

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menguraikan data dan hasil penelitian tentang permasalahan yang telah dirumuskan pada Bab I, yaitu Evaluasi Kematian Ibu (Studi Kasus di Kabupaten Bantul).

Hasil penelitian ini diperoleh dengan melalui teknik *Focused Group Discussion* (FGD) pada tanggal 10 Maret 2017 di Meeting Room Hotel 101 Yogyakarta. Peserta FGD terdiri dari dokter-dokter spesialis obstetrik dan ginekologi, pihak puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan kabupaten Bantul serta dinas kesehatan propinsi DIY. Penelitian tahap kedua adalah pengumpulan data kuesioner melalui tautan yang dibagikan kepada bidan senior di rumah sakit kabupaten Bantul.

A. Analisis Deskriptif Hasil Focused Group Discussion

Focused Group Discussion dibuka dengan presentasi tentang audit maternal yang dilakukan oleh Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Audit dilakukan pada 112 rekam medis kematian ibu. Presentasi ini dibawakan oleh salah satu perwakilan dokter spesialis kandungan. Dari audit didapatkan 3 kelompok besar penyebab kematian ibu yaitu kondisi umum, peran pra rumah sakit, dan peran rumah sakit.

Dari presentasi yang dipaparkan, didapatkan beberapa kesimpulan. Pada kondisi umum, tidak ditemukan faktor risiko yang berarti yang menjadi penyebab kematian ibu. Dari hasil audit peran pra rumah sakit, ditemukan sebanyak 31% terjadi keterlambatan merujuk pasien dan hanya 9% pasien yang dirujuk dilakukan stabilisasi pra rujukan yang memadai. Hal ini menggambarkan masih kurangnya kualitas pra rujukan. Peran rumah sakit ikut menjadi faktor penyebab kematian ibu dengan ditemukannya sebanyak 53% pasien yang mengalami pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat, 47% dengan keterlambatan eksekusi keputusan klinik, dan 47% mengalami monitoring yang tidak akurat.

Kesimpulan lain yang didapatkan adalah 70% penyebab kematian seharusnya dapat dicegah. Hanya 26% pasien yang meninggal dalam 6 jam setelah masuk di rumah sakit, sisanya sebanyak 75% pasien meninggal setelah *golden period* dilewati. Keadaan ini menunjukkan bahwa justru rumah sakit masih menjadi faktor utama penyebab kematian ibu.

1. Kematian Ibu terkait Fasilitas Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut semestinya memiliki kesiapan sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan untuk ibu hamil. Terutama ibu hamil yang dirujuk dengan kondisi khusus atau pun kondisi gawat darurat.

Salah satu dokter spesialis kandungan peserta FGD menyampaikan adanya beberapa kondisi rumah sakit yang belum sesuai dengan standar:

“Jadi kalo kita lihat beberapa paparan yang ikut berperan dalam kematian ibu hal-hal yang selama ini ternyata memang tidak sesuai dengan patennya seperti fasilitas rumah sakit, ketersediaan kamar operasi, ketersediaan dokter.”

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul juga menambahkan tentang kondisi di Bantul di mana seluruh kasus kematian terjadi di rumah sakit. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan ketersediaan kamar ICU dan juga manajemen pengadaan di rumah sakit:

“... memang dari 12 kematian yang kita evaluasi, beberapa terjadi di faskes sekunder atau di rumah sakit. Terkait mungkin keberadaan kamar ICU, kemudian juga terkait manajemen pengadaan di faskes tersebut. Karena memang tidak bisa kami pungkiri masih ada masyarakat yang mengakses langsung pada rumah sakit yang non PONEK.”

Dari hasil audit yang disampaikan oleh perwakilan Dinas Kesehatan DI Yogyakarta, didapatkan bahwa dari 12 kasus kematian ibu pada tahun 2016, 3 kasus terjadi di rumah sakit pemerintah, 2 kasus di rumah sakit pusat, dan sisanya terjadi di rumah sakit swasta. Sehingga dianggap perlunya perhatian lebih untuk rumah sakit swasta:

“Kalo kita sudah mengerucut ke Bantul juga ya, itu kan kalo kita lihat kematian yang pada tahun 2016 itu juga ternyata di rumah sakit semua itu. Dan mungkin ini juga menjadikan bahan bagi kita juga, ternyata rumah sakit swasta ini ternyata juga menyumbang, karena dari 12 kasus itu yang di pemerintah yang rumah sakit

daerahnya juga hanya 3, dan rumah sakit pusat ada 2, tetapi justru rumah sakit swasta ini juga harus perlu kita sentuh juga.”

