52i7.13236
30. Mendukung L, Ntoimo C, B JEO, Et Al. Kebidanan. 2022;104(September 2021). Doi:10.1016/J.Midw.2021.103158
31. Alamneh TS, Teshale AB, Yeshaw Y, Et Al. Socioeconomic Inequality In Barriers For Accessing Health Care Among Married Reproductive Aged Women In Sub-Saharan African Countries: A Decomposition Analysis. *BMC Women S Heal*. 2022;22(1). Doi:10.1186/S12905-022-01716-Y
32. Zhang Huiru, Chen M, Si L. Socioeconomic Inequality And Associated Faktors Affecting Health Care Utilization Among The Elderly: Evidence From The China Health And Retirement Longitudinal Study. Published Online 2023. Doi:10.21203/Rs.3.Rs-2547107/V1
33. Tan YR, Tan EH, Jawahir S, Hanafiah ANM, Yunus MHM. Demographic And Socioeconomic Inequalities In Oral Healthcare Utilisation In Malaysia: Evidence From A National Survey. *BMC Oral Health*. 2021;21(1). Doi:10.1186/S12903-020-01388-W
34. Wulandari RD, Laksono AD, Prasetyo YB, Nandini N. Socioeconomic Disparities In Hospital Utilization Among Female Workers In Indonesia: A Cross-Sectional Study. *J Prim Care Community Health*. 2022;13. Doi:10.1177/21501319211072679
35. Söyler S, SİPAHİ BB, Çavmak D. Does Access To Health Care Affect Utilization Of Preventive Health Services? An Ordered Probit Model Analysis Of Turkey Health Survey. *World Med Heal Policy*. 2025;17(3):606-615. Doi:10.1002/Wmh3.70028
36. Tessema ZT, Teshale AB, Tesema GA, Tamirat KS. Determinants Of Completing Recommended Antenatal Care Utilization In Sub-Saharan From 2006 To 2018: Evidence From 36 Countries Using Demographic And Health Surveys. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1). Doi:10.1186/S12884-021-03669-W
37. Pengid S, Peltzer K, De Moura Villela EF, Et Al. Using Andersen's Model Of Health Care Utilization To Assess Faktors Associated With COVID-19 Testing Among Adults In Nine Low-And Middle-Income Countries: An Online Survey. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1-11. Doi:10.1186/S12913-022-07661-8
38. Simons K, Bradfield O, Spittal MJ, King T. Age And Gender Patterns In Health Service Utilisation: Age-Period-Cohort Modelling Of Linked Health Service Usage Records. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1-13. Doi:10.1186/S12913-023-09456-X
39. Golinelli D, Sanmarchi F, Guarducci G, Et Al. Health Policy Gender

- Differences In Healthcare Utilization Across Europe: Evidence From The European Health Interview Survey. *Health Policy (New York)*. 2025;162(April):105448. Doi:10.1016/J.Healthpol.2025.105448
40. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health Literacy, Sosial Determinants Of Health, And Disease Prevention And Control. *J Environ Heal Sci*. 2020;6(1):2019-2022. [Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/33604453](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33604453)[http://Www.Pubmedcentral.Nih.Gov/Articlerender.Fcgi?Artid=PMC7889072](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC7889072)
  41. Asante D, Mclachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs Of Rural Older Adults With Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3298. Doi:10.3390/Ijerp20043298
  42. Mustikawati IF, Sulaeman ES, Subiyanto AA, Suminah S. Health Promotion Model In The Utilization Of Health Services For Indonesian Sosial Security Agency For Health Participants. *Narra J*. 2024;4(3):E1300. Doi:10.52225/Narra.V4i3.1300
  43. Leclair MC, Charette Y, Seto MC, Et Al. Barriers And Facilitators Of Access And Utilization Of Mental Health Services Among Forensic Service Users Along The Care Pathway. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1). Doi:10.1186/S12913-022-08848-9
  44. Freak-Poli R, Hu J, Phyo AZZ, Barker F. Sosial Isolation And Sosial Support Influence Health Service Utilisation And Survival After A Cardiovascular Disease Event: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):4853. Doi:10.3390/Ijerp20064853
  45. Gbenga AP, Aimiomode A, Nwosu CL, Seluman I. Sosial Media As A Veritable Tool For Mental Health Support In Nigeria. *Int J Res Sci Innov*. 2023;X(VII):179-187. Doi:10.51244/Ijrsi.2023.10723
  46. Gruson D. Understanding And Addressing Healthcare Workforce Shortages. *Apfcb*. 2024;2024(01):93-95. Doi:10.62772/Apfcb-News.2024.1.3
  47. Osborn E, Ritha M, Macniven R, Et Al. "No One Manages It; We Just Sign Them Up And Do It": A Whole System Analysis Of Access To Healthcare In One Remote Australian Community. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2939. Doi:10.3390/Ijerp19052939
  48. Moser M, Beiruti S. Healthcare Inaccessibility In Rural Indiana: A Scoping Review. *J Student Res*. 2023;12(1). Doi:10.47611/Jsrhs.V12i1.3923
  49. Uansri S, Kunpeuk W, Julchoo S, Sinam P, Phaiyarom M, Suphanchaimat R. Perceived Barriers Of Accessing Healthcare Among Migrant Workers In Thailand During The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):5781. Doi:10.3390/Ijerp20105781
  50. Tabibi R. Ss40-04 Basic Occupational Health Services (Bohs) In Iran: Overview Of State Of The Art. *Occup Med (Chic Ill)*. 2024;74(Supplement\_1):0. Doi:10.1093/Occmed/Kqae023.0243
  51. Amani PJ, Sebastián MS, Hurtig A, Kiwara AD, Goicolea I. Healthcare Workers' Experiences And Perceptions Of The Provision Of Health Insurance Benefits To The Elderly In Rural Tanzania: An Explorative Qualitative Study. *BMC Public Health*. 2023;23(1). Doi:10.1186/S12889-023-15297-4

52. Kurji J. Assessing The Determinants Of Maternal Healthcare Service Utilization And Effectiveness Of Interventions To Improve Institutional Births In Jimma Zone, Ethiopia. *J Lang Relatsh*. 2021;19(3-4):Vii-Viii. Doi:10.31826/Jlr-2021-193-401
53. Beck D, Veliz PT, Munro-Kramer M, Et Al. Home Birth In Rural Zambia: The Role Of Intimate Partner Violence And Autonomous Decision-Making. *J Midwifery Women's Heal*. 2021;66(2):256-264. Doi:10.1111/Jmwh.13208
54. Golden SD, Earp JAL. Sosial Ecological Approaches To Individuals And Their Contexts: Twenty Years Of Health Education & Behavior Health Promotion Interventions. *Heal Educ Behav*. 2012;39(3):364-372. Doi:10.1177/1090198111418634
55. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 6 Tahun 2024. *Kementerian Kesehatan*. Published Online 2024:31-34.
56. Anteneh TA, Solomon AA, Tamiru AT, Et Al. Knowledge And Attitude Of Women Towards Maternity Waiting Homes And Associated Factors Among Women Who Gave Birth In The Last Twelve Months In Dega Damot District, Northwest Ethiopia. *Front Glob Women's Heal*. 2023;4(February):1-10. Doi:10.3389/Fgwh.2023.988328

