

## **ANALISIS PENILAIAN TEKNOLOGI KESEHATAN PADA PLANNED HOME BIRTH**

**Anita Dewi Lieskusumastuti<sup>1\*</sup>, Catur Setyorini<sup>2</sup>, Khulasoh<sup>3</sup>, Sri Hartini<sup>4</sup>, Askuri<sup>5</sup>**

<sup>1,2</sup>Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dan STIKES Mamba'ul 'Ulum Surakarta

<sup>3,4,5</sup>Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

<sup>1</sup>[anita.dewi712@yahoo.co.id](mailto:anita.dewi712@yahoo.co.id)\*

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Peristiwa persalinan merupakan kejadian normal pada suatu kehidupan dalam keluarga, sehingga melahirkan di rumah dengan ditolong tenaga kesehatan menjadi pilihan yang dapat dilakukan oleh seorang perempuan.

**Tujuan:** Untuk mengetahui pelaksanaan metode persalinan dirumah yang terencana menggunakan pendekatan *health technology assessment*.

**Metode:** Pertanyaan *scoping review* menggunakan *framework* PICO. Database meliputi Pubmed, DOAJ, dan Wiley. *Critical appraisal* menggunakan *JB I tool*.

**Hasil:** pelaksanaan *planned home birth* terdapat perbedaan di berbagai negara, yakni adanya peningkatan dan penurunan. Penolong persalinan lebih dikenal sebagai bidan, seorang perempuan yang berpengetahuan dan berpengalaman dengan menjunjung martabat dan rasa hormat. *Transfer* pasien dari rumah ke rumah sakit dilakukan karena timbul komplikasi pada ibu dan bayi. Preferensi *planned home birth* mencakup berbagai hal yang menjadi alasan perempuan melahirkan di rumah. Terdapat beberapa karakteristik ibu yang melahirkan di rumah yang harus diperhatikan. Analisis biaya *planned home birth* bahwa tampaknya lebih hemat, namun apabila terjadi transfer maka ada tambahan biaya. Keamanan dan efektivitas *planned home birth* bahwa untuk perempuan yang resiko rendah, tingkat kematian perinatal dan morbiditas ibu signifikan lebih rendah.

**Simpulan:** *Planned home birth* masih menjadi pilihan alternatif bagi semua perempuan komplikasi rendah. Preferensi asuhan yang berpusat pada ibu dengan memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman. *Planned home birth* dapat dikelola dengan kriteria kualitas tertentu dalam pelaksanaan, penolong terlatih, dan transfer bila dibutuhkan.

**Kata kunci:** *Planned Home Birth*; Penilaian Teknologi Kesehatan

## **ANALYSIS OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT FOR PLANNED HOME BIRTH**

### **Abstract**

**Background:** Birth is a normal occurrence in a family's life, so giving birth at home assisted by health personnel is the choice of all women.

**Purpose:** To find out the implementation of the planned home birth method using the health technology assessment approach.

**Methods:** Scoping review questions using the PICO framework. Databases include Pubmed, DOAJ, and Wiley. Critical appraisal using the JBI tool

**Results:** *There are differences in the implementation of planned home births in various countries, including increases and decreases. Birth attendants are better known as midwives, knowledgeable and experienced women with dignity and respect. Transfer of patient from home to hospital is carried out because complications arise in the mother and baby. Planned home birth preferences include various reasons why women give birth at home. Several characteristics of mothers who give birth at home must be considered. The cost analysis for planned home births shows that it is more economical, but if there is a transfer, there will be additional costs. Safety and effectiveness of planned home birth that for low-risk women, perinatal mortality and maternal morbidity rates are significantly lower.*

**Conclusion:** *Planned home birth is a choice for all women with low complications. Preference for mother-centered care bay meeting the need for comfort and safety. Planned home births can be managed with certain quality criteria in implementation, trained helpers, and transfers when needed.*

**Keywords:** *Planned Home Birth; Health Technology Assessment*

## PENDAHULUAN

Kelahiran normal memiliki manfaat yang sangat besar bagi ibu, bayi, keluarga, dan masyarakat. Bukti pendukung yang berkembang untuk mempromosikan kelahiran normal tentu saja bergantung pada kerjasama multidisiplin dalam rangka menyebarkan pengetahuan tentang manfaat persalinan normal dan meningkatkan pemahaman tentang bagaimana pengetahuan tentang kelahiran normal dapat mengubah masyarakat. Pengetahuan tentang kelahiran normal bervariasi di antara berbagai kelompok profesional perawatan kesehatan, dan akan berguna untuk mengidentifikasi bagaimana hal itu diterjemahkan secara klinis sehingga dapat diakses oleh profesional, dan tim peneliti lainnya, konsumen, publik, pembuat kebijakan, industri, badan pendanaan, dan tim kesehatan sukarela (Olga Gouni *et al.*, 2021).

Studi dari negara-negara seperti Australia, Belanda, dan Inggris menunjukkan bahwa melahirkan di rumah dapat memberikan keuntungan bagi ibu dan bayi baru lahir. Kelahiran dirumah perlu dilengkapi dengan sarana material yang cukup, dan harus ditolong oleh profesional terlatih, sehingga perlu dikoordinasikan secara menyeluruh mencakup unit kebidanan dan neonatologi rumah sakit, guna menjamin keamanannya. Sedangkan bukti ilmiah belum cukup untuk mendukung rumah kelahiran saat ini (Sánchez-Redondo *et al.*, 2020).

Preferensi perempuan untuk pilihan kelahiran berbeda, terutama untuk pengaturan rumah sakit vs non-rumah sakit. Hal ini dibentuk oleh nilai, kepercayaan, dan pengalaman sebelumnya, namun tidak semua perempuan terbuka untuk semua pengaturan kelahiran. Banyak perempuan menyebutkan rasa takut untuk melahirkan yang merupakan faktor lain sehingga dapat menghambat kelahiran normal (Olga Gouni *et al.*, 2021).

Penelitian kebidanan tentang kelahiran normal sangat penting bagi bidan untuk menyediakan layanan berbasis bukti dan perawatan holistik yang mendukung kelahiran normal dan mengotentikasi nilai pengetahuan kebidanan. Perawatan holistik menciptakan lingkungan kelahiran yang positif untuk semua yang terlibat.

Bidan perlu meningkatkan pengetahuan untuk menciptakan lingkungan seperti itu dan memberi keamanan pada ibu dan bayi di semua tingkat pelayanan (Olga Gouni *et al.*, 2021).

Pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan diketahui terdapat beberapa kendala, diantaranya jarak, biaya, sikap, mutu pelayanan dan praktik asuhan di fasilitas kesehatan. Kendala lain termasuk posisi lahir, tindakan episiotomy, kurangnya privasi, dan kehadiran staf laki-laki. Adanya keinginan memiliki anggota keluarga dekat dan kebutuhan perempuan untuk dekat dengan anak-anak yang lain dan pekerjaan rumah tangga, dan keinginan untuk mengikuti praktik kelahiran tradisional seperti melahirkan dalam posisi jongkok dan berbaring setelah melahirkan. Sedangkan keputusan tentang tempat melahirkan biasanya dibuat oleh suami, ibu kandung, ibu mertua, atau orang lain/kerabat dari perempuan tersebut dengan berkonsultasi dengan perempuan itu sendiri. Riset tersebut menunjukkan bahwa alasan melahirkan di rumah dikarenakan kenyamanan, biaya, dan tradisi (Syhareun *et al.*, 2012).

Untuk memastikan kelahiran yang lebih aman dan mengurangi angka kematian ibu yang tinggi di pedesaan, pusat kesehatan dapat mempertimbangkan untuk mengakomodasi keinginan dan praktik tradisional penduduk pedesaan meliputi mengizinkan keluarga berada di ruang bersalin, memungkinkan praktik tradisional, dan meningkatkan sikap di antara staf. Petugas dan semua yang terlibat dalam praktik kelahiran tradisional diajari dan didorong untuk mengenali tanda-tanda kehamilan berisiko sehingga dapat mencapai fasilitas kesehatan tepat waktu (Syhareun *et al.*, 2012).

Kelahiran di rumah yang terencana (*Planned home birth*) berdasarkan klasifikasi *Health Technology Assessment* (HTA) termasuk tata laksana medis. Tujuan studi ini untuk mengetahui analisis *Health Technology Assessment* terhadap metode *planned home birth*. Dalam kajian studi ini, kami ingin mengetahui beberapa aspek *planned home birth* terhadap pemanfaatan teknologi kesehatan meliputi manajemen, karakteristik, biaya, preferensi perempuan, dan efektivitas.

## METODE

Pendekatan HTA berbasis bukti yang didapatkan dari data sekunder. Metodologi yang digunakan yaitu metode integrative berupa narrative review yang bertujuan mencari, dan melakukan seleksi artikel jurnal dari basis data. Selain lebih hemat dari segi biaya dan waktu, berikut ini langkah-langkah penilaian teknologi Kesehatan (PTK):

1. Mengidentifikasi topik yang akan dilakukan penilaian  
Pada studi ini topik HTA yang dipilih berdasarkan jenis teknologi merupakan kategori prosedur dengan tema *planned home birth*. Berdasarkan tujuan, kegunaan, atau aplikasi pada studi ini merupakan kategori promotive dan preventif. Berdasarkan maturitas dan penyebaran, topik HTA ini merupakan teknologi dalam tahap evaluasi pada penggunaannya terhadap manusia untuk kondisi tertentu. Lingkup pengkajian dalam topik HTA ini meliputi manajemen, biaya, karakteristik, preferensi, dan efektivitas.
2. Membuat pernyataan masalah atau pertanyaan penilaian teknologi Kesehatan (PTK) secara spesifik dengan format PICO

