

## PERAN SERTA RUMAH SAKIT SWASTA DALAM PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK STUDI KASUS DI RUMAH SAKIT ISLAM YOGYAKARTA PDHI

*PRIVATE HOSPITAL PARTICIPATION IN MOTHER AND CHILD HEALTH PROGRAM  
CASE STUDY OF YOGYAKARTA ISLAMIC HOSPITAL PDHI*

Widodo Wirawan<sup>1</sup>, Mohammad Hakimi<sup>2</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Islam PDHI Kalasan, Yogyakarta

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Government limitations in the implementation of health care becomes an obstacle to modify individual factors in utilizing community MCH services. The private sector, such as private hospitals, has their own role in MCH services. This role can not be ignored because the number of private hospitals is more than the number of public hospital and the growth is also faster.

**Objectives:** This study was conducted to explore and understand the participation of the private hospitals in the government's MCH program through case studies in Yogyakarta Islamic Hospital PDHI, and exploring the feasibility of private hospitals as a service provider of the MCH program.

**Method:** The study used a qualitative method with case study design. The variables measured were the resources, participation, barriers and challenges, as well as the strategic value. Data is collected through in-depth interviews to respondents from PDHI Foundation board, directors, manager, medical staffs, and the patient or their family, as well as field observations, and document tracking.

**Result:** Private hospital has a major role in government MCH program through MCH services its self, facilities and infrastructure, and resources doctors and paramedics. Private hospitals encountered the obstacles in implementing MCH programs, such as the amount of government insurance payments that are not in accordance with the cost of private hospital services and there is tariff discrimination based on hospital class. The government also is not optimal in socializing MCH program guideline in private hospitals, while the referral systems between health facilities are still not smooth.

**Conclusion:** The participation of the private hospitals in the MCH program is not optimal, influenced by financing for MCH programs, weak referral systems, and government lack of facilitation for the infrastructure development and medical personnel, and lack of socialization MCH program guideline.

**Keywords:** participation, private hospital, MCH

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Keterbatasan pemerintah menjadi hambatan bagi masyarakat dalam memanfaatkan layanan KIA. Peran swasta ini tidak dapat begitu saja diabaikan karena jumlah RS lebih banyak dibanding jumlah RS pemerintah dan pertambahan jumlahnya juga lebih cepat daripada pertambahan RS pemerintah.

**Tujuan:** Penelitian untuk mengeksplorasi dan memahami peran serta RS swasta di dalam program KIA pemerintah melalui

studi kasus di RS Islam Yogyakarta PDHI serta mengeksplorasi kelayakan RS swasta sebagai penyedia layanan program KIA.

**Metode:** Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan rancangan studi kasus. Variabel meliputi sumber daya, peran serta, hambatan dan tantangan, serta nilai strategis. Pengumpulan data melalui wawancara kepada responden dari pengurus Yayasan, direktur, manajer, staf fungsional, dan pasien/keluarganya, melalui pengamatan lapangan, dan penelusuran dokumen.

**Hasil:** RS swasta berperan besar dalam program KIA pemerintah melalui potensi layanan KIA yang dimiliki, fasilitas sarana dan prasarana, dan sumber daya dokter dan paramedis. RS swasta menemui hambatan dalam melaksanakan program KIA, seperti tarif asuransi pemerintah tidak sesuai dan diskriminasi tarif berdasarkan kelas RS. Pemerintah belum optimal dalam mensosialisasi panduan program KIA di RS swasta dan sistem rujukan masih belum baik.

**Kesimpulan:** Peran serta RS swasta dalam program program KIA belum optimal, dipengaruhi oleh faktor kerjasama pembiayaan program KIA oleh pemerintah, sistem rujukan, dan fasilitasi pemerintah untuk pengembangan sarana, prasarana, dan tenaga medis, serta kurangnya sosialisasi panduan program KIA.

