



# Ketika Staf Medis Tak Mengenali Jenis dan Dampak *Obstetric Violence*

Jihan Arabikum<sup>1</sup>, Indah Winarni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Lavallete Malang, <sup>2</sup>Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

## Abstrak

*Obstetric violence (OV)* pertama kali didefinisikan di Venezuela (2007) sebagai “perampasan tubuh perempuan dan proses reproduksi oleh petugas kesehatan, yang diwujudkan dalam bentuk perlakuan yang tidak manusiawi, penyalahgunaan medikalisasi dan patologisasi proses alamiah yang mengakibatkan hilangnya otonomi tubuh dan kemampuan mereka untuk memutuskan secara bebas tentang tubuh serta seksualitas mereka, sehingga berdampak negatif pada kualitas hidup mereka”.

Kasus OV bertentangan dengan nilai kebijakan atau *virtue* yang telah diajarkan dalam dunia kesehatan. Namun kadang kejadiannya tidak selalu dapat dideteksi oleh tenaga medis ataupun tenaga kesehatan disebabkan berbagai alasan, misal tenaga medis atau tenaga kesehatan kelelahan karena pasien yang banyak dan jam kerja yang panjang atau bisa jadi karena fasilitas kesehatan yang minim.

Makalah ini memberikan ilustrasi bagaimana OV terjadi pada beberapa pasien ibu hamil yang memutuskan melahirkan di RS, berdasarkan hasil penelitian tentang rumah sakit yang diidamkan oleh ibu bersalin di kota X. dengan tujuan mengungkap proses dalam pengambilan keputusan ibu hamil dalam mencari pelayanan kesehatan, dengan metode yang digunakan adalah *constructivist grounded theory*.

**Kata Kunci:** *Obstetric Violence, Perampasan Tubuh Perempuan, Mistreatment, Virtue/Nilai Kebijakan, Otonomi Tubuh*

## Obstetric Violence Vs Mistreatment

Kehamilan adalah sebuah proses perubahan dalam kehidupan perempuan baik perubahan fisik, fisiologis, karakter psikologis. Perubahan tersebut memengaruhi interaksi ibu hamil dengan lingkungan kehidupan sosialnya. Dalam perjalannya, kehamilan sendiri dapat berakhir dengan persalinan baik normal maupun patologis dan tidak jarang mengalami komplikasi seperti abortus, kehamilan di luar kandungan, persalinan prematur, komplikasi karena penyakit yang menyertai ibu, maupun penyakit yang terkait dengan kehamilan seperti pre eklamsia, diabetes dalam kehamilan, penyakit jantung dalam kehamilan dan lain sebagainya. Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa penting dan akan selalu diingat dalam kehidupan perempuan karena dapat menjadi pengalaman yang



menyenangkan dan dapat juga menjadi pengalaman yang traumatis. Proses ini penuh risiko dan membutuhkan dukungan dari banyak faktor, salah satunya dari fasilitas kesehatan, yaitu dengan menyediakan tenaga kesehatan yang terampil, informatif, memiliki kepedulian yang tinggi serta sarana dan prasarana yang lengkap untuk melakukan tindakan jika diperlukan. Seorang ibu akan memilih tempat persalinan yang terbaik baginya agar proses persalinan dapat berlangsung dengan aman.

Dalam proses melahirkan yang memerlukan bantuan rumah sakit, banyak dikeluhkan adanya “kekerasan” terhadap ibu melahirkan. Dari R van der Wall et al., (2023) didapatkan penjelasan bahwa *obstetric violence* terjadi melalui tangan tangan petugas kesehatan selama periode prenatal, intranatal dan post-natal. OV terdiri dari, tetapi tidak terbatas pada kekerasan dalam bentuk bentuk fisik, verbal, seksual, struktural dan bentuk bentuk kekerasan epistemological seperti prosedur nonconcensual, pemberian, *gaslighting*, *surrogate decision making*, dan diskriminasi. Lebih spesifiknya, hal tersebut berentang dari mulai kegagalan mendapatkan *informed consent*, atau penolakan terhadap intervensi obstetri, seperti pemeriksaan dan episiotomi vagina (sering tanpa anestesi) dan cesarian section, sampai penyablekan, pencubitan, tekanan fundal, dan *shroud waving*.

Istilah OV sendiri masih menjadi kontroversi di dunia kedokteran terutama di kebidanan dan kandungan. Sebuah artikel yang diterbitkan oleh *American Journal of Obstetric Gynecology* tahun 2024 menyebutkan “*obstetric violence is a minomer*” atau pemberian nama yang salah. Mereka memiliki pandangan lain, dan memberi istilah “*obstetric mistreatment*”. Penggunaan istilah *mistreatment* alih alih “*violence*” berlatar belakang pada cara pandang yang dianggap lebih komprehensif, mengacu pada penyalahgunaan, bahaya, atau kendali yang dilakukan terhadap orang lain (seperti prosedur medis non-konsensual, pelecehan verbal, tidak hormat, diskriminasi dan stigmatisasi, atau pengabaian). Penggunaan terminologi “*mistreatment* dibandingkan dengan “*violence*” lebih diterima karena mengacu pada hasil dari permasalahan sistemik, kurangnya pelatihan atau kesalahpahaman dan” bukan kekerasan yang disengaja” (Chervenak, F.A et al, 2024). *Mistreatment* merupakan istilah luas yang mengacu pada segala bentuk perilaku yang tidak profesional, berbahaya, acuh tak acuh, kasar, lalai atau tidak sopan dan bisa mencakup tindakan yang lebih parah, seperti pelecehan, penganiayaan, yang mencakup kekerasan pada perempuan. Penganiayaan obstetrik dapat merujuk pada berbagai tindakan yang tidak sopan, kasar, atau praktik berbahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, dan periode nifas saat menerima pelayanan medis, di antaranya:

1. Pelecehan fisik: kekerasan fisik atau penanganan yang kasar pada ibu hamil selama persalinan atau melahirkan, seperti tindakan kekerasan fisik yang tidak perlu, mendorong, atau penganiayaan.
2. Pelecehan verbal: menghina, merendahkan, atau membentak orang hamil; menggunakan bahasa yang tidak sopan, atau melontarkan komentar-komentar yang menghina tentang penampilan atau pilihan mereka.
3. Prosedur medis nonkonsensual: melakukan intervensi medis atau prosedur tanpa persetujuan yang diinformasikan dan sukarela dari orang hamil. Ini bisa termasuk episiotomi, persalinan sesar, sterilisasi paksa, atau intervensi medis lainnya.
4. Kegagalan untuk memberikan informasi yang memadai: menahan hal-hal penting, informasi tentang prosedur medis, pilihan, dan risiko yang mencegah orang hamil membuat keputusan berdasarkan informasi tentang perawatan mereka.
5. Tidak menghormati pilihan dan preferensi: mengabaikan rencana kelahiran individu hamil, pilihan, dan preferensi, termasuk keinginan mereka untuk manajemen nyeri, posisi melahirkan, atau dukungan orang terdekat.
6. Penolakan pereda nyeri: menolak memberikan pereda nyeri atau anestesi bila diindikasikan atau diminta secara medis oleh individu yang hamil.
7. Kegagalan memberikan perawatan tepat waktu: menunda intervensi medis yang diperlukan atau perawatan darurat, berpotensi membahayakan kesehatan dari orang hamil atau bayi baru lahir.
8. Diskriminasi dan stigmatisasi: memperlakukan orang hamil secara berbeda berdasarkan etnisitasnya, ras, status sosial ekonomi, orientasi seksual, atau karakteristik pribadi lainnya.
9. Kurangnya privasi: gagal untuk menjaga privasi dan martabat orang hamil selama persalinan dan penyampaiannya, termasuk tidak menutupi atau mengekspos bagian intim tubuh.



10. Prosedur atau sterilisasi paksa: memaksa atau menekan individu menjalani prosedur sterilisasi, seperti ligasi tuba, tanpa pemberitahuan dan izin sukarela.
11. Pengabaian: tidak memberikan perawatan medis yang semestinya, pemantauan, atau dukungan selama persalinan dan melahirkan, berpotensi menyebabkan komplikasi yang dapat dicegah.
12. Pemisahan ibu dan neonatus: memisahkan neonatus dari ibu tanpa alasan medis atau tanpa memperoleh persetujuan yang diinformasikan.
13. Mencegah pendampingan: mencegah dukungan terhadap mereka yang memenuhi syarat dari menghadiri persalinan dan persalinan tanpa alasan yang cukup.

Beberapa prosedur medis, termasuk yang dilakukan di kebidanan, memiliki risiko dan kadang bisa melibatkan intervensi yang bisa dirasakan brutal sehingga penting untuk mendapatkan informasi dan pengetahuan dengan persetujuan penuh dari pasien termasuk operasi caesar persalinan atas permintaan ibu. Perlakuan tidak manusiawi oleh tenaga kesehatan telah menjadi isu global. Perempuan mengalami perlakuan tidak manusiawi dalam bentuk kekerasan, sikap tidak hormat, pelecehan, dan tidak diperhatikan kebutuhannya selama bersalin. Namun sering kali perempuan diam. Sikap diam demi menjaga harmoni yang menjadi kebiasaan kebanyakan perempuan Indonesia, menyebabkan isu kekerasan yang dialami dalam pelayanan kesehatan ibu tidak banyak dilaporkan dan dikaji. Hal ini seperti diungkapkan oleh sebah artikel penelitian Virahayu dkk. pada tahun 2018 dari Jawa Tengah “Kasus kasus maternal di berita online menyangkut hak asasi yang patut menjadi pelajaran dalam pendidikan bidan di Indonesia.” Penelitian lain dilakukan oleh Alicia Paramita Rebuelta-Cho yang dilakukan pada tahun 2015-2017 di Sikka, Flores, “Give Her the baby’s hat so she can bite it.” Sementara di luar negeri dari sebuah systematic review oleh van Der Waal pada tahun 2015, banyak kejadian OV yang terjadi di 34 negara.

Artikel lain juga menyebutkan tenaga perawatan seperti perawat kebidanan dan dokter kandungan, serta WHO, memandang OV sebagai sebutan provokasi yang tidak perlu. Istilah tersebut ditujukan kepada dokter kandungan dan perawat sebagai individu. *Violence* dianggap sebagai istilah yang keliru karena *mistreatment* yang dilakukan oleh petugas kesehatan tidak boleh dipertimbangkan sebagai hal yang disengaja (Lappeman dan Swartz 2021). van Der Waal dan kawan kawan (2023) memberikan istilah tersebut baik secara teoretis maupun secara otoetnografis untuk menunjukkan nilai feminis dalam mengatasi masalah kekerasan yang tertanam dalam institusi kebidanan. Mereka berpendapat bahwa kekerasan obstetri sebagai sebuah konsep aktivis dan feminis kritis yang dapat dipahami sebagai kekerasan interseksional yang dilembagakan.