2. Kematian Ibu terkait Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Keberadaan tim medis di rumah sakit, termasuk di dalamnya adalah dokter spesialis kandungan dan juga bidan, yang dapat menangani dengan tepat berbagai kondisi rujukan ibu hamil sangatlah krusial. Namun terdapat beberapa kondisi SDM yang masih belum ideal.

Salah satu kondisi yang terkait dengan SDM di rumah sakit adalah tentang dilema dari dokter spesialis kandungan saat dihadapkan pada beberapa kasus kegawatdaruratan tertentu. Dilema ini berhubungan dengan pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan dengan cepat dan tepat. Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Bantul menyampaikan pengalamannya:

“Salah satu pengambilan keputusan ini, sistem yang bagaimana bisa kita buat agar pengambilan keputusan ini untuk kasus-kasus yang sangat berat tidak berdiri sendiri. Jadi mungkin bisa dengan obsgyn lain atau mungkin ada suatu wadah atau suatu mekanisme di mana jika ada suatu hal yang benar-benar harus dilakukan tindakan yang cukup riskan, ada simbiosis saran dari obsgyn lain mungkin itu yang mungkin belum ada saat ini.”

SDM yang ada juga perlu untuk mendapatkan ilmu yang selalu diperbarui berkala. Termasuk juga jika diperlukan, untuk diadakan evaluasi personal. Senada dengan yang disampaikan oleh perwakilan dokter spesialis kandungan:

“...dari penelitian disebutkan bahwa 53% pasien mengalami pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat, itu cukup tinggi sekali. Ini memang personalnya yang perlu dievaluasi, dan terdapat 47% terlambat dilakukan eksekusi ini juga personalnya.”

Perwakilan Dinas Kesehatan Propinsi DI Yogyakarta juga menambahkan kondisi di mana ketika terdapat rujukan ke rumah sakit, tidak semua kasus rujukan ditangani oleh dokter spesialis kandungan. Beberapa rujukan masih ditangani oleh bidan rumah sakit:

“Ternyata rumah sakit ini juga banyak kalo kasus karena keterbatasan SDM dokter ya ini, apalagi spesialis, sehingga kalo ada rujukan dari bawah itu ternyata juga yang di situ adalah bidan yang ada. Sehingga memang yang menolong atau memberikan penanganan pertama, walaupun bidan itu akan selalu jelas konsultasi atau telpon ya.”

Selain itu ada pula permasalahan tentang pelatihan berkala untuk bidan yang jarang dilakukan karena terkendala biaya. Banyak yang mengikuti pelatihan hanya untuk memenuhi syarat perpanjangan STR. Beberapa rumah sakit memfasilitasi pembiayaan pelatihan kebidanan namun banyak pula yang tidak memfasilitasi karena menganggap pelatihan tersebut merupakan investasi pribadi bidan, bukan berkaitan dengan rumah sakit:

“Bidan juga ada semacam pelatihan berkala. Sehingga untuk meng-courage kemampuan mereka supaya skill nya semakin meningkat, diasah kembali, diingatkan kembali gitu ya. Cuma memang kendalanya, saya tanya bidan-bidan itu mahal pelatihannya. Nah, perawat juga. Sehingga memang karena mahal itu kadang memang

tidak ikut pelatihan. Atau kadang pelatihan mepet sekali ketika mereka harus memperpanjang STR. Beberapa rumah sakit memfasilitasi supaya mengalokasikan dana untuk pelatihan ini. Tapi lebih banyak rumah sakit yang tidak bersedia karena mungkin dianggap sebagai kebutuhan sendiri. Sama dengan dokter kandungan itu tiap 5 tahun harus mengikuti untuk perpanjangan SIP, untuk STR baru. Sehingga bayar sendiri, tapi mungkin bagi beberapa bidan itu masih menjadi kendala.”

