

MAKALAH
ANALISIS JURNAL KASUS KEBIDANAN DI INDONESIA



DISUSUN OLEH:

NAMA : SHOFIYATUL AZIZAH
NIM : 2110101115
PRODI : S1 KEBIDANAN
MATAKULIAH : ETIKA PROFESI DAN HUKUM KESEHATAN
DOSEN PEMBIMBING : DITA KRISTIANA, S.ST.,MH

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH YOGYAKARTA

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka kematian bayi dan ibu (AKB dan AKI) yang masih tinggi dalam 3 dasa warsa terakhir menempatkan profesi bidan menjadi salah satu kebijakan sentral di Indonesia. Bidan ditempatkan di seluruh pelosok Indonesia dengan pola kontrak agar mau bekerja di daerah dan di daerah terpencil. Selain sebagai penolong persalinan normal, peran bidan ada banyak dan bahkan menyangkut pemberian konseling bagi penduduk yang masih ragu untuk berkunjung ke tempat profesional, sehingga bidan dituntut untuk memahami masalah-masalah budaya penduduk setempat agar mau berpartisipasi mengatasi masalah mereka sendiri dan bagaimana kolaborasi sesama bidan agar ibu hamil memperoleh manfaat maksimal dari program puskesmas. Meskipun demikian, implementasi program bidan di seluruh pelosok Indonesia memiliki tantangan yang tidak sedikit.

Sikap diam demi menjaga harmoni yang menjadi kebiasaan perempuan Asia, menyebabkan isu kekerasan yang dialami dalam pelayanan kesehatan maternal tidak banyak dilaporkan dan dikaji. Sistem pelayanan kesehatan yang memberi peluang untuk melakukan tindakan diluar kewenangan, adalah godaan bagi ketaatan terhadap etika profesi. Praktik tidak manusiawi oleh bidan dilatarbelakangi pengalaman saat pendidikan, hubungan kolejial serta keinginan untuk menunjukkan jati diri dan eksistensi profesi. Penelitian yang dilakukan oleh Hardee K, dkk (2012) menunjukkan praktik tidak manusiawi menyebabkan morbiditas dan mortalitas. Pengabaian keselamatan pasien, tindakan diluar kewenangan demi kepentingan pribadi, adalah perlakuan tidak manusiawi dalam praktik kebidanan yang sebenarnya selama ini terjadi di Indonesia, namun jarang ditulis.

Perlakuan tidak manusiawi oleh bidan telah menjadi isu global. Perempuan mengalami perlakuan tidak manusiawi dalam bentuk kekerasan, disrespek, pelecehan, dan tidak diperhatikan kebutuhannya selama bersalin. Contoh: di Ghana, perempuan mengalami penelantaran, dan diskriminasi selama persalinan. Tindakan kasar dan mengancam, dilakukan oleh bidan terhadap perempuan bersalin di rumah sakit negara Swedia. Stereotyping dilakukan bidan di negara maju terhadap klien yang berasal dari negara berkembang atau etnis minoritas. Tidak ada dukungan emosional dan informasi bagi ibu nifas yang mengalami stillbirth di Indonesia, adalah tindakan pengabaian, menyebabkan beban psikologis jangka panjang yang tidak disadari oleh bidan. Pelayanan persalinan dengan kekerasan yang dilakukan oleh bidan menyebabkan perempuan hamil tidak

memanfaatkan fasilitas kesehatan maternal. Upaya meningkatkan kualitas kesehatan maternal dan pelayanan profesional menjadi terkendala perilaku kekerasan oleh bidan.

Dari pengambilan jurnal ini ingin menunjukkan terjadi praktik tidak manusiawi terhadap pasien oleh bidan di Indonesia. Kami menyajikan uraian tentang pentingnya memahami setiap fenomena yang terjadi dibalik kasus malpraktik. Kami menggunakan ilustrasi 3 kasus yang menjadi perhatian publik, diterbitkan dalam koran online untuk menjelaskan kedalaman kekerasan oleh bidan bagi pasien. Bagian akhir tulisan ini, kami mendiskusikan strategi untuk memperbaiki pelayanan bidan agar kekerasan tidak terjadi, yang mencakup continuing education tentang hak asasi dan kemanusiaan oleh organisasi profesi.

