BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Anak merupakan seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih di dalam kandungan.[1] Setiap anak sebagai Warga Negara Indonesia memiliki hak yang dijamin oleh Negara melalui Pasal 28 B ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945 yang berbunyi : setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta hak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Anak dinilai belum mampu untuk mendapatkan haknya secara mandiri, sehingga perlu adanya perlindungan hak anak di bidang kesehatan. Perlindungan hak anak didasarkan pada Deklarasi Hak Anak yang disahkan oleh PBB pada tahun 1959 disebutkan bahwa terdapat dua jenis perlindungan anak yaitu bersifat non yuridis meliputi: bidang sosial, kesehatan dan pendidikan. Kemudian perlindungan hak anak yang bersifat yuridis terdapat pada berbagai ketentuan hukum, antara lain : Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan terdapat pada Pasal 131 ayat (1) berbunyi : upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak diselenggarakan melalui penyelenggaraan pelayanan

[1]Lihat Pasal 1 Angka 1 UU Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas UU Nomor 23 Tahun

kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan sebuah kegiatan yang diberikan kepada individu maupun masyarakat oleh Pemerintah dengan tujuan untuk mencegah dan menyembuhkan penyakit individu maupun masyarakat.

Seperti yang telah diketahui bahwa anak merupakan individu yang belum matang secara fisik, mental, dan sosial, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya bergantung pada orang dewasa, oleh karena itu dibutuhkan partisipasi orang tua dan lingkungan sekitar untuk dapat mendukung peningkatan derajat kesehatan anak dan kemajuan tumbuh kembang anak.[2] Pertumbuhan jasmani dan rohani yang baik akan muncul dengan adanya kasih sayang dan perhatian dari lingkungan baik dari orang tua, saudara bahkan dari tenaga kesehatan. Untuk mewujudkan pertumbuhan jasmani yang baik maka berbagai pihak berkewajiban dan bertanggung jawab menjamin pemenuhan hak anak mulai dari institusi terkecil yakni keluarga, masyarakat, pemerintah kota/kabupaten serta pemerintah pusat.

Indikator meningkatnya derajat kesehatan pada anak dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas yang mempengaruhinya, yaitu morbiditas dan status gizi. Untuk kualitas hidup, yang digunakan sebagai indikator adalah angkaharapan hidupwaktu lahir (Lo), sedangkan untuk mortalitas telah disepakati empat indikator yaitu angka kematian bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup, angka kematian balita atau (AKBA)per 1000 kelahiran hidup, angka kematian pnemonia pada balita per 1000 balita dan angka kematian ibu melahirkan (AKI) per 1000 kelahiran

[2]Sujatmiko, 2010, *Hak perlindungan Anak di Atas Kertas*,Jakarta: PT.Perca

hidup.[3]Permasalahan yang terjadi adalah pada kenyataannya masih ditemukan anak yang tidak mendapatkan haknya untuk hidup, tumbuh dan berkembang secara optimal dikarenakan meningkatnya angka kesakitan dan kematian bayi dan balita. Hal tersebut diketahui dari data profil kesehatan Indonesia pada tahun 2016 jumlah angka kematian bayi (AKB) sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita (AKABA) sebesar 26,29 per 1.000 kelahiran hidup. Kemudian pada tahun 2017 diketahui jumlah AKB meningkat menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup dan AKABA meningkat menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup.[4]Meningkatnya angka kesakitan bayi dan balita tersebut disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), diare, tetanus neonatorum, infeksi saluran cerna dan panas tinggi.[5]Rendahnya kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan bayi dan dipengaruhi oleh masalah sistem kesehatan dan praktek di keluarga dan komunitas. Sehingga diperlukan adanya perbaikan dengan tujuan terciptanya derajat kesehatan anak yang lebih baik.

Meningkatnya angka kesakitan dan kematian bayi dan balita juga terjadi di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2015 terdapat 34 kasus, pada tahun 2016 menurun menjadi 30 kasus, kemudian meningkat kembali pada tahun 2017 menjadi 33 kasus. Kematian balita di DIY disebabkan pnemonia dan diare. Dari 33 kasus kematian balita yang ada di DIY, Kabupaten Kulon Progo menjadi daerah yang memiliki jumlah kasus

---

[3]Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2012,*Profil Kesehatan Kota Bandar Lampung,* Bandar lampung : Dinkes

[4]Kemenkes RI, 2017, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*, Jakarta : Kemenkes RI

[5]*Ibid*

kematian tertinggi daripada jumlah kematian dikabupaten yang lain yaitu sebanyak 14 kasus kematian balita disebabkan karena diare, pnemonia, dan sepsis.[6]Permasalahan tersebut muncul akibat adanya pengabaian hak anak atas pelayanan kesehatan yaitu orang tua yang kurang sadar akan pentingnya pelayanan kesehatan bagi anak, sehingga menyebabkan anak menderita sakit dan bahkan menimbulkan kematian. Hal tersebut terjadi karena ketidak tahuan orang dewasa tentang anak dan haknya tentang pelayanan kesehatan. Karena pada dasarnya anak belum mempunyai kemampuan untuk melaksanakan kewajiban dan mendapatkan haknya sendiri.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan anak yang lebih baik maka pemerintah bersama dengan Kementerian Kesehatan RI menyusun program kesehatan berupa *Sustainable Development Goals* (SDGs) dengan target pencapaian sampai tahun 2030. Pada program tersebut terdapat tiga tujuan utama, antara lain : kesehatan yang baik, menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia.[7]Guna mewujudkan salah satu tujuan utama SDGs berupa menjamin kehidupan yang sehat maka pada tahun 2013 SDGs mentargetkan untuk mengakhiri kematian bayi dan balita pada tahun 2030, oleh karena itu ditetapkan target penurunan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1000 kelahiran hidup.Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui terdapat ketidaksesuaian target penurunan angka kematian

[6]Dinas Kesehatan, 2017, *Data Kematian Balita* ,Yogyakarta : Dinkes
[7]Kementrian Kesehatan RI, 2015,*Upaya Kesehatan Anak*, Jakarta:Kemenkes RI

bayi dan balita yang ditetapkan oleh SDGs baik di Indonesia maupun di DIY hal tersebut ditunjukkan melalui tabel sebagai berikut :

Tabel 1.1 Jumlah AKB dan AKABA di Indonesia dan DIY periode tahun 2016-2017

Target Penurunan AKB dan AKABA oleh SGDs tahun 2013	AKB dan AKABA di Indonesia Tahun 2016	AKB dan AKABA di Indonesia Tahun 2017	AKB dan AKABA di DIY tahun 2016	AKB dan AKABA di DIY tahun 2017
AKB sejumlah 12 per 1.000 KH	AKB sejumlah 22,23 per 1.000 KH	AKB sejumlah 24 per 1.000 KH	AKB dan AKABA sejumlah 30 kasus	AKB dan AKABA sejumlah 33 kasus
AKABA sejumlah 25 per 1.000 KH	AKABA sejumlah 26,29 per 1.000 KH	AKABA sejumlah 32 per 1.000 KH		

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY periode Tahun 2016-2017

Meningkatnya angka kematian bayi dan balita menunjukkan bahwa tidak terpenuhinya hak anak atas kelangsungan hidup.