*Obstetric violence* berbeda dengan *violence* pada perempuan hamil. OV secara khusus terjadi pada perempuan saat mendapatkan layanan kesehatan baik saat hamil, persalinan, maupun nifas baik oleh tenaga medis maupun tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan. *Violence* pada perempuan hamil diidentifikasi sebagai kekerasan yang dialami oleh perempuan terutama kekerasan yang bersifat domestik. Sebuah penelitian tentang kekerasan pada perempuan hamil oleh Agung Dwi Laksono dan Ratna Dwi Wulandari dengan metode *cross sectional* menyebutkan ada lima variabel yang secara statistik dan signifikan berhubungan dengan kekerasan terhadap perempuan di Indonesia yaitu status kesejahteraan, kepemilikan rumah, jumlah persalinan, usia suami/ partner, dan tingkat pendidikan suami atau pasangan. Namun penelitian ini tidak menggali lebih dalam tentang kekerasan yang dialami oleh perempuan hamil saat mendapatkan layanan kesehatan (Laksono dan Ratna,2022).

## Penelitian Tentang Proses Pengambilan Keputusan Ibu Hamil

Makalah ini adalah bagian dari sebuah penelitian tentang rumah sakit yang diidamkan oleh ibu bersalin di kota X. Tujuan penelitian ini adalah mengungkap proses dalam pengambilan keputusan ibu hamil dalam mencari pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan adalah *constructivist grounded theory*, dengan pengambilan data melalui wawancara dan pengamatan. Ada sembilan partisipan dalam penelitian ini, di mana tiga partisipan pernah melahirkan tiga kali, lima partisipan pernah melahirkan dua kali dan satu partisipan melahirkan satu kali. Peneliti mengelompokkan hasil penelitian ini menjadi tiga klaster. *Klaster pertama* adalah proses ibu hamil dalam mencari



layanan antenatal care maupun tempat bersalin. *Klaster kedua* adalah layanan yang diterima oleh ibu hamil baik dalam proses antenatal care maupun saat melahirkan, dan *klaster ketiga* adalah ibu hamil dan rumah sakit idaman ibu.

Peneliti melakukan wawancara mendalam selama bulan Februari sampai April 2023. Jumlah partisipan sebanyak Sembilan (9) orang yang seluruhnya termasuk dalam kriteria inklusi. Partisipan merupakan pasien rawat jalan di klinik kebidanan dan kandungan yang menjalani kehamilan di atas tahun 2021. Seluruh partisipan berjenis kelamin perempuan yang bersuku Jawa dan beragama Islam. Kesembilan informan ini semua adalah perempuan pekerja kecuali satu partisipan ketiga. Gambaran umum dari partisipan adalah sebagai berikut:

### 1. Partisipan pertama

Partisipan pertama merupakan seorang perempuan berusia 33 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan D3 akademi kebidanan dan telah bekerja sebagai bidan di RS X selama 5 tahun. Partisipan ini memiliki tiga orang anak dari dua kali pernikahan. Anak pertama dan kedua merupakan hasil dari pernikahan pertama. Partisipan melahirkan anak pertama saat masih kuliah di tahun 2010, kemudian melahirkan anak kedua pada tahun 2014 dan anak ketiga pada tahun 2021 dari pernikahan kedua.

Peneliti memilih partisipan pertama karena ketertarikan peneliti terhadap pengalaman hidup partisipan pada saat partisipan menceritakan pengalaman selama hamil dan melahirkan. Wawancara dengan partisipan satu berlangsung selama empat kali, masing masing berlangsung selama 30 menit. Sementara wawancara kedua berlangsung selama 35 menit, wawancara ketiga berlangsung selama 34 menit, dan wawancara keempat berlangsung selama 48 menit. Pada wawancara pertama peneliti lebih banyak megajukan pertanyaan dan partisipan menjawab dengan singkat. Partisipan mulai lebih banyak memberikan informasi pada wawancara kedua. Untuk wawancara ketiga dan keempat, partisipan lebih banyak menginisiasi dan informasi yang didapatkan lebih banyak tentang masalah keluarga yang terjadi saat partisipan hamil anak pertama dan kedua. Beberapa momen partisipan juga mengeluarkan air mata saat menceritakan pengalaman hidupnya. Wawancara dilakukan di lingkungan rumah sakit di tempat partisipan bekerja.

### 2. Partisipan kedua

Partisipan kedua merupakan seorang perempuan berusia 36 tahun dengan latar belakang pendidikan S2 Magister Administrasi Publik yang memutuskan untuk tidak bekerja secara formal dan memiliki usaha jualan online. Partisipan mengalami tiga kali persalinan, dengan dua kali melahirkan anak hidup dan pada kehamilan ketiga bayi mengalami cacat bawaan dan diakhiri dengan terminasi pada usia kehamilan 20 minggu. Wawancara dilakukan sebanyak dua kali dengan wawancara pertama berlangsung sekitar 40 menit dan wawancara kedua berlangsung selama 70 menit. Pada saat studi pendahuluan wawancara pertama, partisipan terkesan masih belum bisa menceritakan pengalamannya secara runut dan lebih banyak terlibat emosi. Wawancara kedua dilakukan beberapa waktu setelah partisipan pulang dari umroh. Pada wawancara kedua ini partisipan dapat menceritakan pengalamannya lebih jelas dan lebih terbuka bahkan menceritakan hal lebih pribadi termasuk tentang masalah keluarganya. Beberapa kali partisipan mengeluarkan air mata saat menceritakan pengalamannya terutama pengalaman saat kehamilan ketiga.

### 3. Partisipan ketiga

Partisipan ketiga merupakan perempuan berusia 32 tahun dengan latar belakang pendidikan SMP, yang merupakan ibu rumah tangga. Wawancara dilakukan satu kali selama lebih kurang 60 menit. Partisipan ini adalah pasien yang rutin kontrol ke Rumah Sakit (RS) tempat penelitian berlangsung setelah mengalami komplikasi persalinan di rumah sakit swasta lain berupa fistel ani. Partisipan mengalami rupture perineum totalis dan sudah dijahit dua kali di rumah sakit tersebut namun tidak kunjung membaik. Satu bulan setelah persalinan mulai muncul lubang yang menyebabkan kotoran buang air besar keluar ke vagina. Saat itu partisipan sempat menjalani rawat jalan selama dua bulan di rumah sakit, namun partisipan tidak bisa menggunakan pembiayaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) karena dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), rujukannya hanya ke RS swasta tempat partisipan melahirkan dan baru boleh dipindah setelah tiga bulan. Partisipan tidak mau kontrol lagi ke RS tersebut karena selama kontrol tidak pernah diperiksa kondisi jahitannya. Partisipan akhirnya menjalani operasi di Surabaya oleh Konsultan



uroginekologi karena saat itu peneliti mengevaluasi luka yang didapatkan meliputi fistel rectovaginal (terbentuknya lubang antara vagina dengan rectum) dengan defect di rectum cukup lebar, sehingga peneliti menyarankan untuk konsultasi ke Surabaya. Setelah melakukan operasi, partisipan kontrol rutin ke RS tempat penelitian berlangsung.

#### 4. Partisipan Keempat

Partisipan keempat adalah seorang ibu pekerja berusia 33 tahun yang bekerja sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Bojonegoro. Latar belakang pendidikan partisipan adalah S2. Partisipan adalah pasien yang kontrol rutin sejak program hamil hingga melahirkan dua kali secara normal di RS tempat penelitian berlangsung. Partisipan setuju untuk bertemu di ruang praktik setelah dua hari sebelumnya dihubungi oleh peneliti untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini setelah mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Partisipan ini memiliki pengalaman yang baik selama proses hamil, bersalin dan melahirkan, di mana partisipan melahirkan kedua anaknya secara spontan dan merasa nyaman berada di Rumah Sakit tempat penelitian berlangsung. Wawancara dengan partisipan ini berlangsung selama lebih kurang 52 menit.

#### 5. Partisipan Kelima

Partisipan kelima adalah seorang ibu berusia 31 tahun yang bekerja sebagai pegawai front office di Rumah Sakit tempat penelitian berlangsung. Partisipan memiliki latar belakang pendidikan D1 Rekam Medis dan saat ini memiliki dua orang anak. Selama dua kali kehamilan, partisipan ini memiliki keinginan untuk melahirkan di Rumah Sakit tempat dia bekerja, namun karena beberapa alasan, partisipan tidak dapat melahirkan di tempat yang diinginkan. Pada saat persalinan pertama, partisipan memilih rumah sakit lain karena rumah Sakit tempat partisipan bekerja saat itu belum bekerja sama dengan BPJS, sehingga partisipan memilih untuk melahirkan di Rumah Sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS. Namun pada akhirnya partisipan tidak dapat menggunakan fasilitas BPJS karena saat proses persalinan, setelah pasien menjalani induksi selama tiga kali, tidak ada kemajuan. Partisipan juga tidak kuat melanjutkan proses persalinan normal, sehingga partisipan meminta untuk operasi. Untuk persalinan kedua, partisipan memilih Rumah Sakit tempatnya bekerja sebagai tempat pilihan bersalin, namun pada saat itu dokter anestesi yang bertugas di rumah sakit tersebut mencabut Surat Izin Praktik (SIP) sehingga tidak bisa melayani peserta BPJS. Hal ini menyebabkan partisipan akhirnya beralih ke Rumah Sakit lain yang dapat melayani BPJS, namun Rumah Sakit yang dipilih berbeda dengan Rumah sakit saat persalinan pertama. Wawancara dengan partisipan kelima ini berlangsung selama lebih kurang 28 menit. Dalam proses wawancara, partisipan banyak bercerita tentang masalah pribadi yang dialami selama kehamilan terutama saat kehamilan kedua yang membuat partisipan sedih dan menangis saat menceritakan hal tersebut.

#### 6. Partisipan keenam

Partisipan keenam adalah seorang ibu pekerja yang berusia 37 tahun dan memiliki dua orang anak dengan anak terakhir berusia 3 tahun. Partisipan memiliki pendidikan terakhir S2 Manajemen Ilmu Qur'an Tafsir dan bekerja sebagai dosen Pendidikan Agama Islam di salah satu universitas swasta di Bojonegoro. Partisipan keenam ini diperoleh peneliti berdasarkan rekomendasi partisipan keempat yang merupakan rekan sekerja partisipan keempat. Peneliti melakukan wawancara di ruang praktik kebidanan dan kandungan di dalam ruangan praktik meja anamnese pasien pada hari Rabu, 8 Februari 2023 pukul 13.00 WIB pada saat informan istirahat makan siang. Partisipan setuju untuk bertemu di ruang praktik RS tempat penelitian berlangsung setelah satu hari sebelumnya dihubungi oleh peneliti untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini setelah mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Partisipan merupakan pasien yang kontrol rutin di RS, namun saat persalinan informan melahirkan di Puskesmas, karena menggunakan BPJS dengan kategori kehamilan tanpa risiko. Wawancara dengan partisipan keempat berlangsung selama 24 menit.

