

BAB III

Etika, Komunikasi, dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Maternitas

Siti Juariah, S.ST., M.H.Kes., Bd.

A. Etika dan Keselamatan sebagai Fondasi Pelayanan Maternitas

Pelayanan maternitas berlangsung pada fase kehidupan yang sehat secara fisiologis, tetapi dapat berubah menjadi kegawatdaruratan dalam waktu singkat. Di dalamnya terdapat dua penerima manfaat yang saling berhubungan, yaitu perempuan dan janin atau bayi, serta keluarga yang ikut membentuk keputusan. Kompleksitas ini membuat mutu klinis tidak dapat dipisahkan dari etika dan komunikasi. Tindakan yang secara teknis tepat belum tentu bermutu apabila dilakukan tanpa penjelasan, persetujuan, privasi, atau penghormatan terhadap pilihan perempuan. Sebaliknya, komunikasi yang hangat tanpa kemampuan mengenali bahaya juga tidak cukup menjamin keselamatan. Pelayanan maternitas yang baik menyatukan kompetensi klinis, penghormatan martabat, pengambilan keputusan bersama, dan sistem pencegahan bahaya yang dapat dihindari (World Health Organization [WHO], 2021a, 2024a).

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai kerangka kegiatan terorganisasi yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan untuk menurunkan risiko secara konsisten, mengurangi kejadian bahaya yang dapat dihindari, serta mengurangi dampaknya ketika insiden terjadi. Rencana Aksi Global Keselamatan Pasien 2021–2030 menempatkan pelayanan yang aman dan menghormati pasien sebagai tujuan sistem kesehatan, bukan sekadar tanggung jawab individu. Dalam pelayanan maternitas, kerangka tersebut mencakup pencegahan perdarahan, hipertensi, infeksi, kesalahan obat, keterlambatan rujukan, dan cedera neonatal, sekaligus pencegahan tindakan tanpa persetujuan, perlakuan merendahkan, diskriminasi, dan pengabaian kebutuhan emosional (WHO, 2021a, 2021b).

Etika klinis memberi arah tentang apa yang seharusnya dilakukan ketika terdapat beberapa pilihan, nilai, atau kepentingan yang mungkin berbeda. Keselamatan pasien memberi metode

untuk mengenali bagaimana proses pelayanan dapat gagal dan bagaimana kegagalan itu dicegah. Komunikasi menghubungkan keduanya. Melalui komunikasi, tenaga kesehatan memperoleh riwayat yang akurat, menjelaskan risiko dan manfaat, memastikan persetujuan, membangun koordinasi tim, melakukan eskalasi, serta melibatkan perempuan dan keluarga dalam deteksi perubahan kondisi. Karena itu, masalah komunikasi tidak boleh dipandang sebagai persoalan keramahan semata. Informasi yang hilang, ambigu, terlambat, atau tidak dipahami dapat menghasilkan keputusan yang salah dan memperbesar risiko cedera (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2023; WHO, 2023a).

Pelayanan maternitas mencakup masa prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, menyusui, keluarga berencana, dan perawatan bayi baru lahir. Pada setiap tahap terdapat titik rawan yang berbeda. Pada antenatal, kegagalan dapat berupa tidak dikenalnya faktor risiko atau hasil pemeriksaan yang tidak ditindaklanjuti. Pada persalinan, kegagalan dapat berupa pemantauan yang tidak lengkap, keterlambatan mengenali perburukan, atau koordinasi yang tidak jelas. Pada masa nifas, bahaya dapat muncul setelah ibu pulang ketika tanda perdarahan, infeksi, hipertensi, atau gangguan mental tidak dipahami. Pendekatan keselamatan harus mengikuti seluruh kontinum, termasuk transisi antarunit dan antarfasilitas (WHO, 2022a; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2024a).

