

KEBIJAKAN RUMAH TUNGGU BERSALIN BERBASIS GUGUS PULAU DI PULAU SELARU KABUPATEN MALUKU TENGGARA BARAT

Willem H.Jr. Jambormias¹⁾ M. Baiquni²⁾
AG. Subarsono³⁾ Yodi Mahendradata⁴⁾

¹⁾Program Doktor Studi Kebijakan Sekolah Pascasarjana UGM ²⁾ Fakultas Geografi UGM ³⁾ Fisipol UGM ⁴⁾ Fakultas Kesehatan UGM

ABSTRAK

Tingginya angka kematian ibu hamil merupakan persoalan kesehatan di wilayah kepulauan Maluku Tenggara Barat. Faktor penyebabnya antara lain karakteristik geografis pulau-pulau, keterbatasan sarana transportasi, keterbatasan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau merupakan salah satu solusi untuk mengatasi persoalan kematian ibu hamil yang tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau tahun 2009 di Selaru. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif deskriptif untuk memberi gambaran tentang penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin. Lokasi penelitian adalah Pulau Selaru Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Dari penelitian ini ditemukan bahwa pembentukan dan penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau ditentukan oleh 3 faktor yakni 1) kedekatan geografis 2) kedekatan sosial budaya dan 3) kemandirian.

Kata kunci : Rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau, Kedekatan geografis, Sosial budaya dan kemandirian.

PENDAHULUAN

Kematian ibu pada saat persalinan masih menjadi persoalan global. Diperkirakan setiap tahun terdapat 500.000 orang perempuan yang meninggal disebabkan kehamilan dan persalinan (WHO, 2014). Untuk mengatasinya setiap negara termasuk Indonesia turut melaksanakan kesepakatan global yang termuat dalam *Millennium Development Goal's* (MDG's) yang kini dikenal dengan SDG's dimana 2 dari 8 tujuannya berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, yaitu menurunkan angka kematian anak sekaligus meningkatkan kesehatan ibu. Di Indonesia khususnya wilayah kepulauan angka kematian ibu hamil masih tinggi sehingga menunjukkan derajat kesehatan yang rendah (Lestari, 2011). Hal ini diakibatkan oleh berbagai faktor diantaranya faktor geografis, sosial ekonomi masyarakat, keterbatasan alat transportasi, keterbatasan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan (Massie dan Kandou 2013,

Suharmiati dkk., 2013, Watloly 2013, Widjajanto, 2007).

Kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau merupakan pilihan kebijakan kesehatan untuk mengatasi persoalan kematian ibu hamil di wilayah kepulauan yang secara geografis pulaunya berdekatan, memiliki kesamaan sosial, budaya serta ekonomi dan politik (Watloly, 2013). Kebijakan rumah tunggu bersalin tidak lepas dari konsep kebijakan kesehatan gugus pulau yang bertujuan mengatasi kasus-kasus kesehatan yang bersifat gawat daruratan di wilayah kepulauan (DTPS Kab.MTB, 2008). Kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau akan memperkecil kendala geografis, transportasi, mengurangi biaya secara ekonomi dan mengatasi hambatan pelayanan karena cuaca sehingga memunculkan adanya kemandirian dalam pelayanan kesehatan.

Kajian tentang kebijakan rumah tunggu bersalin di wilayah terpencil telah banyak dilakukan dianggap berhasil dan gagal. Kebijakan rumah tunggu yang dianggap berhasil ditentukan oleh kesiapan pemerintah dalam penyediaan fasilitas rumah tunggu dan fasilitas kesehatan, kesiapan alat transportasi, dukungan sumberdaya kesehatan yang memadai (tenaga medis, kemitraan bidan dan dukun bayi) serta kesiapan sistim rujukan (Satti H, McLaughlin, MM dan Seung KJ, 2013, Ghirmay Andemimichael dkk., 2009). Sementara kegagalan kebijakan rumah tunggu mencakup faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rumah rumah tunggu oleh ibu hamil antara lain sosialisasi yang kurang dari pemerintah, jarak ke rumah tunggu yang jauh, tidak adanya dukungan *stakeholder*, dan tingkat ekonomi masyarakat (Matje Meriaty Huru, 2014, K, Wild dkk., 2011).

Penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau yang dikembangkan oleh Pemerintah daerah dan Unicef tahun 2009 di Pulau Selaru adalah upaya untuk mengatasi kematian ibu hamil yang tinggi ditahun 2007 yaitu 19 kasus

kematian ibu hamil per 2837 kelahiran hidup atau 670 dari 100.000 kelahiran hidup. Angka ini belum memenuhi target Indonesia Sehat tahun 2010 yaitu 150 dari 100.000 kelahiran hidup (DTPS Kab.MTB, 2009). Selain itu penerapan kebijakan ini bertujuan untuk mengakomodir kebutuhan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang selama ini terkendala oleh faktor geografis, kondisi alam (cuaca), tenaga kesehatan yang masih kurang ataupun karena kondisi ekonomi dimana ibu hamil tidak memiliki biaya.

Dalam kondisi darurat khusus bagi ibu hamil yang beresiko tinggi dibutuhkan penanganan yang cepat dan tepat ketika menghadapi cuaca buruk atau musim pancaroba yang sering terjadi pada bulan Maret/April dan Oktober/November serta angin kencang yang bertiup pada bulan Januari dan Februari diikuti dengan hujan deras dan laut bergelora (BPS Kab. MTB, 2007). Tindakan cepat dan tepat selain mengidentifikasi masa sulit cuaca sekaligus sanggup melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri. Kemandirian menjadi penting sebab hampir setiap tahun ada desa yang terisolasi. Kemandirian dapat terwujud pada sekelompok pulau yang saling berdekatan, mudah aksesibilitasnya dan tidak terpengaruh cuaca (Widjanto, 2007). Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau di Pulau Selaru kabupaten Maluku Tenggara Barat tahun 2009.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif untuk mengetahui bagaimana penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau di Maluku Tenggara Barat. Penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau dalam penelitian ini berfokus pada 3 hal penting yaitu kedekatan geografis, kedekatan sosial budaya dan kemandirian. Data dikumpulkan melalui wawancara, data sekunder dan kajian pustaka. Wawancara dilakukan beberapa narasumber antara lain Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat periode 2008/2009, Kepala Puskesmas Adaut periode 2008/2009, Kepala Unicef perwakilan MTB tahun 2007/2008, tokoh agama dan masyarakat. Data sekunder diperoleh melalui dokumen terkait dengan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau. Dokumen terdiri dari dokumen Badan Pusat Statistik (BPS), Profil dinas Kesehatan dan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten MTB, laporan tim DTPS-MPS Kabupaten MTB, dan laporan-laporan Unicef. Data dari wawancara dan dokumen serta kajian pustaka kemudian dianalisis dengan teknik triangulasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Persoalan kematian ibu dan bayi yang tinggi di Kabupaten Maluku Tenggara Barat tahun 2007 merupakan masalah publik dibidang kesehatan yang berkaitan dengan belum tercapainya atau terakomodirnya berbagai kebutuhan publik. Selain itu nilai dan kesempatan yang belum terpenuhi. Diperlukan intervensi melalui kebijakan pemerintah (Subarsono, 2005). Kebutuhan publik yang dimaksud adalah kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dari pemeriksaan kesehatan sampai pada proses persalinan yang aman.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 3 faktor utama dalam pembentukan dan penerapan kebijakan rumah tunggu berbasis gugus pulau di Kabupaten Maluku Tenggara Barat. 3 faktor tersebut antara lain:

Kedekatan Geografis

Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan salah satu kabupaten kepulauan diprovinsi Maluku dimana luas lautnya 110.883.3 km² atau 88,37 % dari luas wilayah ± 125.422.4 km² (BPS, 2007). Oleh karena itu diperlukan berbagai terobosan yang inovatif melalui berbagai kebijakan dan program kegiatan yang terencana baik penataan ruang maupun pengembangan wilayah kepulauan (Baiquni, 2004).

Kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau adalah salah satu bentuk inovasi yang dikembangkan oleh pemerintah daerah bersama Unicef yang bertujuan mengakomodir kebutuhan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil yang berada di pulau-pulau kecil Maluku Tenggara Barat (Dinas Kesehatan Kab.MTB dkk.,2011). Untuk efektifitas pelayanan pemerintah daerah membagi pusat-pusat gugus pelayanan kesehatan dalam 5 (lima) gugus pulau. 5 (lima) gugus pulau tersebut antara lain: 1) gugus Tanimbar Selatan, 2) gugus Tanimbar Utara, 3) gugus Pulau-pulau Babar, 4) gugus Lemola dan 5) gugus Pulau-pulau terselatan (Widjanto, 2007).

Penggugusan pulau-pulau yang dilakukan pemerintah daerah bertujuan meningkatkan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang selama ini sulit dijangkau karena kendala cuaca, kendala transportasi dan ekonomi. Kasus-kasus kematian ibu hamil yang beresiko tinggi salah satunya disebabkan karena terlambat merujuk seperti yang diungkapkan oleh kepala Puskesmas Adaut periode 2008/2009.

Kebanyakan kematian ibu hamil akibat terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan dengan kendala transportasi, jika mau dapat menggunakan speedboat dengan harga yang sangat mahal berkisar Rp.4.000.000,- sementara biaya operasionalnya hanya Rp.1.000.000,- Seringkali

saya nombok pake uang sendiri menggunakan dana insentif saya.

Pulau Selaru merupakan sub gugus dari Tanimbar Selatan. Selaru adalah pulau kecil dengan luas 826,26 km² dimana terdapat 6 (enam) desa yang berada di pesisir pantai yaitu desa Adaut, Kandar, Lingat, Namtabung, Werain dan Fursui (BPS Kab. MTB, 2010). Desa Adaut memiliki luas yang agak besar dari desa-desa lainnya yakni 223,09 km² tampak pada gambar 1 pada lampiran tulisan ini. Penetapan desa Adaut sebagai pusat gugus pulau Selaru yang secara geografis dianggap lebih dekat dengan Saumlaki sebagai pusat gugus Tanimbar Selatan jika dibandingkan dengan desa lainnya. Seperti yang diungkapkan oleh Kepala Unicef Kab. MTB periode 2007/2008.

Jadi kita mengambil Selaru sebagai Pilot Project yang tidak terlalu jauh dari kota Saumlaki.

Selain itu Adaut merupakan pusat pemerintahan kecamatan, tersedia fasilitas kesehatan Puskesmas rawat inap, tenaga kesehatan yang relatif memadai dan fasilitas penerangan listrik (DTPS Kab. MTB, 2009).

Secara geografis jarak desa-desa lainnya ke desa Adaut adalah 6 km-30 km. Desa Kandar adalah desa terdekat dengan jarak 6,01 km sementara desa Fursui adalah desa terjauh yaitu 30,08 km namun masih dalam lingkup pulau Selaru. Selain itu rata-rata waktu tempuh dari desa terdekat adalah 45 menit menggunakan transportasi laut ketinting. Sementara dari desa terjauh memerlukan waktu tempuh 1 jam ke desa Adaut. Khusus ibu hamil yang beresiko dan akan dirujuk ke Saumlaki sebagai pusat gugus Tanimbar Selatan memerlukan waktu tempuh 2-5 jam menggunakan transportasi laut. Hasil temuan penelitian menunjukkan bahwa penerapan rumah tunggu bersalin di desa Adaut tahun 2009 mempermudah akses ibu hamil yang berasal dari desa-desa pesisir pulau Selaru dalam pelayanan kesehatan karena masih dalam satu pulau dan masih bisa dijangkau oleh transportasi laut yang disebut ketinting yang secara ekonomi dianggap relatif murah. Sesuai hasil wawancara dengan bidan Senior pada Puskesmas Adaut diungkapkan bahwa:

Sesuai catatan ada 9 ibu hamil yang telah memanfaatkan rumah tunggu bersalin. 8 orang diantaranya berasal dari desa-desa pesisir pulau Selaru seperti desa Namtabung, Kandar dan Lingat dan terdapat 1 orang ibu hamil yang dirujuk ke Saumlaki.

Ukuran akses geografis selalu berkaitan dengan jarak, transportasi, waktu perjalanan dan hambatan fisik yang bisa menjadi penghalang bagi individu dalam akses pelayanan kesehatan (Brown, et.al., (2000). Sesuai hasil penelitian penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin di pulau Selaru

menjawab kebutuhan aksesibilitas ibu hamil akan pelayanan kesehatan secara geografis berdekatan desa-desanya. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian (Satti H dkk., 2013) dimana secara geografis wilayah Lesotho merupakan daerah pegunungan dan untuk efektifitas pelayanan maka pemerintah menyediakan alat transportasi udara helikopter untuk menjemput ibu hamil yang selanjutnya dibawa ke rumah tunggu bersalin.

Kedekatan Sosial dan Budaya

Masyarakat yang hidup di enam desa pesisir pantai pulau Selaru selalu berinteraksi dengan sistem nilai budaya duan lolat. Sistem nilai budaya tersebut mengatur hubungan-hubungan sosial masyarakat sekaligus mempersatukan masyarakat. *Duan lolat* merupakan kearifan lokal masyarakat pulau Selaru yang telah ada sejak dulu kala dimana didalamnya terkandung nilai luhur tradisi budaya yang mengatur tatanan kehidupan masyarakat (Sibarani, 2012). *Duan* bermakna tuan atau pemilik barang memiliki peran sebagai penjaga barang tersebut, sementara *lolat* bermakna yang menerima barang (Lerebulan 2001, Wuritimur 2012). Pemberian barang dari pihak *duan* maupun dari pihak *lolat* selalu mewarnai hubungan kekerabatan yang tergambar dari setiap kegiatan masyarakat mulai dari kelahiran, pernikahan, pembangunan rumah maupun kematian yang merupakan siklus kehidupan manusia.

Pakaian dan bahan makanan seperti umbi-umbian maupun beras biasanya diberikan oleh pihak *duan* kepada *lolat* sementara pihak *lolat* wajib memberikan minum khas yang disebut *Sopi* dan bahan makanan lainnya seperti daging. Selain itu pemberian barang dari pihak *duan* ke *lolat* atau sebaliknya dapat juga berupa benda-benda adat seperti kain tenun dan perhiasan adat. Pemberian barang-barang dari *duan* ke *lolat* atau sebaliknya sesungguhnya didasari atas semangat berbela rasa dan semangat gotong royong atau saling membantu melalui berbagai peristiwa atau kejadian yang disebutkan sebelumnya.

Kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau menggambarkan simbol kekuatan budaya sebagai modal sosial didalam masyarakat Selaru. Putman menyatakan modal sosial sebagai bagian dari organisasi sosial seperti kepercayaan, norma dan jaringan yang dapat memperbaiki efisiensi masyarakat dengan memfasilitasi tindakan terkoordinasi (John Field, 2014). Sistem nilai budaya *duan lolat* menjadi modal sosial dalam penerapan kebijakan rumah tunggu. Rumah tunggu bersalin di Adaut adalah rumah masyarakat atau rumah yang disediakan oleh masyarakat (gambar rumah tunggu Adaut terlampir) melalui musyawarah dan mufakat, yang digunakan oleh ibu hamil dengan

resiko tinggi, ditentukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, yang telah mendekati waktu bersalinnya (1-2 minggu sebelum tanggal taksiran partus) (Dinas Kesehatan Kab.MTB dkk., 2011).

