

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Dalam Pasal 1 (satu) Undang-undang Nomor Hak Asasi Manusia yang dimaksud dengan Hak Asasi Manusia (HAM) adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.

Dalam pembukaan UUD 1945, HAM tercantum sebagai tujuan Nasional bangsa Indonesia yakni melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Pasal 28 H UUD 1945 mengatur bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan diatur dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), khususnya sub sistem pemberdayaan masyarakat, salah satu tujuan SKN adalah

terselenggaranya upaya pelayanan, advokasi dan pengawasan sosial oleh perorangan, kelompok dan masyarakat dibidang kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi – tingginya.¹

Kondisi di Indonesia saat ini sedang maraknya bencana alam seperti tanah longsor, banjir, gempa, tsunami dan lain – lain akhir – akhir ini telah memperparah kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan di tanah air kita. Pencemaran lingkungan, pengungsian dan wabah penyakit serta Kejadian Luar Biasa (KLB) telah terjadi di sebagian besar negara kita. Konflik sosial yang berkepanjangan telah menimbulkan kerusuhan dan pertikaian, stres, gangguan jiwa dan kemiskinan²

Kondisi tersebut turut meningkatkan masalah kesehatan seperti tingginya Angka Kematian, terutama Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu sebesar 3007/100.000 kelahiran hidup (KH)³ dan Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu 35/1000 KH⁴. Demikian pula dengan tingginya angka kesakitan yang akhir – akhir ini ditandai dengan munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti malaria dan tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru seperti HIV/AIDS, SARS dan flu burung, serta masih endemisnya penyakit – penyakit diare dan demam berdarah.

¹. Depkes, **Sistem Kesehatan Nasional**, Jakarta, 2009

². Depkes RI, **Pengembangan desa siaga**, Jakarta, tahun 2007, hal. 1

³. Survei Kesehatan Rumah Tangga, 2003

⁴. Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2002 - 2003

Sementara itu, kesehatan sebagai hak azasi manusia ternyata belum menjadi milik setiap manusia Indonesia karena berbagai kendala seperti geografis, sosiologis dan budaya. Kesehatan bagi sebagian penduduk terbatas kemampuannya serta untuk berpengetahuan dan berpendapatan rendah masih diperjuangkan secara terus menerus dengan cara mendekatkan akses pelayanan kesehatan dan memperdayakan kemampuan mereka. Di samping itu kesadaran masyarakat bahwa kesehatan merupakan investasi bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia juga masih harus dipromosikan melalui sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) di berbagai jenjang administrasi.

Menyimak kenyataan tersebut kiranya diperlukan upaya terobosan yang benar – benar memiliki daya ungkit bagi meningkatnya derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Departemen Kesehatan (Depkes) menyadari bahwa pada akhirnya Visi Indonesia Sehat akan sangat bertumpu pada pencapaian Desa Sehat sebagai basisnya.

Sehubungan dengan hal tersebut, Pemerintah telah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJMN) 2010 – 2014. Pembangunan Kesehatan merupakan bagian dari pembangunan sumber daya kesehatan, dengan sasaran yang harus dicapai sebagai berikut :

1. Meningkatnya sasaran umur harapan hidup dari 70.7 tahun pada tahun 2009 menjadi 72,0 tahun pada tahun 2014.
2. Menurunnya AKB dari 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2014.

3. Menurunnya AKI melahirkan dari 228 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014.
4. Pembenan imunisasi dasar pada 90% bayi pada tahun 2014.
5. Penyediaan akses sumber air bersih yang menjangkau 67% penduduk.
6. Akses terhadap sanitasi dasar berkualitas menjangkau 75% penduduk sebelum tahun 2014.⁵

Langkah nyata untuk mewujudkan sasaran tersebut, telah didukung dengan telah diterbitkannya SK Menteri Kesehatan No. 564/2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga dengan mengambil kebijakan bahwa seluruh desa di Indonesia menjadi Desa Siaga pada akhir tahun 2008. Pengembangan Desa Siaga mencakup upaya lebih mendekatkan pelayanan kesehatan Dasar kepada masyarakat desa, menyiagakan masyarakat menghadapi masalah – masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat di wilayahnya.

Kriteria Desa Siaga adalah apabila desa tersebut memiliki sekurang – kurang nya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Poskesdes merupakan Upaya Kesehatan Berrsumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendapatkan / menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Adapun pelayanannya meliputi upaya – upaya promotif, kuratif, preventif, dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga kesehatan lainnya.