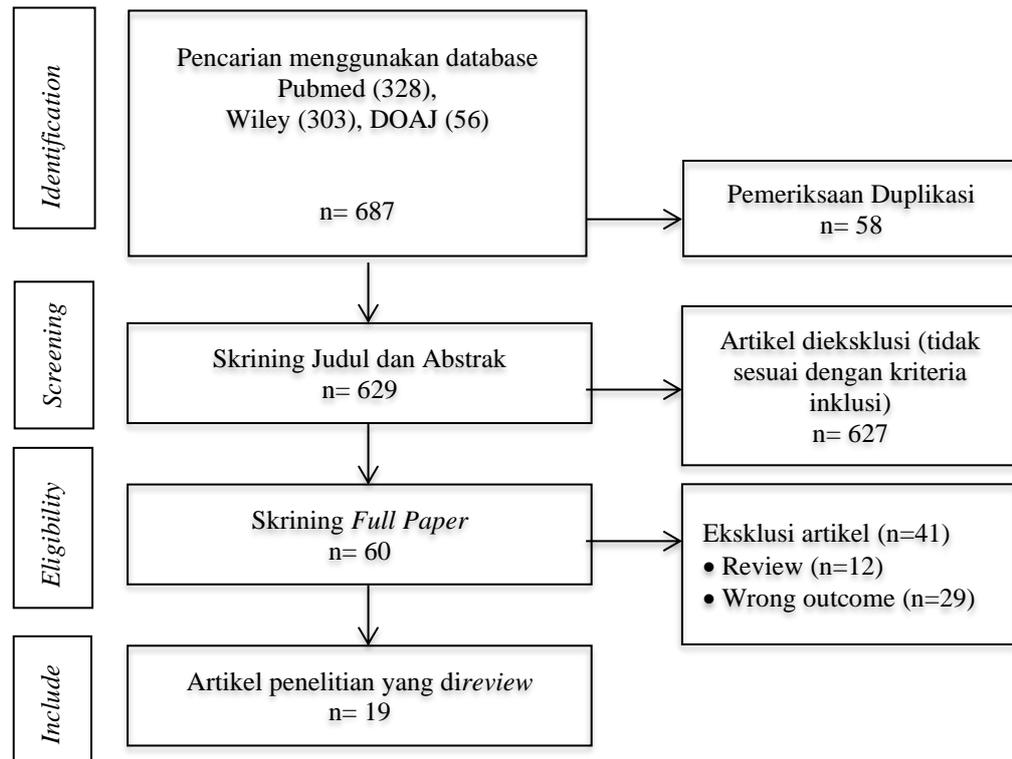
Pertanyaan *scoping review* disusun menggunakan *framework* PICO berikut:

Tabel 1. Framework PICO

P ( <i>Population</i> )	I ( <i>Intervention</i> )	C ( <i>Comparison</i> )	O ( <i>Outcome</i> )
Ibu hamil, ibu bersalin	Persalinan di rumah yang terencana	Persalinan di rumah sakit	Pelaksanaan, biaya, preferensi, karakteristik, efektivitas <i>planned home birth</i>

Sumber: Data Primer

3. Menentukan metode yang digunakan  
 Studi ini menggunakan *scoping review* yang merupakan tinjauan sistematis untuk meninjau ruang lingkup metodologi, menginterpretasikan hasil dengan berbasis bukti, memetakan konsep yang mendasari area penelitian, sumber bukti, dan jenis bukti yang tersedia.
4. Melakukan penelusuran bukti melalui basis data  
 Studi ini menggunakan protocol PRISMA. Berdasarkan *framework* PICO maka kriteria inklusi meliputi artikel original, artikel full teks, artikel kuantitatif dan kualitatif, artikel yang terbit dalam 10 tahun terakhir (2013-2023), dan artikel yang membahas persalinan dirumah. Sedangkan kriteria eksklusi meliputi artikel opini, surat dan ulasan buku, artikel tidak dapat diakses bebas, dan merupakan artikel review. Basis data yang digunakan yaitu Wiley, Pubmed, dan DOAJ. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian artikel jurnal yaitu “*pregnant women*” OR “*childbirth*” AND “*home birth*” OR *planned home birth*”. Pada Langkah pemilihan sumber bukti menggunakan Rayyan sebagai alat bantu untuk melakukan seleksi artikel seperti cek duplikasi, seleksi judul, abstrak, dan melakukan *full text-reading*. Temuan jumlah artikel dan proses filter dideskripsikan dalam *Preferres Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) flowchart*, sebagai berikut:



Gambar 1. PRISMA Flow Chart

5. Melakukan telaah kritis terhadap bukti

Penilaian kualitas artikel menggunakan JBI critical appraisal tool

Alat critical appraisal menggunakan The Joanna Briggs Institute (JBI) dengan kategori kualitas artikel tinggi (A) skor 30 -  $\geq 36$ , kualitas sedang (B) skor 24-29, kualitas rendah (C) skor 9 -  $< 24$ . Instrument JBI mencakup 8-13 item butir soal, dengan pilihan jawaban *Yes* (skor 3), *No* (skor 2), *Unclear* (skor 1), *Not applicable* (0) (Lorenc et al., 2014).

Tabel 2. Critical Appraisal JBI untuk Mixed Method

No	Pertanyaan	A12
1	Apakah hasil/ temuan dari sintesis individu mendukung atau bertentangan?	3
2	Apakah bukti kualitatif menjelaskan mengapa intervensi itu efektif atau tidak?	3
3	Apakah bukti kualitatif membantu menjelaskan perbedaan arah dan ukuran efek di seluruh studi kuantitatif yang disertakan?	3
4	Aspek bukti kuantitatif mana yang/ tidak dieksplorasi dalam studi kualitatif?	3
5	Aspek bukti kualitatif mana yang diuji/ tidak diuji dalam bukti kualitatif?	3
Skor/ Grade		15/ A

Tabel 3. *Critical appraisal* JBI untuk studi *Cohort*

No	Pertanyaan	A1	A8	A10	A11	A18
1	Apakah kedua kelompok serupa dan diambil dari populasi yang sama?	3	3	2	2	3
2	Apakah eksposur diukur dengan cara yang sama?	3	3	3	3	3
3	Apakah paparan diukur dengan cara valid dan terpercaya?	2	3	3	3	3
4	Apakah faktor perancu diidentifikasi?	3	3	3	3	3
5	Apakah strategi untuk menangani fakto perancu dijelaskan?	3	3	3	3	3
6	Apakah kelompok/partisipan bebas dari hasil pada awal penelitian?	1	3	3	3	3
7	Apakah hasil diukur dengan cara valid dan dapat diandalkan?	3	3	3	3	3
8	Apakah waktu tindak lanjut dilaporkan?	0	3	3	3	3
9	Apakah tindak lanjut lengkap, dan jika tidak adakah alasan?	0	3	3	3	3
10	Apakah strategi untuk mengatasi tindak lanjut yang tidak lengkap dilakukan?	2	3	3	3	3
11	Apakah analisis statistik yang digunakan sesuai?	3	3	3	3	3
	Skor	23	33	32	32	32
	Grade	C	A	A	A	A

Tabel 4. *Critical appraisal* JBI untuk studi Kualitatif

No	Pertanyaan	A2	A4	A5	A6	A9	A15	A16	A17
1	Apakah ada kesesuaian antara perspektif filosofis yang dinyatakan dan metodologi penelitian?	3	3	3	3	3	3	3	3
2	Apakah ada kesesuaian antara metodologi penelitian dan pertanyaan atau tujuan penelitian?	3	3	3	3	3	3	3	3
3	Apakah ada kesesuaian antara metodologi penelitian dan metode pengumpulan data?	3	3	3	3	3	3	3	3
4	Apakah ada kesesuaian antara metodologi penelitian dan representasi dan analisis data?	3	3	3	3	3	3	3	3
5	Apakah ada kesesuaian antara metodologi penelitian dan interpretasi hasil?	3	3	3	3	3	3	3	3
6	Apakah ada pernyataan yang menempatkan peneliti secara budaya atau teoritis?	1	3	1	3	3	3	3	3
7	Apakah pengaruh peneliti terhadap penelitian, dan sebaliknya?	1	3	3	3	3	3	3	3
8	Apakah peserta, dan suara mereka terwakili secara memadai?	3	3	2	3	3	3	3	3
9	Apakah penelitian etis sesuai kriteria studi terbaru dan apakah ada bukti persetujuan etis oleh badan yang sesuai?	0	3	0	3	3	0	3	3
10	Apakah kesimpulan penelitian mengalir dari analisis atau interpretasi data?	3	3	3	3	3	3	3	3
	Skor	23	30	24	30	30	27	30	30
	Grade	C	A	B	A	A	B	A	A

Tabel 5. *Critical Appraisal* JBI untuk studi *Cross-sectional*

No.	Pertanyaan	A3	A7	A13	A14	A19
1	Apakah kriteria sampel didefinisikan dengan jelas?	3	3	3	3	3
2	Apakah subjek penelitian dan setting dijelaskan secara rinci?	3	3	3	3	3
3	Apakah eksposur diukur dengan cara yang valid dan reliabel?	3	3	0	0	3
4	Apakah kriteria standar yang digunakan untuk pengukuran kondisi sudah objektif?	3	3	3	3	3
5	Apakah faktor perancu diidentifikasi?	3	3	2	3	3
6	Apakah strategi untuk menangani faktor perancu dijelaskan?	3	3	2	3	3
7	Apakah hasil diukur dengan cara yang valid dan dapat diandalkan?	3	3	3	2	3
8	Apakah analisis statistic tepat digunakan?	3	3	3	2	3
	Skor	24	24	19	19	24
	Grade	B	B	C	C	B

Tabel 5. *Critical Appraisal* JBI untuk studi *Mixed Methods*

No	Pertanyaan	A12
1	Apakah hasil/temuan dari sintesis individu mendukung atau bertentangan?	3
2	Apakah bukti kualitatif menjelaskan mengapa intervensi itu efektif atau tidak?	3
3	Apakah bukti kualitatif membantu menjelaskan perbedaan arah dan ukuran efek di seluruh studi kuantitatif yang disertakan?	3
4	Aspek bukti kuantitatif mana yang/ tidak dieksplorasi dalam studi kualitatif?	3
5	Aspek bukti kualitatif mana yang diuji/tidak diuji dalam bukti kualitatif?	3
	Skor	15
	Grade	C

Setelah melakukan seleksi artikel, selanjutnya *data charting* dengan merangkum informasi yang relevan dan terperinci sesuai karakteristik studi literatur.