## BAB II TOPIK PENELITIAN I

### Analisis Input Proses Output Dalam Pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran

#### 2.1 Abstrak

**Latar Belakang:** Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan Kabupaten Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan, sebagai wilayah prioritas berdasarkan tingginya angka kematian ibu dan bayi baru lahir di daerah tersebut. Pada periode tahun 2020–2021, tercatat sebanyak 32 kasus kematian ibu hamil dan 107 kasus kematian bayi baru lahir di Kabupaten Gowa (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan). **Tujuan:** Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini melibatkan empat informan, yaitu penanggung jawab kesehatan keluarga di Dinas Kesehatan, bidan, serta dua orang perwakilan lembaga swadaya masyarakat. Instrumen yang digunakan berupa pedoman wawancara. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui triangulasi data, yaitu wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Analisis data dilakukan dengan menggunakan aplikasi NVivo. **Hasil:** Temuan penelitian menunjukkan bahwa Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), sebelum menjalin kerja sama dengan lembaga swadaya masyarakat, belum memiliki sumber daya manusia khusus yang bertugas mengelola operasional RTK. Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa hanya menyediakan fasilitas dasar, seperti bangunan, tempat tidur, listrik, air, dan dapur. Selain itu, belum terdapat upaya pengembangan RTK yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Ditinjau dari aspek pelayanan, penyelenggaraan di RTK telah sesuai dengan prosedur yang berlaku. Model pengelolaan RTK di Kabupaten Gowa menerapkan konsep kemitraan, di mana pendanaan yang bersumber dari program Jaminan Persalinan (Jampersal) dimanfaatkan untuk pembiayaan sewa dan utilitas RTK. **Kesimpulan:** Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) di Kabupaten Gowa menghadapi berbagai kendala, antara lain keterbatasan sumber daya manusia yang tidak tetap, pendanaan yang bersifat sementara, lokasi yang kurang strategis, perencanaan yang belum optimal, serta pengawasan yang terbatas.

Kata kunci: Rumah Tunggu Kelahiran, Input, Proses, Output

## 2.2 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah salah satu indikator dalam mengukur derajat kesehatan yang ada di sebuah daerah. AKI dapat memberikan gambaran mengenai jumlah wanita yang meninggal per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini dihitung dari kejadian kematian ibu yang meninggal ketika hamil, melahirkan, serta masa nifas hingga 42 hari setelah persalinan.

Pada tahun 2023, secara global, angka kematian ibu (AKI) diperkirakan mencapai 197 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun dari 328 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000, yang berarti terjadi penurunan sekitar 40% dalam 24 tahun terakhir. Secara absolut, jumlah kematian ibu juga lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2000, ketika diperkirakan mencapai 443.000 kasus. Selama periode 2000–2023, tingkat penurunan rata-rata tahunan (ARR) AKI global adalah 2,2, yang menunjukkan bahwa setiap tahun, rata-rata AKI global turun sekitar 2,2%, meskipun laju penurunan tersebut tidak selalu konsisten di seluruh periode. Khusus pada periode 2016–2023, ARR rata-rata tercatat 1,6%<sup>1</sup>.

Angka kematian ibu di Indonesia masih terjadi hingga saat ini, bahkan berdasarkan data Kementerian Kesehatan menunjukkan terjadi peningkatan jumlah kematian ibu dari tahun 2019 sebesar 4.197 menjadi 6.856 pada tahun 2021<sup>2</sup>. Penyebab kematian ibu di Indonesia antara lain perdarahan, eklamsia, proses persalinan yang lama, komplikasi keguguran, infeksi dan beberapa penyebab lainnya. Kematian yang terjadi pada ibu 90% terjadi ketika akan menghadapi persalinan, dan 95% di antara kematian itu diakibatkan oleh komplikasi obstetri yang tidak diketahui oleh ibu.

Secara global, perdarahan menjadi penyebab utama kematian ibu dengan proporsi 27%, diikuti oleh kematian obstetrik tidak langsung sebesar 23% dan komplikasi hipertensi sebesar 16%. Perdarahan memiliki variasi proporsi kematian yang besar antarwilayah dan paling tinggi ditemukan di Afrika Sub-Sahara, Asia Barat, serta Afrika Utara. Sementara itu, hipertensi menyumbang proporsi kematian ibu tertinggi di Amerika Latin dan Karibia. Mayoritas kematian ibu akibat perdarahan dan sepsis terjadi pada periode pascapersalinan. Hanya 12 negara yang melaporkan adanya kasus bunuh diri ibu, dengan proporsi kematian akibat bunuh diri berkisar 1% hingga 26% dari total kematian ibu<sup>3</sup>.

Permasalahan terkait penyebab kematian ibu bisa diatasi dengan berbagai macam program, salah satunya melalui penyediaan Rumah

Tunggu Kelahiran (RTK). Di Indonesia sudah ada beberapa daerah yang menyediakan rumah tunggu kelahiran atau biasa juga dikenal dengan istilah rumah singgah persalinan. Namun, tidak semua rumah tunggu kelahiran mampu mengatasi atau menekan jumlah kematian ibu, karena ada beberapa rumah tunggu yang tidak berjalan secara optimal.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020 Provinsi Sulawesi Selatan memiliki jumlah kematian ibu sebanyak 196 kasus kemudian menurun tidak signifikan pada Tahun 2021 sebanyak 175 kasus<sup>4</sup>. Di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan belum ada data pasti berapa jumlah RTK yang ada di seluruh daerah. Kebijakan terkait ini dikelola oleh masing-masing kabupaten dan biasanya bekerja sama dengan LSM atau masyarakat setempat. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2020, jumlah ibu hamil risiko/komplikasi tercatat sebanyak 35.343 (20% dari ibu hamil) dan cakupan penanganan komplikasi kebidanan yang ditangani sebesar 80,70% jika dibandingkan dengan target Renstra (75%)<sup>5</sup>.

Kemenkes menetapkan Kabupaten Gowa di Sulawesi Selatan sebagai wilayah prioritas atas dasar tingginya angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Gowa. Antara tahun 2020 dan 2021, tercatat sebanyak 32 ibu hamil dan 107 bayi baru lahir meninggal di Gowa (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan). Pemerintah kabupaten telah berupaya menyediakan RTK, tetapi beberapa di antaranya tidak berfungsi dengan baik akibat keterbatasan sumber daya manusia, fasilitas dan kemampuan pengelolaan operasional, serta skrining dan rujukan yang kurang efektif. Selain itu, banyak desa di Kabupaten Gowa terletak di wilayah dataran tinggi yang terpencil.