3. Kematian Ibu terkait Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Kabupaten Bantul sudah memiliki 8 puskesmas PONED dan 16 puskesmas rawat inap untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan tingkat pertama. Namun hal ini masih terkendala dengan terbatasnya SDM dan sarana prasaran fisik. Seperti yang disampaikan oleh perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul:

“Untuk puskesmas yang terkait kesiapan penanganan maternal kami menyiapkan 8 puskesmas PONED dan 16 puskesmas rawat inap, lalu semuanya masih mengalami keterbatasan mungkin dari sisi SDM. Untuk keterbatasan yang terkait sarana prasarana fisik, kami mengupayakan dengan selalu mengusulkan di tingkat kabupaten diharapkan bisa memenuhi kebutuhan yang terkait sarana prasana fisik maupun alat kesehatan untuk penanganan maternal.”

Dokter spesialis kandungan RS KIA Ummu Khasanah Bantul menitikberatkan pada stabilisasi pra-rujukan dan komunikasi antara perujuk dengan tenaga kesehatan di rumah sakit rujukan:

“... bukan hanya suara satu orang Sp. OG yang ada di situ yang harus bekerja tapi sedari awal kalo kita sudah mengetahui ini, saya rasa di pratama atau di PPK 1 kita sudah punya warning semua kok. Nah cuma tinggal kita mau tidak mentaati warning itu. Semuanya memang sudah berisiko tinggi, sehingga dari awal dilakukan konsultasi. Dievaluasi dengan baik. Jadi jangan sampe muncul kondisi darurat pada ibu-ibu tadi. Nah ya menurut saya, harus ada komunikasi dari atas ke bawah dengan baik.”

Perwakilan dokter spesialis kandungan juga menambahkan tentang keadaan pasien yang tidak pernah melakukan ANC ke fasilitas kesehatan tingkat pertama, sehingga tidak segera dirujuk ke fasilitas kesehatan sekunder:

“Saya juga pernah ketemu beberapa pasien yang sebenarnya faktor risikonya seharusnya sudah ter-detect sebelumnya tapi pasien ini tidak pernah dirujuk untuk paling tidak mendapatkan konsultasi ANC di tempat kita sehingga seolah-olah datang dengan tiba-tiba dan kondisinya tidak baik. Padahal sebenarnya itu adalah rentetan dari beberapa minggu sebelumnya.”

Perwakilan dari salah satu puskesmas menyoroti tentang pentingnya pelaksanaan ANC terpadu di puskesmas. Selama ini beberapa ibu hamil lebih memilih untuk memeriksakan diri langsung ke rumah sakit atau ke dokter praktik mandiri, padahal tidak ada fasilitas penyediaan ANC terpadu selain di puskesmas.

“Jadi semua ibu hamil tolong agar kontak dengan puskesmas. Terutama untuk pemantauan wilayah setempatnya. Yang kedua untuk dapat ANC terpadu. Jadi ya ANC terpadu perlu saya sampaikan kepada bapak ibu bahwa di Bantul itu, itu ANC terpadu itu diwajibkan puskesmas itu kalo yang pertama dia harus

dikontakkan dengan dokter umum untuk skrining penyakit. Yang kedua harus dikontakkan dengan dokter gigi. Itu kalo di puskesmas. Ini kenapa panjenengan kalo punya ee, apa, punya pasien harus dibawakan ke puskesmas. Jadi itu nanti dikontakkan dengan dokter umum, terus dikontakkan dengan dokter gigi. Kalo ada masalah gizi dikontakkan dengan gizi.”

Gambar 4.1 Simpulan Hasil FGD



B. Hasil Kuesioner

Pengambilan data dilakukan dengan membagikan tautan berkas yang berisi kuesioner dengan beberapa daftar pertanyaan. Tautan berkas ini diberikan kepada beberapa bidan senior di rumah sakit seluruh kabupaten Bantul. Dari 11 rumah sakit yang berada di Bantul, terdapat 9 rumah sakit yang melakukan pengisian kuesioner. Sebanyak 2 rumah sakit tidak mengisi kuesioner yang diberikan. Pengumpulan kuesioner dilakukan pada bulan November-Desember 2017. Kuesioner yang dibagikan memfokuskan pada pengumpulan data terkait sumber daya manusia dan fasilitas pendukung pelayanan kesehatan ibu hamil di rumah sakit.