Tabel 6. *Data Charting*

No	Penulis/ Tahun/ Judul	Negara	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
A1	(Davies-Tuck <i>et al.</i> , 2018)  <i>Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data</i>	Melbourne, Australia	Untuk membandingkan tingkat hasil perempuan berisiko tingi dan rendag yang berencana melahirkan dirumah dibandingkan mereka yang berencana melahirkan di rumah sakit.	Desain studi kohort berbasis populasi dari semua kelahiran di Victorian, Australia 2000-2015.	3945 ibu berencana melahirkan di rumah dengan praktik bidan swasta dan 829.286 ibu berencana melahirkan di rumah sakit. Terlepas dari status risiko, melahirkan di rumah yang direncanakan dikaitkan dengan tingkat intervensi kebidanan signifikan lebih rendah dan tingkat kelahiran vagian spontan lebih tinggi ( $p \leq 0,0001$ ).

A2	(Kusumawati et al., 2023)  <i>Exploring Womens's Reasons for Choosing Home Birth with the Helap of Their Untrained Family Members: A Aualitative Research</i>	Indonesia, Asia	Untuk mengeksplorasi alasan perempuan memilih persalinan di rumah dengan bantuan anggota keluarga yang tidak terlatih	Metode penelitian menggunakan pendekatan penelitian kualitatif eksploratif-deskriptif dan dilaksanakan pada bulan April 2020 hingga Maret 2021 di provinsi Riau Indonesia. Data dikumpulkan melalui wawancara telepon semi-terstruktur. Analisis data menggunakan aplikasi Nvivo versi 11, dengan analisis konten Graneheim dan Lundman.	Hasil 13 kategori dari 4 tema muncul yaitu hidup dengan keyakinan yang salah tentang persalinan di rumah tanpa bantuan, perasaan terasing secara sosial dari masyarakat sekitar, berurusan dengan akses terbatas ke layanan kesehatan, dan melarikan diri dari stress terkait persalinan.
A3	(Alemu et al., 2022)  <i>Preference of homebirth and associated factors among pregnant women in Arba Minch health and demographic surveillance site, Southern Ethiopia</i>	Ethiopia, Afrika	Untuk menilai preferensi kelahiran di rumah dan faktor-faktor terkait di antara perempuan hamil di situs surveilans demografi dan kesehatan Arba Minch.	Desain studi <i>cross-sectional</i> berbasis komunitas. Sampel penelitian adalah perempuan hamil di Arba Minch dari 1 Mei hingga 1 Juni 2021 menggunakan Teknik simple random samling sejumlah 416. Data diberi kode dan dimasukkan ke dalam aplikasi Epi-Data versi 4.4.2.1 kemudian diekspor ke <i>Statistical Package for Social Sciences</i> versi 25. Analisis regresi logistic biner bivariable. Tingkat signifikansi statistic p-value <0,05.	Prevalensi preferensi ibu hamil melahirkan di rumah adalah 24%. Keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan (AOR:0,14 (0,05-0,38)), tidak ada akses jalan untuk transportasi (AOR:2,4 (1,2-5,18)), tidak pernah mendengar manfaat kelahiran lembaga (AOR:5,3 (2,3-38)). 12,2)), pengetahuan yang kurang tentang tanda bahaya (AOR:3 (1,16-7,6)), sikap negative terhadap layanan (AOR:3,1 (1,19-8,02), dan ketakutan yang tinggi untuk melahirkan di institusi (AOR:5,12 (2,4-8,5)).10,91)).
A4	(Eluobaju et al., 2023)  <i>Understanding birthing preference women in Benin City, Nigeria: a qualitative study</i>	Nigeria, Afrika	Untuk mengeksplorasi preferensi persalinan perempuan dan faktor motivasi dan kontekstual yang mempengaruhi preferensi mereka di Kota Benin, Nigeria, sehingga dapat	Setting di dua pusat perawata primer, pusat Kesehatan masyarakat dan gereja di Kota Benin. Partisipan diwawancara mendalam satu per satu dengan 23 perempuan, dan enam kelompok khusus (FGD) dengan 37 suami dari ibu yang melahirkan, dukun bersalin terampil	Tiga tema muncul dalam data: (1) perempuan melaporkan sering mengalami penganiayaan dari dukun bersalin terampil di klinik dan mendengar cerita tentang penganiayaan membuat perempuan tidak mau melahirkan di klinik, (2) perempuan melaporkan bahwa keputusan tempat melahirkan dipengaruhi oleh cara mereka melahirkan,

			lebih memahami rendahnya tingkat penggunaan fasilitas kesehatan selama persalinan.	( <i>skilled birth attendants</i> atau SBAs) dan dukun bayi tradisional ( <i>traditional birth attendants</i> atau TBAs) di daerah semi pedesaan.	memilah berbagai faktor sosial, ekonomi, budaya dan lingkungan, (3) perempuan dan dukun bersalin terlatih (SBA) menawarkan solusi tingkat sistemik dan individu untuk meningkatkan penggunaan pemberian fasilitas kesehatan, termasuk penurunan biaya, meningkatkan rasio SBA terhadap pasien dan mengadopsi beberapa praktik TBA, seperti memberikan dukungan psikososial kepada ibu selama periode perinatal.
A5	(Rigg <i>et al.</i> , 2017)  <i>Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study</i>	Australia	Untuk mengeksplorasi alasan mengapa perempuan memilih untuk melahirkan di rumah dengan tenaga persalinan yang tidak diatur ( <i>unregulated birth worker</i> atau UBW) dari perspektif perempuan dan tenaga persalinan tersebut.	Desain studi kualitatif. Sembilan partisipan (lima perempuan yang ditolong UBW saat melahirkan dan empat UBW yang pernah menggunakan UBW di masa lalu untuk kelahirannya) diwawancarai secara mendalam dan data dianalisis menggunakan analisis tematik.	Empat tema ditemukan: “Sistem yang membuat trauma”, “Sistem yang tidak fleksibel”, “Mendapatkan yang terbaik dari kedua dunia”, dan “Diperlakukan dengan cinta dan rasa hormat versus lengan mekanis di jalur perakitan mobil”.
A6	(Adatara <i>et al.</i> , 2020)  <i>Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: a qualitative study</i>	Ghana, Afrika	Untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan alasan mengapa sekelompok kecil perempuan pedesaan memilih melahirkan di rumah di pedesaan utara Ghana	Metode kualitatif dengan teknik wawancara individu. Partisipan terdiri dari 10 perempuan yang memanfaatkan layanan perawatan kelahiran yang disediakan oleh dukun kelahiran tradisional. Data yang dikumpulkan dari wawancara ditranskrip verbatim dan dianalisis untuk mengidentifikasi tema.	Ditemukan bahwa kualitas perawatan dan perilaku bidan terampil yang dirasakan buruk, persepsi bahwa perempuan menerima perawatan yang lebih baik dari dukun, kendala keuangan dan kurangnya akses ke fasilitas kesehatan di daerah pedesaan menjadi alasan utama mengapa perempuan di pedesaan Ghana utara masih melahirkan di rumah.
A7	(Bado <i>et al.</i> , 2022)	Benin dan Mali, Afrika	Untuk melakukan analisis	Desain <i>cross-sectional</i> . Data sekunder dari survei demografi	Hasil penelitian diketahui tingkat pendidikan dasar dan tidak berpendidikan, dan ,

	<i>Factors Associated With Home Births in Benin and Mali: Evidence From the Recent Demographic and Health Surveys</i>		komparatif terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan kelahiran di rumah dan Benin dan Mali.	kesehatan tahun 2018. Variabel dependen adalah persalinan di rumah, dan variabel penjelas adalah karakteristik individu, frekuensi paparan media, dan penggunaan internet. Analisis statistik deskriptif dan regresi logistik bertingkat.	tempat tinggal yang dekat dengan fasilitas kesehatan lebih cenderung melahirkan di rumah. Perempuan yang tidak melakukan kunjungan antenatal dan melakukan 1-2 kunjungan ANC , lebih cenderung melahirkan di rumah. Jumlah anak juga merupakan faktor yang signifikan.
A8	(Sweet <i>et al.</i> , 2022)  <i>Ten years of a publicly funded homebirth service in Victoria: Maternal and neonatal outcomes</i>	Melbourne, Australia	Untuk melaporkan hasil ibu dan bayi selama sepuluh tahun dari layanan kelahiran di rumah yang didanai public, 2009-2019.	Analisis retrospektif dari data hasil klinis termasuk hasil neonatal dari ibu yang meminta melahirkan di rumah di layanan kesehatan metropolitan besar. Hasil utama meliputi hasil ibu (kematian, transfer ke rumah sakit, tempat dan cara kelahiran, status perineum, jenis persalinan kala tiga, perdarahan postpartum), dan hasil neonatal (kematian, skor Apgar pada lima menit, berat lahir, inisiasi menyusui, morbiditas yang signifikan, transfer ke rumah sakit).	Hasil 57% ibu melahirkan di rumah. Perempuan yang melahirkan di rumah signifikan lebih mungkin multipara, memiliki kelahiran normal pervaginam dan perineum yang utuh, lebih kecil kemungkinannya membutuhkan penjahitan dan kehilangan darah lebih dari 500 ml. bayi yang lahir di rumah signifikan lebih kecil kemungkinan membutuhkan resusitasi, lebih cenderung memiliki berat lahir normal dan ASI eksklusif. Tidak ada kematian ibu dan bayi di rumah.
A9	(Nurrachmawati <i>et al.</i> , 2018)  <i>Otonomi Perempuan dan Tradisi Dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Tempat dan Penolong Persalinan</i>	Indonesia, Asia	Untuk mengeksplorasi faktor tradisi dan otonomi perempuan ibu hamil dengan dinamika pengambilan keputusan mengenai tempat dan penolong persalinan.	Desain penelitian longitudinal kualitatif, dengan Teknik wawancara mendalam kepada 17 partisipan ibu hamil yang diikuti sejak kehamilan trimester pertama atau kedua sampai persalinan. Analisis data dengan analisis tematik.	Hasil diketahui ibu bersalin di fasilitas Kesehatan mengambil keputusan sendiri atau berdiskusi dengan pihak lain. Diantara ibu yang otonom dalam pengambilan keputusan, masih ada ibu yang melahirkan di rumah, dengan penolong bidan Puskesmas, bidan desa, ataupun dukun bersalin. Sedangkan ibu yang pengambilan keputusan oleh orang lain (suami, orang tua, dukun), seluruhnya melahirkan di rumah dengan dukun sebagai penolongnya.