Dalam pelaksanaannya ibu hamil yang berasal dari desa-desa pesisir pulau Selaru masih merasa nyaman tinggal selama 14 hari menunggu persalinan. Demikian pula dengan tuan rumah yang menerima ibu hamil merasa senang bisa menerima dan melayani ibu hamil karena masih memiliki kedekatan budaya yang sama.

Hasil temuan wawancara dengan pemilik rumah tunggu bersalin pertama di desa Adaut menyatakan bahwa:

Saya mengaku bersedia dengan rela hati menerima rumah saya dijadikan rumah tunggu. saya tidak menuntut apa-apa, misalnya jika pakai rumah saya harus direnovasi atau melihat kekurangan-kekurangan yang ada mereka benahi. Kita sebagai anak Tanimbar kekeluargaannya tinggi.

Kedekatan budaya menjadi kekuatan sekaligus pembeda dengan rumah tunggu bersalin di daerah lain. Rumah tunggu di daerah lain di bangun oleh Pemerintah (Satti H, McLaughlin, MM dan Seung KJ, 2013, Ghirmay Andemimichael dkk., 2009) yang pengelolannya dilakukan oleh pemerintah dengan menyiapkan semua fasilitas kesehatan yang dibutuhkan.

Kemandirian

Kemandirian berarti dapat mengatasi masalah sendiri yaitu penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan maupun pelayanan kesehatan dasar (Widjajanto, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek kemandirian dalam kebijakan rumah tunggu bersalin terkait dengan adanya kerjasama *stakeholder* baik pemerintah, tokoh agama, Unicef dan masyarakat melalui peran masing-masing.

Pemerintah daerah yang terdiri dari dinas Kesehatan termasuk Puskesmas Adaut, pihak Kecamatan Selaru dan Pemerintah desa Adaut terlibat penuh. Pemerintah daerah dinilai berhasil dalam mengajak *stakeholder* untuk terlibat di dalam desain dan penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin di pulau Selaru. Hal ini diungkapkan oleh Kepala dinas Kesehatan Kabupaten MTB Periode 2008/2009.

jujur keberhasilan kebijakan ini ditentukan lebih banyak oleh faktor-faktor non kesehatan keterlibatan stakeholder pemerintah Kecamatan dan Pemerintah desa karena jumlah penduduk Kecamatan Selaru juga cukup banyak dan itu cocok untuk diterapkan sebagai suatu pilot project.

Unicef adalah salah satu aktor kebijakan non pemerintah atau aktor tidak resmi sekalipun memiliki peran namun tidak memiliki kewenangan legal untuk membuat kebijakan yang mengikat (Anderson, 1979). Namun demikian tetap memiliki

daya pengaruh (Freeman, 1984) dalam proses lahirnya kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau di Maluku Tenggara Barat. Peran mereka tidak hanya melalui ide atau gagasan namun terlibat secara langsung melalui bantuan keuangan maupun fasilitasi program pelatihan bagi tenaga kesehatan maupun dukun bayi (tenaga tradisional terlatih). Hasil wawancara dengan kepala Unicef MTB tahun 2007/2008 dinyatakan bahwa:

saat itu belum ada rumah sakit di kabupaten. Mesiasati itu kita membangun suatu Ponok. Jadi puskesmas-puskesmas sentral kita lengkapi, dan dokter-dokternya kita bekerjasama dengan organisasi-organisasi kedokteran terkait kita latih sedemikian rupa sehingga mereka mampu melakukan tindakan-tindakan diluar kapasitas dokter umum misalnya operasi sesar, kemudian operasi bedah minor yang simpel. Jadi ada dokter-dokter dan perawat-perawat yang dilatih untuk hal itu dalam hal ini pusat rujukan berorientasi di Saumlaki. Kita juga melatih dukun-dukun bayi untuk menolong partus, namun ketika telah menemukan kegawatdaruratan maka harus segera dirujuk ke pusat kesehatan yang terdekat dalam hal ini puskesmas Saumlaki.