#### 7. Partisipan ketujuh

Peneliti melakukan wawancara di ruang praktik kebidanan dan kandungan di dalam ruangan praktik meja anamnese pasien pada hari Rabu, 8 Februari 2023 pukul 10.00 WIB. Partisipan setuju untuk bertemu di ruang praktik RS tempat penelitian berlangsung setelah tiga hari sebelumnya dihubungi oleh peneliti



untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini dan setelah mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Partisipan berusia 29 tahun yang merupakan ibu dari dua orang anak. Anak terakhir partisipan meninggal karena menderita kelainan bawaan multipel pada usia 1,5 tahun. Partisipan memiliki latar belakang pendidikan D3 akademi Keperawatan dan saat ini bekerja sebagai asisten dokter gigi. Wawancara berlangsung selama lebih kurang 64 menit. Partisipan beberapa kali mengeluarkan air mata saat menceritakan pengalamannya baik saat hamil, melahirkan dan merawat anak kedua yang menurut partisipan terlahir “istimewa”.

#### 8. Partisipan kedelapan

Partisipan kedelapan adalah seorang perempuan pekerja yang berusia 35 tahun dan memiliki tiga orang anak di mana anak pertama kembar yang didapatkan setelah proses panjang termasuk tiga kali keguguran. Sementara anak terakhir berusia 18 bulan. Partisipan memiliki latar belakang pendidikan sekolah menengah atas dan bekerja di bagian manajemen di salah satu pom bensin besar di kota X. Wawancara berlangsung selama 103 menit. Partisipan ini sangat kaya informasi dan terbuka menceritakan semua pengalamannya saat melahirkan termasuk pengalaman pengalaman saudaranya saat hamil dan melahirkan. Partisipan sering dimintai pendapat oleh saudara-saudaranya tentang pemilihan dokter dan tempat bersalin karena partisipan dianggap berpengalaman dan memiliki sifat suka menolong dan percaya diri saat berhadapan dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

#### 9. Partisipan kesembilan

Partisipan kesembilan adalah seorang perempuan berusia 26 tahun yang merupakan sepupu partisipan kedelapan yang dipilih karena memiliki pengalaman menarik saat persalinan anaknya berdasarkan informasi dari partisipan kedelapan. Partisipan kesembilan ini memiliki satu orang anak berusia tiga puluh bulan. Latar belakang pendidikan partisipan adalah Sekolah Menengah Atas dan bekerja sebagai pegawai negeri di institusi kepolisian. Wawancara dengan partisipan kesembilan berlangsung selama lebih kurang 42 menit.

Partisipan memilih rumah sakit berdasarkan persepsi partisipan dan pengalaman partisipan saat dirawat di suatu rumah sakit. Partisipan berusaha mencari layanan ideal yang sesuai dengan keinginan partisipan dan standar yang umum yang seharusnya dimiliki oleh layanan kesehatan. Berdasarkan data induktif pada penelitian ini, layanan yang sesuai didefinisikan oleh partisipan sebagai layanan yang memiliki tenaga kesehatan yang amanah, sarana yang lengkap, nyaman dan membanggakan karena merupakan kebanggaan jika dapat menjalani proses antenatal dan persalinan di tempat dengan sarana yang bagus dan mewah serta kekinian. Partisipan juga menghendaki prosedur yang sederhana yang membuat partisipan tidak perlu antri lama dengan alur yang jelas dan adanya dukungan rumah sakit untuk mengijinkan partisipan didampingi oleh keluarga selama proses persalinan. Proses pencarian layanan tersebut merupakan sebuah proses untuk mencari “selamat” (istilah partisipan) dalam proses persalinan. Terjadi perpindahan partisipan dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang diharapkan mampu memberi layanan baik (tenaga kesehatan yang amanah, sarana maupun prosedur yang tergantung pada prioritas partisipan saat memilih layanan). Dalam proses mencari layanan yang diinginkan partisipan tidak menemukan rumah sakit idaman dengan kriteria yang diinginkan yaitu: tenaga kesehatan yang amanah, sarana lengkap nyaman dan membanggakan serta prosedur layanan yang sederhana sehingga partisipan berpindah dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain untuk mencari apa yang diprioritaskan saat itu.

Ada partisipan yang memprioritaskan tenaga kesehatannya karena merasa yakin walaupun fasilitas ruangan tidak sesuai dengan yang dikehendaki partisipan dan keluarga, namun partisipan tetap memilih persalinan di rumah sakit tersebut karena yakin akan selamat. Ada partisipan yang berpindah ke rumah sakit lain bukan pada tempat antenatal care pada saat persalinan karena sarana rumah sakit tidak sesuai dengan yang dikehendaki. Atau ada juga yang memilih karena masukan dari keluarga. Hal lain yang menyebabkan partisipan pindah rumah sakit adalah saat partisipan mengalami komplikasi persalinan dan berusaha untuk mencari tenaga kesehatan (dokter) dari rumah sakit lain yang dianggap mampu menyelesaikan masalahnya. Perpindahan ini sebenarnya adalah proses yang dilakukan oleh partisipan untuk “mencari selamat”. Dengan demikian proses persalinan diharapkan akan



berjalan aman dan ibu serta bayi selamat, atau mencari dukungan saat menjalani pengobatan akibat komplikasi sehingga partisipan dapat segera kembali menjalankan perannya setelah melahirkan.

Dari data induktif didapatkan bahwa partisipan memiliki keinginan untuk mendapatkan layanan kesehatan di rumah sakit idaman di mana akan mendapat layanan dari tenaga kesehatan yang amanah, tersedia sarana yang nyaman, lengkap dan membanggakan serta memiliki prosedur yang sederhana. IDAMAN didapatkan dari data induktif terkait dengan tenaga kesehatan, sarana dan prosedur yaitu:

- I : informatif, inisiatif
- D : Dukungan mental spiritual dan sarana
- A : Amanah, Akomodatif
- M : Mudah, murah, mewah
- A : Aman bagi ibu dan bayi, alat lengkap
- N : Nyaman

Tenaga kesehatan amanah yang didapatkan dari penelitian ini dideskripsikan sebagai berikut: memberi semangat dan doa, mampu membangun komunikasi yang baik dengan pasien sehingga terjalin ikatan anatara dokter dan pasien (*chemistry*) sehingga menemukan kecocokan. Selain itu diharapkan bisa tanggap dan memiliki inisiatif, *friendly*, memberi dukungan dan mampu memberikan informasi yang jelas saat pendampingan persalinan. Tenaga kesehatan juga diharapkan mampu menjelaskan buku Kesehatan Ibu Anak secara rinci, ramah cara penyampaiannya, lebih ilmiah dan terinci. Partisipan juga menginginkan mendapat pelayanan dari dokter yang dikenal dan dipercaya sehingga memilih tempat bersalin berdasarkan lokasi dan praktik dokter tersebut bekerja dan dapat melayani. Rekomendasi oleh tenaga kesehatan dan referensi dari orang lain juga menjadi pertimbangan. Selain itu diharapkan tenaga kesehatan solutif dan mampu mengakomodasi keinginan dan mampu menenangkan, bertanggung jawab, teliti, dan terampil.

Dari data induktif didapatkan sarana yang nyaman, membanggakan dan lengkap, misalnya layanan yang menyediakan USG (ultrasonografi) empat dimensi dan fasilitas untuk diagnostik. Partisipan juga mengungkapkan bahwa fasilitas yang terlihat mewah dan murah serta bangunan baru, terlihat bagus dan mewah menjadi pilihan pada saat ini. Ketersediaan obat di rumah sakit akan membantu kemudahan memperoleh obat sehingga tidak perlu mencari di tempat lain. Sedangkan dari segi pembiayaan semua partisipan menggunakan BPJS kesehatan sehingga menghendaki rumah sakit yang memiliki kerja sama dengan BPJS. Ketersediaan alat yang memadai sesuai kebutuhan juga dinilai sangat penting jika ada kemungkinan terjadi komplikasi saat persalinan baik pada bayi maupun ibu. Yang menarik dari penelitian ini adanya rumah sakit yang menyediakan fasilitas kamar gratis untuk ibu melahirkan dan bagi bayinya yang sedang mengalami komplikasi dan perawatan di NICU. Partisipan menghendaki rumah sakit yang menyediakan prosesur yang sederhana di mana antrian tidak banyak, alur pelayanan yang tidak berbelit belit, antrian obat cepat, administrasi yang jelas serta dukungan dari rumah sakit yang mengijinkan pendampingan keluarga saat proses persalinan.

Partisipan yang mengalami peristiwa kurang menenangkan baik saat proses antenatal care maupun persalinan akan berpindah ke layanan kesehatan yang lain untuk menghindari berulangnya peristiwa yang tidak menenangkan tersebut. Peristiwa kurang menenangkan ini terkait dengan pelayanan oleh tenaga kesehatan, ketersediaan sarana maupun prosedur pelayanan yang menyebabkan partisipan mengalami OV (dari sudut pandang partisipan) dan komplikasi saat persalinan. Peristiwa kurang menenangkan ini yang menyebabkan partisipan memutuskan beralih mencari layanan kesehatan di tempat lain.

## Obsteric Violence /Mistreatment yang Dialami Partisipan

Dalam penelitian ini, lima partisipan diduga mengalami OV menurut pandangan feminism dan mengalami *mistreatment* menurut pandangan WHO. Penjelasan atau uraian mengenai hal ini disajikan kasus per kasus, sebanyak lima (5) kasus), dikuti dengan deskripsi tentang jenis OV (*mistreatment*) yang dialami.