A10	(Winter <i>et al.</i> , 2022)  <i>Planned Place of Birth – Impact of Psychopathological Risk Factors on the Choice of Birthplace and Its Postpartum Effect on Psychological Adaption: An Exploratory Study</i>	Jerman, Eropa	Menyelidiki faktor risiko psikopatologis yang mendorong perempuan memilih tempat melahirkan.	Desain studi longitudinal prospektif. Dilakukan diantara Maret 2011 dan Maret 2012. Lokasi di unit kebidanan, unit kebidanan berdiri bebas, dan melahirkan di rumah, dengan jumlah populasi 177. Alat ukur berupa kuesioner difokuskan pada data faktor sosiodemografi dan faktor psikopatologis. Pengumpulan data dua kali pada kehamilan trimester ketiga dan postpartum. Analisis data deskriptif, uji chi-kuadrat, uji eksak Fisher, dan Model regresi logistic multinomial.	Sebanyak 121 ibu melaporkan bahwa mereka berencana melahirkan di unit kebidanan (68,4%), 42 di unit kebidanan berdiri bebas (23,7%), dan 14 di rumah (7,9%). Dari semua responden, 116 adalah primipara (65,5%), dan 61 multipara (34,5%), dimana tempat kelahiran di unit kebidanan berdiri bebas dan di rumah menunjukkan multipara lebih dari unit kebidanan ( $X_2=16,8$ , $p<0,001$ ). Analisis lebih lanjut bahwa kelompok berbeda dalam status pekerjaan ( $X_2=31,5$ , $p<0,001$ ). Perempuan yang melahirkan di luar rumah sakit dikaitkan dengan adanya rasa takut disentuh dan dipalpasi oleh dokter dan bidan, adanya trauma mas kecil. Persalinan di luar rumah sakit yang direncanakan mengalami pengurangan kecemasan persalinan lebih besar daripada ibu dengan persalinan di rumah sakit yang direncanakan.
A11	(Wami <i>et al.</i> , 2022)  <i>Characteristic of Homebirth in Hungary: A Retrospective Cohort Study</i>	Hungaria, Eropa	Untuk mengeksplorasi karakteristik maternal dan fetoneonatal yang sebenarnya terkait dengan kelahiran di rumah Hongaria.	Desain penelitian adalah studi kohort retrospektif komparatif. Sebanyak 2997 kasus dipertimbangkan untuk studi ini. Analisis statistic menggunakan statistic deskriptif, chi-square, dan model regresi logistic.	Hasil menunjukkan kelahiran di rumah meningkat rata-rata 0,22% per tahun. Komplikasi maternal agregat (inersia uteri primer, persalinan kala dua lama, dan perdarahan kala tiga) lazim di antara persalinan di rumah ( $p<0,05$ ), dan berhubungan dengan rata-rata 11,77% tingkat transfer ke institusi pelayanan kesehatan. Skor apgar sedikit lebih baik dan tingkat kelahiran Caesar lebih tinggi berkorelasi dengan persalinan di Lembaga. Namun, tingkat intervensi keseluruhan lebih rendah diantara kelahiran di rumah.

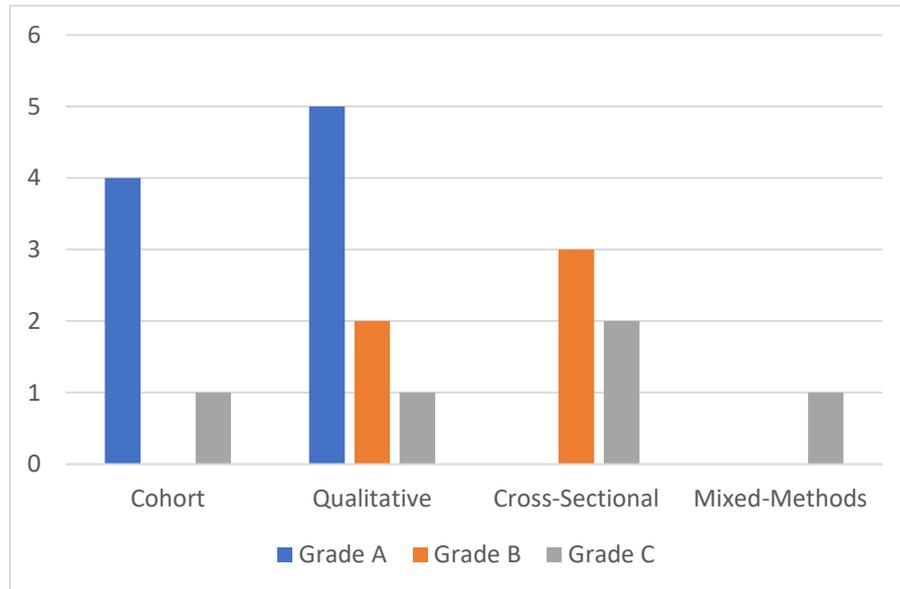
A12	(Donate-Manzanares et al., 2021)  <i>Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care</i>	Spanyol, Eropa	Untuk memeriksa evaluasi perempuan tentang kualitas perawatan dari perspektif mereka	Desain sekuensial penjelasan metode campuran. Survei nasional dengan sampel 1082 peserta dan 15 wawancara semi terstruktur. Pengumpulan data antara Januari 2017 dan Januari 2019. Alat ukur data kuantitatif diperoleh melalui skala tervalidasi, kuesioner <i>Quality from the Patient's Perspective-Intrapartal</i> (QPP-I). wawancara semi terstruktur untuk data kualitatif. Statistic deskriptif, perbandingan kelompok, dan analisis konten kualitatif dimasukkan dalam analisis data.	Skor rata-rata pada alat QPP-I tinggi (3,13; SD 0,74). Variabel yang paling berpengaruh terhadap pengalaman adalah jenis persalinan, jenis trauma perineum, masuknya bayi, waktu sejak lahir, melahirkan di rumah, paritas, dan lama persalinan. Hasil kualitatif mengidentifikasi lima tema yang menjelaskan pengalaman perempuan dengan kualitas pelayanan. Harapan sebelumnya mempengaruhi emosi mereka. Hubungan dengan profesional dan keterampilan sosial merupakan dasar untuk evaluasi kualitas. Pemisahan bayi baru lahir menjadi faktor yang memperburuk apresiasi perempuan. Manajemen nyeri yang baik dan perawatan berkesinambungan oleh spesialis sebagai kunci kualitas perawatan.
A13	(Scarf et al., 2021)  <i>Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis</i>	New South Wales, Australia	Untuk memperkirakan biaya melahirkan di rumah, di klinik bersalin atau di rumah sakit pada perempuan dengan risiko komplikasi rendah dari perspektif sektor publik.	Ini adalah studi berbasis populasi. Perempuan termasuk kriteria berikut: 337-41 minggu kehamilan, persalinan spontan, dan kehamilan tunggal dengan risiko komplikasi yang rendah. Perkiraan biaya kelahiran menggunakan Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). Analisis scenario dilakukan untuk memodelkan biaya untuk 30.000 perempuan dalam satu tahun.	Dua belas jalur hasil potensial diidentifikasi dan setiap jalur dihitung menggunakan AR-DRG. Biaya keseluruhan dihitung berdasarkan tempat lahir, melahirkan di rumah dan di pusat persalinan biaya lebih rendah dibandingkan di rumah sakit.
A14	(Scarf et al., 2019)	New South Wales, Australia	Untuk memetakan lintasan dan	Menggunakan data kumpulan berbasis populasi. Subjeknya	Selama periode 13 tahun, 23% nulipara dan 0,8% multipara yang

			<p>Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in birth center or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012</p>	<p>intervensi yang dialami perempuan dan bayi mereka dari kelahiran yang direncanakan di rumah, di pusat bersalin, atau di rumah sakit selama periode 13 tahun di NSW.</p>	<p>perempuan dengan risiko komplikasi rendah, kehamilan tunggal, usia kehamilan 37-41 minggu, dan persalinan spontan.</p>	<p>merencanakan persalinan di rumah dipindahkan ke rumah sakit. Tingkat kelahiran normal pervaginam lebih tinggi pada multipara. Penerimaan neonates ke NICU tertinggi pada kelompok RS terencana untuk nullipara 10,1%, dan terendah 5,1% nullipara yang berencana melahirkan di rumah. Multipara memiliki penerimaan yang lebih rendah ke NICU untuk semua tempat persalinan (RS 6,3%, Birth Center 3,6%, rumah 1,6%).</p>
A15	(Gardiner et al., 2021)	Peru, Amerika	<p><i>Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; Why do women continue to give birth at home?A qualitative study.</i></p>	<p>Untuk mengeksplorasi fasilitator dan hambatan untuk melahirkan di fasilitas dan mengeksplorasi pengalaman perempuan dalam perawatan intrapartum di Peru Amazon</p>	<p>Studi kualitatif. Melalui purposive sampling, ibu pascalin direkrut untuk wawancara semi-struktur (n=25). Wawancara ditranskrip kata demi kata dan dianalisis secara tematis. Menggunakan kombinasi kode deduktif dan induktif. Analitik triangulasi, saturasi data untuk menentukan kapan wawancara lebih lanjut diperlukan.</p>	<p>Lima tema dihasilkan yaitu hambatan keuangan, mengakses perawatan, takut pada fasilitas Kesehatan, pentingnya mencari perawatan, kenyamanan dan tradisi rumah.</p>
A16	(Jackson et al., 2020)	Australia	<p><i>Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia</i></p>	<p>Untuk mengeksplorasi apa yang memotivasi perempuan Australia melahirkan di luar system yaitu meminta bantuan bidan untuk melahirkan di rumah meskipun ada faktor risiko, atau persalinan bebas di mana persalinan dirumah direncanakan</p>	<p>Studi kualitatif, menggunakan metodologi Grounded Theory. Data dari 13 perempuan yang memilih kelahiran di rumah dan 15 perempuan yang memilih persalinan bebas.</p>	<p>Hasil dari kategori intinya adalah menginginkan yang terbaik dan teraman, dan menemukan jalan yang lebih baik.</p>