Hal yang sama diungkapkan oleh Kepala dinas Kesehatan Kabupaten MTB Periode 2008/2009

Sebagai sub gugus pulau seluruh tim tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas baik dokter, bidan dan perawat telah dilatih bagaimana menangani keadaan darurat.

Ini adalah salah satu wujud kemandirian tenaga medis yang telah dilatih untuk selalu siap dalam segala kondisi. Tindakan medis yang melakukan operasi bagi ibu hamil di Puskesmas Adaut tampak pada gambar 3 lampiran tulisan ini.

Tokoh Agama dan tokoh masyarakat (tokoh adat) memiliki peran. Peran tokoh agama sebagai pemimpin umat di suatu jemaat ikut mendorong warga jemaat mengakses rumah tunggu. Selain itu sosialisasi dan dukungan terhadap kebijakan rumah tunggu bersalin. Sementara itu tokoh adat berperan dalam advokasi kepada masyarakat tentang pentingnya rumah tunggu sekaligus melakukan edukasi (Dinas Kesehatan dkk., 2011). Hasil wawancara dengan tokoh agama (Pendeta) dinyatakan bahwa:

kami sangat berterima kasih untuk gagasan pembentukan rumah tunggu karena hal itu sangat membantu anggota jemaat kami apalagi yang berada di desa-desa jauh dari fasilitas kesehatan seperti di Fursui, Eliasa, dan oleh karena itu saya sangat terlibat untuk memberi pemahaman dan pengertian kepada umat supaya rumah tunggu ini bisa dibentuk dan anggota jemaat kami yang mengalami kesulitan dalam akses pelayanan kesehatan khususnya ibu hamil mau datang ke rumah tunggu.

Masyarakat terlibat secara langsung dalam kebijakan rumah tunggu bersalin baik kesediannya untuk memberikan rumahnya menjadi rumah

tunggu bersalin maupun terlibat dalam pelayanan bagi ibu hamil selama berada di rumah tunggu bersalin. Pelayanan diberikan mulai dari menyediakan kebutuhan makan dan minum sampai dengan kebutuhan mandi dan cuci. Untuk biaya operasionalnya menggunakan subsidi dari Unicef sebesar sebesar Rp.50.000,- (lima puluh ribu rupiah) per orang per hari untuk 2 (dua) orang selama 14 hari (Dinas Kesehatan Kab.MTB dkk., 2011). Subsidi memberikan manfaat tidak hanya bagi ibu hamil tetapi juga tuan rumah seperti yang diungkapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten MTB periode 2008/2009 menyatakan bahwa:

dalam pemberian operasional menggambarkan hubungan simbiosis mutualisme dimana biaya operasional yang diberikan kepada tuan rumah selain untuk membantu ibu hamil untuk kebutuhan makan dan minum, sekaligus membantu tuan rumah juga mengurangi beban ekonomi.

Pemberian bantuan berupa subsidi dalam kebijakan ini dapat dikategorikan sebagai tipe kebijakan distributif. Theodore Lowi menyatakan bahwa bahwa kebijakan distributif dimaksudkan untuk mendistribusikan keuntungan (biaya) yang dapat memberikan manfaat kepada individu melalui kegiatan-kegiatan yang dinilai memiliki nilai sosial tinggi. Pada tipe kebijakan publik semacam ini tidak ada pihak yang bersangketa karena semua orang dianggap bisa memetik manfaat yang setara atau manfaat yang sama (Kevin B Smith and Cristopher W. Larimer, 2009).