B. POKOK PIKIRAN UTAMA DALAM JURNAL

1. Apa saja kasus kebidanan di Indonesia?
2. Bagaimana pemecahan isu dari kasus tersebut?
3. Bagaimana peran profesi dan pendidikan bidan mengantisipasi terjadinya kasus?

C. TUJUAN

Penyajian makalah ini mencoba untuk mengungkapkan kejadian tidak manusiawi dan mengidentifikasi kegagalan pemenuhan hak kesehatan ibu dengan mengambil informasi yang bersumber dari media online dan mengeksplorasi alasan-alasan yang menyebabkan hal tersebut terjadi.

PEMBAHASAN

A. ANALISIS MASALAH

1. Penyajian Kasus

Kasus Pertama : Aborsi di Luar Kewenangan dan Motif Keuangan

Bidan DSB dan NN alias Na, ibu muda yang sedang hamil 5 bulan menjadi tersangka dalam kasus aborsi. NN melakukan aborsi di klinik bersalin milik DSB. Berdasarkan pengakuan NN, aborsi dilakukan karena janin yang dikandungnya tidak berkembang dan denyutnya tidak terekam. NN datang ke klinik bidan bersama ibunya, pada tanggal 17 Januari 2016. Bidan DSB melakukan pemeriksaan dan menyimpulkan bahwa janin dalam kandungan NN harus dikeluarkan karena sudah mati. NN diberi obat untuk menggugurkan kandungannya, dan harus membayar biaya tindakan aborsidan perawatan sebesar 10 juta rupiah. Kasus aborsi di klinik bidan DSB, diketahui pihak kepolisian akibat laporan warga setempat yang mencurigai perubahan fisik NN. Hasil penyelidikan polisi menunjukkan kecurigaan bahwa klinik tersebut tidak memiliki izin dari dinas kesehatan setempat. Bidan DSB memiliki dua klinik di wilayah tersebut. Berdasarkan keterangan saksi, praktik aborsi sering dilakukan di Bonipoi," kata Didik, Senin (25/1/2016). Namun, menurut Didik, setelah pihaknya mendapati dua kuburan janin di klinik milik bidan DSB di Pasir Panjang, maka tidak tertutup kemungkinan klinik ini juga dijadikan tempat aborsi.

Kasus Kedua :

R, seorang perempuan tuna wicara, datang untuk memeriksakan kehamilan di Puskesmas rawat jalan Kecamatan Sungai Kuyit, Mempawah Hilir. R didampingi keluarganya, karena suami bekerja di Malaysia sejak hampir setahun yang lalu. Kehamilan ketiga ini sangat diharapkan, karena kedua anak dari kehamilan sebelumnya, meninggal. Puskesmas tersebut tidak melayani rawat inap dan persalinan. Pelayanan kebidanan dan kandungan hanya sebatas pemeriksaan kehamilan. Dokter puskesmas melakukan pemeriksaan USG terhadap R. Hasil pemeriksaan menunjukkan indikasi rujukan kasus ke RSUD dr Rubini untuk perawatan lebih lanjut. Dokter curiga terdapat kondisi abnormal pada kehamilan R. Usia kehamilan R saat itu adalah 38 minggu. Keluarga R, memutuskan untuk mengikuti anjuran dokter. Nu-orang tua R, menyatakan akan mengurus BPJS terlebih dahulu, karena tidak memiliki biaya untuk berobat ke rumah sakit. Rencana Nu untuk mengurus BPJS dan membawa R ke rumah sakit di kota, diketahui oleh bidan TD-kepala Puskesmas Sungai Kuyit. Bidan tersebut menawarkan agar R dibawa ke