## Deskripsi kasus dan Jenis OV (Mistreatment)

Kasus 1 dialami oleh seorang perempuan yang berusia 35 tahun (partisipan 1), memiliki tiga orang anak di mana latar belakang pendidikannya adalah lulusan D3 Kebidanan dan bekerja sebagai bidan di sebuah rumah sakit swasta. Pada saat persalinan pertama mengalami peristiwa yang traumatis karena saat itu dia masih berstatus sebagai mahasiswa, mengalami pecah ketuban di kampus, kemudian dijemput oleh keluarganya dan dibawa ke tempat praktik bidan yang merupakan dosen di kampusnya, untuk diobservasi. Karena pembukaan tidak bertambah, maka dilakukan pemberian induksi, tanpa persetujuan partisipan. Partisipan hanya tahu jika ia akan dipasang infus. Setelah induksi satu hari satu malam, ternyata pembukaan tidak bertambah. Partisipan baru mengetahui hal tersebut saat partisipan dirujuk ke rumah sakit karena bayinya tidak segera lahir dan keluarganya meminta bidan untuk merujuk ke rumah sakit. Partisipan direncanakan akan dioperasi, namun saat menunggu kedatangan dokter, ternyata partisipan mengalami pembukaan lengkap dan bisa melahirkan secara normal. Dua jam setelah persalinan, partisipan dibawa pulang oleh bidannya. Namun saat itu partisipan mengalami perdarahan cukup hebat sampai partisipan tidak sadarkan diri. Bidan yang merupakan dosen partisipan membawanya pulang dan pihak rumah sakit juga tidak mencegah. Pengalaman perdarahan ini pula yang membuat partisipan trauma setiap kali melihat darah dan merasa pusing dan pingsan.

Pengalaman lain yang tidak menyenangkan dialami oleh partisipan saat persalinan ketiga, di mana saat itu partisipan mengalami kenaikan tekanan darah di akhir kehamilan dan disarankan untuk mengakhiri kehamilan dengan induksi. Namun, saat proses persalinan partisipan tidak diobservasi, dan akhirnya saat pembukaan lengkap bidan yang bertugas belum mempersiapkan alat untuk pertolongan persalinan. Setelah bayi lahir, karena terdapat robekan, dilakukan penjahitan luka robekan tanpa diberikan anestesi lokal. Pada saat kehamilan pertama, partisipan pertama juga mengalami tekanan psikis dari pihak orang tua untuk menyelesaikan kuliah tepat waktu dan mempunyai persoalan terkait relasi kuasa yang tidak mudah diatasi. Pemilihan tempat bersalin di bidan yang sekaligus dosen partisipan adalah keputusan orang tua, dengan harapan bidan yang dipilih bisa membantu mempermudah partisipan dalam melanjutkan kuliahnya. Hal ini berdampak pada partisipan sebagai pasien yang selalu “manut” dengan keputusan yang diambil baik oleh orang tua maupun bidan. Saat persalinan di rumah sakit dan mengalami perdarahan pasca salin dan tetap dibawa pulang oleh bidan, partisipan tidak memiliki pilihan selain “manut” dan “percaya” karena menurut bidan perdarahan itu tidak apa apa dan dapat ditangani di rumah bidan. Pihak rumah sakit sendiri tidak mampu mencegah saat bidan membawa pulang partisipan.

Kasus kedua dialami oleh seorang perempuan berusia 39 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan S2, yang berprofesi sebagai wiraswasta sekaligus ibu rumah tangga. Partisipan kedua ini mengalami tiga kali kehamilan dengan dua anak hidup. Pada saat persalinan pertama, partisipan ini mengalami peristiwa yang membuatnya trauma, yaitu diminta berjalan telanjang saat memasuki kamar operasi. Pengalaman lain saat melahirkan anak ketiga, di mana janin mengalami kelainan bawaan *anencephal* (tulang kepala janin tidak terbentuk) sehingga diputuskan untuk dilahirkan saat usia lima bulan dengan induksi, namun partisipan mengalami komplikasi akibat tindakan tersebut yang mengakibatkan partisipan mengalami trauma.

Kasus ketiga dialami oleh partisipan berusia 35 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Pertama dan berprofesi sebagai ibu rumah tangga memiliki dua anak. Partisipan kasus ini mengalami peristiwa tidak menyenangkan saat persalinan kedua. Saat itu partisipan melahirkan di sebuah rumah sakit dimana saat persalinan mengalami robekan jalan lahir hingga anus dan akhirnya mengalami komplikasi karena terdapat lobang antara vagina dan anus sehingga kotoran keluar lewat vagina.

Kasus keempat dialami oleh partisipan berusia 37 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Atas dan berprofesi sebagai karyawan perusahaan swasta di bagian Human Resources Department. Partisipan ini memiliki tiga anak, di mana anak pertama dan kedua adalah kembar dan diperoleh melalui program hamil setelah keguguran tiga kali. Pada saat proses program hamil, partisipan ini mengalami peristiwa yang kurang menyenangkan akibat perkataan dokter tentang kondisinya saat itu dan tindakan pemeriksaan yang dilakukan.



Pengalaman lain yang kurang menyenangkan dialami saat mengalami keguguran sebelum hamil anak yang terakhir, di mana saat itu partisipan harus menjalani prosedur kuretase. Partisipan menggunakan BPJS sebagai pertanggungan biaya, namun saat proses pengurusan administrasi, petugas rumah sakit “memaksa” untuk naik kelas perawatan dan fasilitas di RS.

Kasus kelima dialami oleh partisipan berusia 28 tahun yang memiliki satu anak. Pengalaman yang kurang menyenangkan dialami terkait dengan penggunaan asuransi BPJS dan seperti partisipan keempat diminta naik kelas jika ingin mendapatkan fasilitas dan penanganan lebih baik.

## Jenis OV(Mistreatment) yang Dialami Partisipan:

Hasil analisis menunjukkan terjadinya kekerasan secara fisik, verbal dan emosional yang erat kaitannya dengan *disrespect, mistreatment* dan *obstetric violence*. Partisipan 1 dan 3 mengalami *mistreatment*. Partisipan 1 mengalami proses induksi tanpa persetujuan di rumah praktik bidan. Setelah 12 jam tidak ada kemajuan, pasien dibawa ke RS dan berhasil melahirkan normal walau disertai pendarahan yang parah. Pasien langsung dibawa pulang oleh bidan tanpa adanya pencegahan dari RS. Pasien 3 juga mengalami *mistreatment*. Luka bekas episiotomy yang menjadi fistule (jalan sambung ke anus) tidak mendapatkan perawatan yang selayaknya. Pasien dibiarkan mengalami kebingungan tanpa penjelasan karena tidak tahu apa yang terjadi dengan organ reproduksinya, dan mengalami rasa takut yang berkepanjangan yang mengarah pada rasa keputusasaan. Pasien 2 dan 4 mengalami *disrespect* karena dipaksa melanggar akidah agama yang diyakini sejak kecil, dengan diminta untuk melepas kain penutup tubuhnya mulai dari pintu menuju meja operasi dan menerima *body shaming* seperti “kamu gemuk sekali.” Kasus *disrespect* juga dialami pasien 4 yang harus menjalani pemeriksaan USG transvaginal tanpa kain penutup, yang dilakukan oleh petugas laki-laki. Partisipan 5 mengalami ancaman akan mengalami risiko komplikasi apabila tidak berpindah ke kelas pelayanan yang lebih tinggi.

## Dampak yang Ditimbulkan akibat *Obstetric Violence* ini antara lain:

Trauma yang berkepanjangan akibat *mistreatment*

1. Partisipan 1 mengalami rasa lemas, pandangan berkunang-kunang dan pingsan bila harus mendampingi persalinan dan menjadi asisten kuret
2. Partisipan 3 merasa ingin mengakhiri hidupnya
3. Ketidaknyamanan mental yang berkepanjangan akibat perampasan kehormatan yang diakibatkan oleh *physical disrespect* (partisipan 2 dan 4)
4. Partisipan 5 menghindari fasilitas kesehatan di mana ia mengalami *mistreatment*

## Deskripsi Kutipan Hasil Wawancara dengan Partisipan

Berikut adalah kutipan hasil wawancara penelitian dengan partisipan 1.

“Iya. Yang pertama dulu itu kan waktu saya masih kuliah, ketuban itu pecah di kampus. Terus saya dibawa pulang oleh bidan saya, terus habis itu diinduksi dok, dulu itu lewat drip infus ya. Sudah satu hari satu malam itu gak nambah pembukaannya. Baru dirujuk ke RS. Itupun atas permintaan keluarga saya”

“Iya dok, Selama persalinan ada kesulitan. Saya tidur dok. Kan saya capek. Sudah satu hari diinduksi. Sakit, tapi gak nambah nambah. Jadi saya dicubitin sama bidan bidannya suruh bangun. Kan banyak tuh bidannya, kalau gak salah empat.”



*“Sudah lahir, langsung dibawa pulang oleh bidannya tanpa menunggu 2 jam PP atau di rumah sakit dulu. Gak... langsung dibawa pulang oleh bidannya. Kalo saya takutnya, saya kan gak tahu apa yang dilakukan dengan saya dan kalau saya nanti ada resiko resiko lak saya yang menanggung. Saya kecewa sekali dengan bu bidannya itu. Itu tidak juga menjelaskan kalo ini tidak nambah....pada saat itu saat itu ...belum tahu dunianya yang dilakukan itu seperti apa. Nah pada saat itu saya dengar dokternya ngomong seperti itu (lho, iki bekas induksian ta? Kok wani wanine induksi di rumah) saya langsung merasa sangat kecewa sekali. Nanti kalau ruptur, apa itu ya sobek kandungan saya gitu gimana, saya gimana nantinya.”*

Sesudah 13 tahun partisipan menceritakan betapa dia trauma melihat darah sesudah perdarahan pada kehamilan pertama, walaupun trauma itu hilang sedikit demi sedikit

*“Jadi saya kalau saya melihat darah..tapi masih dok. Waktu mbak Luluk (teman sekerja partisipan) kan habis SC. Kan beliaunya juga minta dieksplorasi, aku juga pingsan. Aku melihat darah itu kayaknya keluar dari tubuhku (dengan nada berapi api dan tangannya seolah menggambarkan darah keluar dari jalan lahirnya). Memang keluar sih stolseinya, tapi saya langsung pingsan dan tidur. Walau sesudah itu bisa bangun dan menyelesaikan, melanjutkan membersihkan.”*

#### **Catatan:**

Untuk memahami permasalahan ibu melahirkan secara komprehensif, tambahan ilustrasi tentang latar belakang partisipan dalam kaitannya dengan pengalaman kekerasan terhadap perempuan sebagai berikut.

Partisipan pertama juga mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga dari suami. Sejak kehamilan pertama sering dipukul, ditampar hingga mengalami luka fisik karena suami merasa tidak siap dengan kehamilan sang istri. Saat itu partisipan pertama diminta untuk memakai kontrasepsi pil untuk mencegah kehamilan. Namun partisipan pertama sempat tidak minum, sehingga menyebabkan hamil dan suami menyalahkan partisipan akan terjadinya kehamilan tersebut. Partisipan pertama terus mendapat kekerasan bahkan setelah anak pertama lahir dan sempat melaporkan hal tersebut ke polisi, namun akhirnya laporan dicabut dari pihak keluarga perempuan atas permintaan atasan suami.