Selain menerima subsidi, ibu hamil juga datang dengan membawa makanan hasil kebun untuk dikonsumsi bersama dengan pendamping. Selain itu ada juga tabungan ibu hamil (tabulin) yang digunakan untuk biaya transport ibu hamil dan pendamping (Dinas Kesehatan dkk., 2011). Hasil wawancara kepala dinas kesehatan Kab.MTB periode 2008/2009) diungkapkan bahwa:

yang unik juga adalah dari sisi pemberdayaan dimana seorang ibu hamil yang berasal dari desa tetangga yang ingin menuju ke rumah tunggu Adaut jika ada hasil kebunnya dapat membawa ke rumah tunggu persalinan yang nantinya dimasak oleh tuan rumah untuk dimakan oleh ibu hamil bersama pendamping.

Partisipasi *stakeholder* dan masyarakat dalam kebijakan rumah tunggu bersalin menunjukkan derajat yang tinggi. Semuanya mengambil peran sehingga tercipta kemandirian dalam pelayanan kesehatan bagi ibu hamil. Terciptanya kemandirian dalam pelayanan rumah tunggu bersalin tidak lepas dari tindakan koordinasi yang dilakukan pemerintah daerah dengan berbagai *stakeholder* yang berada di pulau Selaru dan dukungan dari Unicef.

KESIMPULAN

Pembentukan dan penerapan kebijakan rumah tunggu bersalin berbasis gugus pulau merupakan salah satu bentuk inovasi dalam upaya memperpendek rentang kendali dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil. Akses pelayanan kesehatan bagi ibu hamil akan lebih mudah diperoleh karena masih ada dalam satu kesatuan atau gugusan pulau Selaru, memiliki kesamaan budaya *duan lolat* yang didalamnya terkandung semangat berbela rasa (tolong menolong) atau gotong royong sehingga memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu hamil dalam proses persalinan. Partisipasi dan kerjasama dari pemerintah daerah bersama *stakeholder* dan masyarakat Selaru merupakan modal dasar bagi terciptanya kemandirian dalam penanganan kasus ibu hamil yang beresiko tinggi.

UCAPAN TERIMAKASIH

Naskah publikasi jurnal ini merupakan hasil penelitian untuk penyelesaian studi akhir program Doktor Studi Kebijakan Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Pada kesempatan ini saya ingin berterima kasih kepada Pemerintah Daerah Maluku Tenggara Barat yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan Doktoral serta memberi dukungan dalam penelitian. Terimakasih juga disampaikan kepada Promotor Bpk. Prof. Dr. M. Baiquni, MA, Co Promotor Drs. Agustinus Subarsono, M.Si. MA.Ph.D dan Co Promotor dr. Yodi Mahendradata, M.Sc. Ph.D yang telah membimbing dan memberikan masukan terhadap naskah tulisan ini. Selanjutnya terimakasih kepada Narasumber yang bersedia diwawancarai. Kiranya Tuhan memberkati kita sekalian.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, James E. 1979, Public Policy Making, Holt, Rinehart and Winston, New York
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Maluku Tenggara Barat, 2010, Selaru Dalam Angka 2010, BPS MTB
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Maluku Tenggara Barat, 2007, MTB Dalam Angka 2007, BPS MTB
- Baiquni, 2004, Membangun Pusat-pusat di Pinggiran Otonomi di Negara Kepulauan, Yogyakarta : ideAs dan PKPEK
- Brown L.D.,Franco L.M., Rafeh N., and Hatzell T.,2000, Quality Assurance of Health Care in Developing Countries. Quality Assurance Methodology Refinement Series QA Project, Bethesda USA.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat., UNICEF, 2011, Pedoman Pelaksanaan

rumah tunggu. Saumlaki

Kevin B Smith and Cristopher W. Larimer, 2009
The Public Theori Primer. Westview Press. United
State. Khusus bab II.