Sebanyak sembilan RTK telah dibangun di Kabupaten Gowa, delapan di antaranya berada di tingkat kecamatan (beberapa dari RTK tidak berfungsi) dan satu terletak dekat RSUD Kabupaten. Sebanyak sembilan kecamatan masih belum memiliki RTK. Tiga RTK kecamatan telah berhenti beroperasi karena lokasi RTK jauh dari fasilitas layanan kesehatan, terutama di wilayah dataran tinggi di mana sarana transportasi sulit diperoleh. Di tahun 2021, pemanfaatan RTK sangat rendah. Selama tahun 2021, dua RTK kecamatan hanya melayani 10 hingga 12 klien, dua RTK lain hanya melayani 1-3 klien, dan empat RTK lainnya tidak memperoleh klien sama sekali. Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa diresmikan pada Tahun 2021, terletak di sekitar Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. RTK ini diharapkan mampu mengatasi permasalahan di Kabupaten Gowa terkait kematian ibu.<sup>6</sup>

Oleh karena itu, diperlukan kajian yang mendalam dan sistematis terhadap pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) di Kabupaten Gowa dengan menitikberatkan pada aspek input, proses, dan output. Aspek input mencakup ketersediaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pendanaan; aspek proses meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi; sedangkan aspek output berfokus pada tingkat pemanfaatan RTK. Penekanan pada ketiga aspek tersebut menjadi penting untuk mengidentifikasi secara komprehensif berbagai kendala dan celah dalam implementasi program, sehingga dapat dirumuskan upaya perbaikan yang tepat guna dalam mendukung penurunan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Gowa

## **2.3 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana input (SDM, sarana dan prasarana, pendanaan) pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa?
2. Bagaimana proses kegiatan (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi) Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa?
3. Bagaimana output (Pemanfaatan) Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa?

## **2.4 Tujuan Penelitian**

### **2.4.1 Tujuan Umum Topik I**

Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa

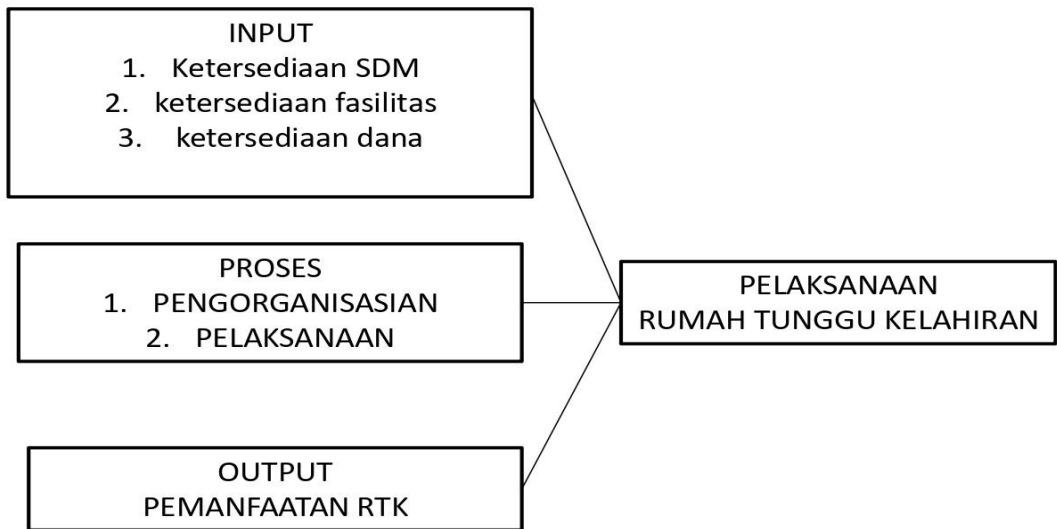
### **2.4.2 Tujuan khusus Topik Penelitian 1**

1. Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai input (SDM, sarana dan prasarana, pendanaan) pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa.
2. Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai Proses kegiatan (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, Pengawasan, Evaluasi) Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa
- 3 Mendapatkan informasi secara mendalam mengenai Output (Pemanfaatan) di Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa

## **2.6. Bagan Kerangka Konsep**

Dalam pelayanan kesehatan, sistem adalah kumpulan berbagai subsistem yang saling terkait yang bekerja sama untuk mencapai tujuan utama, yaitu

meningkatkan kesehatan masyarakat secara efisien. Penelitian ini mengkaji unsur system yang terdiri dari Input, Proses, OutPut



Gambar 2.1 Bagan Kerangka Konsep

## 2.7 Definisi Konseptual

- a. Input: Ketersediaan tenaga bidan atau petugas kesehatan, ketersediaan segala fasilitas yang mendukung baik dari segi medis maupun nonmedis, ketersediaan dana dalam operasional RTK.
- b. Proses: Rencana kerja yang dilakukan oleh RTK dalam upaya pemanfaatan RTK sebagai salah satu sarana pendukung fasilitas kesehatan Ibu menjelang persalinan, sistem organisasi, sistem standar operasional pelaksanaan, termasuk sistem rujukan (alur pelayanan), sistem pengawasan, dan bentuk evaluasi yang dilakukan untuk menilai keberhasilan RTK.
- c. OutPut: Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran.

## 2.8 Metode penelitian

2.8.1 Lokasi Penelitian: Rumah Tunggu Kelahiran Kabupaten Gowa

2.8.2 Rancangan penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *deskriptif*

2.8.3 Teknik Pengumpulan data

Instrumen penelitian ini adalah peneliti sendiri. Hal ini sesuai dengan karakteristik penelitian kualitatif. Peneliti menggunakan pedoman wawancara yang dilengkapi dengan alat bantu lain berupa tape recorder, handphone, dan alat tulis.

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan triangulasi data, yaitu melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

- a. Wawancara mendalam (*in-depth interview*).
- b. Observasi dilakukan dengan melihat strategi pengembangan pelayanan persalinan yang tepat
- c. Telaah dokumen pada penelitian ini berupa literatur, catatan hasil wawancara, foto serta video selama penelitian berlangsung.

2.8.4 Analisis data

Analisis data dimulai dengan menyiapkan dan mengorganisasikan data (data teks berupa transkrip atau data gambar seperti foto) untuk analisis, mereduksi data tersebut menjadi tema melalui proses pengkodean dan peringkasan kode, dan terakhir menyajikan data dalam bentuk pembahasan. Analisis data dilakukan melalui tiga tahap, yaitu mereduksi data, mendeskripsikan data, dan membuat kesimpulan.

2.8.5 Tahapan Penelitian

- a. Tahap pertama: Mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti dan kedudukannya masing-masing: input, proses, output
- b. Tahap Kedua: Menentukan informan kunci dan utama. Teknik penentuan informan menggunakan metode *purposive*. Informan kunci: Penanggung jawab program Kesehatan Keluarga di Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Informan: Staf dinas Kabupaten Gowa, 2 LSM yg bekerjasama
- c. Tahap Ketiga: Melakukan pengumpulan data dengan menggunakan pedoman wawancara.

d. Tahap keempat: Mengolah dan menganalisis data.

Tabel 2.1 Informan Penelitian

| No | Nama Informan | Jenis Informan | Pekerjaan                    | Umur |
|----|---------------|----------------|------------------------------|------|
| 1  | Mlf           | Kunci          | PNS Dinas Kesehatan Kab Gowa | 40   |
| 2  | Hn            | Utama          | PNS Dinas Kesehatan Kab Gowa | 49   |
| 3  | Sfr           | Utama          | LSM                          | 44   |
| 4  | Hld           | Utama          | LSM                          | 48   |

## 2.9 Hasil Penelitian

### 2.9.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Tunggu Kelahiran Appasala Kabupaten Gowa mulai dioperasikan pada tanggal 23 November 2021 yang berlokasi di Perumahan Griya Indira II, Jalan Gassing Dg Tiro Batangkaluku atau di depan RSUD Syekh Yusuf. RTK+ dioperasikan atas hasil kerja sama Pemerintah Kabupaten Gowa dengan berbagai lembaga, antara lain Lembaga Jaringan Aspirasi Pelayanan (Jas Publik) Gowa dan Lembaga Perwakilan Mitra Pembangunan, yaitu Yayasan Dompot Dhuafa Republika, PT Indofood Sukses Makmur, dan Forus CSR Kesos Sulsel. Sebelum peresmian dilakukan, terlebih dahulu dilakukan penandatanganan kesepakatan kerja sama antara seluruh lembaga dan mitra yang terlibat pada bulan Oktober tahun 2021.