			dengan sengaja tanpa didampingi oleh professional		
A17	(Ahmad Tajuddin <i>et al.</i> , 2020)  <i>Why women chose unassisted home birth in Malaysia: a qualitative study</i>	Malaysia, Asia	Untuk mengeksplorasi alasan mengapa perempuan memilih persalinan di rumah tanpa bantuan di Malaysia	Pendekatan kualitatif. Dua belas perempuan berpartisipasi dalam wawancara mendalam. Partisipan direkrut dengan pendekatan <i>snowballing</i> . Wawancara direkam dengan audia, ditranskrip verbatim dan dianalisis menggunakan analisis tematik.	Empat tema muncul yaitu pengalaman melahirkan yang disukai, kelahiran adalah proses alami, mengekspresikan otonomi dan iman.
A18	(Sluijs <i>et al.</i> , 2020)  <i>Is fear of childbirth related to the woman's preferred location for giving birth? A Dutch low-risk cohort study</i>	Belanda, Eropa	Untuk mempelajari hubungan antara rasa takut melahirkan ( <i>Fear of Childbirth</i> , FOC) dan preferensi lokasi persalinan.	Studi kohort prospektif. 331 nulipara dan parous menyelesaikan kuesioner pada usia kehamilan 30 minggu (T1) dan dua bulan postpartum (T2). FOC dinilai menggunakan versi A (T1) dan B (T2) dari <i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire</i> (W-DEQ).	Pada T1, perempuan yang memilih melahirkan di rumah memiliki FOC jauh lebih rendah dibandingkan di RS. Sekitar 28% perempuan yang merespon pada T2 melahirkan di rumah. Kesesuaian antara lokasi persalinan yang disukai dan yang sebenarnya tidak memprediksi FOC yang dinilai pada T2. Variabel lain yang dianalisis terbukti berkorelasi dengan FOC yakni dirujuk karena komplikasi dan kondisi neonates yang buruk.
A19	(Domańska <i>et al.</i> , 2014)  <i>Psychological and socio-demographic correlates of women's decisions to give birth at home</i>	Polandia, Eropa	Untuk menganalisis faktor-faktor psikologis dan sosio-demografis terpilih yang terkait dengan pilihan rumah sebagai tempat kelahiran.	135 responden. 72 kelompok eksperimen perempuan yang berencana melahirkan di rumah. 63 kelompok kontrol perempuan yang berencana melahirkan di rumah sakit. Penentu psikologis berikut ini: optimism disposisional, rasa efikasi diri, strategi untuk mengatasi rasa sakit dan keefektifannya. Tes LOT-R, skala GSES, kuesioner CSQ serta kuesioner demografis.	Perempuan yang bersalin di rumah memiliki optimism dan rasa percaya diri yang lebih tinggi, serta lebih sering menafsirkan kembali sensasi rasa sakit daripada yang lain, dan lebih cenderung membuat bencana dan berdoa. Tingkat keyakinan tentang memiliki kendali atas rasa sakit jauh lebih tinggi pada kelompok eksperimen. Korelasi antara tempat lahir dan pendapatan, jumlah anak serta keanggotaan komunitas keagamaan adalah sedang dan signifikan secara statistic.

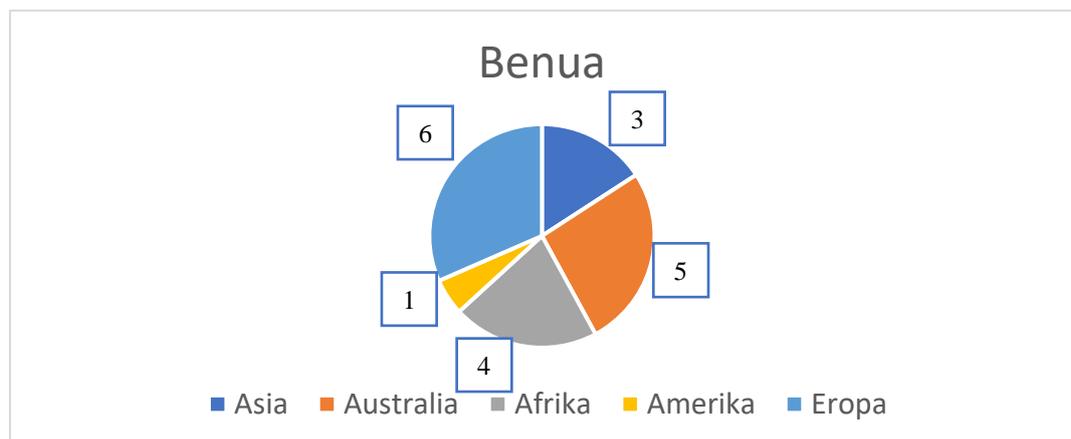
### HASIL DAN PEMBAHASAN

Kualitas artikel yang ditemukan disajikan dalam gambar berikut ini:



Gambar 2. Pengelompokan Artikel berdasarkan Kualitas

Berdasarkan gambar 2, jumlah artikel desain *cohort* sebanyak 5, kualitatif sebanyak 8, *cross-sectional* sebanyak 5, dan *mixed-method* sebanyak 1. Kualitas artikel mayoritas dengan kategori grade A sebanyak 9 artikel.



Gambar 3. Pengelompokan Artikel berdasarkan Asal Benua

Berdasarkan gambar 3, diketahui sebagian besar artikel berasal dari Benua Eropa sebanyak 6, dan sebagian kecil dari Amerika sebanyak 1 artikel.

Pengelompokkan tema studi disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 7. Pengelompokkan tema

No	Tema	Sub tema	Nomor artikel
1	Pelaksanaan Metode <i>planned home birth</i>	a. Pelaksanaan b. Penolong c. <i>Transfer</i>	A4, A5, A8, A11, A12, A14, A18
2	Preferensi <i>planned home birth</i>	a. Keyakinan budaya b. Keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan c. Tidak ada akses jalan untuk transportasi d. Masalah jarak e. Masalah transportasi f. Tidak pernah mendengar tentang manfaat kelahiran di institusi g. Pengetahuan yang kurang tentang tanda bahaya h. Sikap negatif terhadap layanan i. Ketakutan tinggi untuk melahirkan di institusi j. Posisi persalinan k. Pendamping persalinan l. Kebutuhan Rohani m. Penolong persalinan perempuan (Bidan) n. Persalinan proses alami	A2, A3, A4, A6, A9, A15, A16, A17
3	Karakteristik <i>Planned home birth</i>	Karakteristik sosio-demografis dari responden a. Usia b. Status Pendidikan c. Status pernikahan d. Tempat tinggal e. Kunjungan ANC f. Paritas g. Pekerjaan h. Faktor risiko psikopatologis i. Jenis persalinan j. Riwayat abortus	A3, A7, A8, A10, A11, A13, A17, A18, A5, A19
4	Analisis biaya <i>planned home birth</i>	Analisis biaya	A4, A6, A13
5	Keamanan dan efektivitas <i>planned home birth</i>	Keamanan Efektivitas	A1, A8, A10, A11, A12, A18

#### A. Pelaksanaan Metode *Planned Home Birth*

Berdasarkan artikel A11 bahwa melahirkan di rumah adalah pilihan persalinan yang andal bagi ibu yang sehat dan berisiko rendah dengan kehamilan tanpa komplikasi, yang tercermin dari meningkatnya jumlah persalinan di rumah di Hungaria. Dalam periode yang telah dipertimbangkan, ada peningkatan yang signifikan dan terus menerus dalam jumlah kelahiran di rumah dengan rata-rata 0,22% per tahun. Selain itu memanfaatkan pengalaman negara-negara di mana melahirkan di rumah adalah metode yang sudah lama ada dapat lebih meningkatkan hasil melahirkan di rumah (Wami *et al.*, 2022).

Berdasarkan artikel A5, alasan ibu memilih jasa penolong persalinan yang tidak terikat peraturan untuk membantu melahirkan di rumah dikategorikan menjadi empat tema. Diantaranya system yang menimbulkan trauma, system yang tidak fleksibel, mendapatkan yang terbaik dari kedua dunia, dan diperlakukan dengan cinta dan rasa hormat. Karakteristik penolong tersebut meliputi seorang bidan yang sudah terdaftar, seorang bidan terlatih yang tidak terdaftar, dua bidan awam/tradisional, dan doula. Tentunya semua bidan dan doula telah mempunyai pengalaman bertahun-tahun dalam memberikan pelayanan persalinan di rumah bagi ibu (Rigg *et al.*, 2017).

Berdasarkan artikel A12 bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam skor kuantitatif antara kelahiran di rumah sakit dan kelahiran di rumah. Hal ini berkaitan dengan hubungan yang dibangun dengan professional yang merawat persalinan, pemenuhan harapan sebelumnya, dan otonomi pasien dalam pengambilan keputusan (Donate-Manzanares *et al.*, 2021). Hal ini merupakan alasan mengapa pasien memilih melahirkan di rumah; melanjutkan perawatan dari professional yang dikenal (biasanya bidan). Spesialisasi keperawatan yang diberikan oleh bidan muncul sebagai aspek penting dari asuhan yang diterima. Kesenambungan perawatan dari bidan, termasuk kehadirannya di bangsal kebidanan dan tidak hanya di ruang bersalin atau di rumah, telah terbukti mengurangi medikalisasi dan intervensi dalam persalinan sehingga hal ini menghasilkan kepuasan ibu yang lebih besar. Oleh karena itu, ada kebutuhan untuk mendukung layanan kebidanan di mana perawatan perempuan dikelola terus oleh bidan (Donate-Manzanares *et al.*, 2021).

Otonomi pasien dalam pengambilan keputusan terhadap pilihan metode perempuan dalam kemampuan mengendalikan rasa sakit daripada menghilangkan sepenuhnya dengan bergantung pada teknik analgesik yang digunakan. Hal ini menonjol sebagai faktor kunci pengalaman yang lebih baik ketika perempuan berhasil mengontrolnya (Donate-Manzanares *et al.*, 2021).

Pemenuhan harapan perempuan sebelumnya terlihat dari kecenderungan memiliki skor kepuasan yang lebih tinggi Ketika tingkat intervensi lebih rendah. Hal ini tercermin dalam hasil, baik kualitatif maupun kuantitatif, dengan skor yang lebih tinggi dan pengalaman yang lebih baik dalam kasus persalinan pervaginam, tanpa episiotomi, dan persalinan berlangsung kurang dari 12 jam (Donate-Manzanares *et al.*, 2021).