klinik bersalin miliknya. Pertimbangannya adalah kedekatan dengan keluarga dan kemudahan urusan administrasi. N tidak perlu mengurus BPJS dan mengeluarkan biaya transportasi untuk membawa R ke rumah sakit di kota. Keluarga juga tidak perlu memikirkan biaya hidup selama menunggu R di kota. Biaya persalinan di klinik milik bidan TD hanya Rp 900.000,- sudah termasuk penjemputan Rina dari rumah ke klinik dan administrasi untuk pembuatan akta kelahiran. N menerima tawaran bidan TD. R dijemput untuk dirawat di klinik bidan TD pada pukul 01.00 WITA tanggal 21 Juli 2016. Proses persalinan R ternyata mengalami kesulitan. Bidan TD memutuskan melakukan ekstraksi vakum, agar bayi dapat segera dilahirkan. N menceritakan bahwa proses ekstraksi vakum tidak mudah. Alat tersebut lepas sebanyak empat kali, dan bayi tetap tidak lahir. R akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit dr Rubini. Dokter di rumah sakit tersebut tidak dapat melakukan tindakan medis, sehingga memutuskan untuk merujuk R ke RSUD dr Abdul Aziz Singkawang. R dalam keadaan kesakitan, menempuh perjalanan jauh menuju Singkawang. Tim medis di RSUD dr Abdul Aziz Singkawang akhirnya berhasil melahirkan bayi tersebut, dalam kondisi sudah tidak bernyawa. Bayi meninggal dalam kandungan, diduga akibat trauma persalinan. R harus merelakan kehilangan anak untuk ketiga kalinya.

Kasus Ketiga : Berharap Besar Terhadap Pertolongan Bidan, Tetapi Tidak Terjadi

Sa dan Sae adalah suami istri, penduduk Kampung Cikotak, Desa Cibeureum, Kabupaten Serang, Banten. Keluarga tersebut tinggal di perbukitan Padarincang. Sae sedang hamil anak keempat, merasakan tanda-tanda akan melahirkan pada tanggal 15 Juni 2018 pukul 23.00 WIB. Esok hari, adalah Hari Raya Idul Fitri. Sae tidak dibawa ke bidan atau ke puskesmas terdekat ketika tanda-tanda persalinan awal mulai dirasakan. Satu jam kemudian, Sae melahirkan. Kelahiran tersebut membuat Sa panik, sehingga memanggil paraji (dukun beranak) untuk menolong istri dan bayi yang baru dilahirkannya. Sae mengalami perdarahan. Paraji meminta Sa mendatangkan bidan desa, untuk membantu menghentikan perdarahan yang dialami Sae. Dukun beranak tersebut tidak mampu mengatasi masalah yang terjadi.

Sa segera pergi ke bidan terdekat. Sa pergi tanpa membawa serta Sae. Kondisi geografis tempat tinggal Sae, menjadi hambatan untuk datang ke bidan atau puskesmas terdekat. Kondisi Sae yang masih sadar, menyebabkan semua orang di rumah tersebut yakin bahwa keadaan akan baik-baik saja.

Bidan terdekat yang bisa didatangi oleh Sa adalah US. Perempuan tersebut menerima kedatangan Sa pada tanggal 16 Juni 2018 pukul 01.30 WIB. US adalah bidan Puskesmas Padarincang, yang membuka praktek mandiri di

rumahnya, di desa Padarincang. US bukan bidan desa setempat, karena pertimbangan profesi dan jarak, maka sangat masuk akal Sa minta pertolongan kepadanya. Kedatangan suami Sae dini hari, bermaksud mengajak bidan US datang ke rumahnya menolong Sae yang mengalami perdarahan. Maksud dan tujuan kedatangan Sa, segera dipahami dengan baik oleh bidan US. Keinginan Sa untuk mengajak bidan US ke rumahnya, tidak berhasil. Bidan US memutuskan untuk tidak mendatangi Sae-ibu yang mengalami perdarahan pasca salin. Alasan yang diberikan adalah: kasus perdarahan yang terjadi (berdasarkan cerita Sa) memerlukan penatalaksanaan oleh dokter ahli. US menyarankan agar Sae dibawa ke puskesmas di Cacaban.

Sa mengikuti saran US, untuk mencari pertolongan ke Puskesmas Padarincang. Menurut pengakuan Sa, tidak ada seorang petugas pun yang piket pada dini hari lebaran tersebut. Sa kemudian pulang ke rumahnya. Sa pulang tanpa disertai bidan yang diharapkan dapat menolong istrinya. Kondisi Saenah semakin memburuk, dan akhirnya Sae meninggal dunia. Tiga jam lamanya Sae bertahan dalam kondisi perdarahan, tanpa mendapatkan pertolongan profesional.