Program SGDs untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita dapat tercapai dengan adanya pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita. Hal tersebut juga didukung oleh Pemerintah dengan cara menetapkan ketentuan Pasal 21 ayat (1) Permenkes Nomor 25 tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak, berbunyi : pelayanan kesehatan bayi , anak balita dan prasekolah ditujukan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup bayi , anak balita dan prasekolah.

Pelayanan kesehatan tersebut menurut Pasal 21 ayat (2) Permenkes Nomor 25 tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak dilakukan melalui : pemberian asi eksklusif, pemberian makanan pendamping asi (MPASI) mulai usia 6 bulan, pemberian imunisasi dasar lengkap, pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan, pemberian vitamin A, upaya

pola mengasuh anak, pemantauan pertumbuhan, pemantauan perkembangan, pemantauan gangguan tumbuh kembang, MTBS dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) sebagai salah satu upaya kesehatan anak memiliki pengertian suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh.[8]Kegiatan MTBS memiliki tujuanuntuk menurunkan kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak balita di unit rawat jalan kesehatan dasar seperti Puskesmas danPuskesmas Pembantu.Bila dilaksanakan dengan baik, upaya ini tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian bayi dan balita. Dikatakan lengkap karena meliputi upaya promotif berupa konseling, *preventif*(pencegahan), *kuratif* (pengobatan), perbaikan gizi dan imunisasi.

Pedoman pelaksanaan MTBS terdapat pada Permenkes Nomor 25 tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak, disebutkan bahwa dalam menyelenggarakan MTBS, perawat dan bidan harus dibawah supervisi dokter yang telah diberikan pelatihan.[9]MTBS dilaksanakan oleh perawat dan bidan terlatih, dalam penyelenggaraan MTBS, perawat dan bidan sebagaimana

[8]Departemen Kesehatan RI, 2008, *Modul MTBS Revisi tahun 2008*.Jakarta : Depkes RI

[9]Lihat Pasal 25 ayat (1) huruf a, b, c Permenkes No. 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak

dimaksud harus dibawah supervisi dokter yang telah diberikan pelatihan.[10] Tugas tenaga kesehatan sebagai pelaksana program MTBS antara lain : penilaian dan klasifikasi anak sakit melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium sederhana guna mendeteksi tanda bahaya umum, pengobatan dengan mengajarkan ibu cara pemberian obat oral di rumah dan mengajarkan pemberian cairan tambahan pada diare, memberikan konseling pada ibu berupa konseling gizi dan cara pemberian makan pada anak, konseling tentang peningkatan cairan ketika anak sakit, dan konseling tentang kapan ibu harus kembali periksa ke tenaga kesehatan dan memberikan pelayanan tindak lanjut.Sesuai dengan ketentuan Pasal 25 ayat (2) Permenkes Nomor 25 tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak disebutkan bahwa MTBS dilaksanakan oleh perawat dan bidan terlatih. Pelayanan kesehatan anak oleh bidan dapat diselenggarakan di rumah sakit, Puskesmas, klinik bersalin dan unit-unit kesehatan lainnya di masyarakat.[11]

Apabila dikaitkan dengan program MTBS diketahui bahwa bidan memiliki beberapa peran penting diantaranya adalah sebagai pelaksana pelayanan MTBS dan sebagai pendidik melalui konsultasi dan pendidikan kesehatan terkait dengan penatalaksanaan balita sakit berupa pengenalan tanda dan gejala penyakit, penanggulangan dehidrasi, konseling gizi dan kapan ibu harus membawa balitanya periksa di bidan atau fasilitas kesehatan lain.Sebagian besar balita sakit dibawa berobat ke Puskesmas, sehingga diharapkan Puskesmas menerapkan MTBS serta turut membantu dalam upaya

[10]Lihat Pasal 25 ayat (2) huruf a,b Permenkes No. 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak
[11]Nazriah, 2009. *Konsep Dasar Kebidanan*, Banda Aceh : Yayasan Pena

pemerataan pelayanan kesehatan dan dapat menurunkan angka kematian balita. Keberhasilan penerapan MTBS di Puskesmastidak terlepas dari adanya sumber daya manusia yang kompeten melalui pelatihan teknis MTBS bagi perawat atau bidan dibawah supervisi dokter, kelengkapan sarana dan prasarana pendukung pelaksanaan MTBS seperti kelengkapan alat medis dan kecukupan obatan-obatan.

Guna mengetahui keberhasilan penerapan MTBS di Kabupaten Kulon Progo yang diketahui memiliki angka kematian balita tertinggi yaitu sejumlah 13 balita, maka peneliti melakukan *survey* pendahuluan terhadap tiga Puskesmas yang ada di Kulon Progo yaitu Kecamatan Panjatan, Kecamatan Galur dan Kecamatan Samigaluh. Hasil *survey* pendahuluan menunjukkan bahwa 2 dari Kecamatan tersebut yaitu Kecamatan Panjatan dan Kecamatan Samigaluh telah menggunakan MTBS dengan didukung fasilitas yang memadai seperti ruangan tersendiri, format yang disediakan cukup, serta petugas kesehatan yang melayani juga terampil dan sesuai dengan rasio pasien yang berkunjung.

Namun terdapat satu Puskesmas yang belum melaksanakan MTBS dengan baik yaitu PuskesmasKecamatan Galur, beberapa kekurangan yang ditemukan oleh peneliti berdasarkan survey pendahuluan adalah : jumlah petugas pelaksana MTBS yang ada Puskesmastidak sesuai dengan rasio pasien yang cukup banyak (jumlah pemberi pelayanan terbatas), format pelaporan yang harus diisi terlalu banyak sehingga waktu pelayanan kurang efisien, Pelayanan MTBS diPuskesmas dilakukan oleh bidan, perawat yang

belum memiliki sertifikat kompetensi MTBS, dokter tidak melaksanakan suprvisi melainkan hanyamenerima konsul dan rujukan.