Berdasarkan artikel A13, tingkat transfer dari rumah atau klinik bersalin ke rumah sakit adalah 12,2% dan 21,5% (Scarf *et al.*, 2021). Bukti riset dari artikel A14 bahwa perempuan yang merencanakan persalinan di rumah kemudian dipindahkan ke rumah sakit adalah nullipara 23% dan multipara 0,8%. Sedangkan untuk penerimaan ke NICU lebih rendah pada perempuan multipara untuk semua tempat persalinan, namun paling sedikit terjadi pada perempuan yang berencana melahirkan di rumah (Scarf *et al.*, 2019). Bukti artikel A18, bahwa tindakan rujukan karena komplikasi dan neonatus yang buruk berkorelasi terhadap FOC postpartum (Sluijs *et al.*, 2020).

Temuan tema artikel A5 yaitu memiliki jaringan pengaman. Meskipun melahirkan di rumah dengan mempertahankan kendali atas pengalaman merupakan hal yang penting bagi semua perempuan, akan tetapi tidak ada dari

mereka yang ingin melahirkan sendiri atau tanpa bantuan. Semua ibu bersalin menginginkan seseorang penolong kelahiran yang berpengalaman dan berpengalaman, memberikan keyakinan tentang persalinan, adanya pendamping persalinan yang mendukung pilihan ibu. Penolong yang dimaksud adalah *unregulated birth worker* (UBW), mencakup bidan terdaftar, bidan terlatih tidak terdaftar, dan doula. UBW sering disebut oleh semua perempuan sebagai bidan (Rigg *et al.*, 2017).

## B. Preferensi Planned Home Birth

Berdasarkan artikel A2 menyatakan bahwa melahirkan di rumah dengan bantuan anggota keluarga yang tidak terlatih telah menjadi praktik lama, khususnya masyarakat minoritas yang tinggal di daerah pedesaan terpencil. Adanya pemaparan yang konsisten terhadap praktik tersebut menanamkan keyakinan budaya, yang kemudian memengaruhi preferensi persalinan perempuan di masa depan. Disisi lain, perempuan mengambil kerabat yang berpengalaman sebagai sumber informasi, juga mencerminkan layanan keibuan yang aman dan latar belakang pendidikan rendah (Kusumawati *et al.*, 2023). Dari artikel A17 bahwa kelahiran di rumah tanpa bantuan memberikan lingkungan yang lebih disukai dan kemungkinan tidak dimiliki oleh Lembaga di Malaysia. Para ibu menolak intervensi medis apapun seperti persalinan dengan bantuan alat atau invasif karena para ibu ingin mencoba melahirkan secara alami. Semua intervensi medis dianggap akan meningkatkan risiko yang tidak perlu bagi bayinya (Ahmad Tajuddin *et al.*, 2020).

Masalah jarak, kondisi jalan, dan transportasi juga menjadi alasan perempuan untuk melahirkan dirumah (Kusumawati *et al.*, 2023). Artikel A6, A15 juga menyebutkan tentang perempuan tidak memiliki akses ke fasilitas kesehatan. Layanan persalinan secara geografis tidak dapat diakses oleh sebagian penduduk. Kurangnya sarana transportasi, sarana transportasi yang paling umum, biasanya sepeda, sepeda motor, atau terkadang becak yang seringkali menjadi satu-satunya alternatif (Adatara *et al.*, 2020), (Fletcher *et al.*, 2019).

Artikel A9 menyatakan bahwa budaya menjadi alasan pilihan terkait tempat dan penolong kelahiran. Atas dasar adat atau kebiasaan di masyarakat Kutai, Indonesia memiliki keyakinan bahwa melahirkan dilakukan di rumah saja dan apabila ada masalah maka persalinan dilakukan di Puskesmas (Nurrachmawati *et al.*, 2018).

Berdasarkan artikel A3 bahwa prevalensi preferensi ibu yang melahirkan di rumah sebesar 24%. Faktor yang berhubungan dengan preferensi melahirkan dirumah meliputi peran suami untuk mengambil keputusan, akses jalan untuk transportasi yang kurang, tidak tahu manfaat melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan, pengetahuan tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan pasca melahirkan masih kurang, sikap negatif terhadap layanan persalinan terampil, dan ketakutan yang tinggi untuk melahirkan di lembaga atau fasilitas kesehatan (Alemu *et al.*, 2022).

Artikel A4, A9, A17 juga menyatakan bahwa diantara ibu yang mempunyai otonomi mengambil keputusan, masih ada yang melahirkan di

rumah dengan penolong persalinan bidan Puskesmas, bidan desa, atau dukun. Sedangkan ibu yang pengambilan keputusan oleh orang lain, dalam hal ini suami, orang tua, atau dukun, semua ibu hamil melahirkan di rumah dan ditolong dukun tradisional (Nurrachmawati *et al.*, 2018), (Ahmad Tajuddin *et al.*, 2020), (Eluobaju *et al.*, 2023).

Kemungkinan preferensi melahirkan di rumah di antara ibu hamil yang memutuskan tempat kelahiran dengan suami mereka adalah 86% lebih kecil kemungkinannya dibandingkan ibu hamil yang memutuskan sendiri (Alemu *et al.*, 2022). Hal ini sejalan dengan temuan artikel A4, dari hasil kualitatif dengan tema perempuan melaporkan bahwa keputusan tentang tempat persalinan dipengaruhi oleh cara mereka memilah berbagai faktor sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Sub tema tersebut adalah pengambilan keputusan (Eluobaju *et al.*, 2023). Dari artikel A15 bahwa meskipun biaya perawatan persalinan gratis, para ibu mengalami kekhawatiran biaya tambahan. Karena tidak semua pengobatan ditanggung oleh sistem (Fletcher *et al.*, 2019).

Artikel A4 menyebutkan bahwa pengalaman budaya, kebutuhan rohani, dan penolong persalinan perempuan lebih disukai merupakan faktor lain yang dipertimbangkan perempuan. Hal ini termasuk penggunaan praktik budaya dan pengobatan tradisional atau herbal untuk keluhan dan komplikasi kehamilan. Biasanya budaya melahirkan di rumah dengan nenek ibu atau sesepuh di komunitas. Sebagian besar perempuan melaporkan bahwa kesopanan atau melahirkan dengan penolong persalinan laki-laki tidak mempengaruhi di mana mereka memilih untuk melahirkan, mereka lebih sibuk dengan hasil persalinan yang baik (Eluobaju *et al.*, 2023). Hal ini sejalan dengan artikel A17 bahwa perempuan percaya bahwa mengendalikan proses kelahiran juga untuk memenuhi keyakinan spiritual (Ahmad Tajuddin *et al.*, 2020). Kenyamanan dan tradisi rumah merupakan salah satu tema dari artikel A15 yang menjadi alasan perempuan tetap ingin melahirkan di rumah. Perempuan merasa nyaman di rumah, dapat melanjutkan aktivitas sehari-hari, menghindari pengalaman negatif rumah sakit, adanya otonomi, dan perawatan tersedia di rumah (Fletcher *et al.*, 2019).

Bukti dari artikel A15, bahwa ketakutan terhadap fasilitas kesehatan tampaknya menjadi alasan perempuan melahirkan di rumah. Ketakutan tersebut meliputi takut rumah sakit, takut intervensi, dan ketidaknyamanan dengan perawatan di rumah sakit. (Fletcher *et al.*, 2019). Hal ini sejalan dengan bukti artikel A16 bahwa perempuan menginginkan yang terbaik dan teraman bagi diri sendiri dan bayi mereka. Pengalaman melahirkan sebelumnya mengajari para ibu bahwa perawatan di rumah sakit secara emosional tidak aman dan ada kemungkinan trauma lebih lanjut jika mereka Kembali ke rumah sakit (Jackson *et al.*, 2020).

Para ibu yang melahirkan di luar sistem memiliki keyakinan bahwa pengetahuan mereka tentang apa yang terbaik dan teraman memiliki otoritas lebih besar daripada ahli perawatan maternitas. Para perempuan juga tidak mempercayai retorika tentang keamanan rumah sakit dan menganggap pendekatan medis terhadap kelahiran sebagai pilihan kelahiran yang lebih berisiko dibandingkan melahirkan di luar sistem. Melahirkan di luar sistem

yaitu meminta bidan untuk melahirkan di rumah dengan faktor risiko atau dimana persalinan di rumah dengan sengaja tidak diawasi oleh tenaga kesehatan manapun (Jackson *et al.*, 2020).

Dari artikel A6, bahwa adanya pendamping persalinan, posisi persalinan yang fleksibel, menjaga kerahasiaan perempuan dengan sangat baik merupakan faktor yang membuat perempuan lebih memilih persalinan di rumah. Perempuan dapat mengadopsi posisi apapun yang dia rasa nyaman, asalkan tidak membahayakan ibu dan janin. Ketersediaan dan kesempatan bagi anggota keluarga untuk mendampingi ibu bersalin saat mencari bantuan persalinan dari dukun bayi. Sedangkan di fasilitas Kesehatan, anggota keluarga tidak diperbolehkan masuk ke ruang bersalin untuk memberikan dukungan kepada ibu yang melahirkan (Adatara *et al.*, 2020).

### C. Karakteristik responden *Planned Home Birth*

Berdasarkan artikel A3 diketahui bahwa responden yang melahirkan di rumah dari segi usia 18-19 tahun sebanyak 9,2%, usia 20-24 tahun 11,2%, dan usia  $\geq 30$  tahun 53,1% (Alemu *et al.*, 2022). Berdasarkan usia ibu hal ini sejalan dengan artikel A11 bahwa mayoritas persalinan di rumah adalah ibu usia lanjut ( $\geq 35$  tahun), artikel A13 rata-rata usia 31,7 tahun SD 4,7 (Wami *et al.*, 2022), (Scarf *et al.*, 2021).

Berdasarkan artikel A3 perempuan yang melahirkan di rumah, diketahui tidak dapat membaca dan menulis sebanyak 63,3%. Pendidikan dasar 24,5%, dan Pendidikan tinggi 12,2% (Alemu *et al.*, 2022). Hal ini sejalan dengan artikel A7 bahwa perempuan yang tidak berpendidikan atau berpendidikan dasar cenderung melahirkan di rumah (Bado *et al.*, 2022). Sedangkan artikel A19 menyatakan bahwa hubungan antara pilihan tempat melahirkan dengan tingkat Pendidikan, status perkawinan, daerah tempat tinggal serta umur adalah lemah. Korelasi sedang dan signifikan secara statistik diantara tempat lahir dan pendapatan, jumlah anak serta menjadi anggota komunitas keagamaan (Domańska *et al.*, 2014).