Tabel 2.2 Peran dan Tanggung Jawab Lembaga dalam pendirian RTK

| Lembaga yang terlibat                   | Peran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dinas Kesehatan Kabupaten (Kabid Kesga) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrak dengan mitra swasta untuk pengelolaan RTK+</li> <li>2. Menyediakan satu orang bidan untuk secara khusus ditempatkan di RTK+</li> <li>3. Memantau kinerja dan dampak dari RTK+ secara keseluruhan</li> <li>4. Mengawasi dan memberi saran kepada petugas RTK+ untuk memastikan regulasi Kemenkes dipatuhi</li> <li>5. Mengidentifikasi peluang untuk melibatkan mitra-mitra</li> </ol> |

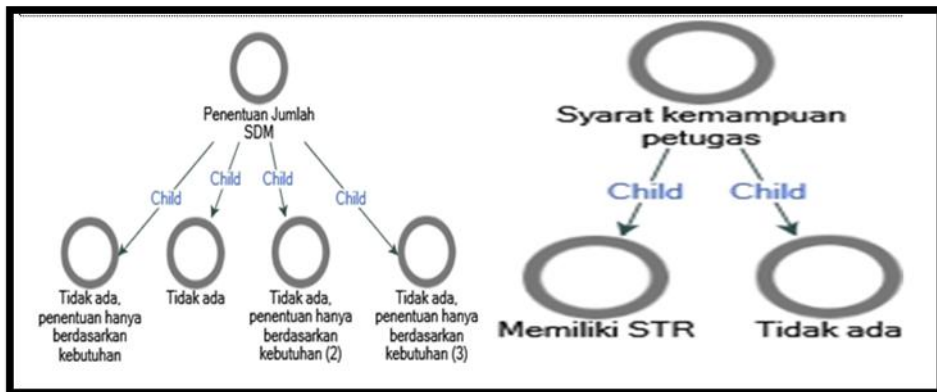
| Lembaga yang terlibat            | Peran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | baru.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Jas Publik Gowa                  | a. Mengawasi fasilitas, sumber daya, dan petugas (staf manajemen dan administrasi serta dua orang bidan) juga bertanggung jawab untuk kegiatan operasional harian dan layanan<br>b. Berkoordinasi dengan Dinkes Kabupaten, puskesmas, dan instansi lain di wilayah kerja RTK+ untuk memastikan rujukan ibu hamil berlangsung efektif<br>c. Mengelola program penjangkauan ke desa Tonasa dan Bolaromang, melakukan kegiatan preventif dan promotif, memberi edukasi tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta aspek 'tiga terlambat'<br>d. Melaporkan tentang kinerja RTK+ ke Dinkes Kabupaten dan pemangku kepentingan lain yang relevan<br>e. Mengidentifikasi peluang untuk melibatkan mitra-mitra baru |
| PT Indofood Sukses Makmur Tbk.   | Memberi dukungan finansial untuk penyediaan peralatan dan perlengkapan untuk RTK, komputer, dan petugas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Yayasan Dompot Dhuafa Republika  | Memberi dukungan untuk program yang dilaksanakan di dalam RTK (senam ibu hamil, penyuluhan kesehatan dan gizi), transportasi, dan penjangkauan masyarakat (penyuluhan oleh kader kesehatan kepada ibu hamil, pendataan ibu hamil, dan pelatihan petugas kesehatan berbasis masyarakat).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Forum CSR Kesos Sulawesi Selatan | Mendukung biaya pemugaran dan pemeliharaan gedung RTK+; berminat untuk mendukung pembangunan gedung RTK+ baru yang merupakan milik Dinkes asalkan Dinkes dapat menyediakan lahan dengan status hukum yang jelas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## b. Hasil Wawancara

### 1. INPUT

Ketersediaan tenaga bidan atau petugas kesehatan, ketersediaan segala fasilitas yang mendukung baik dari segi medis maupun non medis, ketersediaan dana dalam operasional RTK

- a. Sumber Daya Manusia: terkait jumlah SDM dan syarat perekrutan



Gambar 2.2 Gambar proyeksi menggunakan nvivo mengenai SDM

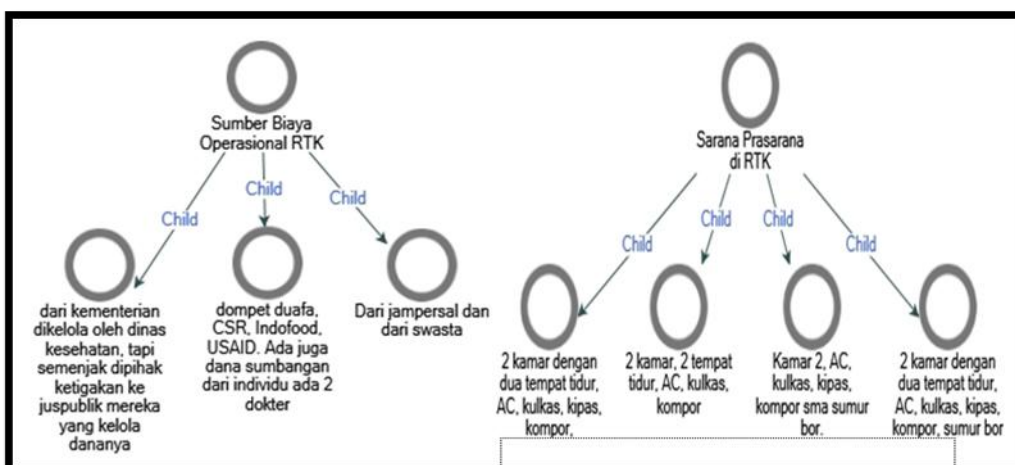
Gambar menunjukkan bahwa perencanaan sumber daya manusia di RTK Kabupaten Gowa belum menggunakan standar baku karena jumlah petugas ditetapkan semata-mata berdasarkan kebutuhan lapangan tanpa pedoman tertulis. Selain itu, syarat kemampuan petugas juga belum diatur secara menyeluruh karena kualifikasi hanya berfokus pada kepemilikan STR atau bahkan tidak mensyaratkan apa pun. Akibatnya, aspek kompetensi lain belum dipertimbangkan secara sistematis saat menempatkan petugas kesehatan di RTK.

b. PENDANAAN

Pertanyaan mengenai dana yang dibutuhkan untuk pengoperasian RTK setiap bulannya, terkait sumber dana yang dibutuhkan untuk menjalankan program RTK, alokasi dana yang diberikan dalam pelaksanaan program RTK, dan kecukupan pengoperasian RTK

c. SARANA DAN PRASARANA

Sarana yang dibutuhkan untuk pengoperasian RTK, dan sejauh mana sarana tersebut efektif untuk pengoperasian RTK