Hal tersebut di dukung dengan ditemukannya kasus balita yang mengalami *stunting* (manusia kerdil atau tubuh pendek) akibat gizi buruk di 10 desa dari 88 desa di Kabupaten Kulon Progo dengan jumlah mencapai 19 balita pada bulan Agustus tahun 2018.[12] Hal ini erat kaitannya dengan MTBS karena dalam tata cara pemberian MTBS terdapat tahapan pemberian informasi gizi dan makanan tambahan dan hal tersebut tidak dilakukan oleh bidan atau perawat di Puskesmas. Masih adanya Puskesmas yang belum melaksanakan MTBS dengan baik mengakibatkan belum terpenuhinya hak anak untuk tumbuh dan berkembang dengan baik, dimana bidan memiliki peran aktif sebagai pelaksana pelayanan tersebut.

Hal yang telah diuraikan di atas menjadi dasar bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang **" Peran bidan dalam manajemen terpadu balita sakit (MTBS) ditinjau dari perspektif hak anakpadaPuskesmas diKabupaten Kulon Progo"**.

B. Pembatasan Masalah

Penelitian dilaksanakan pada Kabupaten Kulon Progo dikarenakan di wilayah tersebut ditemukan angka kematian bayi dan balita tertinggi.Secara administratif Kulon Progo terbagi menjadi 12 Kecamatan, 87 desa dengan

[12]Tomi Sudjatmiko, 2018, *Kulon Progo Penduduk Alami Stunting Tertinggi di DIY*, Yogyakarta : Kedaulatan Rakyat jogja, Ed 28 Agustus 2018, hal :1, dapat diakses pada : http://krjogja.com/web/news/read/75756/Kulonprogo_Penduduk_Alami_Stunting_Tertinggi_di_DIY

197 dusun. Pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Kulon Progo dilaksanakan pada 21 Puskesmas di Wilayah Kulon Progo . Mengingat luasnya wilayah tersebut maka peneliti membatasi wilayah penelitian pada tiga Puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Galur, Kecamatan Panjatan dan Kecamatan Samigaluh.

Puskesmas Kecamatan Galur dipilih karena ketersediaan jumlah bidan pelaksana MTBS yang tidak sesuai dengan rasio pasien yang cukup banyak, Puskesmas Kecamatan Panjatan dipilih karena memiliki cakupan teritorial yang paling luas dan Puskesmas Kecamatan Samigaluh yang berada di ujung keterjangkauan pelayanan kesehatan. Keadaan geografis tersebut membuat kedua Kecamatan ini tidak terjangkau oleh fasilitas pelayanan sekunder seperti rumah sakit, sehingga fasilitas pelayanan primer seperti Puskesmas menjadi pilihan utama masyarakat yang ada di wilayah Kecamatan Panjatan dan Kecamatan Samigaluh. Terbatasnya jumlah dokter di Puskesmas menjadikan bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak sehingga dapat diketahui bahwa bidan memiliki peran yang cukup besar pada upaya pelayanan kesehatan anak melalui MTBS di wilayah Kecamatan Panjatan dan Samigaluh.

C. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, peneliti ingin mengangkat beberapa pokok permasalahan untuk dibahas, yaitu sebagai berikut:

1. Bagaiman pengaturan peran bidan dalam MTBSpada Puskesmas di wilayah Kabupaten Kulon Progo?
2. Bagaimana pelaksanaan peran bidan dalam pemenuhan hak anak melalui pelayanan MTBS padaPuskesmasdi wilayah Kabupaten Kulon Progo?
3. Apakah terdapat faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran bidan dalam pemenuhan hak anak melalui pelayanan MTBS padaPuskesmasdi wilayah Kabupaten Kulon Progo?

D. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui pengaturan tentang peran bidan dalam MTBSpadaPuskesmasdi wilayah Kabupaten Kulon Progo.
2. Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan peran bidan dalam pemenuhan hak anak melalui pelayanan MTBS padaPuskesmasdi Kabupaten Kulon Progo.
3. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran bidan dalam pemenuhan hak anak melalui pelayanan MTBS padaPuskesmasdi Kabupaten Kulon Progo.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dan pelaksanaan ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

   Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan adalah dapat dijadikan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan terkait dengan hukum kesehatan. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang landasan hukum pemenuhan hak anak

atas kesehatan dan memberikan informasi terkait penatalaksanaan program MTBS di Puskesmas.

2. Manfaat Praktis

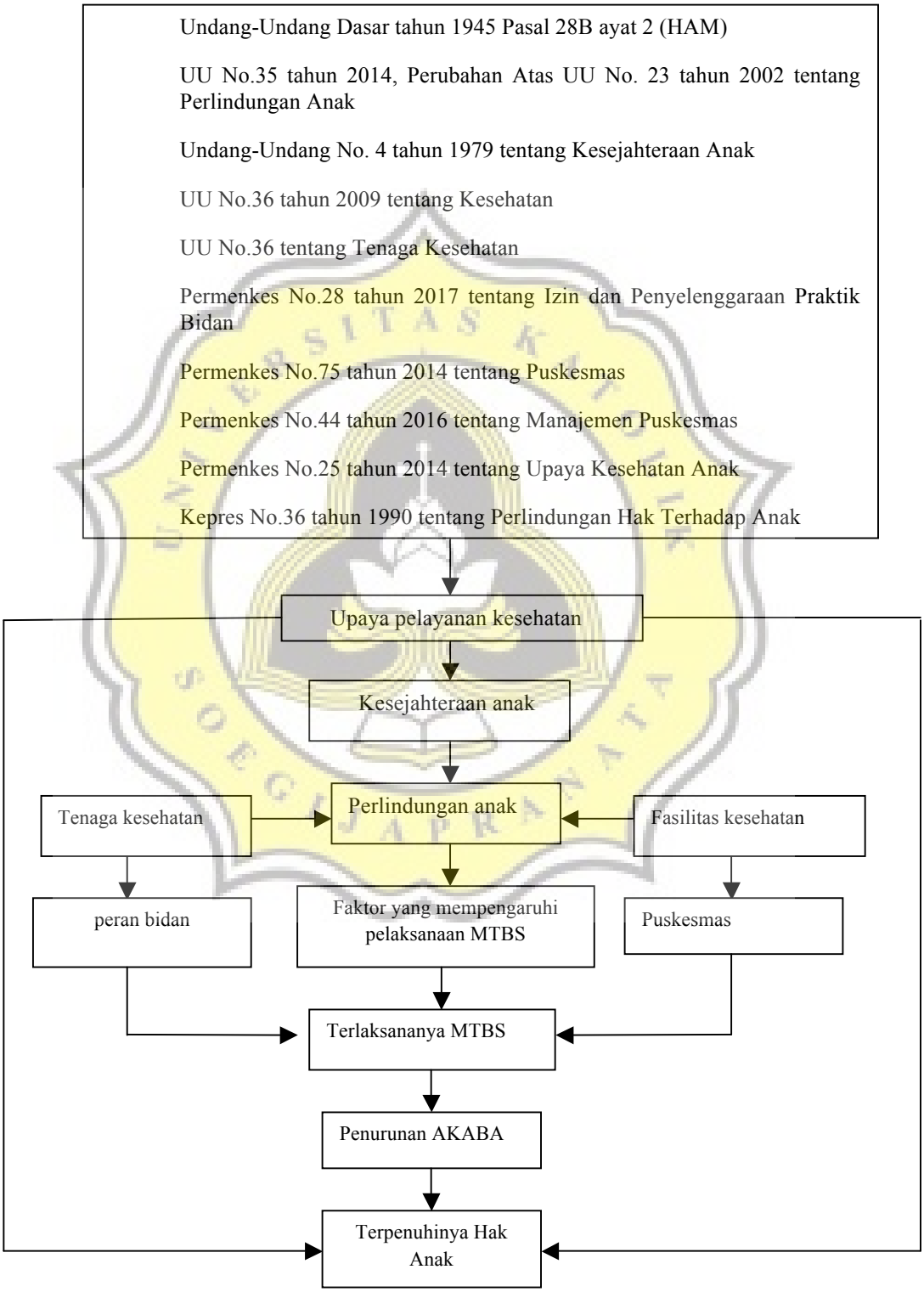
   a. Bagi Puskesmas dan tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan MTBSdapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan langkah-langkah agar pelayanan kesehatan lebih baik, sehingga dapat membantu menurunkan angka kematian bayi dan balita.