1. Data Rumah Sakit di Kabupaten Bantul

Tabel 4.1 Tipe Rumah Sakit dan Akreditasi Rumah Sakit

| Nama Rumah Sakit | Tipe Rumah Sakit | Akreditasi Rumah Sakit |
|----------------------|------------------|------------------------|
| RS Santa Elisabeth | D | 5 |
| RS KIA Ummi Khasanah | C | 1 |
| RS PKU Muhammadiyah | C | 2 |
| RS Nur Hidayah | D | 5 |
| RSU Rachma Husada | D | 2 |
| RSUD Panembahan | B | 5 |
| RSU Rajawali Citra | D | 2 |
| RS Nur Rohmah | D | 4 |
| RSU Permata Husada | D | 1 |

2. Data jumlah kematian ibu di Kabupaten Bantul

Tabel 4.2 Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Bantul tahun 2013-2015

| Tipe Rumah Sakit | Tahun Kematian | | |
|------------------|----------------|------|------|
| | 2014 | 2015 | 2016 |
| B | 3 | 4 | 3 |
| C | 2 | 2 | 1 |
| D | 0 | 0 | 1 |
| Total | 5 | 6 | 5 |

3. Data kuesioner fasilitas pendukung pelayanan kesehatan ibu hamil di rumah sakit

| Parameter | Tipe Rumah Sakit | | |
|--|------------------|---------|---------|
| | B (n=1) | C (n=2) | D (n=6) |
| Peralatan anestesi, kamar operasi, perlengkapan alat bedah stand-by 24 jam | 1 | 2 | 6 |
| Peralatan resusitasi bayi | 1 | 2 | 4 |
| Perlengkapan manajemen aktif kala III | 1 | 2 | 6 |
| Peralatan emergensi obstetri di IGD | 1 | 2 | 6 |
| Alat emergensi obstetri di kamar bersalin | 1 | 2 | 3 |
| Obat emergensi obstetri di IGD | 1 | 2 | 5 |
| Obat emergensi obstetri di kamar bersalin | 1 | 2 | 6 |

Bedasarkan data yang didapatkan dari pertanyaan kuesioner terkait fasilitas pendukung pelayanan kesehatan ibu hamil di rumah sakit, didapatkan beberapa poin sebagai berikut:

- a. Seluruh rumah sakit di Kabupaten Bantul memiliki peralatan anestesi, kamar operasi, dan perlengkapan alat bedah yang *stand by* 24 jam untuk dapat digunakan pada tindakan SC.
- b. Terdapat 2 rumah sakit tipe D di Kabupaten Bantul yang tidak memiliki peralatan resusitasi bayi baru lahir.
- c. Seluruh rumah sakit di Kabupaten Bantul memiliki peralatan dan perlengkapan untuk manajemen aktif kala III.
- d. Seluruh rumah sakit di Kabupaten Bantul memiliki ketersediaan peralatan emergensi obstetri di IGD.
- e. Terdapat 3 rumah sakit tipe D di Kabupaten Bantul yang tidak memiliki kelengkapan alat emergensi obstetri di kamar bersalin.
- f. Terdapat 1 rumah sakit tipe D di Kabupaten Bantul yang tidak memiliki obat emergensi obstetri di IGD.
- g. Seluruh rumah sakit di Kabupaten Bantul memiliki obat emergensi obstetri di kamar bersalin.

4. Data kuesioner tentang sumber daya manusia terkait pelayanan dan penanganan ibu hamil di rumah sakit

| Parameter | Tipe Rumah Sakit | | |
|--|------------------|---------|---------|
| | B (n=1) | C (n=2) | D (n=6) |
| Dokter spesialis kandungan stand-by 24 jam | 1 | 2 | 3 |
| Tim operasi dengan asisten operasi/tim perawat bedah stand-by 24 jam | 1 | 2 | 5 |
| Tim operasi dengan dokter spesialis anestesi stand-by 24 jam | 1 | 1 | 1 |
| Dokter IGD memiliki kompetensi kegawatdaruratan obstetri | 1 | 2 | 3 |

Didapatkan beberapa poin berdasarkan data kuesioner tentang sumber daya manusia terkait pelayanan dan penanganan ibu hamil di rumah sakit:

- a. Terdapat 3 rumah sakit tipe D di Kabupaten Bantul yang belum memiliki dokter spesialis kandungan untuk *stand by* selama 24 jam.