**Kata kunci:** peran serta, RS swasta, kesehatan ibu dan anak

### PENGANTAR

Sektor kesehatan mendapatkan porsi besar dalam menentukan keberhasilan pencapaian MDGs, yaitu menurunkan angka kematian anak, dan meningkatkan kesehatan ibu. Kementerian Kesehatan memberikan perhatian khusus pada penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui strategi-strategi pembangunan kesehatan seperti meningkatkan pembiayaan kesehatan, pemenuhan sumber daya tenaga kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan dengan sektor swasta. Permasalahan utama yang saat ini masih dihadapi berkaitan dengan kesehatan ibu di Indonesia adalah masih tingginya AKI yang berhubungan dengan persalinan<sup>1</sup>. Sampai saat ini indikator penyelenggaraan KIA menunjukkan perbaikan yang tidak bermakna. Bappenas mengisyaratkan bahwa Indo-

nesia akan sulit mencapai target MDGs untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) sampai ke angka 102 pada tahun 2015 atau sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990-2015<sup>1</sup>. Kesulitan pencapaian penurunan AKI secara tidak langsung terkait juga dengan komitmen pemerintah. Terbukti di dalam dokumen Instruksi Presiden RI mengenai Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010 tidak menyebutkan secara eksplisit mengenai strategi-strategi dalam memperbaiki pencapaian indikator-indikator KIA.

Penyebab tetap tingginya AKI adalah keterlambatan dalam proses pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan bagi kasus kegawatdaruratan obstetri, pencarian tempat rujukan yang disebabkan oleh keadaan geografis dan masalah transportasi, dan penanganan yang tidak adekuat di tempat rujukan karena kurangnya sumber daya dan fasilitas kesehatan pada pusat rujukan<sup>2</sup>. Faktor sosioekonomi dan pendidikan juga berpengaruh besar terhadap keterlambatan mencari pertolongan.

Keberhasilan penyelenggaraan program KIA ditentukan oleh banyak faktor. Tinjauan faktor-faktor individual dalam memanfaatkan layanan KIA oleh masyarakat meliputi seberapa luas cakupan program KIA dapat dijangkau atau besar daya aksesnya. Daya akses ini tidak semata-mata ditentukan oleh jarak ke fasilitas layanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh pembiayaan terkait dengan status sosioekonomik, seberapa mampu masyarakat membiayai diri untuk mendapatkan layanan KIA; juga dipengaruhi pandangan masyarakat terhadap ketersediaan layanan yang berkualitas yang berimplikasi kepada seberapa jauh keinginan masyarakat berkunjung ke fasilitas layanan<sup>2</sup>. Durasi rawat inap di RS swasta jauh lebih singkat dari RS pemerintah, ini juga dikaitkan dengan kecenderungan masyarakat memilih swasta, tanpa melihat status ekonominya, untuk rawat inap kasus-kasus penyakit akut, tetapi lebih memilih rawat inap di RS pemerintah bila menderita penyakit kronis seperti kanker yang memang mahal biayanya<sup>3</sup>. Faktor eksternal di luar sektor pelayanan kesehatan formal seperti keberadaan dukun beranak dan tingkat pendidikan masyarakat juga turut berpengaruh dengan keberhasilan penyelenggaraan KIA<sup>4</sup>.

Terdapat banyak sektor terlibat dalam penyelenggaraan layanan KIA, berupa lembaga dan perorangan. Sektor swasta seperti Rumah Sakit (RS) swasta memiliki peran tersendiri di dalam layanan KIA. Peran ini tidak dapat diabaikan karena jumlah RS swasta semakin meningkat secara bermakna dan kecepatan pertumbuhannya juga lebih besar. IMF dan WHO menggalakkan untuk menurunkan level penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah

dan pada saat bersamaan mendorong peran sektor<sup>5</sup>. Dalam menyediakan fasilitas pelayanan KIA yang memadai, pemerintah sebagai penyelenggara program-program *public health*, mempunyai keterbatasan terutama untuk kasus gawat darurat di tingkatan rujukan ke RS seperti kasus preeklamsia atau eklamsia.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman menyatakan bahwa terjadi *overload* pelayanan KIA di RSUD Sleman karena keterbatasan fasilitas, sehingga dilakukan antisipasi dengan membuat manual rujukan dengan melibatkan semua RS pemerintah dan swasta<sup>6</sup>. Sehingga terbuka peluang bagi RS swasta untuk berperan serta dalam meringankan beban penyediaan layanan KIA oleh pemerintah. Peran serta RS Swasta akan membawa keuntungan berupa keefisienan yang kompetitif dan menaikkan tingkat responsifitas kepada pengguna. Dengan kata lain, meningkatnya penyediaan layanan kesehatan RS swasta akan membebaskan sumber daya pemerintah yang terbatas, yang dapat ditargetkan untuk memberikan layanan bagi masyarakat miskin. Rumah sakit swasta digolongkan menjadi rumah sakit *for-profit*, rumah sakit *not-for-profit* (nirlaba), dan rumah sakit amal<sup>7</sup>. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan memahami peran serta dan kelayakan RS swasta dalam menyelenggarakan program KIA.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus peran serta RS swasta dalam program KIA dengan mengambil salah satu institusi rumah sakit swasta di Kabupaten Sleman sebagai unit analisis yaitu RS Islam Yogyakarta Persaudaraan Djama'ah Haji Indonesia (RSIY PDHI) Kalsan. Subjek penelitian menggunakan teknik *purposive sampling* yang meliputi perwakilan dari pengurus Yayasan PDHI, direktur, perwakilan manajemen, perwakilan bidan, dokter spesialis kandungan, dokter spesialis anak, dan perwakilan pelanggan RSIY PDHI meliputi pasien dan keluarganya. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pengamatan, dan penelusuran dokumen. Analisis data dilakukan secara kualitatif dan dilaksanakan bersamaan dengan proses pengumpulan data dan pada akhir penelitian.

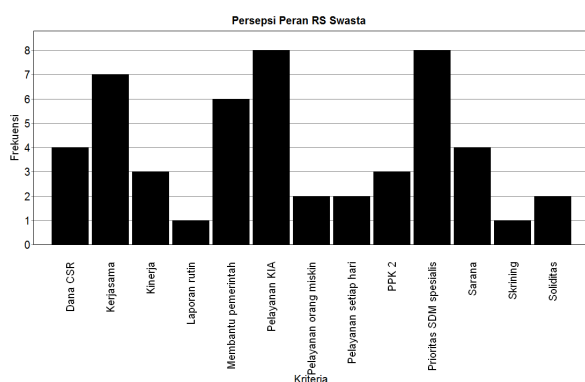
## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menjabarkan peran RS swasta meliputi faktor potensi sumber daya yang dimiliki oleh RS swasta, hambatan dan tantangan yang dihadapi, serta nilai strategis RS swasta dalam program KIA. Dari pengamatan lapangan dan penelusuran dokumen di RSIY PDHI, peneliti menemukan bahwa