Adapun kegiatan yang dilakukan di Poskesdes dalam upaya pengembangan desa Siaga adalah pengamatan epidemiologis sederhana

⁵. Bappenas, **Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010 -2014**, Jakarta, 2010, hal. 241

terhadap penyakit terutama penyakit menular, terutama penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), penanggulangan penyakit, kesiapan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, pelayanan medis dasar sesuai kewenangannya, pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Pada tesis ini pembahasan pengembangan desa Siaga dibatasi pada pelayanan KIA karena pelayanan kesehatan pada ibu dan bayi yang berkualitas dapat menurunkan AKI dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Pengembangan Desa Siaga merupakan salah satu bentuk dari pembangunan kesehatan, sebagaimana diatur dalam pasal 3 Undang – Undang Kesehatan No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi – tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial ekonomis.

Dalam Pasal 5 Undang – undang no.36 tahun 2009 tentang kesehatan diatur juga mengenai hak dan kewajiban warga negara yaitu, bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses dan sumber daya dibidang kesehatan, berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau; dan berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Kewajiban warga negara terhadap kesehatan adalah setiap orang berkewajiban untuk ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, dimana dalam pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat dan pembangunan berwawasan kesehatan. Dikatakan juga bahwa setiap orang berkewajiban menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya.

Pengembangan desa Siaga dimaksudkan untuk terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Pada pelaksanaannya sebuah desa dinyatakan sebagai desa siaga bila desa tersebut telah memiliki sekurang – kurangnya 1 (satu) buah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Adapun pelaksana di Poskesdes sekurang – kurangnya 1(satu) orang bidan dan 2 orang unsur masyarakat yang menjadi motor penggerak di Desa Siaga.

Adapun kegiatan di desa siaga mencakup beberapa kegiatan antara lain: pengamatan epidemiologis secara sederhana terhadap penyakit, penanggulangan penyakit terutama penyakit menular atau yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, penatalaksanaan kasus – kasus kegawat daruratan obstetri dan neonatal di tingkat pelayanan kesehatan dasar, pelayanan medis sesuai dengan

kompetensinya serta kegiatan – kegiatan lain yaitu promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS), penyehatan lingkungan dan lain – lain merupakan kegiatan pengembangan.

Pengembangan Desa Siaga sesuai dengan tujuan pencapaian derajat kesehatan sebagaimana di maksud dalam Undang – Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, hal ini mendorong pemerintah mengembangkan program Desa Siaga, dimana tenaga pelaksanaanya adalah bidan. Bidan merupakan tenaga pelaksana minimal sebagai ujung tombak dalam pelayanan kebidanan dalam kegiatan Program Desa Siaga.

Program pengembangan desa Siaga memberi banyak sekali kewenangan kepada bidan dalam menjalankan kegiatan di Poskesdes, sementara itu dilain sisi ada peraturan yang membatasi kewenangan bidan yaitu Permenkes No.149/Menkes/SK/VII/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Yang menjadi menjadi bahan pemikiran adalah apakah pengembangan Desa Siaga dapat memenuhi Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta perlindungan hukum bagi bidan di Desa?

B. PERUMUSAN MASALAH DAN IDENTIFIKASI MASALAH

Berdasarkan uraian mengenai latar belakang tersebut di atas, maka dalam penelitian tesis ini dapat dirumuskan masalahnya adalah Apakah

pengembangan desa siaga mengakibatkan terpenuhinya pelayanan kesehatan ibu dan anak dan perlindungan hukum bagi bidan?

Identifikasi masalah pada tesis ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah yang dimaksud dengan Pengembangan Desa Siaga?
2. Apakah yang dimaksud dengan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak?
3. Apakah yang dimaksud dengan Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa?
4. Apakah pengembangan Desa Siaga menyebabkan terpenuhinya Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan perlindungan hukum bagi bidan di desa?

C. TUJUAN PENELITIAN

Dari perumusan masalah tersebut di atas, dapat dirumuskan beberapa tujuan dari penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan gambaran mengenai Pengembangan Desa Siaga
2. Untuk mendapatkan gambaran mengenai Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
3. Untuk mendapatkan gambaran mengenai Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa
4. Untuk mendapatkan gambaran mengenai hubungan antara Pengembangan Desa Siaga dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa

D. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, antara lain:

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk memberikan masukan bagi pemerintah termasuk pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dalam membuat kebijakan dan pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai sumber informasi ilmiah di bidang hukum dan menjadi bahan pertimbangan untuk melakukan pengembangan desa Siaga di Kabupaten / Kota.

E. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian ini adalah dengan adanya SK Menteri Kesehatan No 546 Tahun 2006 Tentang Pengembangan Desa Siaga, dimana terjadi perkembangan kriteria desa Siaga, sebelumnya Desa Siaga hanya terdiri dari kegiatan – kegiatan untuk mendukung penyelamatan wanita hamil, melahirkan dan bayi baru lahir atau dikenal dengan istilah desa Siaga Maternal. Selanjutnya terjadi perkembangan menjadi Desa Siaga yang memiliki kriteria adanya Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) di desa tersebut baru dikatakan Desa Siaga.