Pengalaman partisipan kedua yang mengalami perampasan kehormatan, *disrespect* dan *mistreatment*. Pengalaman *disrespect* dialami oleh partisipan kedua saat keamilan pertama.

*“... bukannya ga manusiawi sih saya jadi posisi dari tempat duduk sudah disuruh telanjang terus saya disuruh jalan ke tempat untuk operasi.... sudah ada dokter anestesi yang bilang ga papa gitu...ya memang mereka ga papa. wong saya niatnya operasi ya. jalani aja... ga nyaman yaa, soalnya juga miskin ilmu... Waktu itu pertama kali apa yang harus saya lakukan.. pulang catetan ...saya juga ga tahu..Cuma metodenya kok dari pintu saya masuk, disuruh telanjang terus disuruh tidur.. ya langsung masuk operasi.”*

Pengalaman *mistreatment* dialami saat kehamilan ketiga, di mana saat itu ditemukan kelainan bawaan pada janin saat usia kehamilan lima bulan dan dilakukan pengakhiran kehamilan dengan induksi dan mengakibatkan komplikasi.

*“...tapi dosisnya itu ndak ditentukan jadi seharusnya kalo.. maksudnya ... saya yang awam ini dijelaskan.. tiga hari.. tiga hari itu dosismu segini... kalo ga bisa langsung dikiret ya.. ga begini.. ga tiga hari... anu sudah dimasukkan, ini sudah dimasukkan ya bu ya... nanti ditanya dokter lagi... masih kuat apa ga.. terus susternya balik lagi ke kamar.. Bu, ditanya dokter, ibu masih kuat? Nanti kalo masih kuat dikasih induksi lagi gitu.. Maksudnya.. komposisinya itu diterangkan dulu .. berapa milligram berapa hari ..seperti itu mungkin lebih bisa diterima... (setelah perdarahan) Waktu itu di gini gini ..(menggambarkan periksa dalam ) bu sakit bu... Ndak papa dibantu kok ini ... mungkin ada prosedur bisa ditarik atau bagaimana .. saya ga tau .. ya udah gini gini (tangannya masih memperagakan seperti gerakan memutar) terus sudah dikiret itu... ”*



"Setelah kiret ... saya kan baca baca.. prosedurnya ini kalo sudah itu ringan .. cepet sembuh.. sudah selesai.. Tapi ada sesuatu ...setelah itu perdarahan terus bu, satu hari saya bisa habiskan softek sampai 10 dan baunya selama dikasih antibiotic itu .. oke..sampe lima hari sudah mulai merah merah gimana dan agak bau.. terus bau anyir sampai hari ke delapan..atau hari ketujuh.. terus saya langsung kontrol. Terus kata dokternya saya infeksi. Ternyata waktu di USG beliau ngomong lho kok ini masih ada tulang... ada bayinya.. langsung operasi bu gitu. Dan hari itu kan operasi.. karena kontrolnya sudah sore jadi habis Isya langsung operasi.. seperti itu ... waktu itu waktu dibelek (tangannya melakukan gerakan seperti mengiris) langsung bau anyir..bau anyir.... bau anyir seperti yang keluar dari bawah juga.... (dokter berkata) Ibu ini dibelahnya lurus ya berdiri ... kenapa dokter? Ndak papa sama saja.. terus karena saya banyak nanya dokter anestesi menimpali ... ga popo wes ga popo wes ndang sing penting ...ternyata waktu di Siloam saya ditanya itu ngapain kok operasi kayak gini.. gitu. Kenapa... yaa kan saya juga baca baca itu berarti kan ada yang sifatnya berbahaya gitu... Terus dr. I ngomong lagi sama saya.. ibuuu.. sudah ya jangan hamil lagi yaa."

Akibat peristiwa tersebut suami dan partisipan tidak mau kembali ke rumah sakit di mana dia mengalami mistreatment serta partisipan berpindah dari satu rumah sakit ke rumah sakit karena masih khawatir komplikasi yang dialami.

"...pertimbangan saya (pindah RS), saya tidak ingin seperti yang dulu, masuk operasi dengan keadaan telanjang itu juga kayak trauma kayak gitu... telanjang, anestesi belum siap."

"sama RS F saya trauma, suami saya yang lebih trauma .. "Wes ga usah balik neh ke sini" saya juga bingung, lha nek ga balik ke sini terus anak e dokter anak e gimana gitu. ya sudah itu thok."

Partisipan tiga mengalami komplikasi akibat terjadinya fistule yaitu terbentuknya lubang dari vagina ke anus yang memerlukan penanganan khusus di rumah sakit rujukan di luar kota.

"Terus katanya ..itu ini ga papa .. Katanya malah gitu, cuma lepas satu, nanti jadi daging sendiri, katanya gitu.. ya ini nanti tiga bulan lagi dilihat, gimana hasilnya, gitu ....nanti kontrol lagi tiga bulan. terus pulang ... kok ada kotoran lagi di depan .. setelah kontrol itu..... disuruh kasih betadin terus. yang lubang , yang katanya lubang kecil itu lho.. tapi kok ada kotorannya Dok, saya bantah gitu, " ga papa kan nanti kasih betadin aja nanti nutup sendiri ... tapi kok malah ada, malah kalo BAB itu masih ada kotoran yang lewat depan, maksudnya ga sebanyak dulu lho, cuma ada sisa apa gitu lho lewat anus, tapi ada di depan itu masih ada kotorannya, ga kayak orang normal lah. sampai akhirnya pas sebulan itu kan akikahan anak saya, itu kan saya makan kare ayam, sampe BAB murus, apa itu namanya diare, terusan, lha saya capek bersihinya di depan itu terus, sampe ada itu lha tulangnya ayam, itu keluar dari depan.. saya bingung.. pas itu banyak tamu yang nungguin saya tapi, saya ke kamar mandi itu lama sekali, itu kan masih nifas pake pembalut, tak kirain itu darahnya yang keluar ternyata kotoran, kotorannya lewat depan, jadi pembalut saya banyak kotoran,"

" .... nanti dilihat evaluasi tiga bulan, percuma kalo djahit lagi, nunggu tiga bulan, kalo tiga bulan makin mengecil, dokter bisa operasi sendiri di sini, tapi kalo lubangnya tetap, harus di Surabaya."

Dalam proses menunggu penanganan ini partisipan merasa putus asa, rasa tidak nyaman, malu hingga ingin mengakhiri hidupnya.

"rasanya ya pengen nangis, putus asa, kenapa kok gini, saya juga jijik, pokoknya campur aduk, kecewa juga ada.. kecewa sama dokter dan bidannya yang nggunting (jalan lahir)."



*“dulu pas waktu belum operasi itu saya sempat kepala saya, saya benturkan ke tembok... lha karena saya sedih, putus asa, mau mati saja saya....tahu kan posisi saat itu ga punya uang, mau gimana, nunggu juga ga dipanggil panggil, saya nangis sambil saya benturkan tembok, pokoknya gimana caranya bisa meninggal begitu, saya putus asa waktu itu.”*

Partisipan keempat menagalami perampasan kehormatan dan *disrespect* saat kontrol untuk program hamil, dilakukan pemeriksaan ultrasonografi melalui vagina tanpa penutup tubuh bagian bawah.

*“... saya langsung disuruh usg, tanpa penutup apa itu.. pertamanya usg perut, lalu coba usg dalam .. nah itu ga ditutup ga apa.. sedangkan dokter yang memeriksa beda jenis kelamin dengan saya, jadi saya kan risih ya.. abis itu ditinggal (setelah periksa).. perawatnya juga ga nutupi apa gitu ga... kita kan kadang malu ya.. Namanya baru pertama kali bertemu ...”*

Akibat peristiwa tersebut, partisipan keempat berpindah ke dokter lain

Partisipan kelima mengalami ancaman akan mengalami risiko komplikasi apabila tidak berpindah ke kelas pelayanan yang lebih tinggi.

*“Lha saya itu kan kalo kelas dua kan ga bisa minta sesar, harus memang dokternya menyarankan harus sesar gitu ya... lhaini lama sampe malam... maksudnya saya ini mau operasi atau normal tidak dijelaskan, ya tunggu dulu observasi gitu terus... sempet ditawari naik kelas saja gitu.. “lha kenapa sus? “.. saya bilang gitu, kalo naik kelas itu lebih bagus kualitas benangnya, jahitannya juga lebih bagus, kan bisa minta juga kalo mau langsung operasi, kalo kelas dua ini ga bisa...sampe mau udah malam masih ditawari gitu... ga eman tah bu.. naik kelas ya...”*

Kekerasan merupakan pelanggaran hak asasi manusia perempuan sebagai pasien, sebagai individu perempuan, dan warga negara. Perempuan hamil dan melahirkan berhak mendapatkan informasi, layanan kesehatan bebas dari stigma dan diskriminasi yang dilindungi oleh kebijakan yang ada sehingga jika tidak terpenuhi, diharapkan ada upaya untuk memenuhi ketentuan yang ada. Undang-undang Dasar 1945 merupakan sumber hukum tertinggi yang menjamin perlindungan terhadap perempuan. UUD 1945 menegaskan hak untuk mendapatkan persamaan, baik persamaan di hadapan hukum, perlindungan hukum, dan pembebasan dari diskriminasi.

Pasal 28D Ayat (2) UUD 1945 menentukan bahwa setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil, serta perlakuan yang sama di hadapan hukum. Pasal 28I Ayat (2) lebih lanjut mengatur bahwa setiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apa pun, dan berhak mendapat perlindungan atas perlakuan yang bersifat diskriminatif. Pasal 27 Ayat (1) mengatur bahwa setiap warga negara bersamaan kedudukannya di dalam hukum dan pemerintahan. Pasal 28D Ayat (3) juga mengatur bahwa setiap warga negara berhak memperoleh kesempatan yang sama dalam pemerintahan. Bahkan jaminan bebas dari diskriminasi juga mencakup perlindungan khusus bagi kelompok tertentu yang dikategorikan sebagai kelompok rentan. Selanjutnya, Pasal 28H Ayat (2) mengatur bahwa setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.

Di level internasional, kita mengenal *Convention Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW) yang telah diundangkan dengan nomor 7 tahun 1984. Indonesia menjadi salah satu negara yang meratifikasi konvensi tersebut. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan. Terdapat sekitar 37 kewajiban negara peratifikasi yang diatur dalam Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (selanjutnya disebut Konvensi Perempuan), agar hak-hak perempuan di bidang hukum, politik, sosial, ekonomi dan budaya dapat terpenuhi.