elayanan KIA yang dilakukan telah cukup lengkap, meliputi pelayanan antenatal, kelahiran, pasca kelahiran, pelayanan kesehatan balita dan anak. Pelayanan mencakup rawat jalan dan rawat inap serta mencakup juga pelayanan gawat darurat. Pelayanan tersebut ditunjang dengan keberadaan tenaga kesehatan berupa dokter ahli kandungan dan kebidanan sejumlah 2 orang, dokter anak sejumlah dua orang, dokter anestesi sejumlah 2 orang, dokter umum sejumlah 15 orang, bidan kamar bersalin sejumlah 7 orang, bidan unit gawat darurat sejumlah 3 orang, perawat anak sejumlah 8 orang, dan perawat ibu dan anak sejumlah 5 orang, perawat poliklinik ibu dan anak sejumlah 6 orang. Kegiatan pelayanan ibu dan anak juga didukung oleh tenaga penunjang seperti tenaga laboratorium, radiologi, fisioterapi, terapi wicara, dan terapi okupasi. Sarana kegawatdaruratan juga tersedia seperti unit gawat darurat yang menyediakan tenaga *on site* yaitu dokter umum dengan sertifikasi kegawatdaruratan, bidan, perawat, dan dokter konsulen *on call*. Di RSIY PDHI tersedia peralatan dan perlengkapan kegawatdaruratan untuk resusitasi bayi dan anak, fototerapi bayi, inkubator bayi, kamar bersalin ibu melahirkan, kamar operasi untuk tindakan bedah sesar, bangsal perawatan intensif, ruang perinatal, dan ruang isolasi. Namun semua ini belum didukung oleh sumber daya dokter ahli purna waktu.

Studi di RSIY PDHI, sebagian besar responden menyatakan bahwa RS swasta dapat berperan dalam pelayanan KIA, menyediakan layanan dokter spesialis KIA seperti dokter spesialis anak dan obsgin, serta layanan penunjangnya.

Peran serta RS swasta tersaji pada gambar berikut:



Gambar Peran RS Swasta

Penelitian ini mengungkapkan cukup banyak permasalahan yang dihadapi oleh RS swasta ketika ikut serta membantu program pemerintah ini. Masa-

lah utama yaitu plafon tarif asuransi kesehatan dan sosial yang tidak masuk akal jumlahnya bila dibandingkan dengan *real unit cost* pelayanan KIA di RS swasta. Diskriminasi plafon tarif pelayanan KIA berdasarkan kelas RS, seperti dikemukakan oleh seorang responden juga semakin memperparah masalah ini:

“Ya, sebenarnya RS swasta berat ya. Masalahnya pemerintah membeda-bedakan. Dasar tindakan yang sama, kalau RS-nya mampu, kalau RS swasta kan punya kelas, tipe D ya. Nah, D dengan A itu kelas jampersal itu lain, padahal tindakannya sama, memberatkan sebetulnya.”

Pada tahun 2012, 14 RS di Kabupaten Sleman telah bekerjasama dengan asuransi pemerintah. Terdapat 10 RS swasta yang bekerjasama dengan pemerintah untuk Jamkesmas dan Jampersal di tahun 2012. Namun, di dalam pelaksanaannya, terjadi kesulitan terkait dengan pola pembayaran yang masih tersendat-sendat dan kondisi plafon tarif yang belum sesuai dengan *unit cost* pelayanan RS swasta. Ini dapat dimengerti bahwa pihak pemerintah belum mendapatkan data yang baik untuk menyusun plafon tarif yang sesuai dari RS swasta.

Responden menilai bahwa sistem rujukan berjenjang yang ada sekarang menjadi hambatan tersendiri bagi masyarakat untuk mendapatkan layanan KIA yang optimal dari RS swasta karena terdapat diskriminasi plafon tarif dari asuransi pemerintah, ditambah dengan sosialisasi yang amat minim mengenai fasilitas dan jenis pelayanan KIA yang ada di RS pemerintah maupun RS swasta yang terlibat dalam sistem rujukan ini:

“...misalkan bayi dengan prematur, kemudian dia dengan suspek HND, ya jangan dirujuk ke sini. Ya, langsung ke sana. Sepsis, iya. Jadi kita berarti harus membuat guideline juga di RS di sini, kasus-kasus apa yang bisa tangani, sehingga kita harus ngomong juga kepada bidan ya, jangan dirujuk ke sini. Begitu. Karena itu semakin lama ia harus pindah-pindah, sudah masuk sini, nanti keluar dari sini bukan kita mempersulit, tapi memang susah sekali mencari-cari. Nah, itu harus jelas”.