Gambar 2.3 Hasil pengolahan NVivo terkait dana dan sarana

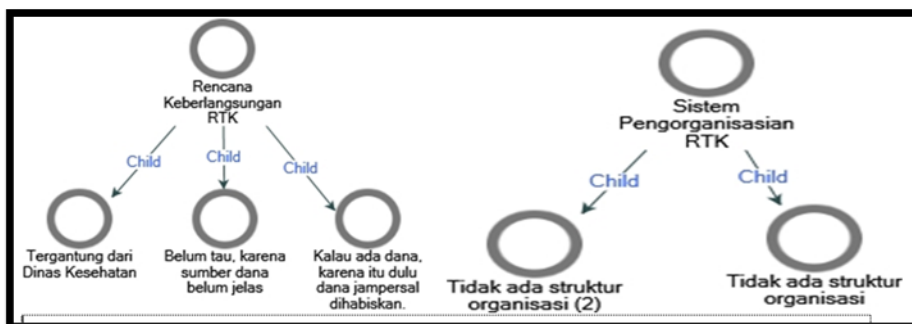
Hasil analisis menunjukkan bahwa dana RTK berasal dari berbagai pihak, tetapi pemerintah daerah berkontribusi paling banyak. Untuk mendukung operasional dasar RTK, pemeliharaan fasilitas, dan pemenuhan kebutuhan dasar penghuni RTK, dana pemerintah umumnya diberikan melalui anggaran Dinas Kesehatan atau anggaran daerah terkait. Namun, Peta Proyek menunjukkan bahwa alokasi dana masih terbatas dan sangat bergantung pada kebijakan anggaran tahunan, yang menyebabkan ketidakpastian tentang keberlanjutan operasional RTK. Selain dana dari pemerintah, ada juga dana dari swadaya masyarakat dan pihak swasta. Pendanaan jenis ini biasanya diberikan secara sukarela dan tidak mengikat, tetapi memiliki manfaat strategis dalam mengisi kekurangan dana untuk operasional rutin. Namun, ketergantungan pada dana swadaya menunjukkan bahwa sistem pendanaan RTK belum sepenuhnya dikelola secara terstruktur dan berkelanjutan.

Analisis data kualitatif menunjukkan bahwa sarana dan prasarana RTK mencakup fasilitas fisik, perlengkapan penunjang, serta sarana pendukung pelayanan kesehatan. Fasilitas fisik seperti bangunan RTK, kamar tidur, kamar mandi, dapur, dan ruang istirahat pada umumnya telah tersedia.

## 2. Proses

Rencana kerja yang dilakukan oleh RTK dalam upaya pemanfaatan RTK sebagai salah satu sarana pendukung fasilitas kesehatan Ibu menjelang

persalinan, sistem organisasi, sistem standar operasional pelaksanaan, termasuk sistem rujukan (alur pelayanan), sistem pengawasan, dan bentuk evaluasi yang dilakukan untuk menilai keberhasilan RTK.



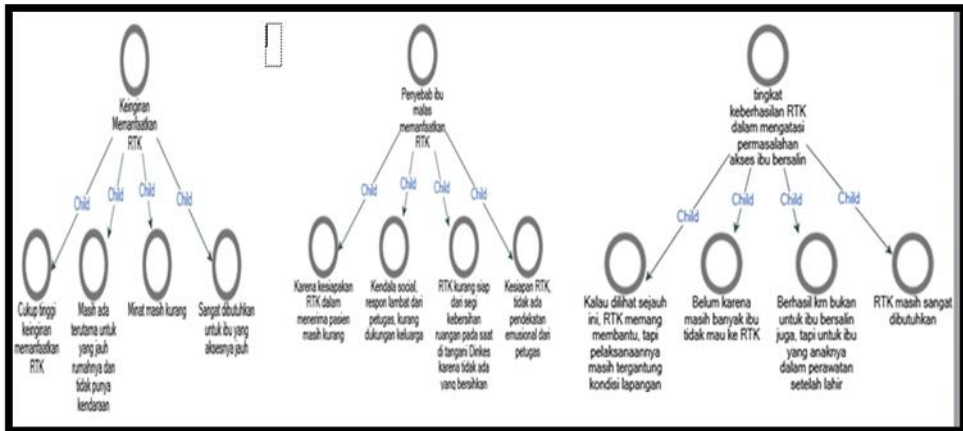
Gambar 2.4 Hasil project n vivo mengenai rencana keberlangsungan dan pengorganisasian

Hasil analisis NVivo menunjukkan bahwa beberapa faktor utama yang saling berhubungan, seperti dukungan kebijakan, ketersediaan sumber daya, dan tingkat pemanfaatan masyarakat, memengaruhi keberlangsungan RTK. Peta proyek menunjukkan bahwa dukungan pemerintah daerah yang konsisten, terutama dalam hal pendanaan dan pembinaan teknis, sangat penting untuk keberlangsungan RTK. Operasional RTK tidak bisa berjalan dengan baik jika tidak disertai dengan dukungan anggaran yang berkelanjutan. Dalam beberapa kasus, RTK hanya aktif selama periode tertentu dan berhenti berfungsi ketika dana operasional tidak dialokasikan. Kondisi ini menunjukkan bahwa RTK masih kurang penting dalam perencanaan kesehatan daerah.

Sistem pengorganisasian RTK biasanya sederhana dan belum terstruktur secara optimal. Sebagian besar, pengelolaan RTK dilakukan oleh Dinas Kesehatan, namun dialihkan ke pihak ketiga, yaitu Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) Jas Public, dengan tanggung jawab yang belum didokumentasikan secara formal. Ada tumpang tindih tugas antara pengelola RTK, tenaga kesehatan, dan pihak LSM dalam hal peran dan tanggung jawab. Keterbatasan sistem pengorganisasian ini menyebabkan operasional RTK tidak konsisten, khususnya dalam hal pengawasan, pencatatan administrasi, dan pemeliharaan fasilitas. Beberapa informan mengungkapkan bahwa karena tidak ada struktur organisasi yang jelas, RTK bergantung pada keputusan individu tertentu, dan keberlangsungan RTK rentan ketika personel berganti.

### 3. OUTPUT

Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran dilihat berdasarkan sejauh mana wanita hamil menggunakan fasilitas RTK sebelum melahirkan dengan tujuan mendapatkan akses cepat ke pelayanan kesehatan yang aman



Gambar 2.5 Project n vivo mengenai pemanfaatan RTK

Hasil analisis data kualitatif NVivo menunjukkan bahwa banyak faktor individu dan kontekstual memengaruhi keinginan ibu untuk menggunakan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). Node dalam proyek map menunjukkan bahwa beberapa ibu ingin menggunakan RTK, terutama ketika mereka menghadapi kondisi kehamilan berisiko atau tidak memiliki akses yang mudah ke fasilitas kesehatan. Namun demikian, keinginan tersebut tidak selalu menghasilkan pemanfaatan RTK secara nyata. Data menunjukkan bahwa, meskipun ibu memahami manfaat RTK dalam mendekatkan diri ke fasilitas kesehatan, keputusan ibu untuk menggunakan RTK sering dipengaruhi oleh pertimbangan praktis seperti ketersediaan transportasi, dukungan keluarga, dan jarak RTK dari tempat tinggal. Oleh karena itu, keinginan ibu selalu berubah dan sangat dipengaruhi oleh keadaan sosial dan tempat mereka tinggal.