   b. Bagi akademisi diharapkan hasil penelitian ini dapat membantu memberikan tambahan dalam perkembangan ilmu pengetahuan, dan juga dapat digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya di bidang hukum kesehatan terkait dengan peran bidan dalam manajemen terpadu balita sakit ditinjau dari perspektif hak anak di Puskesmas.

   c. Bagi Pemerintah diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi penerapan program MTBS sebagai salah satu program pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan anak dan sebagai rujukan dalam mengevaluasi peraturan perundang-undangan yang ada terkait dengan pelayanan MTBS.

F. Kerangka Pemikiran

1. Kerangka Konsep



2. Kerangka Teori

Hak asasi manusia (selanjutnya disingkat HAM) memiliki pengertian seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugrah yang wajib dihormat, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan hakikat dan martabat manusia.[13]Hak asasi manusia merupakan segala hal yang mutlak agar satu makhluk hidup bisa disebut manusia, anak dapat dikategorikan sebagai manusia sehingga hak asasi tersebut juga dimiliki oleh anak. Untuk mencapai tujuan dari hak asasi anak ini, perlu diusahakan suatu kondisi dimana setiap anak dapat melaksanakan hak dan kewajibannya, dan sedapat mungkin harus diusahakan dalam berbagai bidang kehidupan bernegara dan bermasyrakat.[14]Pada teori hukum HAM terdapat dua kewajiban hukum utama negara yaitu[15]:

1) *Primary rules* yaitu kewajiban ini berkenaan dengan kewajiban negara untuk tidak melakukan pelanggaran HAM baik melalui tindakan, maupun pendiaman, termasuk menjamin secara aktif hak-hak tersebut. Kewajiban dalam *primary rules* ini masih diklasifikasikan menjadi tiga bentuk kewajiban, antara lain :

---

[13]Mansyur E dan Taufani S. E, 2014,*HAM dalam dinamika atau dimensi hukum,politik ekonomi,sosial*, Bogor : Ghalia Indonesia. Hal 289

[14]Beniharmoni Harefa,2016,*Kapita Selekta Perlindungan Hukum Bagi Anak*,Yogyakarta: Deepublish, hal 155

[15]Chrisbiantoro, 2010, *Kewajiban Negara dalam Penanganan Kasus-kasus Pelanggaran HAM yang Berat di Indonesia*, Yogyakarta : Oak Foundation

a) Kewajiban menghormati *(to respect)*, kewajiban menghormati mengharuskan negara menahan diri untuk tidak campur tangan dalam dinikmatinya hak.

b) Kewajiban melindungi *(to protect)*, kewajiban melindungi mengharuskan negara mencegah pelanggaran hak oleh pihak ketiga.

c) Kewajiban memenuhi *(to fulfil)*, kewajiban memenuhi mengharuskan negara mengambil tindakan-tindakan legislatif, administratif, financial, hukum dan tindakan-tindakan lain yang memadai guna pelaksanaan hak sepenuhnya.

2) *Secondary rules* berkenaan dengan kewajiban negara untuk mencegah pelanggaran , menyelidikinya ketika terjadi melakukan proses hukum kepada pelaku dan melakukan reparasi atas kerugian yang timbul.

Sesuai dengan teori hukum HAM untuk tidak melakukan pelanggaran HAM *(primary rules)* , maka negara memiliki kewajiban untuk melindungi *(to protect)*hak asasimanusia termasuk bagi anak atas kesehatan melalui Pasal 28 B ayat (2) UUD 1945 menyebutkan bahwa : setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Anak merupakan karunia Tuhan Yang Maha Esa, yang harus dijaga karena dalam dirinya melekat harkat, martabat dan hak-hak sebagai manusia yang harus dijunjung tinggi. Anak merupakan masa depan bangsa

dan generasi penerus cita-cita bangsa, sehingga setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, berpartisipasi serta berhak atas perlindungan dari tindak kekerasan dan diskriminasi serta hak sipil dan kebebasan.[16] Berdasarkan Deklarasi Hak Anak yang disahkan oleh PBB pada 20 November 1959 disebutkan bahwa terdapat perlindungan hak anak yang dibedakan sebagai berikut[17] :

a. Perlindungan yang bersifat yuridis yang meliputi perlindungan dalam :
   1) Bidang hukum publik
   2) Bidang hukum keperdataan.
b. Perlindungan yang bersifat non yuridis meliputi :
   1) Bidang sosial
   2) Bidang kesehatan
   3) Bidang kependidikan

Perlindungan di bidang kesehatan bagi anak antara lain :

a. Pemerintah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang komprehensif bagi anak.
b. Orang tua dan keluarga bertanggung jawab menjaga kesehatan anak , jika tidak mampu melaksanakan tanggung jawab maka Pemerintah wajib memenuhinya.
c. Negara, pemerintah, keluarga dan orang tua wajib mengusahakan agar anak lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.

---

[16]W.J.S, Poerwadarminta, 1976, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, Jakarta : PN Balai Pustaka

[17]Irma Setyowati, 1990, *Aspek Hukum Perlindungan Anak*, Jakarta : CV Bumi Aksara, hal : 20

d. Negara, pemerintah, keluarga dan orang tua wajib melindungi anak dari upaya transplantasi organ tubuhnya untuk pihak lain.

e. Negara, pemerintah, keluarga dan orang tua wajib melindungi anak dari perbuatan :

   1) Pengambilan organ tubuh anak dan/atau jaringan tubuh anak tanpa memperhatikan kesehatan anak.
   2) Jual beli organ dan/atau jaringan tubuh anak.
   3) Penelitian kesehatan yang menggunakan anak sebagai objek penelitian tanpa seizin orang tua dan tidak mengutamakan kepentingan yang terbaik bagi anak.