- b. Terdapat 1 rumah sakit tipe D yang belum memiliki tim operasi dengan asisten operasi atau tim perawat bedah yang *stand by* 24 jam.
- c. Terdapat 1 rumah sakit tipe B, 1 rumah sakit tipe C dan 1 rumah sakit tipe D yang sudah memiliki tim operasi dengan dokter spesialis anestesi yang *stand by* 24 jam. Sementara 1 rumah sakit tipe C dan 5 rumah sakit tipe D belum memiliki dokter anestesi yang *stand by* 24 jam.
- d. Terdapat 3 rumah sakit tipe D di mana dokter jaga IGD belum memiliki kompetensi tentang kegawatdaruratan obstetri.

5. Data kuesioner tentang SOP terkait pelayanan ibu hamil di rumah sakit

| Parameter | Tipe Rumah Sakit | | |
|-----------------------------------|------------------|---------|---------|
| | B (n=1) | C (n=2) | D (n=6) |
| SOP manajemen aktif kala III | 1 | 2 | 6 |
| SOP pre-eklampsia berat/eklampsia | 1 | 2 | 5 |
| SOP infeksi/sepsis puerpuralis | 1 | 2 | 4 |

C. Pembahasan Hasil Penelitian

Dari hasil *Focused Group Discussion* dan pengisian kuesioner, didapatkan beberapa hal yang dapat dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar yaitu kematian

ibu terkait fasilitas rumah sakit, kematian ibu terkait sumber daya manusia di rumah sakit, dan kematian ibu terkait pelayanan kesehatan tingkat pertama.

1. Kematian Ibu terkait Fasilitas Rumah Sakit

Fasilitas rumah sakit sebagai tempat rujukan sudah seharusnya memenuhi standar minimal. Namun pada beberapa rumah sakit rujukan, hal ini masih belum terpenuhi. Sementara itu, di Kabupaten Bantul hanya terdapat 1 rumah sakit yang sudah tersertifikasi sebagai rumah sakit PONEK. Rumah sakit non PONEK, banyak yang masih terkendala dengan ketiadaan dokter spesialis kandungan yang *stand-by* selama 24 jam. Powell-Jackson et al. (2015) menjelaskan pada penelitiannya bahwa infrastruktur rumah sakit yang baik bisa menjadi salah satu kunci dalam penurunan angka kematian ibu.

Pada era JKN ini, sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit rujukan dianggap belum bisa merespons lonjakan rujukan. Sistem rujukan bertingkat hanya memperbolehkan untuk merujuk ke rumah sakit dengan tipe yang lebih tinggi. Sementara itu, rumah sakit tipe A dan B jumlahnya masih terbatas. Selain jumlah yang terbatas, tidak semua rumah sakit rujukan memiliki fasilitas untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri. Hal ini disebabkan oleh penetapan rumah sakit yang hanya berdasarkan jumlah minimal tempat tidur dan tidak didasarkan pada pertimbangan yang lebih penting, seperti fasilitas ICU, NICU, ventilator, atau peralatan kesehatan

lainnya. Terdapat rumah sakit yang sudah memenuhi syarat kelengkapan alat kesehatan yang mutakhir dan lebih dibutuhkan, namun tetap diklasifikasikan sebagai rumah sakit kelas C (kelas yang lebih rendah) karena tidak memenuhi jumlah minimal tempat tidur. Akibatnya, rumah sakit tersebut tidak boleh melayani komplikasi persalinan yang cukup berat (Noerdin et al. 2015).

2. Kematian Ibu terkait Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Keberadaan tenaga kesehatan yang kompeten di bidang obstetri adalah salah satu hal yang sangat diutamakan dalam pelayanan untuk ibu hamil. Namun pada kenyataannya masih ada banyak kekurangan baik dari segi kuantitas maupun kualitas.