Dalam kegiatannya pun mengalami perkembangan, semula hanya masalah Maternal saat ini Desa Siaga mempunyai beberapa kegiatan pokok yaitu pengamatan epidemiologis sederhana terhadap penyakit,

terutama penyakit menular dan penyakit berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan faktor- faktor risikonya (termasuk status gizi) serta kesehatan ibu hamil yang berisiko. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit berpotensi menimbulkan KLB serta faktor – faktor risikonya (termasuk kurang gizi), Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya dan kegiatan – kegiatan lain yaitu Promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, PHBS, penyehatan lingkungan dan lain – lain.

Pada awal adanya pengembangan Desa Siaga, kegiatan di Poskesdes yang menjadi tanggungjawab bidan di desa sesuai dengan kewenangan bidan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 900 tahun 2002. Akan tetapi pada tahun 2010 terjadi perubahan kewenangan bidan dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan No 149 tahun 2010. Dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan No.149 tahun 2010, ada beberapa kewenangan yang tadinya ada saat ini menjadi tidak ada, sedangkan kegiatan tersebut masih merupakan tanggungjawab bidan di Poskesdes. Jika saat ini bidan di desa melakukan kegiatan Poskesdes sesuai dengan petunjuk pelaksanaan yang ada, apakah ada perlindungan hukum bagi bidan tersebut didalam pelaksanaan tugasnya?

Hal inilah yang menjadi kerangka pemikiran peneliti dalam penelitian ini, dimana peneliti ingin mengetahui apakah adanya

pengembangan desa siaga mengakibatkan pemenuhan pelayanan KIA serta Perlindungan Hukum bagi bidan di Desa?

F. Metode Penelitian

1. Spesifikasi Penelitian

Dalam penelitian ini, spesifikasi penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitis, yaitu membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta, sifat dan hubungan antar fenomena atau gejala yang diteliti sambil menganalisisnya, yaitu mencari sebab akibat dari suatu hal dan menguraikannya secara konsisten dan sistematis serta logis⁶

Selanjutnya, spesifikasi penelitian deskriptif analitis ini digunakan untuk menganalisis, yaitu mencari sebab akibat dari permasalahan yang terdapat pada perumusan masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu hubungan antara Pengembangan Desa Siaga dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa.

2. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian tesis ini, yaitu yuridis normatif. Yang dimaksud dengan metode pendekatan yuridis normatif, yaitu suatu cara meneliti dalam penelitian hukum yang dilakukan

⁶ Lihat Moh. Nazir, **Metode Penelitian**, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1985, hlm. 63, 72, 405, 406 & 427.

terhadap bahan pustaka atau data sekunder belaka dan dengan menggunakan metode berpikir deduktif serta kriterium kebenaran koheren.⁷

Selanjutnya yang dimaksud dengan metode berpikir deduktif adalah cara berpikir dalam penarikan kesimpulan yang ditarik dari sesuatu yang sifatnya umum yang sudah dibuktikan bahwa dia benar dan kesimpulan itu ditujukan untuk sesuatu yang sifatnya khusus,⁸ sedangkan yang dimaksud dengan kebenaran koheren (*the coherence theory of truth*), adalah suatu pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis dianggap benar kalau sejalan dengan pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis lainnya, yaitu kalau proposisi itu meneguhkan dan konsisten dengan proposisi sebelumnya yang dianggap benar.⁹

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini, yaitu data sekunder. Yang dimaksud dengan data sekunder yaitu data yang diperoleh peneliti dari penelitian kepustakaan dan dokumentasi, yang merupakan hasil penelitian dan pengolahan orang lain, yang sudah tersedia dalam bentuk buku-buku atau dokumentasi yang biasanya

⁷ Wila Chandrawila Supriadi, **Metode Penelitian** (tidak dipublikasikan) dalam Materi Kuliah "Metode Penelitian Hukum" Program Pascasarjana Program Studi Magister Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata, Semarang, 2006, hlm. 8.

⁸ Sedarmayanti & Syarifudin Hidayat, **Metodologi Penelitian**, Mandar Maju, Bandung, 2002, hlm. 23.

⁹ A. Sonny Keraf & Mikhael Dua, **Ilmu Pengetahuan (Sebuah Tinjauan Filosofis)**, Kanisius, Yogyakarta, 2001, hlm. 68.

disediakan di perpustakaan umum atau perpustakaan milik pribadi.¹⁰ Di dalam penelitian hukum, data sekunder tersebut meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tertier.¹¹

Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang terdapat dalam suatu aturan hukum atau teks otoritatif seperti peraturan perundang-undangan. Bahan hukum primer yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari peraturan perundang-undangan, seperti Undang – Undang Dasar Tahun 1945, Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2005 Tentang Praktik Kedokteran, Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan, Permenkes Nomor 512 Tahun 2007 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Dokter dan Dokter Gigi, Permenkes No.149/Menkes/ SKVII 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, SK Menteri Kesehatan Nomor 564 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga, sedangkan bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang diperoleh dari buku teks, pendapat para sarjana mengenai Pengembangan Desa Siaga dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Perlindungan Hukum bagi Bidan, selain itu dalam penelitian ini dipergunakan pula bahan hukum tersier.