Perlindungan hak-hak anak dalam bidang kesehatan yang bersifat yuridis dijamin oleh Pemerintah melalui beberapa ketentuan peraturan terdapat pada Pasal 28 H ayat (1)Undang-Undang Dasar 1945 dirumuskan bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, tanpa terkecuali anak memiliki hak yang sama untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hak untuk hidup sehat merupakan hak dasar yang harus dijamin oleh negara, karena kesehatan merupakan komponen penting bagi setiap kehidupan manusia. Menurut Pasal 2 ayat (2) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak disebutkan bahwa anak berhak atas kesejahteraan, perawatan, asuhan dan bimbingan berdasarkan kasih sayang baik dalam

keluarganya maupun dalam asuhan khusus untuk tumbuh dan berkembang dengan wajar. Dalam hal ini anak berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak baik oleh keluarga maupun tenaga kesehatan sehingga kesejahteraan anak dapat tercapai. Menurut Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (selanjutnya disebutUndang-Undang Kesehatan) menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan, kemudian berdasarkan Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Kesehatan menyebutkan setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Dalam hal ini setiap orang yang dimaksud adalah termasuk bagi anak, memiliki hak yang sama atas kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, maksud dari pelayanan yang aman dan bermutu adalah pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar prosedur yang ditetapkan. Ketentuan mengenai upaya kesehatan anak diatur pada Pasal 131 ayat (1) dan ayat (2) menjelaskan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk menyiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Kemudian upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan dan sampai berusia 18 tahun. Dalam hal ini anak berhak mendapatkan upaya pemeliharaan kesehatan melalui deteksi tumbuh kembang anak, pemenuhan gizi anak, pemberian pelayanan kesehatan, serta pemberian imunisasi dalam rangka pencegahan

penularan penyakit, hal tersebut juga diatur pada Pasal 130 Undang-Undang Kesehatan yang menyebutkan Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Atas dasar ketentuan tersebut di atas maka pemerintah menetapkan beberapa ketentuan terkait dengan hak anak atas kesehatan, diantaranya terdapat pada :

a. Pasal 14 ayat (1) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah berbunyi : urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah kabupaten/kota diantaranya penanganan bidang kesehatan dan penanggulangan masalah sosial. Berdasarkan uraian tersebut diketahui bahwa pemerintah daerah kabupaten/kota wajib memberikan penanganan bidang kesehatan termasuk penanganan kesehatan bagi anak.
b. Berdasarkan ketentuan di atas maka pemerintah menetapkan ketentuan Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 Tentang RPJMN pada bab 28 menyatakan peningkatan akses masyarakat terhadap kesehatan berkualitas disebutkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Tentunya anak-anak dalam berbagai kelompok umur mempunyai hak optimal untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Dengan dasar beberapa ketentuan di atas maka anak dan haknya atas kesehatan harus dibijaksanakan bahwa anak mulai dari dalam kandungan hingga usia 18 tahun harus dilindungi (fisik, jiwa dan sosial) agar dapat

tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai dengan harkat dan martabatnya. Sehingga tujuannya jelas yaitu pemerintah (negara) bertanggung jawab atas kesehatan diharapkan dapat memberikan peningkatan status kelangsungan hidup anak dimulai dari perinatal hingga usia 18 tahun melalui pembangunan kesehatan.

Perlindungan hak asasi anak dijamin oleh hukum melalui peraturan perundang-undangan, sehingga pelaksanaannya harus memenuhi nilai dasar hukum meliputi keadilan, kemanfaatan dan kepastian hukum. Keadilan sebagai salah satu nilai dasar hukum memiliki pengertian tidak berat sebelah, tidak memihak atau tidak sewenang-wenang.[18]Teori keadilan menjadi landasan utama yang harus diwujudkan melalui hukum yang ada. Aristoteles menegaskan bahwa keadilan adalah inti dari hukum, sehingga keadilan dipahami dalam pengertian kesamaan, namun bukan kesamarataan. Terdapat dua macam keadilan yaitu keadilan *distributif* yaitu keadilan yang memberikan kepada tiap orang porsi menurut prestasinya, dan keadilan komunikatif yaitu memberikan sama banyaknya kepada setiap orang tanpa membeda-bedakan prestasinya.[19]Menurut Hans Kelsen mengemukakan bahwa keadilan sebagai pertimbangan nilai yang bersifat subjektif sehingga pengertian keadilan bermakna *legalitas* sehingga suatu peraturan umum adalah "adil" apabila benar-benar diterapkan.Sedangkan keadilan dalam prespektif hukum nasional adalah

[18]Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 2001, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta : Balai Pustaka, hal : 517

[19]Syakirguns, 2011, *Teori Keadilan dalam Prespektif Hukum Nasional*, Jakarta : Sinar Grafika

keadilan yang menselaraskan keadilan-keadilan yang bersifat umum diantara sebagian dari keadilan-keadilan individu. Keadilan ini lebih menitikberatkan keseimbangan hak dan kewajiban.[20]Terkait dengan keseimbangan hak dan kewajiban, upaya yang dilakukan pemerintah dalam rangka pemenuhan hak anak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang adalah dengan menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan ini terdiri atas upaya pelayanan kesehatan perseorangan dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat.

Upaya pelayanan kesehatan perseorangan merupakan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga diberikan dalam bentuk *promotif* (promosi kesehatan), *preventif* (pencegahan), *kuratif* (pengobatan) dan *rehabilitatif* (pemulihan).[21] Upaya pelayanan kesehatan ini dapat diselenggarakan di unit fasilitas pelayanan kesehatan.Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud dapat berupa Puskesmas, praktik mandiri tenaga kesehatan, rumah bersalin dan rumah sakit. Puskesmas sebagai salah satu jenis pelayanan kesehatan memiliki pengertian fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif*.[22]Puskesmas memiliki tiga fungsi diantaranya sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat, sebagai pusat pembinaan peran

[20]*Ibid*
[21]Notoatmodjo Soekidjo, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta, hal : 5
[22]Suhadi, 2015, *Perencanaan Puskesmas*, Jakarta : TIM, hal :3

serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat, dan sebagai pusat pemberian pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu dan bermutu kepada masyarakat.Fungsi Puskesmas tersebut dapat terselenggara dengan baik dengan adanya sumber daya manusia berupa tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan.