Bukti riset artikel A7 bahwa terjadi peningkatan melahirkan di rumah sebesar 31,3 kali di Benin dan 12,91 kali di Mali pada perempuan yang tidak melakukan kunjungan antenatal (ANC). Hal ini juga berlaku pada ibu yang melakukan kunjungan ANC sebanyak 1-2 kali, dibandingkan ibu yang ANC sebanyak lima kali atau lebih (Bado *et al.*, 2022).

Artikel A7 menyatakan bahwa jumlah anak tiap ibu juga merupakan faktor yang signifikan terhadap kelahiran di rumah (Bado *et al.*, 2022). Berdasarkan artikel A8, A10, A11, A17 bahwa perempuan dengan persalinan di rumah dan unit kebidanan berdiri bebas menunjukkan sebagian besar adalah multipara (Sweet *et al.*, 2022), (Winter *et al.*, 2022), (Wami *et al.*, 2022), (Sluijs *et al.*, 2020). Hal ini sejalan dengan artikel A13 bahwa proporsi perempuan yang melahirkan bayi pertama (nullipara) lebih tinggi di kelompok rumah sakit dan klinik bersalin (45,1 % dan 42,7%) dibandingkan dengan kelompok melahirkan di rumah (29,9%) (Scarf *et al.*, 2021). Persentase lebih tinggi ditemukan artikel A18 dari perempuan yang bekerja paruh waktu (Sluijs *et al.*, 2020).

Jenis persalinan di rumah mayoritas mengalami kelahiran spontan diketahui dari artikel A8, A11. Khususnya, ibu yang tidak memiliki Riwayat abortus spontan sebelumnya lebih mungkin melahirkan di rumah (Sweet *et al.*, 2022), (Wami *et al.*, 2022). Secara keseluruhan, proporsi tertinggi perempuan yang melahirkan pada atau setelah 40 minggu dengan 67,1% pada kelompok persalinan di rumah, 57,1% merencanakan persalinan di pusat persalinan, dan 54% di rumah sakit (Scarf *et al.*, 2021).

Dari artikel A10 bahwa proporsi ibu rumah tangga yang relatif lebih tinggi (31%). Sedangkan dari artikel A18 menunjukkan bahwa persentase lebih tinggi ditemukan dari perempuan yang bekerja paruh waktu (Sluijs *et al.*, 2020). Selain itu bukti dari artikel A7 bahwa perempuan yang tempat tinggalnya tidak dekat dengan institusi kesehatan maka lebih cenderung melahirkan di rumah (Bado *et al.*, 2022).

Berdasarkan faktor risiko psikopatologis diketahui dari artikel A10 bahwa perempuan yang memiliki rasa ketakutan saat disentuh dan diperiksa palpasi oleh dokter maupun bidan, serta ibu dengan trauma masa kecil, lebih cenderung merencanakan persalinan di luar rumah sakit yakni di unit kebidanan berdiri bebas dan di rumah (Winter *et al.*, 2022). Dari artikel A18 melaporkan bahwa ibu dengan Riwayat masalah mental lebih memilih melahirkan di rumah sakit. Selain itu perempuan yang memilih melahirkan di rumah memiliki tingkat FOC (rasa takut melahirkan) lebih rendah (Sluijs *et al.*, 2020).

Berdasarkan artikel A19 bahwa perempuan yang melahirkan di rumah memiliki tingkat optimis dan percaya diri yang jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan lain (Domańska *et al.*, 2014).

#### **D. Analisis Biaya *Planned Home Birth***

Berdasarkan artikel A4, A6, bahwa keputusan atau alasan perempuan melahirkan di rumah salah satunya adalah faktor ekonomi (Eluobaju *et al.*, 2023), (Adatara *et al.*, 2020). Bukti riset menunjukkan bahwa kelahiran di rumah dan pusat kelahiran yang berdiri bebas jauh lebih murah bagi masyarakat daripada kelahiran di rumah sakit (Daviss *et al.*, 2021).

Beberapa indikasi perempuan melahirkan di rumah karena kendala keuangan. Meskipun perempuan mengetahui tentang pentingnya melahirkan di fasilitas kesehatan, karena hambatan keuangan mencari perawatan seperti uang untuk membayar transportasi, biaya tidak langsung yang terlibat dalam perawatan, perawatan kelahiran terampil. Selain itu, karena harus membayar resep obat yang tidak ditanggung jaminan kesehatan serta membeli makanan untuk menghidupi diri sendiri dan pengasuh mereka selama di fasilitas kesehatan. Masalah lain adalah mereka tidak memiliki uang untuk membeli paket persalinan dan tidak mendapatkan dukungan keuangan dari suami selama melahirkan (Adatara *et al.*, 2020). Tema muncul pada artikel A4 bahwa perempuan dan bidan terlatih menawarkan solusi tingkat sistemik dan individu untuk meningkatkan penggunaan fasilitas kesehatan, termasuk menurunkan biaya klinik (Eluobaju *et al.*, 2023).

Berdasarkan temuan artikel A13, menjelaskan penghematan finansial dengan menawarkan banyak pilihan bagi perempuan yang mencari alternatif melahirkan di rumah sakit. Mengingat tingkat intervensi yang kompleks dan hasil neonatal yang relatif lebih rendah dengan perempuan berisiko rendah, maka dapat diasumsikan bahwa biaya persalinan di rumah dan pusat persalinan bisa hemat biaya. Perempuan yang merencanakan kelahiran di rumah atau di pusat persalinan memiliki dua belas jalur hasil potensial. Dimana setiap jalur menimbulkan biaya. Misalnya, perempuan yang merencanakan melahirkan di rumah yang dipindahkan ke rumah sakit untuk persalinan dengan alat bantu dan bayinya sehat. Pemakaian ambulance, tindakan operatif dan tindakan instrumental bagi ibu, penerimaan bayi di NICU juga akan menambah biaya. Perempuan yang merencanakan kelahiran di rumah sakit memiliki jalur yang paling langsung. Perempuan yang berencana melahirkan di rumah atau di pusat persalinan berbeda berdasarkan transfer, cara kelahiran, dan hasil neonatal (Scarf *et al.*, 2021).

Bukti riset menunjukkan bahwa sekitar 10-20% perempuan yang berencana melahirkan di rumah atau di pusat persalinan yang berdiri sendiri pindah ke rumah sakit selama persalinan. Sehingga dapat diasumsikan mereka yang pindah ke rumah sakit akan membayar biaya rata-rata yang terkait dengan kelahiran di rumah sakit (Daviss *et al.*, 2021).

#### **E. Keamanan dan Efektivitas *Planned Home Birth***

Berdasarkan artikel A12, sebagai konsekuensinya bahwa persalinan di rumah tampaknya merupakan pilihan yang aman selama dilakukan sesuai dengan kriteria kualitas tertentu (Donate-Manzanares *et al.*, 2021). Keamanan ini didukung artikel A1, A8, A11 yang menyatakan bahwa *planned home birth* signifikan dengan tingkat intervensi kebidanan lebih rendah dan tingkat kelahiran vagina secara spontan lebih tinggi dengan nilai  $p \leq 0,0001$  (Davies-Tuck *et al.*, 2018), (Sweet *et al.*, 2022). Hal ini sejalan dengan bukti riset artikel A11 bahwa risiko intervensi kasar secara signifikan lebih rendah untuk perempuan yang mengalami persalinan di rumah (Wami *et al.*, 2022).

Bukti riset artikel A1 bahwa untuk perempuan berisiko rendah, tingkat kematian perinatal dan morbiditas ibu secara signifikan lebih rendah untuk mereka yang merencanakan kelahiran di rumah. Kelahiran di rumah yang direncanakan di antara perempuan berisiko tinggi dikaitkan dengan tingkat kematian perinatal yang jauh lebih tinggi tetapi penurunan signifikan secara keseluruhan pada tingkat perinatal dan morbiditas ibu. Dari 3.945 ibu berencana melahirkan di rumah dengan bidan praktik swasta (Davies-Tuck *et al.*, 2018). Hal ini sejalan dengan bukti artikel A8 bahwa tidak ada kematian ibu (Sweet *et al.*, 2022). Namun, temuan artikel A8 ada satu kematian neonatal bayi yang lahir di rumah sebelum kedatangan bidan (Sweet *et al.*, 2022) dan hasil studi lain menyatakan bahwa angka kematian neonatal pada persalinan di rumah meningkat jika dibandingkan dengan persalinan yang ditolong oleh bidan di rumah sakit (Grünebaum *et al.*, 2016).

Berdasarkan artikel A10, A18 bahwa perempuan yang melahirkan di rumah dan di unit kebidanan berdiri bebas yang direncanakan mengalami

pengurangan lebih besar akan rasa cemas selama persalinan dan rasa takut melahirkan (FOC) daripada ibu dengan kelahiran di rumah sakit yang terencana. Hasil utama menunjukkan bahwa perempuan dengan penyakit mental sebelumnya, serta pengalaman traumatis, tampaknya memiliki kebutuhan khusus saat melahirkan (Winter *et al.*, 2022), (Sluijs *et al.*, 2020).

Berdasarkan artikel A1, A11 diketahui bahwa bayi baru lahir dari ibu yang melahirkan di rumah memiliki skor Apgar yang sedikit lebih rendah pada menit ke-5 dibandingkan dengan kelahiran institusional. Secara keseluruhan, perempuan yang melahirkan di rumah berisiko 1,28% kali mengalami komplikasi, dibandingkan dengan perempuan yang melahirkan di Lembaga. Jumlah ibu yang mengalami persalinan institusional relatif lebih tinggi mengalami persalinan kala satu lama (3,32%), laserasi perineum (6,72%), laserasi serviks (2,91%), dan 2,91% anemia ( $p < 0,05$ ). Perdarahan kala tiga dan perdarahan postpartum tertunda dan sekunder merupakan kondisi ibu yang lazim dilaporkan dari kelahiran di rumah (Wami *et al.*, 2022), (Davies-Tuck *et al.*, 2018). Namun hal ini tidak sejalan dengan hasil temuan artikel A8 bahwa perempuan yang melahirkan di rumah secara signifikan melahirkan secara spontan normal, memiliki perineum yang utuh, kemungkinan penjahitan lebih kecil, dan kehilangan darah lebih dari 500 ml kemungkinan lebih kecil terjadi (Sweet *et al.*, 2022). Berdasarkan artikel A8 diketahui bahwa bayi yang lahir di rumah secara signifikan lebih kecil kemungkinannya membutuhkan resusitasi, memiliki berat badan lahir normal, dan menerima ASI eksklusif saat pulang (Sweet *et al.*, 2022).