Proses kematian Sae menjadi bahan pembicaraan oleh warga. Wartawan koran online datang, mengunjungi Sa kemudian menuliskan kisah tersebut. Bidan US dan pihak Puskesmas Padarincang merasa perlu melakukan klarifikasi terhadap informasi yang beredar. Satu hari setelah berita kematian Sae tayang di koran online, Bidan US menulis surat terbuka sebagai klarifikasi peristiwa tersebut. Para petugas Puskesmas Padarincang selaku penanggungjawab pelayanan kesehatan dasar di wilayah tersebut, mengunjungi Sa untuk menjelaskan bahwa kematian Sae seharusnya tidak terjadi jika ibu tersebut bersalin di fasilitas kesehatan.

2. Pemecahan Isu Utama dari Kasus

a) Kepercayaan terhadap bidan

➤ Kasus 1 :

- klien meminta pertolongan bidan karena tahu kehamilannya bermasalah
- klien percaya bahwa bidan mampu melakukan aborsi dan berani membayar mahal untuk aborsi yang ditawarkan.

➤ Kasus 2

- Dokter bahkan meminta dirujuk rumah sakit, tetapi yang bersangkutan memilih saran bidan

Pada kasus ini klien lebih percaya terhadap argumen yang diajukan bidan dibanding dokter atau petugas yang lainnya, pada kondisi ini bidan memberikan alternatif solusi yang rasional bagi kondisi sosial dan keuangan klien.

➤ Kasus 3

- Percaya jika bidan akan datang dan membantu, setelah dukun tidak sanggup mengatasi masalah

Menunjukkan ada kepercayaan dukun dan suami klien terhadap kemampuan serta kemauan bidan untuk mengatasi pendarahan setelah melahirkan. Dukun dan suami klien yakin bahwa dalam kondisi perdarahan, bidan akan datang untuk memberikan pertolongan. Dukun dan suami klien tidak memahami risiko yang mungkin terjadi, sehingga tidak langsung mencari pertolongan ke puskesmas terdekat saat persalinan dimulai. Kepercayaan terhadap bidan, bukan isu yang menyinggung rasa kemanusiaan. Sikap percaya dapat memicu terjadi tindakan diluar kewenangan yang menyebabkan persoalan kemanusiaan.

b) Pengabaian keselamatan ibu

➤ Kasus 1

- Memulangkan ibu setelah diberi obat pemacuan persalinan

➤ Kasus 2

- Meminta untuk dirawat di klinik bersalin meskipun kondisi ibu seharusnya dirujuk ke rumah sakit.

Kasus 1 dan 2 menunjukkan bahwa bidan berani mengambil risiko melakukan suatu tindakan yang membahayakan klien

➤ Kasus 3

- Mampu menolong tetapi justru tidak mau datang untuk menolong, meminta keluarga untuk mencari pertolongan ke puskesmas.

Memilih untuk membiarkan klien dalam keadaan perdarahan karena merasa kasus tersebut lebih sesuai ditatalaksana oleh dokter ahli.

c) Tindakan diluar kewenangan

➤ Kasus 1

- Aborsi

➤ Kasus 2

- Vakum ekstrasi, pemberian obat pemacu persalinan

➤ Kasus 3

- Memiliki kewenangan tetapi justru tidak berusaha membantu

Ada 2 kasus tindakan diluar kewenangan oleh bidan terhadap klien. Tindakan diluar kewenangan menjadi isu yang menyentuh sisi kemanusiaan, jika ada unsur kesengajaan tanpa kondisi kedaruratan dan keuntungan pribadi. Undang-undang kesehatan telah memberikan peluang bagi bidan untuk melakukan tindakan diluar kewenangan, ketika tidak ada tenaga kesehatan lain yang mampu melakukan tindakan

tersebut. Landasan hukum ini tampaknya berpeluang disalahgunakan ketika klien mengalami kendala geografis, jarak, kemampuan finansial, fasilitas, dan kondisi sosial sebagaimana yang terjadi pada kasus 2.

d) Keuntungan pribadi

- Kasus 1
 - Mengajukan pengguguran dengan biaya 10 juta rupiah
- Kasus 2
 - Menjanjikan fasilitas dan kemudahan dibandingkan jika mengurus bpjs
- Kasus 3
 - Mencari aman untuk diri bidan

e) Vulnerabilitas pasien

- Kasus 1
 - Relatif mampu membayar, status sosial tidak dijelaskan
- Kasus 2
 - Pasien dari keluarga sederhana yang tinggal di desa, status sosial rendah
- Kasus 3
 - Pasien berasal dari keluarga buruh tani yang tinggal di perbukitan desa, status sosial rendah.