Tenaga kesehatan memiliki pengertian setiap individu yang bekerja atau mengabdi di bidang kesehatan, cukup pengetahuan, keterampilan serta pernah menempuh pendidikan di bidang kesehatan.[23] Terdapat beberapa jenis tenaga kesehatan diantaranya : dokter, perawat, bidan, terapis, dan tenaga keteknisian medis.Bidan sebagai salah satu jenis tenaga kesehatan memiliki pengertian seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat, diberi ijin secara sah untuk menjalankan praktek.[24] Ruang lingkup pelayanan yang dapat diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangannya menurut Pasal 18 Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan antara lain pelayanan kesehatan ibu mencakup ibu hamil, ibu nifas dan masa antara dua kehamilan, pelayanan kesehatan anak mencakup bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah serta pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.Ruang lingkup pelayanan kesehatan oleh bidan diselenggarakan dalam bentuk pelayanan kebidanan. Bidan memegang peran penting dalam pelaksanaan pelayanan

[23]Saifudin Azwar, 2010, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Tangerang : Bina Rupa
[24]Mustika Sofyan.2006.*BidanMenyongsong Masa Depan*.Jakarta : IBI

kebidanan termasuk pada pelayanan kesehatan anak. Adapun pengertian dari peran adalah aspek yang dinamis dalam kedudukan terhadap sesuatu, apabila seseorang melakukan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka ia menjalankan suatu peran.[25] Pengertian lain dari peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh seseorang sesuai kedudukan (hukum) di masyarakat. Terdapat beberapa jenis peran ditinjau dari prespektif hukum, antara lain[26] :

a. Peran *Imperatif*

   Merupakan sarana sosial yang dapat merubah kesadaran menjadi tindakan-tindakan yang nyata. Peran menunjukkan bagaimana orang seharusnya bertindak.

b. Peran *Fakultatif*

   Peran merupakan norma-norma yang mencerminkan dan menggambarkan bagaimana orang-orang dalam suatu keadaan tertentu seharusnya bertindak, yang mana peran ini lebih mengutamakan norma-norma atau kaidah-kaidah yang mengatur peran imperatif.

Terdapat beberapa peran bidan secara umum, diantaranya : peran sebagai pendidik dengan tujuan meningkatkan pengetahuan pasien tentang kondisi kesehatannya, peran sebagai advokasi dengan melakukan pendekatan kepada organisasi atau seseorang yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program, peran sebagai motivator bertujuan menumbuhkan dan mengembangkan kepercayaan diri masyarakat dalam

[25]Soekanto,soerjono.2002. *Teori Peranan*.Jakarta,Bumi Aksara, hal : 22

[26]Hanintijo Ronny, 1995, *Studi Hukum Dan Masyarakat*, Bandung : PT Alumni, hal:42

hal kesehatan dan peran sebagai fasilitator merupakan peranan yang berkaitan dengan upaya dalam menstimulasi dan mendukung upaya- upaya masyarakat sehingga mempermudah kegiatan yang dilakukan masyarakat dalam bidang kesehatan.[27] Faktor-faktor yang mempengaruhi peran bidan antara lain : usia, pengetahuan, tingkat pendidikan, kemampuan, dan masa kerja.

Pemenuhan hak asasi anak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang dilaksanakan melalui upaya pelayanan kesehatan anak oleh bidan. Berdasarkan Pasal 25 ayat (1) huruf c Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan memiliki tugas dalam penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan. Penanganan bayi dan balita sakit dilakukan melalui program Manajemen Terpadu Balita Sakit (selanjutnya disebut MTBS).MTBS merupakan suatu pendekatan yang terintegrasi / terpadu dalam tata laksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak berusia 0-59 bulan secara menyeluruh di unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan dasar.[28]MTBS merupakan salah satu bentuk wujud pelaksanaan kewajiban negara *to fulfill* atau memenuhi, sehingga negara mengambil tindakan financial berupa alokasi dana anggaran belanja negara atau anggaran belanja daerah untuk pelaksanaan program MTBS, program vaksinasi gratis dan pembagian PMT (pemberian makanan tambahan) di Puskesmas sehingga anak mendapatkan hak sepenuhnya atas

[27]Yulaikah Lily, 2017, *Buku Ajar Konsep Kebidanan*, Yogyakarta : CV. Budi Utama
[28]Lihat Pasal 1 Angka 10 Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak

kesehatan.Tujuan dari program MTBS adalah menjamin terpenuhinya hak-hak anak agar dapat hidup,tumbuh, dan berkembang sesuai dengan harkat martabat kemanusiaan dan memberikan perlindungan kepada anak dari kekerasan dan diskriminasi, demi terwujudnya Anak Indonesia yang berkualitas, berakhlak mulia dan sejahtera. Pelaksanaan pelayanan MTBS menggunakan dasar Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak pada ketentuan tersebut terdapat pada :

a. Pasal 25 ayat (1) menjelaskan bahwa MTBS dilaksanakan untuk meningkatkan sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan dan keterampilan ibu serta pengasuh anak dalam perawatan anak serta pencarian pertolongan kesehatan, serta meningkatkan kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit.
b. Pasal 25 ayat (2) menjelaskan bahwa MTBS dilaksanakan oleh perawat dan bidan terlatih.
c. Pasal 25 ayat (3) menjelaskan bahwa perawat dan bidan harus dibawah supervisi dokter yang telah diberikan pelatihan.

Berdasarkan uraian tersebut diketahui bahwa MTBS dilaksanakan oleh bidan dan perawat terlatih. Namun apabila dalam suatu daerah tidak terdapat tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan, maka tenaga kesehatan lain yang terlatih dapat menerima penugasan. Penugasan tersebut dilakukan dinas kesehatan setempat setelah memperoleh pertimbangan dari organisasi profesi terkait.[29]

[29]Sertiana,rika,2017, *Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Yogyakarta:Nuha Medika

Tata laksana pelayanan MTBS antara lain melalui pemeriksaan, baik berupa pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan laboratorium sederhana, melakukan pengobatan (*kuratif*) apabila ditemukan penyakit atau balita dinyatakan sakit, memberikan pelayanan promotif berupa promosi kesehatan tentang pemenuhan gizi bayi dan perkembangan tumbuh kembang bayi, memberikan konseling cara pemberian obat oral di rumah dan anjuran untuk pemeriksaan ulang, kemudian pemantauan perkembangan kesehatan bayi, pencatatan dan pelaporan.[30]Sesuai dengan ketentuan bahwa MTBS dilaksanakan di unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas, alasannya adalah sebagian besar balita sakit dibawa berobat ke Puskesmas. Dalam memulai penerapan MTBS diPuskesmas, pertama kali harus dilakukan penilaian terhadap jumlah kunjungan balita sakit perhari. Seluruh balita sakit yang datang ke Puskesmas diharapkan ditangani dengan pendekatan MTBS, bila jumlah kunjungan tidak banyak (kurang dari 10 kasus perhari) akan tetapi bila perbandingan jumlah petugas kesehatan yang telah dilatih MTBS dan jumlah balita sakit perhari cukup besar maka penerapan MTBS di Puskesmas dilakukan secara bertahap.Dalam memulai penerapan tidak ada patokan khusus besarnya presentase kunjungan balita sakit yang ditangani dengan pendekatan MTBS. Tiap Puskesmas perlu memperkirakan kemampuannya mengenai seberapa besar balita sakit yang akan ditangani pada saat awal penerapan dan kapan dicapai cakupan 100%. Penerapan