Di sisi lain, RS swasta dianjurkan oleh pemerintah untuk memberikan pelayanan KIA berdasarkan standar yang telah ditetapkan seperti tertuang di dalam dokumen Pemantauan Wilayah Setempat KIA (PWS KIA). Panduan ini banyak tidak dimengerti oleh RS swasta sebagai pemberi layanan sekunder. Sehingga timbul masalah baru mengenai sinkronisasi data pelayanan, pembagian beban layanan melalui sistem rujukan, dan sosialisasi layanan KIA di RS swasta kepada masyarakat.

RSIY PDHI secara definitif belum memiliki dokter ahli purna waktu untuk pelayanan KIA. Hal ini, bagaimanapun, berdampak pada ketidakefektifan pelayanan. Beberapa contoh kasus fatal terkait pelayanan kegawatdaruratan bagi ibu hamil dan melahirkan pernah terjadi seperti keterlambatan penanganan bedah sesar dan keterlambatan penanganan kasus eklamsia yang memerlukan perawatan intensif. Pemerintah bersama organisasi profesi dalam hal ini dapat lebih mengatur dan mengawasi pemerataan distribusi dokter ahli terkait pelayanan KIA, agar rasio beban pelayanan dan tenaga pelayanan menjadi lebih seimbang. Pemerintah juga dapat melakukan perluasan dan penguatan dalam kerjasama pengadaan tenaga kesehatan di RS swasta.

Sebagai layanan sekunder RSIY PDHI juga menjalankan fungsi layanan primer karena masih menerima layanan KIA primer meliputi pelayanan antenatal dan kelahiran normal yang sebenarnya dapat dilakukan di sarana layanan dan tenaga kesehatan primer seperti puskesmas dan bidan. Namun, tindak lanjut pelayanan primer tersebut belum optimal karena cukup banyak terjadi kasus *drop out* dalam pelayanan ibu yang mau melahirkan.

RSIY PDHI telah mencoba mengantisipasi permasalahan dalam pelayanan KIA melalui meningkatkan sarana perawatan ibu meliputi pembangunan bangsal kebidanan dan perinatal baru, pengadaan *CT Scan*, penambahan perangkat *USG*, optimalisasi jadwal dokter ahli, inisiasi sistem informasi manajemen rumah sakit berbasis elektronik, perbaikan berkelanjutan proses-proses internal melalui penerapan *customer service excellent, handling complain, patient safety*, meningkatkan kerjasama dengan lembaga-lembaga non kesehatan dan asuransi, pelatihan dan penyuluhan, dan menghadiri secara aktif pertemuan dengan *stakeholder* untuk membahas perihal kerumah sakit dan permasalahannya.

Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Peraturan Gubernur No. 59/2012 telah memberlakukan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Tujuan utama dari peraturan ini adalah untuk mendistribusikan beban pelayanan kesehatan secara lebih merata, tidak menumpuk pada satu RS besar saja sehingga menyebabkan beban berlebih (*overload*) dan akhirnya dapat menyebabkan penurunan kualitas layanan. Padahal, pandangan masyarakat terhadap ketersediaan layanan yang berkualitas juga berimplikasi kepada seberapa jauh keinginan masyarakat berkunjung ke fasilitas layanan itu.<sup>2</sup> Sistem yang bagus ini belum ditunjang oleh pemerataan fasilitas layanan, tenaga medis, dan tenaga penunjangnya, baik di RS pemerintah sendiri, terlebih lagi di RS swasta.