Hak pasien dan keselamatan saling memperkuat. Hak atas informasi memungkinkan perempuan mengenali tanda bahaya dan berpartisipasi dalam keputusan. Hak atas privasi mendorong pengungkapan riwayat sensitif secara jujur. Hak atas pelayanan tanpa diskriminasi meningkatkan akses kelompok rentan. Hak untuk didengar memungkinkan keluhan tentang perubahan kondisi menjadi sinyal dini. Patient Safety Rights Charter menegaskan hak atas pelayanan tepat waktu, proses yang aman, tenaga yang kompeten, informasi, akses rekam medis, pengambilan keputusan yang didukung, martabat, kerahasiaan, keterlibatan keluarga, serta penyelesaian yang adil setelah insiden. Hak-hak tersebut relevan langsung bagi praktik kebidanan sehari-hari (WHO, 2024a, 2024b).

Pandangan bahwa keselamatan semata-mata berarti “tidak melakukan kesalahan” cenderung menghasilkan budaya menyalahkan. Pelayanan modern memahami bahwa insiden biasanya terbentuk oleh interaksi faktor pasien, tugas, teknologi, lingkungan, tim, organisasi, dan kebijakan. Seorang bidan dapat lupa menyampaikan hasil laboratorium karena sistem tidak memberi penanda; petugas dapat menunda eskalasi karena hierarki; obat dapat salah diberikan karena label mirip; dan rujukan dapat terlambat karena tanggung jawab transportasi tidak jelas. Pertanggungjawaban profesional tetap penting, tetapi perbaikan harus menelusuri kondisi yang

memungkinkan kegagalan, bukan berhenti pada siapa yang terakhir menyentuh pasien (WHO, 2021a; Kemenkes RI, 2022a).

Di Indonesia, pelayanan aman juga memiliki dasar hukum dan regulasi. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menempatkan mutu, keselamatan, hak pasien, kompetensi tenaga kesehatan, dan tanggung jawab fasilitas dalam penyelenggaraan kesehatan. Peraturan pelaksanaannya memperinci kewajiban pelayanan dan tata kelola. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 mengatur indikator nasional mutu, sedangkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 mengatur rekam medis sebagai sumber informasi klinis dan bukti kesinambungan pelayanan. Standar akreditasi rumah sakit dan sistem rujukan memperkuat kebutuhan identifikasi pasien, komunikasi efektif, manajemen risiko, pelaporan insiden, serta koordinasi antarfasilitas (Republik Indonesia, 2023, 2024; Kemenkes RI, 2022a, 2022b, 2024a).

B. Prinsip Etika, Hak, dan Pengambilan Keputusan Klinis

Empat prinsip yang sering digunakan dalam etika klinis adalah menghormati otonomi, berbuat baik, tidak merugikan, dan berlaku adil. Otonomi berarti perempuan memperoleh informasi yang memadai dan ruang untuk mengambil keputusan sesuai nilai serta preferensinya. Berbuat baik mengarahkan tenaga kesehatan memilih intervensi yang memberikan manfaat. Tidak merugikan menuntut pengurangan risiko tindakan maupun risiko tidak bertindak. Keadilan menuntut pelayanan berdasarkan kebutuhan tanpa diskriminasi. Keempat prinsip tidak selalu menghasilkan jawaban otomatis; fungsinya adalah membantu mengurai alasan, kepentingan, pilihan, serta konsekuensi secara transparan ketika tim menghadapi dilema (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; WHO, 2024a).

Otonomi bukan berarti tenaga kesehatan hanya menyerahkan semua pilihan kepada pasien tanpa dukungan. Dalam pelayanan maternitas, istilah teknis, ketidakpastian, nyeri, kecemasan, dan keterbatasan waktu dapat menyulitkan keputusan. Otonomi yang bermakna memerlukan penjelasan yang dapat dipahami, kesempatan bertanya, eksplorasi nilai, dan rekomendasi profesional yang jujur. Tenaga kesehatan boleh merekomendasikan pilihan terbaik berdasarkan bukti, tetapi harus membedakan rekomendasi dari paksaan. Kalimat “Ibu harus” perlu diganti dengan uraian mengenai kondisi, pilihan yang tersedia, manfaat dan risikonya, alasan rekomendasi, serta apa yang mungkin terjadi bila tindakan ditunda atau ditolak (ACOG, 2021; Shuler et al., 2023).