[30]Depkes RI, 2008, *Modul MTBS Revisi Tahun 2008*, Jakarta : Dirjen Bina kesehatan Anak

MTBS di Puskesmas secara bertahap dilaksanakan sesuai dengan keadaan pelayanan rawat jalan di tiap Puskesmas.[31]Kegiatan pencatatan dan pelaporan kegiatan MTBS di Puskesmas dilaksanakan setiap bulan di Puskesmas diteruskan ke dinas kesehatan kebupaten/kota melakukan analisis bagi pengambilan keputusan atau kebijakan dan tindak lanjut dan melaporkan ke dinas kesehatan provinsi kemudian melaporkan ke menteri.

Berdasarkan penjabaran uraian di atas dapat diketahui bahwa terdapat keterkaitan antara MTBS dengan hak anak dengan kewajiban atau peran bidan dengan penjelasan sebagai berikut hak anak atas kesehatan salah satunya dijamin oleh negara melalui Pasal 131 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Kesehatan menjelaskan bahwa anak berhak mendapatkan upaya pemeliharaan kesehatan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan dan sampai berusia 18 tahun. Upaya kesehatan anak ini merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anak dalam bentuk pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah, Pemerintah daerah dan / atau masyarakat.[32] Salah satu bentuk upaya kesehatan anak bagi anak usia 0-59 bulan adalah melalui MTBS yang diselenggarakan pada unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan

[31]Kemetrian KesehatanRepublik Indonesia,2004,*Modul Manajemen terpadu balita sakit*,Jakarta: Kemenkes RI

[32]Lihat Pasal 1angka 9 Permenkes No. 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak

dasar. Menurut Pasal 25 ayat (2) Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak menjelaskan bahwa MTBS dilaksanakan oleh bidan terlatih. Berdasarkan ketentuan tersebut maka diketahui bahwa bidan memiliki peran atau kewajiban dalam menyelenggarakan kegiatan MTBS. Sesuai dengan kewajiban bidan sebagai tenaga kesehatan maka pelayanan tersebut harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

G. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan tesis yang berjudul "Peran bidan dalam manajemen terpadu balita sakit (MTBS) ditinjau dari perspektif hak anak di Puskesmas Kabupaten Kulon Progo" menggunakan metode penelitian yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Metode Pendekatan

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yuridis sosiologis. Metode ini dipilih untuk menemukan alasan yuridis dan sosiologis melalui penemuan fakta dilapangan mengapa masih ditemukan angka kematian bayi ketika program MTBS sudah dijalankan. Dalam penelitian ini analisis pendekatan menekankan pada aspek yuridis dan sekaligus membahas aspek sosial yang melingkupi gejala hukum tertentu.[33] Aspek yuridis dalam hak anak adalah Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 35Tahun 2014

[33]Widanti Agnes, et all., 2009, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Thesis*, Cetakan kedua, Semarang: Penerbit Universitas Katolik Seogijapranata, hlm. 8

Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak danPermenkes Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak maupun peraturan perundang-undangan yang lain. Sedangkan aspek sosiologis yang diteliti adalah peran bidan dalam manajemen terpadu balita sakit ditinjau dari perspektif hak anak.

Peneliti menggunakan pendekatan yuridis sosiologis yang menguraikan mengenai lokasi penelitian dan alasan obyektif pemilihan lokasi, populasi dan teknik sampling yang digunakan. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan studi dokumentasi, menggunakan teknik wawancara semi terstruktur, wawancara secara individual, jenis instrumen wawancaranya dan menjelaskan instrumen wawancara yang digunakan.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian dalam tesis ini adalah deskriptif analitis, yaitu menggambarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dikaitkan dengan teori-teori hukum, dan praktek pelaksanaan hukum yang menyangkut permasalahan diatas. Penelitian deskriptif merupakan jenis penelitian yang memberikan gambaran atau uraian atas suatu keadaan sejelas mungkin terhadap obyek yang diteliti.[34]

Penelitian ini bersifat deskriptif diharapkan akan diperoleh suatu gambaran yang bersifat rinci, menyeluruh dan sistematis mengenai

[34]Soekanto Soerjono,2007,*Pengantar Penelitian Hukum,* Jakarta: UI Press, hlm. 10

bagaimana peran bidan dalam manajemen terpadu balita sakit dan ketentuan hukum terhadap hak anak, kemudian dilakukan suatu analisis terhadap data yang diperoleh dan pada akhirnya didapat pemecahan masalah.

3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi variabel sevara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, yang memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena.[35] Berikut beberapa definisi yang dipakai dalam penelitian ini:

a. Peran : seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh seseorang sesuai kedudukan (hukum) atau dalam masyarakat.
b. Bidan : seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
c. Manajemen Terpadu Balita Sakit : manajemen untuk menangani balita sakit yang bersifat terpadu yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.Dimulai dari penilaian berupa pemeriksaan gejala dan tanda-tanda yang muncul, pembuatan klasifikasi, pemberian tindakan dan kemudian di akhiri dengan melakukan konseling. Pemberian intervensi pun terpadu pula dengan

[35]Hidayat, A, 2011, *Metode Penelitian Kebidanan dan Tekhnik Analisis*. Jakarta: Salemba Medika, hlm. 86

melibatkan tiga komponen utama yaitu pengobatan(kuratif), pencegahan (preventif), serta promosi (promotif).[36]

d. Hak Anak : Hak asasi anak merupakan bagian dari hak asasi manusia yang termuat dalam undang-undang 1945 pasal 28B ayat (2) yaitu setap anak berhak atas kelangsungan hidup,tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

4. Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan jenis data primer dan data sekunder dengan penjelasan sebagai berikut :

a. Data primer

Data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari sumber utama.[37] Pada penelitian ini pengumpulan data primer dilakukan melalui studi lapangan dengan cara pengumpulan data primer melalui wawancara.

b. Data Sekunder

Data sekunder yaitu sumber data yang tidak memberikan informasi secara langsung kepada pengumpul data. Sumber data sekunder ini dapat berupa hasil pengolahan lebih lanjut dari data primer yang disajikan dalam bentuk lain atau orang lain

[36]Depkes RI. Op.Cit, hal : 12
[37]Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Bandung: Alfabeta, hlm. 225