Di sisi lain, terjadi diskriminasi pembiayaan pelayanan secara umum dan KIA secara khusus dari plafon tarif yang disediakan oleh pemerintah melalui asuransi nasional maupun daerah berdasarkan perbedaan kelas RS. Jelas dalam hal ini RS swasta kelas kecil menjadi semakin kesulitan untuk menyesuaikan dengan biaya operasional RS dan mengembangkan fasilitas layanan. Pada akhirnya diskriminasi ini menyebabkan sistem rujukan yang dibangun tidak akan dapat berjalan dengan baik. Secara makro, hal ini memberikan dampak dalam meningkatkan angka kesakitan dan bahkan angka kematian ibu dan anak, karena RS swasta lebih memilih untuk merujuk kasus-kasus KIA dengan plafon tarif asuransi yang tidak sesuai dengan *unit cost* pelayanan. Tentu ini dapat menyebabkan keterlambatan ibu dan anak dalam mendapatkan pertolongan yang sesuai. Paradigma pengambil kebijakan dan penentu anggaran harus berubah untuk tidak fokus kepada pengembangan RS yang besar saja. Bila filosofi tentang sistem rujukan ini dimengerti dengan baik tentu akan dapat dipertimbangkan perlunya penguatan kerjasama pembiayaan dan pengadaan fasilitas serta sumber daya tenaga kesehatan untuk RS-RS kecil dan swasta. Selain itu, advokasi dan fasilitasi terhadap perbaikan plafon tarif asuransi nasional dan daerah perlu dilakukan agar RS kecil dan swasta lebih nyaman dan aman dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak.

Rumah sakit swasta diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan melengkapi sarana dan prasarana pelayanan. Perbandingan jumlah RS swasta terhadap RS pemerintah di Indonesia hampir mencapai dua kali lipat. Namun, sebagai tempat rujukan, pemanfaatan RS swasta oleh masyarakat miskin masih sangat rendah<sup>8</sup>. Sehingga, potensi ini sangat besar manfaatnya untuk perbaikan indikator KIA. RS swasta selama ini berkembang dengan kemampuan diri sendiri tanpa ada subsidi dari pemerintah seperti penggajian karyawan, pembelian sarana dan prasarana, dan pengadaan tenaga medis. RS swasta *non-profitable* perlu difasilitasi dan dipermudah melalui kebijakan kebebasan membayar pajak agar lebih dapat mengembangkan pelayanan dan fasilitas, serta memperluas akses kepada masyarakat melalui pelayanan yang terjangkau dan berkualitas.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Rumah Sakit swasta mempunyai peran dan potensi besar untuk berpartisipasi dalam program KIA karena memiliki sumber daya sarana dan prasarana, tenaga medis, serta kegiatan pelayanan KIA itu sendiri. Namun, RS swasta mempunyai keterbatasan

dalam mengembangkan pelayanan KIA karena menemui hambatan dalam menentukan strategi yang baik agar pelayanan dapat optimal tanpa bertentangan dengan perencanaan bisnisnya. Padahal, RS swasta nirlaba masih dapat berfokus pada layanan yang pro masyarakat miskin dalam konteks tekanan multipel dari meningkatnya proses privatisasi. Tekanan-tekanan ini membuat pergeseran pelayanan KIA yang awalnya masih berfokus pada pelayanan primer menuju kepada fasilitas perawatan untuk kuratif yang berorientasi pada penggunaan fasilitas mahal dan tindakan medis populer, menyebabkan pengurangan akses kelompok masyarakat marginal seperti orang miskin khususnya pelayanan KIA dan pelayanan kontrasepsi<sup>9</sup>.