Dalam Pasal 276 UU Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan, Pasien mempunyai hak sebagai berikut: mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai Pelayanan



Kesehatan yang diterimanya; mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu, menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah; mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis, meminta pendapat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain dan memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan. Sedangkan dalam Pasal 277 UU Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan, kewajiban pasien antara lain: memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya; mematuhi nasihat dan petunjuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; mematuhi ketentuan yang berlaku pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Pemerintah Indonesia mengesahkan Undang-Undang Kesehatan Ibu dan Anak (UU KIA) pada tahun 2024 yang merupakan sebuah langkah monumental dalam upaya meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat. UU ini merupakan bagian dari komitmen pemerintah untuk memberikan perlindungan yang lebih komprehensif bagi ibu hamil, ibu menyusui, serta anak-anak di seluruh negeri. UU KIA 2024 mencakup berbagai aspek penting seperti akses pelayanan kesehatan yang lebih baik, lebih adil, dan merata ke layanan kesehatan berkualitas melalui peningkatan kualitas gizi, pendidikan kesehatan bagi ibu dan keluarga, serta perlindungan hak-hak kesehatan ibu dan anak.

Selain itu, dalam UU KIA ini terdapat beberapa poin penting yang harus dipahami masyarakat seperti rumusan cuti bagi ibu pekerja yang melakukan persalinan/melahirkan adalah ibu bekerja tidak dapat diberhentikan, ibu bekerja berhak dapat upah secara penuh untuk tiga bulan pertama dan bulan keempat serta dalam UU juga diatur hak cuti enam (6) bulan bagi ibu melahirkan. UU KIA memberikan kesempatan pada suami untuk menemani istrinya yang sedang dalam masa persalinan dengan hak cuti.

*Obsteric Violence* tidak mudah untuk diidentifikasi karena proses melahirkan dengan bantuan rumah sakit melibatkan banyak faktor, mulai dari ketersediaan tenaga medis yang kompeten, sarana dan prasarana yang sesuai dengan kebutuhan pasien serta aturan untuk menyelenggarakan pelayanan yang sesuai atau *standart operating procedure*. Untuk mencegah terjadinya OV atau mistreatment, upaya upaya telah dilakukan diantaranya dengan memperkenalkan perawatan yang bersifat *Women centered care and virtue*.

## Women Centered Care

*Women Centered Care* adalah perawatan yang berfokus pada kebutuhan, harapan, dan aspirasi dari perempuan, mengenali hak perempuan untuk memilih dan merawat secara terus menerus dan memahami kebutuhan sosial, emosional, fisik, psikologis, spiritual, dan harapan termasuk memilih fasilitas layanan kesehatan dan tenaga kesehatan. Secara filosofis juga berarti mendampingi perempuan saat persalinan. Beberapa faktor yang berkaitan dengan *women centered care* adalah memenuhi kebutuhan unik perempuan yang terdiri dari beberapa faktor. *Faktor pertama* adalah kemampuan bidan untuk beradaptasi dengan lingkungan dalam memenuhi kebutuhan perempuan, mengenalkan martabatnya, dan meningkatkan kesehatannya. Fahy Foureur membuat teori kebidanan “Birth Territory” yang menunjukkan bahwa ketika bidan menggunakan panduan kebidanan, mereka menciptakan wilayah ideal bagi perempuan untuk melahirkan secara normal, sehingga perempuan merasa puas dan melewati periode pascasalin dengan baik. Kemampuan bidan dalam menciptakan lingkungan yang aman bagi perempuan sangat penting agar perempuan dapat mengambil keputusan secara baik sehingga perempuan merasa didengar dan didukung. Bidan seharusnya memberikan rasa hormat, ketenangan dan ruang bersalin yang aman untuk meningkatkan hubungan antara perempuan dan bayinya (Davis *et al.*, 2021).

*Faktor kedua* adalah mempertimbangkan keterlibatan pasangan atau orang terdekat perempuan itu yang dapat dilibatkan dalam proses persalinan. Bidan diharapkan mampu menyeimbangkan kebutuhan perempuan dalam konteks layanan bersalin di mana komunikasi yang baik akan mempermudah bidan saat mereka mengadvokasi kebutuhan perempuan saat mendampingi proses persalinan. Adanya perbedaan antara standarisasi pelayanan dan individualisasi ini menjadi perhatian ahli sosiologi kesehatan. Apabila faktor predisposisi dan faktor



pendukung telah dimiliki, maka diharapkan adanya pendekatan persalinan yang lebih humanis. Hal ini mungkin berhubungan dengan dilema dalam loyalitas dan sosialisasi profesional memberikan kontribusi terhadap konflik antara perempuan, bidan, dan praktisi lainnya yang merupakan tantangan penyediaan perawatan berpusat pada perempuan dalam konteks organisasi (Davis et al., 2021).

*Faktor ketiga* mengacu pada “Memastikan filosofi kebidanan” mendukung praktik dalam konteks pelayanan bersalin yang berfokus pada pendekatan pribadi untuk perawatan, kompetensi kebidanan dan pengaruh pedoman klinis. Pendekatan personal diakui sebagai elemen penting dari perawatan yang berpusat pada perempuan dengan menyeimbangkan kepentingan termasuk organisasi dan masalah interprofessional (Davis et al., 2021).

*Faktor keempat* adalah “Bekerja secara kolaboratif untuk berbasis bukti praktik” yang menggambarkan sifat kolaboratif bidan dan pentingnya praktik berbasis bukti. Beberapa hal yang menggambarkan praktik kebidanan yang berpusat pada perempuan sebagai pembuatan keputusan adalah bekerja sama dengan perempuan; pencarian umpan balik dari perempuan; dan menyediakan pendapat profesional bahkan jika profesional perawatan kesehatan lainnya tidak setuju. Perawatan yang berpusat pada perempuan dianggap berasal dari tanggung jawab bersama dan partisipasi yang ditunjukkan dengan kolaborasi saling tergantung, konsultasi dan kerja sama antara perempuan dan bidan. Bidan sebagai advokat bagi perempuan dalam perawatan mereka, sering kali menghadapi tantangan dari profesional kesehatan lainnya termasuk dokter kandungan dan bidan lainnya. Bidan harus memahami batasan professional dan mengajukan pendapat profesional sendiri yang merupakan ciri bidan yang percaya diri. Keyakinan kebidanan telah dikaitkan dengan otonomi dengan budaya tempat kerja dan rekan kebidanan menjadi beberapa faktor yang paling berpengaruh (Davis et al., 2021).

*Faktor kelima* mengacu pada “Bekerja dalam Kemitraan dengan Perempuan” terkait dengan pilihan informasi dan partisipasi dalam keputusan perawatan, melibatkan orang lain yang dekat dengan perempuan dan pendekatan untuk perawatan yang mempertimbangkan perempuan secara holistik. Pentingnya menghormati otonomi perempuan dalam persalinan telah lama dipahami dan termasuk mendorong partisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan yang merupakan inti dari model kemitraan kebidanan. Keterlibatan dalam pengambilan keputusan dikaitkan dengan rasa aman dalam persalinan. Terkait hal tersebut, WHO (2016) telah mengidentifikasi rasa hormat dan otonomi sebagai fitur kunci dari perawatan bersalin berkualitas (Davis et al., 2021).

Perawatan yang berpusat pada perempuan (*women centered care*) dalam layanan bersalin terbukti berhubungan dengan pengalaman perempuan, kepuasan, preferensi perempuan dalam memilih tempat persalinan. Namun di berbagai negara, layanan maternal lebih ditentukan oleh sistem kesehatan dan skema pembiayaan. Preferensi perempuan menjadi pilihan kedua dalam layanan maternal, di mana perempuan diharapkan menyesuaikan dengan layanan kesehatan bukan layanan kesehatan yang menyesuaikan dengan kebutuhan perempuan (Bull et al., 2022). Rumah sakit yang mampu memberikan pengalaman yang positif bagi perempuan dalam proses persalinan dan memahami kebutuhan perempuan akan menjadi tempat pilihan bersalin bagi perempuan hamil.

Dalam kasus ini, para partisipan merasa nyaman mendapat perawatan di sebuah rumah sakit di mana petugas kesehatan mampu memberikan pengalaman positif karena pelayanan yang ramah, infomasi yang jelas untuk setiap tindakan, sehingga merasa aman, amanah, menjunjung etika dan administrasi yang sederhana. Hal ini menyebabkan partisipan mau terbuka dan menceritakan pengalaman yang kurang menyenangkan yang pernah dialami, sehingga petugas kesehatan mampu mengenali dampak trauma yang diderita oleh partisipan, sehingga berusaha memberikan layanan terbaik untuk membantu mengurangi trauma yang diderita oleh partisipan. Rasa nyaman, aman dan percaya ni yang menyebabkan partisipan beralih ke rumah sakit tersebut untuk memperoleh bantuan penyembuhan trauma fisik dan psikis akibat komplikasi yang dialami.

## Virtue

Dalam artikel yang ditulis oleh Kuiper pada tahun 2022 membahas tentang buku Comte-Sponville (2002), “A small treatise on the great virtues”, ada satu kalimat pertama dalam buku tersebut yang menjelaskan bahwa inti dari risalah tentang kebajikan adalah “mencoba memahami apa yang harus kita lakukan, menjadi apa kita



seharusnya, dan apa yang membedakan kita dari cita-cita atau keinginan kita.” Ada 18 kebijakan yang diajarkan dalam buku tersebut, yaitu:

1. *Politeness* atau kesopanan, merupakan landasan bagi perkembangan moral individu- keutamaan etika - mematuhi definisi, kewajiban, kerangka dan aturan, yang diperlukan untuk tumbuh dan berkembang. Kesopanan mendahului internalisasi moralitas melalui pendidikan, kepatuhan terhadap tugas dan dapat diperoleh melalui mendengarkan para ahli, menyaksikan teladan yang muncul dari waktu ke waktu dan membaca referensi.
2. *Fidelity*, kesetiaan, di mana pada kesetiaan terletak dasar sejati identitas pribadi melalui perasaan bertanggung jawab, setia, dan berkomitmen pada ide-ide tertentu. Kesetiaan adalah kebijakan yang terkait dengan kemauan, niat, dan pilihan. Bidan hendaknya memahami, sangat percaya, dan berkomitmen penuh terhadap konsep dan filosofi perawatan yang berpusat pada perempuan.
3. *Prudence*, kebijaksanaan. Di sini termasuk kehati-hatian, dimana merupakan kebijaksanaan praktis, kebijaksanaan tindakan demi tindakan, dan dalam tindakan. Hal ini direpresentasikan dalam “Do no harm” yang diwakili dengan melindungi pengalaman individu perempuan dalam melahirkan serta kesehatan dan kesejahteraan fisik dan emosional ibu.
4. *Temperance*, kesederhanaan. Bidan mengelola keseimbangan antara keinginan perempuan, hati dan pikirannya, pengetahuan dan keahliannya, pekerjaan dan kehidupan pribadinya, serta keseimbangan antara tanggung jawab dan ambisi pribadi dan profesionalnya. Kesederhanaan adalah tentang mengutamakan kualitas daripada kuantitas, intensif daripada ekstensif.
5. *Courage*, keberanian, kemampuan untuk berdiri, menghadapi, menguasai dan mengatasi rasa takut melalui pengetahuan, keahlian, kemauan, dan pendapat. Besarnya keberanian bidan sering kali sebanding dengan keyakinan dan batasan pelayanan yang berpusat pada perempuan yang ditetapkan oleh bidan untuk dirinya sendiri. Contoh penetapan batasan perawatan yang berpusat pada perempuan adalah perasaan terancam atau dipaksa untuk terlibat atau melakukan intervensi atau tindakan yang tidak bertanggung jawab, tidak perlu, atau tidak manusiawi yang melanggar standar pribadi, kemanusiaan, dan/atau etika.
6. *Justice*, keadilan, kebijakan yang mengarahkan setiap orang untuk mencoba mengatasi godaan untuk menempatkan dirinya di atas segalanya atau orang lain dengan cara sederhana, tidak memanfaatkan kekurangan atau keterbatasan pengetahuan perempuan, kurangnya atau kekuasaan yang terbatas, kebingungan, ketidaknyamanan atau memanfaatkan kebutuhan dan kerentanan perempuan.
7. *Generosity*, kedermawanan menetapkan tujuan bersama antara perempuan dan bidan serta berbagi sudut pandang dan mengenai perawatan yang berpusat pada perempuan dengan rekan kerja. Dalam perawatan yang berpusat pada perempuan, kemurahan hati ditemukan dalam transfer pengetahuan, keahlian, kendali, kepercayaan diri, harga diri pada tingkat tindakan antar pribadi bidan perempuan.
8. *Compassion*, kasih sayang adalah perasaan empati dan penerimaan murni atas pengalaman hidup orang lain, tanpa rasa jijik, keberatan, atau rasa kasihan. Hal ini bersifat reaktif dan protektif serta terdapat dalam diri bidan yang memilih untuk bertindak sebagai pembela perempuan. Hal ini juga mencakup kepekaan, perhatian, keterbukaan, kesabaran, rasa hormat, mendengarkan, perhatian dan solidaritas.
9. *Mercy*, belas kasihan. Bidan mungkin mengalami nilai-nilai yang bertentangan saat bermitra dengan perempuan, merasa terpecah antara setia kepada perempuan atau pada diri sendiri, sekaligus menjadi bagian dari tim dalam melayani persalinan dengan multidisiplin ilmu yang lain. Belas kasih mengharuskan kita mengabaikan nafsu atau fanatisme, yang menyiratkan bahwa bidan, dokter kandungan, dan perempuan tidak boleh mencoba meyakinkan satu sama lain tentang perspektif siapa atau siapa yang benar atau salah, baik atau buruk. Budaya profesional adalah ketika setiap praktisi merasa aman, menerima dan menghormati norma, standar dan nilai profesional yang dimiliki bersama. Juga menjaga dan menghormati otonomi dari berbagai praktisi yang akan membantu membangun dinamika intra dan/atau multidisiplin yang positif, juga dapat memfasilitasi komunikasi dengan perempuan serta rekan kerja pada tingkat intradisiplin dan/atau multidisiplin misalnya tentang keraguan dan penyesalan mengenai keputusan, kesalahan, kesalahan



dan/atau intervensi (yang tidak perlu) – meminta pengertian – memungkinkan adanya belas kasihan pada diri kita sendiri.

10. *Gratitude*, rasa syukur, adalah “kemampuan untuk memberi kembali dan merasa bahagia atas kebahagiaan yang telah diberikan kepada kita.” Bidan adalah bagian dari persalinan dan proses serta transisi menjadi seorang ibu – salah satu peristiwa paling mendalam dalam hidup seorang perempuan. Bidan memiliki hak istimewa untuk diundang ke dalam kehidupan perempuan. Pelayanan yang berpusat pada perempuan mengakui bahwa perempuanlah yang datang mencari bidan untuk bergabung dan bersukacita atas apa yang terjadi dan bukan sebaliknya. Seorang bidan hanya dapat bertindak ketika seorang perempuan menceritakan dan berbagi pemikiran pribadinya, nilai-nilai dan kebutuhannya, Bidan boleh bertindak ketika pasien menginzinkan untuk disentuh secara fisik dan intim dan berbagi kerentanannya. Tindakan tersebut merupakan Tindakan terhormat dan rendah hati. Oleh karena itu, bidan harus meminta izin dari pasien untuk mengajukan pertanyaan sensitif, pada setiap palpasi, pemeriksaan (internal), untuk memeriksa tekanan darah pasien atau detak jantung bayi; untuk segala sesuatu yang melibatkan sentuhan terhadap perempuan tersebut, campur tangan terhadap integritasnya atau untuk berbagi informasi pribadi perempuan tersebut dengan profesional kesehatan lainnya
11. *Humility*, kerendahan hati adalah pengakuan bahwa bidan tidak memberikan kehidupan dan bahwa perempuan tidak berhutang kepada bidan. Hal ini tercermin dalam penghormatan terhadap kutipan terkenal: “Anda adalah seorang bidan, yang membantu persalinan orang lain. Berbuat baiklah tanpa pamer atau ribut. Fasilitasi apa yang sedang terjadi, bukan apa yang menurut Anda seharusnya terjadi. Jika harus memimpin, pimpinlah agar ibu terbantu, namun tetap bebas dan bertanggung jawab. Ketika bayinya lahir, ibu akan berkata, “Kami sendiri yang melakukannya!” (Tao Te, Ching, Lao Tsu abad ke-5 SM). Dengan kata lain, jangan mengambil pujian atas apa pun yang terjadi. Kerendahan hati terlihat ketika menggunakan bahasa yang memberdayakan perempuan dalam percakapan dengan perempuan atau profesional kesehatan lainnya serta dalam dokumen badan profesional.
12. *Simplicity*, kesederhanaan. Perawatan yang berpusat pada perempuan bersifat kompleks dan sangat epistemologis, multidimensi, kualitatif, kontekstual dan agak rumit - sebuah deskripsi yang jelas tidak mewakili kesederhanaan. Oleh karena itu, kesederhanaan perawatan yang berpusat pada perempuan mungkin paling baik ditangkap oleh Fleming (1998) dalam Kuiper tahun 2022, yang menggambarkan perawatan yang berpusat pada perempuan sebagai kebersamaan dengan perempuan melalui hubungan yang berpusat pada ‘keberadaan’. Hal ini digambarkan sebagai ‘pendekatan menjadi’ dan bukan ‘pendekatan melakukan’ selama persalinan, yang berarti hanya hadir, meminimalkan pemeriksaan, palpasi, auskultasi, atau memeriksa tanda-tanda vital ibu “Itulah orang yang sederhana: seorang individu yang nyata, direduksi menjadi ekspresi yang paling sederhana”
13. *Toleransi*. Keutamaan toleransi terlihat jelas dalam perbedaan pendapat dan perbedaan kebenaran atau konflik antara tingkat kendali dan otonomi perempuan dan bidan. Contoh utama dari toleransi adalah perempuan yang membuat pilihan di luar kebijakan dan pedoman yang berlaku, ketika bidan tidak dapat memaksakan kebenarannya kepada perempuan tersebut, atau sebaliknya - karena toleransi adalah kebijakan yang bertentangan dengan otoritarianisme. Dalam pengasuhan yang berpusat pada perempuan, peran dan kepentingan anak (yang belum lahir) tidak didefinisikan secara jelas. Paradoks toleransi mungkin muncul ketika perempuan diminta mempertimbangkan untuk bersikap toleran terhadap kesehatan anak, namun sebaliknya harus bersikap toleran ketika perempuan mengambil keputusan yang menempatkan anak sebagai subordinat dalam proses musyawarah ibu. Yang tidak bisa ditoleransi secara moral adalah isu-isu ketidakadilan, intervensi yang tidak perlu, dan penindasan. Yang tidak dapat ditoleransi secara politis adalah segala sesuatu yang tidak mendapat persetujuan. Toleransi dalam perawatan yang berpusat pada perempuan juga menyiratkan bahwa perspektif medis ada di samping perspektif biopsikososial.
14. *Purity*, kemurnian. Prinsip panduan dalam perawatan yang berpusat pada perempuan adalah fisiologi kehamilan dan kelahiran. Kemurnian mengacu pada kelahiran yang tidak tersentuh, berhubungan dengan



kekuatan fisiologis dan tidak terganggu dari tubuh perempuan dan dengan proses alami kelahiran. Benar-benar terkagum-kagum, setiap saat bidan saat seorang perempuan melahirkan dan saat seorang anak lahir.