Beberapa alasan utama mengapa ibu tidak mau atau malas menggunakan RTK. Salah satu yang paling menonjol adalah kurangnya kesepakatan dalam keluarga, terutama dukungan dari suami atau anggota keluarga lainnya. Keputusan untuk tinggal di RTK tidak sepenuhnya dibuat oleh ibu, tetapi lebih banyak dibuat oleh keluarga secara keseluruhan.

RTK dianggap dapat mengurangi angka kematian ibu, terutama melalui peningkatan akses ibu hamil ke fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang berpengalaman. Node yang terkait dengan keberhasilan RTK menunjukkan bahwa RTK dapat membantu ibu hamil lebih dekat dengan dokter menjelang persalinan, sehingga mengurangi risiko keterlambatan perawatan.

## **2.10 Pembahasan**

### **a. INPUT**

Dalam konteks sistem pelayanan kesehatan, input mencakup berbagai elemen yang diperlukan untuk operasi yang efektif dan penyediaan pelayanan yang berkualitas. Pada penelitian ini, ketersediaan tenaga bidan atau petugas kesehatan, ketersediaan segala fasilitas yang mendukung baik dari segi medis maupun nonmedis, dan ketersediaan dana dalam operasional RTK menjadi fokus penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah Tunggu Kelahiran sebelum bekerja sama dengan Lembaga Sosial Masyarakat RTK tersebut tidak memiliki SDM khusus yang mengoperasikan RTK. Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa hanya menyediakan fasilitas dasar seperti rumah, tempat tidur, listrik, air dan dapur. Selama ibu hamil memanfaatkan tempat tersebut, masalah kebersihan RTK menjadi tanggung jawab ibu hamil dan keluarga. Namun, Dinas Kesehatan juga menanggung uang makan ibu dan 2 pendamping selama menempati RTK. Namun, sejak bulan Maret 2022, selama 6 bulan, RTK berubah menjadi RTK+ dengan melibatkan beberapa lembaga yang membantu pengoperasian RTK, dan sistem pengelolaan RTK+ dikelola oleh Jas public di bawah pengawasan Dinas Kesehatan. Terjadi beberapa perubahan di RTK.

Dari segi SDM, perubahan yang terjadi adalah adanya bidan sebanyak 3 orang yang direkrut oleh jas public yang bertugas mendampingi ibu selama berada di RTK, jadi SDM yang tersedia sebanyak 6 orang. Tenaga kesehatan di rumah tunggu kelahiran memiliki peran yang sangat penting dalam penyediaan perawatan pranatal, natal, dan postnatal bagi ibu hamil dan bayi yang akan lahir. Bidan bertugas untuk melakukan beberapa kegiatan antara lain:

- a. Pemantauan Kesehatan Ibu dan Janin kegiatan tersebut mencakup pemantauan keadaan ibu hamil secara teratur selama masa kehamilan, mendeteksi dini adanya komplikasi atau risiko yang dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan;

- b. Memberikan Pendidikan Kesehatan berupa edukasi kepada ibu hamil tentang perawatan pranatal, persiapan persalinan, dan perawatan postnatal, mendorong praktik-praktik kesehatan yang baik selama kehamilan dan masa postpartum;
- c. Bantuan Persalinan Aman: Memfasilitasi ibu untuk dapat melakukan persalinan aman dan mendukung ibu selama proses persalinan, menangani situasi darurat atau komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan;
- d. Perawatan Pasca Kelahiran: menyediakan perawatan postnatal untuk ibu dan bayi setelah persalinan, memantau kondisi kesehatan ibu pasca kelahiran dan memberikan dukungan dalam menyusui;
- e. Pemantauan Kesehatan Bayi: memantau kesehatan bayi yang baru lahir, pengukuran berat badan, tinggi badan, dan pemeriksaan fisik lainnya, memberikan imunisasi dan perawatan kesehatan dasar untuk bayi;
- f. Dukungan Psikososial: memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada ibu dan keluarga, mendorong ibu agar secara langsung mampu melakukan perawatan terhadap bayinya;
- g. Pencegahan dan Pengelolaan Komplikasi: memantau ibu selama persalinan dan pascapersalinan, memberikan informasi terkait kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga.

Sebelum bekerja sama dengan Jas Publik SDM di Rumah Tunggu Kelahiran, sama sekali tidak tersedia tenaga; digunakan hanya tenaga yang tersedia pada bagian kesehatan keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Akibat keterbatasan tenaga, tidak ada SDM yang mendampingi ibu hamil di RTK. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizkianti, dkk mengenai "Evaluasi Pemanfaatan Dana Jampersal Pada Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Indonesia" menunjukkan adanya permasalahan banyak ditemukan pada keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM) yang melaksanakan monitoring evaluasi, akses geografis ke puskesmas yang sulit serta rendahnya umpan balik yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota<sup>7</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RTK belum memiliki SDM tetap untuk pemberian pelayanan, sehingga RTK, semenjak berakhir kontrak dengan Jas Public, seolah-olah mati suri. Hal ini sesuai dengan observasi di lapangan ketika mengunjungi Rumah Sakit Syeh Yusuf Gowa. Kepala UGD Maternal mengatakan bahwa semenjak tidak ditangani Jas Public, seolah-olah RTK sudah tidak beroperasi, padahal masih ada pasien yang membutuhkan Rumah Tunggu Kelahiran. Hasil wawancara juga menemukan bahwa terkait dengan SDM yang dialokasikan khusus untuk pengelolaan

RTK, tidak ada dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Namun, pengoperasian RTK tetap menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa pada bagian Kesehatan Keluarga. Bidan khusus hanya ada pada saat kontrak dengan jas public yang direkrut oleh jas public dengan syarat bidan tersebut telah memiliki sertifikat kompetensi. Hal berbeda terjadi di RTK Puskesmas Kota Baru, di mana RTK tersebut telah memiliki SDM khusus untuk RTK dengan jumlah yang cukup. Dan RTK tersebut langsung di bawah koordinasi Kepala Dinas Kesehatan Kotabaru, pemegang program, bidan koordinator, dan bidan desa.

Berdasarkan aspek pendanaan, dana operasional yang digunakan untuk RTK cukup memadai selama program RTK. Banyak kegiatan yang dilakukan dan pendanaannya bersumber dari dana operasional RTK. Kegiatan yang dilakukan salah satunya adalah kegiatan kelas ibu hamil. Dana awal yang digunakan untuk RTK berasal dari dana JAMPERSAL, namun ketika menjadi RTK+ mendapatkan bantuan dana operasional dari berbagai pihak, antara lain PT Indofood Sukses Makmur Tbk. Yayasan Dompot Dhuafa, Republika, Forum CSR Kesos Sulawesi Selatan, Individu Filantropis. Hal tersebut berbeda dengan hasil penelitian Dewi mengenai Implementasi Peraturan Bupati Kepulauan Meranti Nomor 25 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pelaksanaan Dan Penggunaan Dana Jaminan Persalinan Di UPT Puskesmas Alai Kecamatan Tebing Tinggi Barat Menurut Perspektif Fiqih Siyash ditemukan Pelaksanaan dan Penggunaan Dana Jaminan Persalinan dalam ketaatan pihak UPT Puskesmas masih kurang<sup>8</sup>.