### SIMPULAN

Pemanfaatan hasil PTK tentang *Planned home birth* diantaranya mencakup pelaksanaan, preferensi, karakteristik responden, analisis biaya, keamanan dan efektivitas. Metode *planned home birth* masih menjadi pilihan bagi perempuan. Penolong kelahiran di rumah yang dekat dengan ibu bersalin adalah seorang perempuan yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman serta memberikan asuhan yang berkesinambungan hingga pasca persalinan dan neonatal. Kebutuhan transfer dari rumah ke rumah sakit bisa terjadi bila ada masalah pada ibu dan bayi, sehingga hal ini juga harus dipersiapkan dan dikelola dengan baik sejak awal diantara ibu bersalin dan penolong kelahiran. Ibu yang merencanakan persalinan di rumah memiliki berbagai preferensi yang terkait akan rasa aman dan nyaman yang dirasakan oleh ibu selama proses kelahiran. Karakteristik *planned home birth* juga perlu diperhatikan dan sebagai pertimbangan dalam menentukan setting dan indikasi pasien. Karakteristik tersebut mencakup usia, paritas, pekerjaan, tempat tinggal, pernikahan, Pendidikan, jenis persalinan, riwayat ANC, riwayat abortus, dan adanya faktor risiko psikopatologis. Dari segi analisis biaya *planned home birth* cenderung lebih hemat biaya dibandingkan biaya persalinan di rumah sakit. Namun tidak menutup kemungkinan terjadi kenaikan biaya apabila ibu mengalami transfer, yang membutuhkan perawatan instrumental, dan lain sebagainya. Keamanan *planned home birth* terbukti signifikan pada perempuan yang memiliki risiko rendah pada kehamilan, sehingga untuk itu harus melakukan deteksi dini. Persalinan di rumah menjadi pilihan aman namun harus sesuai dengan pedoman

klinis yang berkualitas. Persalinan di rumah dapat mengurangi rasa cemas pada ibu dan rasa takut akan melahirkan.

### SARAN

Perempuan yang mempunyai keinginan melahirkan dirumah, sebaiknya direncanakan secara menyeluruh dan lengkap serta dipandu oleh tenaga Kesehatan professional. Program melahirkan di rumah menjadi pilihan aman bagi perempuan dengan risiko rendah dan sebaiknya dikelola dan ada pedoman klinis yang sesuai. Hal ini sebaiknya sudah dipersiapkan sejak usia kehamilan sebelum memasuki trimester ke tiga. Sebagai catatan bahwa persalinan dirumah harus direncanakan dengan syarat utama bahwa perempuan tersebut memiliki risiko rendah. Tersedia berbagai jalur dalam merencanakan kelahiran dirumah sehingga berpengaruh pada peningkatan biaya. Tenaga kesehatan professional yang terlibat minimal dua orang mencakup bidan professional dan dokter, sehingga biaya persalinan di rumah yang terencana kemungkinan meningkat seiring dengan persiapan tenaga professional, peralatan, dan pelayanan eksklusif. Adanya asuhan berkesinambungan yang diberikan oleh bidan misalnya menyediakan paket persalinan dirumah mencakup perawatan antenatal, persalinan dirumah, dan perawatan pasca persalinan. Sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Akibat dari pengalaman yang negatif dari pihak rumah sakit atau staf, maka perlu memastikan bahwa perempuan diperlakukan dengan bermartabat dan hormat. Selain itu meminimalkan intervensi selama asuhan, dan adanya pendamping persalinan terus menerus dari keluarga dapat memberikan rasa nyaman pada perempuan. Melakukan perbaikan sistem layanan kesehatan dengan memprioritaskan perawatan maternal yang aman dan nyaman serta memperluas pilihan kelahiran untuk semua perempuan dengan segala risiko.

Peneliti mengucapkan termakasih kepada Program Studi Kebidanan Program Magister Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta, STIKES Mamba’ul ‘Ulum Surakarta dan semua pihak yang membantu dalam menyelesaikan artikel ini. Dalam penyusunan artikel ini tidak ada konflik kepentingan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Adatara, P., Strumpher, J., & Ricks, E. (2020). Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03198-y>
- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Abu Bakar, A. I., & Othman, S. (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- Alemu, S. S., Ketema, T. G., Tessema, K. F., Feyisa, J. W., Yimer, A. A., & Kebede, B. N. (2022). Preference of homebirth and associated factors among

- pregnant women in Arba Minch health and demographic surveillance site, Southern Ethiopia. *PLoS ONE*, 17(10 October), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276682>
- Bado, A. R., Badolo, H., Johnson, E., Komboigo, E. B., Padonou, S. G. R., & Diawara, F. (2022). Factors Associated With Home Births in Benin and Mali: Evidence From the Recent Demographic and Health Surveys. *Frontiers in Reproductive Health*, 4(February), 1–10. <https://doi.org/10.3389/frph.2022.808070>
- Davies-Tuck, M. L., Wallace, E. M., Davey, M. A., Veitch, V., & Oats, J. (2018). Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: A retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1996-6>
- Daviss, B. A., Anderson, D. A., & Johnson, K. C. (2021). Pivoting to Childbirth at Home or in Freestanding Birth Centers 1 in the US During COVID-19: Safety, Economics and Logistics. *Frontiers in Sociology*, 6(March), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.618210>
- Domańska, U., Ossowski, R., & Ciżkowicz, B. (2014). Psychological and socio-demographic correlates of women's decisions to give birth at home. *Health Psychology Report*, 2(3), 197–207. <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45156>
- Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Cano, T., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Santos-Hernández, G., & Beato-Fernández, L. (2021). Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4195–4210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14984>
- Eluobaju, D., Okonofua, F., Weine, S., & Goba, G. (2023). Understanding childbirth preferences of women in Benin City, Nigeria: a qualitative study. *BMJ*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054603>
- Fletcher, B. R., Rowe, R., Hollowell, J., Scanlon, M., Hinton, L., & Rivero-Arias, O. (2019). Exploring women's preferences for birth settings in England: A discrete choice experiment. *PLoS ONE*, 14(4), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215098>
- Gardiner, E., Lai, J. F., Khanna, D., Meza, G., de Wildt, G., & Taylor, B. (2021). Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study. *PLoS ONE*, 16(9 September), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257135>
- Grünebaum, A., McCullough, L. B., Arabin, B., Brent, R. L., Levene, M. I., & Chervenak, F. A. (2016). Neonatal mortality of planned home birth in the United States in relation to professional certification of birth attendants. *PLoS ONE*, 11(5), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155721>
- Jackson, M. K., Schmied, V., & Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Kusumawati, N., Erlinawati, E., Keb, M., Safitri, Y., & Kep, M. (2023). *Original*

*Article Exploring Women ' s Reasons for Choosing Home Birth with the Help of Their Untrained Family Members : A Qualitative Research. 11(2), 72–84. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.97491.2186>. Copyright*

- Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., & Renton, A. (2014). Crime, fear of crime and mental health: synthesis of theory and systematic reviews of interventions and qualitative evidence. *Public Health Research, 2(2)*, 1–398. <https://doi.org/10.3310/phr02020>
- Nurrachmawati, A., Wattie, A. M., Hakimi, M., & Utarini, A. (2018). Otonomi Perempuan dan Tradisi dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Tempat dan Penolong Persalinan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 12(2)*, 3–12.
- Olga Gouni, Eleni Hadjigeorgiou, Dolores Ruiz-Berdún, Catharina Susanna Minnie, & Jean Calleja-Agius. (2021). Dissemination and Enrichment of Knowledge About Normal Birth to Bring About a Change to Society. *Journal of Psychology Research, 11(5)*, 208–235. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2021.05.003>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K., & Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1)*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>
- Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Boix, H., Fernández, M. G. E., González-Pacheco, N., Martín, A., Pérez-Muñuzuri, A., & Couce, M. L. (2020). Home births: A growing phenomenon with potential risks. *Anales de Pediatría (English Edition), 93(4)*, 266.e1-266.e6. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.04.012>
- Scarf, V. L., Viney, R., Yu, S., Foureur, M., Rossiter, C., Dahlen, H., Thornton, C., Cheah, S. L., & Homer, C. S. E. (2019). Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19(1)*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>
- Scarf, V. L., Yu, S., Viney, R., Cheah, S. L., Dahlen, H., Sibbritt, D., Thornton, C., Tracy, S., & Homer, C. (2021). Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis. *BMC Health Services Research, 21(1)*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06810-9>
- Sluijs, A.-M., Cleiren, M. P. H. D., van Lith, J. M. M., Wijma, B., & Wijma, K. (2020). Is fear of childbirth related to the woman's preferred location for giving birth? A Dutch low-risk cohort study. *Birth, 47(1)*, 144–152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12456>
- Sweet, L., Wynter, K., O'Driscoll, K., Blums, T., Nenke, A., Sommeling, M., Kolar, R., & Teale, G. (2022). Ten years of a publicly funded homebirth service in Victoria: Maternal and neonatal outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 62(5)*, 664–673. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajo.13518>
- Sychareun, V., Hansana, V., Somphet, V., Xayavong, S., Phengsavanh, A., &

- Popenoe, R. (2012). Reasons rural Laotians choose home deliveries over delivery at health facilities: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-86>
- Wami, G. A., Prémusz, V., Csákány, G. M., Kálmán, K., Vértes, V., & Tamás, P. (2022). Characteristics of Homebirth in Hungary: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610461>
- Winter, C., Junge-Hoffmeister, J., Bittner, A., Gerstner, I., & Weidner, K. (2022). Planned Place of Birth—Impact of Psychopathological Risk Factors on the Choice of Birthplace and Its Postpartum Effect on Psychological Adaption: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/jcm11020292>