Klien pada kasus 2 dan 3 berasal dari keluarga miskin. Isu kerentanan sosial sangat menonjol pada kasus 2. Klien adalah seorang perempuan tuna wicara, berasal dari keluarga tidak mampu, dan memiliki riwayat kehamilan yang buruk. Terdapat risiko sosial dan kesehatan pada klien tersebut. Keterbatasan fisik menyebabkan klien perlu didampingi oleh keluarga dalam kasus ini orang tua, untuk membuat pengambilan keputusan atas dirinya, tidak didasarkan pada riwayat kehamilan yang buruk, pertimbangan ekonomi menjadi alasan utama untuk memilih pelayanan yang ditawarkan bidan. Kasus 3 menunjukkan klien berasal dari keluarga miskin yang tinggal di daerah perbukitan. Kemiskinan dan keterpencilan erat kaitannya dengan maternal health literacy yang rendah dan isu kemanusiaan.

f) Kepedulian masyarakat

Kepedulian masyarakat terhadap perempuan, mempengaruhi kualitas kehidupan mereka. Keengganan perempuan menyuarakan perlakuan yang mereka terima ketika berurusan dengan tenaga kesehatan, menyebabkan kasus-kasus kemanusiaan tidak terungkap dan terjadi berulang dengan pola yang serupa. Ketiga kasus menunjukkan masyarakat dan keluarga berani menyuarakan persoalan yang mereka hadapi dalam pelayanan kesehatan maternal. Kasus ini membuktikan, masyarakat perlu diberi

pemahaman yang tepat tentang masalah kesehatan maternal yang terjadi sehingga dapat menjadi agent yang menyuarakan kepentingan pelayanan manusiawi bagi perempuan. Kasus pertama terungkap ke publik karena masyarakat mencurigai terjadi praktik ilegal, yaitu aborsi. Kasus kedua diketahui publik akibat cerita disampaikan keluarga kepada wartawan. Keluarga menyuarakan keluhan karena terjadi kematian dan kerugian materi. Kasus ketiga diceritakan oleh keluarga kepada wartawan. Keluarga merasa kecewa karena tidak berhasil mendatangkan bidan yang dipercaya dapat memberi solusi terhadap kasus perdarahan pasca salin. Kekecewaan tersebut bertambah, karena keluarga merasa disalahkan oleh pihak petugas kesehatan. Pemanfaatan dukun dalam kasus persalinan Sae, menimbulkan persoalan baru tentang keterkaitan masyarakat dengan praktik-praktik tradisional secara emosional, yang menjadikan dukun sebagai pengganti bidan jika kehamilan dan persalinan dianggap tidak bermasalah. Kekecewaan terhadap pelayanan bidan yang tampak dalam kasus 2 dan 3 dapat mengalihkan isu persalinan kembali ke praktik-praktik tradisional.

3. Peran Profesi dan Pendidikan Bidan Mengantisipasi Terjadinya Kasus

a. Peran Profesi

Hubungan bidan dengan ibu tidak hanya sebatas isu klinis. Bidan adalah perempuan yang bekerja dalam lingkup sosial perempuan. Kedekatan bidan dengan klien telah dibentuk dalam kurun waktu hampir 30 tahun sejak dicetuskan program bidan desa, memunculkan hubungan pertemanan (friendship) sesama perempuan. Situasi ini sebenarnya menjadi modal utama bagi bidan, untuk melakukan pendekatan pelayanan kesehatan maternal berbasis hak asasi dan kemanusiaan melibatkan masyarakat. Isu-isu kemanusiaan dalam pelayanan kesehatan maternal yang mudah dipahami perlu diinformasikan terus menerus secara berulang, untuk menimbulkan reaksi spontan dari masyarakat untuk melindungi hak perempuan. Praktik-praktik yang mengabaikan keselamatan teman (klien) atas pertimbangan keuntungan pribadi, pelanggaran etika profesi, tindakan diluar kewenangan, perlu menjadi bahan diskusi dalam pertemuan rutin bidan. Jajaran pimpinan organisasi profesi bidan harus dapat mengabaikan kekhawatiran hilangnya keharmonisan hubungan diantara mereka akibat pembahasan tentang pelanggaran hak asasi dan kemanusiaan yang dilakukan oleh salah satu anggota. Pembahasan tentang pelayanan yang lebih manusiawi perlu diutamakan dibandingkan isu klinis dan prosedural. Audit maternal seharusnya menyertakan pembahasan isu kemanusiaan dan hak asasi dalam kejadian kesakitan dan kematian ibu. Sisi kemanusiaan yang terabaikan akibat perilaku bidan pada suatu kasus morbiditas dan mortalitas perlu diungkap untuk mendapatkan gambaran