15. *Gentleness*, kelelah-lembutan. Kelelah-lembutan menunjukkan penerimaan terhadap kerentanan perempuan dalam arti sederhana dan sopan santun (Comte-Sponville, 2002). Kelembutan mewakili perspektif humanistik dari perawatan yang berpusat pada perempuan yang ditunjukkan dalam bentuk empati dan menjadi praktisi yang mengasuh dan tulus. Sentuhan lembut atau kata-kata yang baik diakui dapat membantu ibu mendapatkan pengalaman positif saat melahirkan. Kelembutan terlihat ketika seorang perempuan dapat menunjukkan kerentanannya, yang dihargai oleh bidan, menghilangkan paternalisme dan kontrol.
16. *Good faith*, itikad baik. Itikad baik adalah mengakui dan mempercayai pengetahuan yang dimiliki perempuan sebagai sumber pengetahuan yang dapat dipercaya. Itikad baik juga tergambar ketika menegaskan normalitas kehamilan dan kelahiran serta kebugaran dan kompetensi tubuh perempuan untuk melahirkan anak, karena pandangan ini terkait erat dengan perawatan yang berpusat pada perempuan.
17. *Humour*, humor. Dalam pelayanan yang berpusat pada perempuan atau dalam kebidanan, humor jarang disebutkan meskipun dalam pelayanan yang berpusat pada orang, humor telah diakui sebagai hal yang penting ketika menempatkan segala sesuatunya dalam perspektif. Humor juga bisa digunakan untuk melawan keseriusan selama proses pelayanan dan hubungan pelayanan - namun yang terpenting adalah sebagai wahana untuk terhubung dengan orang lain. Fakta bahwa humor tidak disebutkan dalam layanan yang berpusat pada perempuan mungkin terkait dengan perspektif bidan tentang rasa akuntabilitas dan tanggung jawab yang selalu ada, serta kompleksitas dan dilema profesional di era manajemen risiko dan beban kerja yang berat. Humor merupakan wujud hubungan interpersonal dan kepekaan serta dapat membantu perempuan untuk merasa dilihat dan didengar.
18. *Love, kasih saying*. Perawatan yang berpusat pada perempuan dengan penuh kasih adalah kombinasi dari hasrat, kegembiraan, kepuasan, dan kepuasan dihubungkan dengan eksistensialisme dan tujuan serta nilai hidup, dan bagian dari tugas. Dengan kata lain, bidan diperbolehkan bersikap egois dalam menikmati pelayanan yang berpusat pada perempuan. Keutamaan cinta diwakili oleh pengalaman kemanusiaan, kapasitas manusia, dan hubungan yang berkembang antar manusia - yang merupakan inti dari perawatan yang berpusat pada perempuan. Kecintaan terhadap hubungan dengan perempuan bahkan membuat bidan tetap bekerja di masa-masa sulit. Cinta dalam perawatan yang berpusat pada perempuan juga hadir ketika memberi ruang pada perempuan dengan tidak ikut campur dalam hubungan bidan-perempuan jika hal ini menguntungkan perempuan. Hal ini memungkinkan perempuan untuk mengambil ruangnya dalam hubungan melalui pemanfaatan pengetahuan pengalamannya, pilihannya, kendalinya, penentuan nasib sendiri dan dengan berpartisipasi aktif dalam proses perawatannya sendiri serta memberikan ruang bagi pasangan, bayi, keluarga dan masyarakat, dan mengakui keberadaan perempuan.

Nilai kebajikan (*virtue*) dalam dunia kedokteran diperkenalkan oleh Pellegrino. Almarhum Edmund Pellegrino adalah seorang, dokter, sarjana, dan terkenal ahli bioetika yang mengakui dan mendukung humaniora sebagai bagian integral dari kedokteran. Pellegrino juga dianggap sebagai seorang tokoh terkemuka dalam menganjurkan kebajikan (*virtue*) dalam praktik medis. Dalam sebuah artikel yang ditulis oleh Luchuo Engelbert Bain pada tahun 2018 yang berjudul "Revisiting the need for virtue in medical practice: a reflection upon the teaching of Edmund Pellegrino," Pellegrino mengingatkan keutamaan seorang dokter yang baik yaitu: kesetiaan, kepercayaan, kebajikan, kejujuran intelektual, keberanian, kasih sayang, kejujuran – dan kebijaksanaan praktis. Seperti Aristoteles, Pellegrino sangat meyakini kebajikan dapat diajarkan. Namun dia menyadari hal itu ini bukanlah tugas yang mudah. Namun sebagai praktik moral, Pellegrino mempertahankan ajaran kebajikan itu kepada para dokter tetap menjadi amanah untuk menjaga seni dalam mengobati pasien. Pellegrino dan Thomasma menjelaskan empat tingkatan kebaikan: kebaikan biomedis, persepsi pasien kebaikannya, kebaikan pasien sebagai seorang



manusia dan kebaikan spiritual pasien. Pengobatan medis merupakan satu komponen dari dinamika kompleks dari hubungan penyembuhan. Dengan bertindak sesuai dengan tingkat kebaikan akan membangun hubungan saling percaya antara pasien dan pasien dokter (Bain,2018).

Pengetahuan ilmiah dokter memberikan kontribusi yang unik dan bermakna terhadap perawatan pasien. Penyembuhan dilakukan dengan mendengarkan secara aktif dan empati, penuh hormat, pemeriksaan klinis, dan diskusi pengobatan pilihan yang relevan dengan kehidupan dan pilihan pasien. Dokter harus menghargai hubungan dokter – pasiennya, bukan sekadar konsultasi, melainkan diskusi untuk belajar dari pengalaman pasien sebagai kelompok rentan, dan merespons secara tepat dengan penggunaan medis ilmu pengetahuan, dengan partisipasi aktif pasien dalam proses pengambilan keputusan. Pellegrino menghindari penggunaan istilah “konsultasi medis”, dan lebih memilih “pertemuan klinis”. Menurut pandangan Pellegrino, hubungan yang terjalin saat penyembuhan diperoleh secara substansial dengan implikasi aktif pasien dalam definisi kebaikannya. Pengobatan adalah seni yang berbudi luhur, menumbuhkan pendengaran empati, kepekaan emosional dan pengakuan akan keunikan setiap pasien, dengan membatasi kebutuhan biomedis, psikologis dan keberadaan pasien dengan benar (Bain,2018).

*Women centered care* dan *virtue* ini sebenarnya sudah ada dalam pendidikan baik pendidikan kebidanan maupun kedokteran. Namun dalam pelaksanaannya terkadang terdapat ketidaksesuaian yang dilakukan oleh individu. Dalam hal ini peran organisasi profesi sangat penting untuk mengingatkan kembali pentingnya etika profesi dalam setiap praktik kesehatan. Salah satu langkah yang ditempuh adalah adanya sesi pemaparan etika berprofesi pada setiap kegiatan simposium kedokteran untuk mengingatkan kembali tentang hak dan kewajiban sebagai tenaga kesehatan dan medis serta hak kewajiban pasien. Pemaparan contoh kasus praktik-praktik yang mengabaikan keselamatan teman (klien) atas pertimbangan keuntungan pribadi, pelanggaran etika profesi, tindakan diluar kewenangan, akan menjadi bahan diskusi.

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 tenaga kesehatan 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.

Belajar isu kemanusiaan dan hak asasi seharusnya dimulai sejak masa pendidikan, dilanjutkan selama para tenaga kesehatan masih melakukan praktik pelayanan kesehatan. Rancangan kurikulum pembelajaran di bidang kesehatan hendaknya menggunakan pendekatan kemanusiaan dan hak asasi dan materi ini diberikan sejak tahun pertama pendidikan. Demikian pula dengan praktik di lapangan yang dirancang untuk mengenalkan isu sosial dalam kehidupan ibu hamil, sebaiknya dilakukan sejak tahun pertama pendidikan.

## Kesimpulan dan Saran

Hasil analisis yang dilakukan pada lima partisipan pada studi ini menunjukkan bahwa ke lima partisipan mengalami *obstetric violence* yang berupa *verbal*, *physical* dan *emotional abuse*. Disarankan bahwa pelayanan terhadap ibu melahirkan terbebas dari *obstetric violence*. Hal ini bisa dilakukan dengan memerhatikan prinsip prinsip *women centered care* dan *virtue*. Hendaknya perawatan berfokus pada kebutuhan, harapan, dan aspirasi perempuan. Tenaga kesehatan dan medis mampu mengenali hak perempuan untuk memilih, melakukan kontrol, dan merawat secara berkelanjutan dengan memahami kebutuhan sosial, emosional, fisik, psikologis, spiritual, dan harapan termasuk di mana dan dengan siapa dia dirawat. Tenaga kesehatan atau medis yang terpilih hendaknya selalu menerapkan prinsip etika kebajikan (*virtue*) dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya,

Fasilitas kesehatan hendaknya memastikan lingkungannya bebas dari stigma, diskriminasi, pelecehan, dan kekerasan terhadap semua orang khususnya perempuan baik pada dokter, tenaga kesehatan, staf, pasien, dan pihak pihak yang terkait dengan fasilitas kesehatan tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan membuat poin pakta integritas dalam setiap perjanjian kerja sama karyawan di fasilitas kesehatan.



Survei kepuasan pelanggan yang dijalankan oleh fasilitas kesehatan tidak hanya untuk memperbaiki sarana prasarana namun juga nilai, sikap, prinsip kerja yang berkaitan dengan tenaga medis di bawah naungannya.

Harus ada mekanisme penanganan pengaduan jika terjadi tindakan *obstetric violence* dan harus tersedia mekanisme untuk perbaikan layanan agar dipastikan hal tersebut tidak terjadi. Terakhir, adanya kerja sama dengan pihak terkait misalnya dengan layanan kekerasan terhadap perempuan anak untuk pemulihan trauma.

## Daftar Pustaka

- Bain, L.E., (2018). Revisiting the need for virtue in medical practice: a reflection upon the teaching of Edmund Pellegrino. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13(1), 4.
- Bull, C. *et al.* (2022). 'Critiquing the evolution of maternity care preferences research: A systematic mixed studies review', *Midwifery*, 111. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103386>
- Chervenak, F.A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S.L., Jones, M.D.F., Gordon, M.R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A. & Grünebaum, A., (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3): S1138-S1145.
- Davis, D.L. *et al.* (2021) 'Development of the Woman-Centred Care Scale- Midwife Self Report (WCCS-MSR)', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03987-z>.
- Kuipers, Y.J. (2022) 'Exploring the uses of virtues in woman-centred care: A quest, synthesis and reflection', *Nursing Philosophy*, 23(2). Available at: <https://doi.org/10.1111/nup.12380>.
- Laksono, A. & Dwi Wulandari, R. (2022). Violence against Pregnant Women in Indonesia. *Iranian Journal of Public Health*, 51, 1265-1273. 10.18502/ijph.v51i6.9670.
- Lappeman M. S. L. (2021). How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word "Violence" in Obstetric Settings. *Violence Against Women*. June; 27(8), 987-1000. doi: 10.1177/1077801221996444. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33667145
- Lappeman, M., & Swartz, L. (2021). How gentle must violence against women be in order to not be violent? Rethinking the word "violence" in obstetric settings. *Violence against Women* 27 (8), 987–1000. <https://doi.org/10.1177/1077801221996444>
- Rebuelta-Cho, A. P. (2021). "Give Her the Baby's Hat so She Can Bite it": Obstetric Violence in Flores, Indonesia "Donnez-lui le bonnet du bébé pour qu'elle puisse le mordre": violence obstétricale à Flores, Indonésie. *Moussons*, 38, 57-84. 10.4000/moussons.7994.
- van Der Waal, R., Mayra, K., Horn, A. & Chadwick, R. (2023). Obstetric violence: an intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*, 4(1), 91-114.)
- Virahayu, M.; Dasuki, D.; Emilia, O.; Hasanbasri, M., & Hakimi, M. (2019). Kasus-Kasus Maternal di Berita Online Menyangkut Hak Asasi yang Patut Menjadi Pelajaran dalam Pendidikan Bidan di Indonesia. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 140-152.