Berdasarkan PMK No 3 Tahun 2019 mengenai Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan disebutkan bahwa penggunaan dana Jampersal hanya diperbolehkan untuk jenis kebutuhan berikut ini, yaitu:

- (a) Transport lokal atau perjalanan dinas petugas kesehatan termasuk kader;
- (b) Sewa mobilitas/sarana transportasi rujukan;
- (c) Operasional RTK yang mencakup: sewa rumah, makan dan minum bagi ibu hamil dan pendamping yang ada di RTK, dan langganan air, listrik, kebersihan; dan
- (d) Jasa pelayanan/pemeriksaan, perawatan dan pertolongan persalinan kelas 3 mengacu pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)<sup>9</sup>.

Hal tersebut juga tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2015 mengenai petunjuk teknis penggunaan dana alokasi khusus bidang kesehatan serta sarana dan prasarana penunjang subbidang sarpras kesehatan tahun anggaran 2016 pada Pasal 5 tentang biaya operasional rumah tunggu kelahiran 19. Hal ini sesuai dengan keadaan di Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten

Gowa, hanya saja yang akan menjadi kendala bagi RTK ini adalah bantuan dana jampersal hanya hingga tahun 2024. Selanjutnya, pengoperasiannya diharapkan dari dana BPJS, namun hingga saat ini belum ada kejelasan mengenai hal tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai sarana dan prasarana, saat ini sarana dan prasarana yang ada di RTK sudah mampu memenuhi kebutuhan ibu dan keluarga selama berada di RTK. Hanya saja, rumah yang digunakan adalah rumah sewa yang letaknya tidak begitu strategis dari rumah sakit, karena terletak di dalam perumahan yang agak sulit dijangkau oleh kendaraan roda empat karena jalan yang sempit. Namun, fasilitas yang tersedia di dalam RTK sebagai hunian sementara bagi ibu sudah cukup memadai. Rumah tunggu kelahiran menyediakan fasilitas seperti biaya transportasi, kamar, dan makanan bagi ibu hamil risiko tinggi dan keluarga. Rumah tunggu pasien solusi persalinan aman menunjukkan bahwa rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Siso NTT dilengkapi dengan fasilitas yang terdiri dari kamar tidur, kamar mandi dan dapur<sup>10</sup>. Dan sarana yang sama juga tersedia di RTK Puskesmas Kotabaru yang memiliki fasilitas Sarana prasarana yang tersedia di RTK yaitu dua kamar tidur yang masing-masing dilengkapi dengan lemari, dan meja; satu kamar mandi; dapur beserta peralatan dapur dan ruang tamu<sup>11</sup>.

#### b. PROSES

Rencana kerja yang dilakukan oleh RTK dalam upaya pemanfaatan RTK sebagai salah satu sarana pendukung fasilitas kesehatan Ibu menjelang persalinan, sistem organisasi, sistem standar operasional pelaksanaan, termasuk sistem rujukan (alur pelayanan), sistem pengawasan, dan bentuk evaluasi yang dilakukan untuk menilai keberhasilan RTK. Perencanaan sebuah program harus menentukan dasar tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dari persiapan administrasi dan program teknis untuk memudahkan pelaksanaan kegiatan<sup>12</sup>. Perencanaan program diawali dengan melakukan studi kelayakan, rekayasa nilai, dan perencanaan area manajemen program seperti anggaran biaya, waktu pelaksanaan, sumber daya manusia, lingkungan, system informasi dan kesehatan dan keselamatan kerja

Berdasarkan aspek rencana pengembangan RTK, hasil penelitian menunjukkan Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa tidak menunjukkan upaya pengembangan RTK tersebut, dikarenakan sejak selesai kontrak dengan jas public seolah-olah RTK tersebut kembali mengalami mati suri, bahkan di beberapa daerah dataran tinggi Kabupaten Gowa RTK sudah tidak beroperasi. Hal tersebut sesuai dengan observasi yang dilakukan peneliti

ketika mengunjungi Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa yang dalam kondisi seakan tidak terurus. Hal tersebut juga sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh jas public dan dari pihak Rumah Sakit Syeh Yusuf Kabupaten Gowa. Dinas Kesehatan hanya menyelesaikan anggaran yang ada hingga tahun 2024. Namun, terkait rencana ke depan, apakah masih diadakan ataukah ada rencana pengembangan tidak ada sama sekali. Hal tersebut sedikit berbeda dengan yang terjadi di RTK Puskesmas Kota Baru. Di RTK tersebut ada rencana penganggaran, namun rencana pengembangan belum teragendakan.

### c. OUTPUT

Output pelayanan mencakup birokrasi yang harus memberikan produk pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kualitas pelayanan harus sesuai dengan aspek biaya dan waktu pelayanan. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep berdasarkan standar pelayanan yang diberikan kepada pasien pengguna program jampersal telah sesuai dengan standar pelayanan yang ada, antara lain berdasarkan prosedur penggunaan dana jampersal dari awal hingga selesai persalinan<sup>13</sup>. Output dalam sebuah pelayanan yang bisa terjadi adalah peningkatan pemanfaatan terhadap suatu produk atau jasa.

Di RTK Appsalama, jika ditinjau dari pelayanan, telah sesuai dengan prosedur. Model Rumah Tunggu Kelahiran di Kabupaten Gowa menerapkan konsep mitra, di mana dana dari jampersal digunakan untuk biaya sewa dan utilitas RTK. Sedangkan mitra swasta dalam hal renovasi, peralatan, penjangkauan, dan layanan dalam RTK. Desain model rumah tunggu kelahiran, harus memperhatikan kebutuhan yang spesifik untuk memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu hamil dan bayi yang akan lahir. Beberapa elemen yang perlu dipertimbangkan dalam desain model rumah tunggu kelahiran:

- a. Kenyamanan dan Keamanan: Desain yang ramah dan bersahaja untuk menciptakan lingkungan yang nyaman, Keamanan yang tinggi dengan akses terbatas untuk memastikan privasi dan keamanan ibu hamil, pemilihan warna yang tenang dan nyaman untuk menciptakan suasana yang menenangkan;
- b. Fasilitas Ruang Persalinan: Tempat tidur bersalin yang nyaman, fasilitas pendukung kelahiran seperti kursi khusus, bola kehamilan, dan cermin untuk memantau proses kelahiran;
- c. Fasilitas Kebersihan dan Sanitasi: Kamar mandi dan fasilitas kebersihan yang bersih dan terawat dengan baik, Sistem ventilasi yang baik untuk menjaga kebersihan udara;

- d. Ruang Bersantai: Ruang santai yang nyaman untuk menunggu kelahiran dengan keluarga atau pendamping, area untuk beristirahat dan mendukung proses pemulihan setelah kelahiran;
- e. Fasilitas Kesehatan: Akses ke peralatan medis yang diperlukan, ketersediaan fasilitas untuk tim medis seperti dokter dan perawat;
- f. Teknologi dan Komunikasi: Fasilitas untuk komunikasi dengan keluarga dan teman-teman, ketersediaan teknologi untuk mendukung proses kelahiran;
- g. Aksesibilitas: Akses mudah untuk orang-orang dengan kebutuhan khusus, desain ruang yang memudahkan pergerakan ibu hamil;
- h. Keberlanjutan: penggunaan bahan ramah lingkungan, efisiensi energi dan pengelolaan limbah.