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk atau penjelasan bermakna terhadap bahan hukum primer dan

¹⁰ Hilman Hadikusuma, *Metode Pembuatan Kertas Kerja atau Skripsi Ilmu Hukum*, Mandar Maju, Bandung, 1995, hlm 65.

¹¹ Soerjono Soekanto & Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Pers, Jakarta, 2001, hlm 13.

sekunder, seperti kamus hukum, dan lain-lain. Baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder diinventarisasi berdasarkan fokus permasalahan yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah dan diklasifikasi menurut bidang kajiannya, agar memudahkan untuk menganalisisnya.

2. Metode Pengumpulan Data

Oleh karena data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang bersifat kualitatif, maka metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah studi kepustakaan. Studi kepustakaan adalah suatu kegiatan (praktis dan teoritis) untuk mengumpulkan (inventarisasi), dan mempelajari (*learning*), serta memahami (reflektif, kritis dan sistematis serta logis) data yang berupa hasil pengolahan orang lain, dalam bentuk teks otoritatif yaitu peraturan perundang-undangan, literatur atau buku teks, jurnal, artikel, kamus, dan lainnya yang bersifat publik maupun privat.

3. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif normatif. Metode kualitatif normatif ini digunakan karena penelitian ini tidak menggunakan konsep-konsep yang diukur/dinyatakan dengan angka atau rumusan statistik. Pada penelitian ini analisisnya menggunakan Perundang – Undangan dan teori tentang pengembangan Desa Siaga, Pelayanan KIA dan Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa. Dalam menganalisis data sekunder tersebut, penguraian data disajikan dalam bentuk kalimat yang konsisten, logis dan efektif serta sistematis

sehingga memudahkan untuk interpretasi data dan konstruksi data serta pemahaman akan analisis yang dihasilkan, yaitu mencari sebab akibat dari suatu masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu hubungan antara **Pengembangan Desa Siaga dan Pemenuhan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Perlindungan Hukum bagi bidan di desa.**

H. Sistematika Penulisan

Penelitian tesis ini diawali dengan lembaran judul penelitian dan lembar persetujuan sebagai lembaran paling depan, adapun isi dari penelitian tesis ini terbagi dalam 4 (empat) bab dan masing-masing bab terdiri dari sub-sub bab guna memperjelas ruang lingkup dan permasalahan yang diteliti.

Adapun urutan masing-masing bab serta pokok bahasannya adalah sebagai berikut : dimulai dengan penulisan Bab I yang merupakan pendahuluan berisi tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, metode penelitian, dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan.

Kemudian di dalam Bab II akan diuraikan gambaran mengenai Pengembangan Desa Siaga Uraian tersebut akan dimulai dengan menguraikan tentang Pengembangan Desa Siaga yang berisi uraian tentang Pengertian, Kriteria, Tujuan, Sasaran, Perkembangan, Peranan

Desa Siaga, Penyelenggaraan Desa Siaga, Pembinaan dan Peningkatan Desa Siaga dan Pertanggungjawaban hukum.

Pada Bab III dibahas mengenai Pelayanan Kesehatan Ibu dan ANak, yang berisi uraian tentang Pengertian, Tujuan, Kegiatan, Sistem Kesiagaan di Bidan KIA, Manajemen Kegiatan KIA. Serta selanjutnya akan dibahas mengenai Perlindungan Hukum bagi bidan meliputi pengertian bidan, peran dan wewenang bidan, pengertian perlindungan hukum dan manfaat hukum.

Selanjutnya akan diuraikan dalam Bab IV dibahas mengenai hubungan antara Pengembangan Desa Siaga dan Pemenuhan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa. Uraian dalam bab ini akan dimulai dengan uraian tentang Pengantar, selanjutnya akan diuraikan pula tentang Pengembangan Desa Siaga dan uraian tentang Unsur-unsur dari Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Peran dan wewenang Bidan di Desa. Kemudian akan diuraikan tentang analisis hubungan Pengembangan Desa Siaga dan Pemenuhan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Perlindungan Hukum bagi Bidan di Desa.

Akhirnya di dalam Bab V akan dituliskan mengenai beberapa kesimpulan yang dihasilkan dari penelitian tesis ini dan saran-saran yang ditujukan untuk berbagai pihak, serta dilengkapi dengan mencantumkan daftar pustaka yang dipergunakan dalam penelitian ini.