utuh suatu kejadian, tidak hanya berdasar aspek prosedural. Organisasi profesi perlu secara bersama-sama dan terus-menerus membuat kesepakatan bersama tentang pelayanan kesehatan ibu yang manusiawi.

Isu-isu sosial dan dukungan masyarakat terhadap perempuan hamil perlu menjadi bahan diskusi dalam kegiatan pendidikan bidan berkelanjutan. Fokus utama kegiatan pendidikan bidan berkelanjutan tidak hanya tentang standar pelayanan, kompetensi, dan prosedur, melainkan tentang menerapkan konsep kemanusiaan dan hak asasi dalam praktik sehari-hari. Diskusi kelompok kecil bidan tentang pelayanan kebidanan berbasis kemanusiaan, dapat memanfaatkan kasus-kasus malpraktik bidan yang dimuat di media online. Bidan perlu belajar dari kasus-kasus tersebut, agar dapat memilih informasi yang tepat untuk membangkitkan rasa kemanusiaan masyarakat terhadap perempuan. Dukungan masyarakat dan keluarga terhadap perempuan adalah modal positif untuk membentuk pelayanan kesehatan maternal yang lebih manusiawi. Pembahasan tentang isu etikolegal, situasi sosial yang melatarbelakangi kejadian pelanggaran kemanusiaan, serta membentuk dukungan masyarakat terhadap ibu hamil di lingkungan mereka sebaiknya dilakukan oleh bidan bersama ahli kesehatan masyarakat dan ahli ilmu sosial. Kajian kasus rutin dalam organisasi profesi melibatkan ahli-ahli dari disiplin ilmu lain, dapat membuka wawasan tentang kehidupan sosial perempuan.

b. Peran Pendidikan Bidan

Belajar isu kemanusiaan dan hak asasi seharusnya dimulai sejak masa pendidikan, dilanjutkan selama para bidan tersebut masih melakukan praktik kebidanan. Perilaku profesional bidan yang mencakup baik persoalan teknis maupun persoalan social vulnerability dari pasien mereka di masa akan datang, memerlukan pendekatan berbasis kemanusiaan dan hak asasi. Administrator pendidikan bidan berperan strategis sebagai perancang kurikulum pembelajaran bidan yang menggunakan pendekatan kemanusiaan dan hak asasi. Mahasiswa kebidanan sejak tahun pertama masa pendidikan sebaiknya mulai dikenalkan dengan kasus-kasus kemanusiaan dan hak asasi dalam pelayanan bidan. Kuliah di luar kelas bertujuan mengenalkan isu sosial dalam kehidupan ibu hamil, sebaiknya dilakukan sejak tahun pertama pendidikan.