RTK difokuskan bukan pada aspek sarana dan prasarana, melainkan pada struktur organisasi yang efektif dan efisien karena menggambarkan kemudahan dalam memberikan pelayanan, kemudahan, dan tanggung jawab yang tinggi petugas terhadap kebutuhan dan kepentingan pasien yang mengharapkan pertolongan untuk persalinan. Penelitian tersebut juga mengemukakan bahwa budaya organisasi dapat menunjukkan legitimasi RTK sangat efektif, dibuktikan dengan legitimasi yang bersifat top-down, yaitu dari Pusat, Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten Sinjai<sup>14</sup>.

## 2.11 Kesimpulan

1. a. SDM khusus RTK belum tersedia secara tetap dari Dinas Kesehatan; keberadaan bidan dan petugas yang fokus pada RTK hanya optimal saat masa kerja sama dengan LSM (Jas Publik).  
b. Pendanaan operasional RTK cukup memadai saat ditopang oleh dana Jampersal dan dukungan mitra (PT Indofood, Dompot Dhuafa, Forum CSR, filantropi), namun sangat bergantung pada sumber dana yang sifatnya sementara dan belum ada skema pembiayaan jangka panjang yang jelas setelah Jampersal berakhir.  
c. Sarana dan prasarana dalam rumah (kamar tidur, kamar mandi, dapur, ruang istirahat) dinilai sudah cukup memadai untuk hunian sementara ibu dan pendamping, tetapi lokasi rumah sewa kurang strategis karena akses kendaraan terbatas dan posisi di dalam perumahan, sehingga mengurangi kemudahan rujukan cepat ke RS.
2. a. Perencanaan pengembangan RTK di Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa belum tampak kuat. Setelah kontrak dengan LSM berakhir, tidak ada rencana pengembangan yang jelas dan RTK di beberapa wilayah dataran tinggi bahkan berhenti beroperasi.

- b. Pengorganisasian dan pembagian peran belum terdokumentasi dengan baik karena terdapat tumpang tindih tugas antara Dinas Kesehatan, pengelola RTK, dan LSM. Struktur organisasi tidak kokoh, sehingga operasional, pengawasan, dan administrasi sangat bergantung pada figur tertentu.
  - c. Mekanisme pengawasan dan evaluasi berjalan terbatas, RTK belum sepenuhnya terintegrasi sebagai prioritas dalam perencanaan program kesehatan daerah sehingga keberlanjutan operasional tidak konsisten dari tahun ke tahun.
- 3.
  - a. RTK terbukti berpotensi mendekatkan ibu hamil berisiko ke fasilitas kesehatan dan tenaga terlatih, sehingga secara konseptual dapat menurunkan keterlambatan penanganan dan risiko kematian ibu serta bayi.
  - b. Pemanfaatan nyata RTK masih rendah; keinginan ibu untuk menggunakan RTK sering kali tidak terwujud karena hambatan ketersediaan transportasi, dukungan keluarga (terutama suami), jarak, serta persepsi dan dinamika sosial budaya setempat.
  - c. Setelah dukungan pengelolaan oleh LSM berakhir dan tanpa SDM khusus, layanan RTK cenderung tidak terpantau, sehingga menurunkan kepercayaan dan minat masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas ini.

## **2.9 Keterbatasan Penelitian**

1. Sasaran RTK adalah ibu yang berada di daerah dataran tinggi dan pegunungan Kabupaten Gowa yang letaknya sangat jauh, menempuh 2-3 jam dari RTK Appasalama Kabupaten Gowa, sehingga sulit mendapatkan informan dari ibu yang pernah memanfaatkan RTK saat penelitian berlangsung.
2. Pada saat penelitian kondisi RTK sedang tidak ada klien sehingga peneliti tidak bisa mengobservasi langsung proses pelayanan yang terjadi dalam RTK

## DAFTAR PUSTAKA

1. Horton R, Lee H, Perosky JE, Kofa A, Lori JR. Comparison of quality, birth outcomes, and service utilization between health facilities with and without maternity waiting homes in Liberia. *Midwifery*. 2022;105:103235. doi:10.1016/j.midw.2021.103235
2. Kementrian Kesehatan. *Profil Kesehatan*.; 2023.
3. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2025;13(4):e626-e634. doi:10.1016/S2214-109X(24)00560-6
4. Kemenkes RI. kesehatan keluarga. Published online 2023. <https://layanandata.kemkes.go.id/file/profil-kesehatan/2023/bab-5.pdf>
5. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Published online 2022.
6. USAID. Kemitraan Pemerintah dan Swasta untuk Maternitas di Indonesia. *Heal Policy Plus*. Published online 2022.
7. Rizkianti A, Suparmi, Barida I, Saptarini I, Kulsum S. Evaluasi Pemanfaatan Dana Jampersal pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia. *J Kebijakan Kesehat Indones JKKI*. 2021;10(No. 1):41-49. <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/60534>
8. Dewi Safitri Indah Yani D (2023). MPLEMENTASI PERATURAN BUPATI KEPULAUAN MERANTI NOMOR 25 TAHUN 2017 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN DAN PENGGUNAAN DANA JAMINAN PERSALINAN DI UPT PUSKESMAS ALAI KECAMATAN TEBING TINGGI BARAT MENURUT PERSPEKTIF Fiqih SIYASAH.
9. Suratman E. *Kajian Costing Dan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Jaminan Persalinan (Jampersal)*.; 2019.
10. Sujana T. Gambaran Implementasi Rumah Tunggu Kelahiran Di Kabupaten Semarang. *J Kesehat Bakti Tunas Husada J Ilmu-ilmu Keperawatan, Anal Kesehat dan Farm*. 2018;18(2):131-141. doi:10.36465/jkbth.v18i2.397
11. Harianis S. Analisis Pelaksanaan Rumah Tunggu Kelahiran Di Wilayah Kerja Puskesmas Kotabaru Kecamatan Keriting. *Infokes Info Kesehat*. 2020;10(2):266-281. <https://stikes-surabaya.e-journal.id/infokes/article/view/157>
12. Heizer J dan RB. Heizer, J. dan Render B. Manajemen Operasi. Edisi 9. Jakarta: Salemba Empat; 2010. 2010;2.
13. Munaili S, Syafriyani I, Harto A. KUALITAS PELAYANAN PROGRAM JAMPERSAL MELALUI SISTEM KLAIM (REIMBURSEMENT) DALAM MENINGKATKAN KEPUASAN MASYARAKAT (Studi Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep). *Public Corner*. 2020;15(2):38-48. doi:10.24929/fisip.v15i2.1172
14. Asriadi A, Asriadi S, Jusniaty J. Efektifitas Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) Bahari di Sinjai sebagai Wujud Inovasi Pelayanan Publik. *J Gov Insight*. 2021;1(1):38-48. doi:10.47030/jgi.v1i1.251