Lerebulan Aloysius, 2011, Tanimbar, Maluku
Tenggara Barat: antara Tradisi dan Kehidupan
Modern. Yogyakarta - Kanisius

Matje Meriaty Huru, 2014, Analisis faktor-
faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan
rumah tunggu oleh ibu bersalin di Kabupaten
Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur, Semarang
:Universitas Diponegoro Fakultas Kesehatan
Masyarakat Program Magister Ilmu Kesehatan
Masyarakat

Roy G.A Massie dan Grace D. Kandou, 2013,
Kebutuhan Dasar Kesehatan Masyarakat di Pulau
Kecil: Studi Kasus di pulau Gangga Kecamatan
Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara
Provinsi Sulawesi Utara, Buletin Penelitian Sistem
Kesehatan – Vol.16 No.2 April 2013:176-184

Subarsono, AG, 2005, Analisis Kebijakan
Publik, Konsep Teori dan Aplikasi, Pustaka Pelajar,
Yogyakarta

Suharmiati, Agung Dwi Laksono dan Wahyu Dwi
Astuti, 2013, Review Kebijakan Tentang Pelayanan
Kesehatan Puskesmas Di Daerah Terpencil
Perbatasan (Policy Review on Health Services in
Primary Health Center in the Border and Remote
Area). Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol.
16 No. 2 April 2013: 109–116

Tri Rini Puji Lestari, 2011, Masalah Kesehatan di
Pulau Morotai dan Kabupaten Pulau Raja Ampat,
Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi
(P3DI) Setjen DPR RI.

Watloly, 2013, Cermin Eksistensi Masyarakat
Kepulauan Dalam Pembangunan Bangsa
Perspektif Indigenous Orang Maluku, Jakarta: PT.
Intimedia Cipta Nusantara

Widjajanto, 2007, Makalah Strategi Penurunan
Kematian ibu melalui Pendekatan Gugus Pulau
Untuk Wilayah Kepulauan. Unicef – Saumlaki

World Health Organization (WHO) 2014,
UNICEF, UNFPA, The World Bank, Trends in
maternal Mortality:1990 to 2013. Geneva:World
Heald Organization

Wuritmur, Amrosius, 2012, Basudara Orang
Tanimbar: Model Kearifan Lokal. Yogyakarta-
Kanisius

.....2009, Rekomendasi Hasil Evaluasi
Persiapan Implementasi Gugus Pulau dan Audit
Maternal dan Perinatal Kabupaten Maluku Tenggara
Barat. TIM DTSP Kabupaten Maluku Tenggara
Barat

.....2008, Proposal Implemantasi Gugus
Pulau di Kabupaten Maluku Tenggara Barat,

DTSP Kabupaten Maluku Tenggara Barat.

....., 2008, Laporan Kegiatan
Kunjungan Kerja Lapangan Tim DTSP-MPS
Kabupaten Maluku Tenggara Barat ke Kabupaten
Wonosobo, DTSP – MPS Kabupaten Maluku
Tenggara Barat

Ghirmay Andemimichael, Berhana Haele,
Andrew Kosia Jacob Mufunda (2009), Maternity
Waiting homes: A panacea for maternal/neonatal
conundrums in Eritrea, Journal of Eritrean Medical
Association Jema. [www.ajol.info/index.php/jema/
article/viewFile/52112/40740](http://www.ajol.info/index.php/jema/article/viewFile/52112/40740). diakses November
2015

Kayli Wild, Lesles Barclay, Paul Kelly & Nelson
Martins, 2011, The tyranny of distance:maternity
waiting homes and access to birthing facilities
in rural Timor-Leste. [http://www.who.int/bulletin/
volumes/90/2/11-088955/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-088955/en/) diakses November
2015

Michele Andina dkk (1996), Safe Motherhood
Maternity Waiting Homes: A rewiw of
Experience,[http://www.who.int/reproductivehealth/
publications/maternal_perinatal_health/
MSM_96_21/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/). Diakses maret 2015

Satti H, McLaughlin, MM, Seung KJ, 2013, [http://
www.who.int/reproductivehealth/publications/
maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/).
Diakses maret 2015