Pada penelitian terdahulu, ditemukan bahwa salah satu permasalahan adalah penyebaran tenaga kesehatan yang tidak merata (Speybroeck et al. 2012; Sousa et al. 2006). Ketimpangan dalam pemerataan tenaga kesehatan ini sebenarnya sudah ditindaklanjuti oleh Menteri Kesehatan Indonesia dengan mengadakan program desentralisasi dengan tujuan untuk menguatkan kemampuan daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Bossert, et al., 1991).

Efendi (2012) menjelaskan pada penelitiannya berkaitan dengan penyediaan tenaga kesehatan di daerah terpencil di Indonesia. Program pemerintah berupa tenaga kontrak (PTT) dan penugasan khusus menunjukkan

kontribusi yang signifikan dalam meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan.

Selain dari masalah distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, terdapat beberapa hal lain yang menyebabkan permasalahan pada aspek SDM. Rendahnya gaji tenaga kesehatan yang ada, kondisi kerja yang buruk, kurangnya pengawasan, dan kurangnya infrastruktur ikut mempengaruhi permasalahan SDM (Ferrinho, et al. 1999; Kirigia et al. 2006; Lehmann, et al. 2008; Ramani et al. 2013).

Pelatihan rutin untuk bidan juga menjadi fokus yang menjadi perhatian dalam rangka menurunkan angka kematian ibu. Terbatasnya jumlah dokter spesialis kandungan yang *stand by* untuk 24 jam pada satu rumah sakit mengakibatkan bidan rumah sakit perlu untuk meningkatkan dan selalu memperbarui keterampilan dalam penanganan kegawatdaruratan pada ibu hamil. Pada beberapa penelitian, didapatkan bahwa tersedianya bidan yang terlatih menunjukkan signifikansi penurunan angka kematian ibu (Campbell, et al. 2006; Wilson et al. 2011).

3. Kematian Ibu terkait Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Sistem kesehatan di Indonesia yang menggunakan sistem rujukan bertingkat menjadikan fasilitas kesehatan primer sebagai pintu gerbang utama untuk masyarakat. Begitu pula dalam pelayanan dan penanganan ibu hamil.

Namun dari hasil FGD, didapatkan beberapa kondisi yang belum ideal. Salah satunya adalah kurangnya perhatian dari puskesmas terhadap kedisiplinan ANC ibu hamil, sehingga menyebabkan saat terjadi suatu kondisi yang memerlukan rujukan, seolah pasien ‘tiba-tiba’ datang sudah dengan kondisi buruk. Yego et al., (2014) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa ANC sangat diperlukan oleh ibu hamil karena akan sangat membantu dalam mengidentifikasi faktor risiko untuk mencegah kematian ibu.

Selain itu terdapat pula kekurangan dalam aspek SDM dan sarana prasarana di puskesmas. Kondisi ini dapat dilihat pada data dasar puskesmas DIY tahun 2015 di mana terdapat beberapa puskesmas yang belum menjadi puskesmas PONEC dan juga kurangnya tenaga bidan (Kemenkes, 2015).

Melihat kondisi di puskesmas, perlu dilakukan pengawasan lebih baik terhadap kepatuhan terhadap SOP dan juga *guideline* yang berlaku. Penggunaan SOP dan *guideline* yang selalu diperbarui dapat membantu untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Selain itu tenaga kesehatan di puskesmas juga diharapkan memahami dengan baik dan juga memiliki inisiatif terkait pelayanan yang diberikan sesuai dengan *guideline* (Mashalla et al. 2016).

Beberapa ibu hamil juga memilih untuk langsung memeriksakan diri ke rumah sakit daripada puskesmas. Dari penelitian yang dilakukan oleh

Emelumadu et al. (2014) hal ini dimungkinkan karena pelayanan di rumah sakit lebih nyaman, terdapat dokter spesialis, dan mudah diakses. Pada beberapa studi terdahulu, didapatkan bahwa ibu hamil lebih memilih untuk datang ke fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan lebih lengkap, meskipun beberapa ibu hamil di pedesaan masih menggunakan layanan dukun beranak (Hutchinson, et al 2011; Osubor, et al 2006; Uzochukwu, et al 2004).