Pemerintah belum mempertimbangkan bahwa RS swasta membiayai kegiatan operasionalnya secara mandiri tanpa ada subsidi dari pemerintah, sehingga akhirnya RS swasta kesulitan dalam mengelola program KIA melalui pembiayaan asuransi pemerintah yang dinilai belum layak dan berkeadilan. Penelitian ini mengusulkan beberapa saran. Pelibatan RS swasta dengan memberikan perlakuan yang setara dengan RS pemerintah penting dilakukan agar peran sertanya dapat optimal dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan anak. Sehingga pemerintah perlu membuat kebijakan anggaran dan pembiayaan yang berkeadilan untuk penyelenggaraan program KIA di RS swasta. Pemerintah perlu memberikan keadilan, terutama bagi RS swasta nirlaba untuk mendapatkan insentif pajak dan subsidi yang sama dengan RS pemerintah sebagaimana dicontohkan di negara maju, agar RS swasta nirlaba semakin besar bergabung di dalam program-program pemerintah khususnya program KIA<sup>10</sup>. Pemerintah pusat dan daerah perlu membuat kerjasama dan penguatan kerjasama terkait pendistribusian tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan KIA secara merata di RS swasta. Hal ini untuk melengkapi kerjasama pembiayaan yang selama ini sudah dilakukan. Pemerintah bersama swasta sebaiknya memetakan secara cermat rasio beban pelayanan KIA terhadap sumber daya yang dimiliki oleh RS untuk membentuk sistem rujukan yang handal.

## REFERENSI

1. Badan Pusat Statistik (2010) *Indikator MDGs Indonesia*. Tersedia dalam: [http://mdgs-dev.bps.go.id/main.php?link=indikator\\_ina&goal=5](http://mdgs-dev.bps.go.id/main.php?link=indikator_ina&goal=5) [Diakses 22 Juli 2010].
2. Mpenbeni, R.N.M., Killewo, J.Z., Leshabari, M.T., Massawe, S.N., Jahn, A., Mushi, D., & Mwakipa, H. (2007) Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7 (29) December. Tersedia dalam: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/29> [Diakses 22 Juli 2010].
3. Roeshadi, R.H. (2006) Upaya Menurunkan Angka Kesakitan dan Angka Kematian Ibu pada Penderita Preeklamsia dan Eklamsia. *Naskah dipresentasikan pada pengukuhan jabatan guru besar tetap dalam bidang ilmu kebidanan dan penyakit kandungan FK USU*, Medan.
4. Becker, S., Peters, D.H., Gray, R.H., Gultiano, C., & Black, R.E. (1993) *The Determinants of Use of Maternal and Child Health Services in Metro Cebu, the Philippines*. *Health Transition Review*, 3 (1), pp. 77-89.
5. Griffin, C.C. (1989) *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*. *World Bank*, Washington D.C.
6. Dilip, T.R. (2008) *Role of Private Hospitals in Kerala: and Exploration, Working Paper 400*. Centre for Development Studies. Kerala, India. Tersedia dalam: <http://www.cds.edu/admin/homeFiles/wp400.pdf> [Diakses 22 Juli 2010].
7. Ging, L.S. (1995) *Analisis Kebijakan tentang Fungsi Sosial Rumah Sakit Swasta*. Tesis, Universitas Indonesia.
8. Huang, C., Liang, H., Chu, C., Rutherford, S., Geng, Q. (2009) *The Emerging Role of Private Health Care Provision in China, A Critical Analysis of the Current Health System. Asia Health Policy Program Working Paper*. Tersedia dalam: <http://iis-db.stanford.edu/pubs/22681/AHPPwp10.pdf> [Diakses 26 Juli 2010].
9. Sciortino, R., Ridarineni, N., Marjadi, B. (2010) *Caught between Social and Market Considerations: A Case Study of Muhammadiyah Charitable Health Services*. *Reproductive Health Matters* 2010, 18 (36): 25-34.
10. Florida Hospital Government & Public Affairs (2011) *The Economics of Not-for-Profit Hospitals, Health Issues Brief*.
11. Maas, L.T. (2004) *Kesehatan Ibu dan Anak: Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatannya*. FKM USU: USU Digital Library. Tersedia dalam: <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm%20linda2.pdf> [Diakses 22 Juli 2010].
12. Republika Online. (2014) *RSUD 'Overload', Sleman Siapkan RS Rujukan Ibu Melahirkan*. Tersedia dalam: <http://www.kompas.co.id/> [Diakses 10 Desember 2014].