Data sekunder dapat berupa bahan-bahan hukum yang terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier , yaitu :

1) Bahan Hukum Primer

Bahan Hukum primer adalah bahan hukum yang sifatnya mengikat[38]. Dalam hal ini yang menjadi bahan hukum primer adalah :

a) Undang-Undang Dasar tahun 1945 pasal 28B ayat 2 (HAM)
b) Undang-UndangNomor 35Tahun 2014 Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak
c) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak
d) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
e) Undang-UndangNomor 36 Tentang Tenaga Kesehatan
f) Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan penyelenggaraan praktek bidan
g) Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas
h) Permenkes Nomor 44 tahun 2016 Tentang Manajemen Puskesmas
i) Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak

[38]SoekantoSoerjono, *op.cit.*hlm. 52

j) Kepres Nomor 36 tahun 1990 Tentang Perlindungan Hak Terhadap Anak

2) Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang memberi penjelasan mengenai bahan hukum primer[39]. Bahan hukum sekunder dalam penelitian ini adalah

a) Buku-buku tentang peran bidan
b) Buku-buku tentang hukum penyelenggaraan praktek Bidan
c) Buku tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit
d) Buku tentang Hukum Hak Anak
e) Buku tentang Hukum Perlindungan Anak
f) Buku tentang Puskesmas
g) Bahan-bahan acuan lain yang relevan dengan permasalahan yang diteliti, baik dalam bentuk mekanik(*hard file)*maupun elektronik (*soft file)*

3) Bahan hukum tersier

Bahan hukum tersier merupakan bahan hukum yang mendukung bahan huku primer dan bahan hukum sekunder dengan memberikan pemahaman dan pengertianatas bahan hukum lainnya.[40] Bahan hukum tersier dalam penelitian ini adalah

[39]HanitijoRonny, 1994, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Jakarta : Ghalia Indonesia. hlm. 12

[40]Peter Mahmud marzuki, 2009, *Penelitian hukum*, Jakarta:Kencana Prenanda Group,hal 93

kamus hukum, Kamus Besar Bahasa Indonesia, Kamus Bahasa Inggris Indoensia, dan Ensiklopedia Hukum.

5. Metode pengumpulan Data

Dalam penelitian ini menggunakan beberapa metode penelitian data, yaitu sebagai berikut

a. Studi kepustakaan

Studi pustaka adalah pembahasan yang berdasarkan pada buku –buku referansi yan bertujuan untuk memperkuat materi pembahasan maupun sebagai dasar untuk menggunakan rumus tertentu dalam menganalisa dan mendesain suatu struktur.[41]

b. Studi lapangan

Adapun teknik yang digunakan adalah menggunakan metode wawancara. Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu.Pengumpulan data melalui wawancara terbuka dilaksanakan berdasarkan pedoman pertanyaan. Cara yang digunakan dalam pengambilan sample penelitian untuk wawancara adalah dengan *purposive sampling* .

[41]Sugiyono, *op.cit,* hlm. 82

Purposive sampling ini diterapkan apabila peneliti benar benar ingin menjamin bahwa unsur-unsur yang hendak ditelitinya masuk kedalam sampel yang ditariknya.[42]Penentuan sample penelitian untuk wawancara adalah dengan tiga orang narasumber yaitu :

a) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo
b) Kepala Puskesmas Kecamatan Galur, Panjatan, dan Samigaluh Kulon Progo
c) Bidan Koordinator Puskesmas Kecamatan Galur, Panjatan, dan SamigaluhKulon Progo.

Kemudian wawancara juga dilaksanakan kepada 15 orang responden meliputi :

d) Tiga orang bidan pelaksana pelayanan KIA pada PuskesmasKecamatan Galur, Panjatan dan SamigaluhKulon Progo
e) Tiga orang bidan Puskesmas pelaksana posyandu di desa binaan PuskesmasKecamatan Galur, Panjatan dan Samigaluh Kulon Progo.
f) Tiga orang kader posyandu desa binaan Puskesmas Kecamatan Galur, Panjatan dan Samigaluh Kulon Progo.

[42]Soerjono Soekanto, op.cit. hlm. 196

g) Tiga orang ibu pasien klinik KIA di Puskesmas Kecamatan Galur, Panjatan dan Samigaluh Kulon Progo.

h) Tiga orang ibu pasien posyandu di desa binaan PuskesmasKecamatan Galur, Panjatan dan Samigaluh Kulon Progo.

6. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan adalah metode kualitatif, yaitu data yang diperoleh disusun secara sistematis kemudian dianalisis secara kualitatif agar dapat diperoleh kejelasan masalah yang dibahas.Tujuan digunakan analisis kualitatif adalah suatu cara penelitian yang menghasilkan data deskriptif analitis, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan dan juga perilakunya yang nyata diteliti dan dipelajari sebagai sesuatu yang utuh .[43] Setalah analisis data selesai, maka hasilnya akan disajikan secara deskriptif yaitu dengan menuturkan dan menggambarkan apa adanya sesuai dengan permasalahan yang diteliti, sehingga menghasilkan kesimpulan akhir yang menyerupai yang menyerupai jawaban atas permasalahan yang diteliti,sehingga menghasilkan kesimpulan akhir yang menyerupai jawaban atas permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini sebagi karya ilmiah berbentuk tesis. Berdasarkan hasil analisis ditarik kesimpulan secara induktif, yaitu

[43]SoekantoSoerjono,*op.cit.* hlm. 12

pengambilan kesimpulan hasil penelitian bersifat khusus (premis minor) ke hal-hal yang bersifat umum (premis mayor: peraturan / teori / asas / doktrin).[44]

H. Sistematika Penulisan Tesis

Sistematika penulisan tesis dibagi 4 (empat)bab, yaitu :

Bab I : pendahuluan, berisi latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penelitian dan penyajian

Bab II : tinjuan Pustaka, berisi uraian mengenai peran bidan dalam MTBS di tinjau dari perspektif hak anakdi Puskesmas Kabupaten Kulon Progo serta peraturan perundangan yang mendukung penelitian sebagi dasar untuk menganalisa masalah yang di bahas.

Bab III : hasil penelitian berupa penjabaran hasil wawancara dengan narasumber maupun responden yang disusun secara sistematis sehingga dapat memberikan informasi terkait dengan penelitian ini dan pembahasan, berisi pembahasan mengenai pokok permasalahan, yaitu bagaimana peran bidan dalam MTBS ditinjau dari perspektif hak anak di Puskesmas Kabupaten Kulon Progo

Bab IV : penutup, berisi kesimpulan dari hasil pembahasan dan saran-saran yang diharapkan dapat berguna bagi institusi pendidikan dan Puskesmas.

[44]SoekantoSoerjono,*op.cit.* hlm. 12