PENUTUP

KESIMPULAN

Kepercayaan sosial dan ketergantungan penuh wanita pada bidan menjadi suatu kondisi yang dapat berkontribusi dalam pengabaian hak asasi manusia dan keselamatan dalam proses pencarian dan pertolongan persalinan, tindakan di luar otoritas profesional, dan pencarian keuntungan dalam praktik pribadi petugas kesehatan. Pekerja profesional dan pendidik dalam kesehatan maternal dan kebidanan harus menemukan cara untuk memasukkan penerapan hak asasi manusia dalam praktik kebidanan berdasarkan kasus-kasus dari berita online dalam pertemuan continuing education dan seminar berkala asosiasi profesional, serta dalam kurikulum pendidikan kebidanan. Tindakan ini akan membantu mencegah dampak buruk dari pengabaian hak asasi dan konsekuensinya yang buruk pada ibu-ibu bersalin di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014 Sep 27;384(9949):1215–25.
- Shankar A, Sebayang S, Guarenti L, Utomo B, Islam M, Fauveau V, et al. The village-based midwife programme in Indonesia. *Lancet*. 2008 Apr 12;371(9620):1226–9.
- Shrestha R. The village midwife program and infant mortality in Indonesia. *Bull Indones Econ Stud*. 2010;46(2):193–21
- Heywood P, Harahap NP, Aryani S. Recent changes in human resources for health and health facilities at the district level in Indonesia: evidence from 3 districts in Java. *Hum Resour Health*. 2011 Feb 13;9:5
- Cronk M. The Midwife: A Professional Servant? In: *The Midwife-Mother Relationship*. 2010. p. 55–65
- Kirkham M, Stapleton H. Midwives' support needs as childbirth changes. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):465–72
- Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med*. 2000;51(1):103–13.
- Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998;47(11):1781–95.
- . d'Oliveira AFPL, Ana Flávia Pires, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681–5.
- . Kruger L, Schoombee C. The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;28(1):84–101
- . Hardee K, Gay J, Blanc AK. Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Glob Public Health*. 2012 Mar 16;7(6):603–17
- Gruskin S, Ahmed S, Bogecho D, Ferguson L, Hanefeld J, Maccarthy S, et al. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter? *Glob Public Health*. 2012 Jan 23;7(4):337–51
- Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, et al. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Nov 23;15:306
- . Ndwiaga C, Warren CE, Ritter J, Sripad P, Abuya T. Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: “Work with what you have.” *Reprod Health*. 2017 Aug 22;14(1):99.
- Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. 2014 Feb;30(2):262–8.
- Bowler IM. Stereotypes of women of Asian descent in midwifery: some evidence. *Midwifery*. 1993 Mar;9(1):7–16
- Eliasson M, Kainz G, von Post I. Uncaring Midwives. *Nurs Ethics*. 2008;15(4):500–11
- . Bowler I. “They”re not the same as us’: midwives’ stereotypes of South Asian descent maternity patients. *Sociol Health Illn*. 1993;15(2):157–78.

Bowes AM, Meehan Domokos T. Pakistani women and maternity care: raising muted voices. *Sociol Health Illn.* 1996;18(1):45–65.

Kirkham M, Stapleton H, Curtis P, Thomas G. Stereotyping as a professional defence mechanism. *British Jo*

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 2015 Jun;12(6):e1001847; discussion e1001847 *Journal of Midwifery.* 2002;10(9):549–52

Andajani-Sutjahjo S, Manderson L. Stillbirth, Neonatal Death and Reproductive Rights in Indonesia. *Reprod Health Matters.* 2004;12(24):181–8

Rominski SD, Manu A, Maya E, Morhe ESK, Dalton VK. Discontinuation of long-acting reversible contraception versus short-term hormonal methods in urban Ghana: A pilot longitudinal study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Aug;142(2):235–6

Sulaeman ES, Murti B, Waryana W. Peran Kepemimpinan, Modal Sosial, Akses Informasi serta Petugas dan Fasilitator Kesehatan dalam Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. *Kesmas: National Public Health Journal.* 2015;9 .

D’Ambrosio L, Byass P, Qomariyah SN. Can the right to health inform public health planning in developing countries? A case study for maternal healthcare from Indonesia. *Glob Health Action.* 2008;1(1):1828. (4):353.

Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Oct;75(1):51–60; discussion 61.

Fathalla MF. The Reproductive Health Community: A Valuable Asset for Achieving the MDGs. *Stud Fam Plann.* 2005;36(2):135–7.

Kasamba N, Kaye DK, Mbalinda SN. Community awareness about risk factors, presentation and prevention and obstetric fistula in Nabitovu village, Iganga district, Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Dec 10;13:229

Armstrong N. Role modelling in the clinical workplace. *British Journal of Midwifery.* 2008;16(9):596–601

Yanti Y, Claramita M, Emilia O, Hakimi M. Students’ understanding of “Women-Centred Care Philosophy” in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* [Internet]. 2015;14(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0072->