Informed consent merupakan proses komunikasi berkelanjutan, bukan tanda tangan semata. Unsurnya mencakup kapasitas mengambil keputusan, informasi yang relevan,

pemahaman, kesukarelaan, dan persetujuan. Informasi mencakup diagnosis atau kondisi, tujuan tindakan, manfaat yang diharapkan, risiko material, alternatif termasuk tidak melakukan tindakan, dan kesempatan menarik persetujuan. Pada persalinan, persetujuan perlu diperbarui ketika kondisi atau rencana berubah. Formulir membantu dokumentasi, tetapi tidak dapat menggantikan percakapan. Meminta tanda tangan saat perempuan kesakitan setelah keputusan praktis telah dibuat tidak memenuhi semangat persetujuan yang bermakna (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Kapasitas keputusan bersifat spesifik terhadap keputusan dan waktu. Nyeri, kelelahan, obat, gangguan kesadaran, gangguan mental, atau kondisi gawat dapat memengaruhi kemampuan memahami dan menimbang informasi. Kapasitas tidak boleh dinilai hanya dari tingkat pendidikan, status sosial, usia dewasa muda, disabilitas, atau perbedaan pendapat dengan petugas. Bila kapasitas diragukan, tenaga kesehatan perlu menyederhanakan informasi, mengurangi gangguan, mengatasi nyeri, menggunakan penerjemah, dan memberi waktu bila aman. Dalam kegawatdaruratan yang benar-benar mengancam nyawa ketika pasien tidak mampu dan wakil tidak tersedia, tindakan dapat dilakukan sesuai ketentuan, dengan alasan dan proses yang didokumentasikan secara rinci (Republik Indonesia, 2023, 2024).

Konflik dapat muncul ketika perempuan menolak transfusi, induksi, pemeriksaan vaginal, pemantauan, seksio sesarea, atau intervensi lain yang dinilai tim bermanfaat. Penolakan bukan akhir komunikasi dan bukan bukti ketidakmampuan. Tim perlu menilai pemahaman, alasan, pengalaman sebelumnya, nilai budaya atau agama, ketakutan, biaya, dan kemungkinan alternatif. Risiko harus dijelaskan tanpa ancaman atau rasa malu. Tekanan seperti “kalau bayi meninggal itu salah Ibu” merusak hubungan terapeutik dan dapat menjadi bentuk paksaan. Dokumentasi penolakan memuat informasi yang diberikan, pertanyaan pasien, pilihan alternatif, rencana pemantauan, dan tanda bahaya (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Kepentingan janin sering menimbulkan dilema, tetapi perempuan hamil tetap merupakan pasien dengan hak atas integritas tubuh dan keputusan. Upaya melindungi janin dilakukan melalui hubungan kepercayaan, rekomendasi berbasis bukti, akses terhadap pilihan yang aman, dan pengurangan hambatan, bukan melalui penghukuman. Perspektif yang hanya melihat perempuan sebagai sarana bagi keselamatan janin berisiko mengabaikan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosialnya. Keputusan klinis perlu mempertimbangkan manfaat-risiko bagi keduanya, tingkat kepastian bukti, urgensi, alternatif yang kurang invasif, serta nilai perempuan yang akan menjalani konsekuensi tindakan (ACOG, 2021; WHO, 2025a).

Keadilan menuntut perhatian khusus pada pasien yang menghadapi hambatan lebih besar: remaja, perempuan miskin, penyandang disabilitas, migran, kelompok bahasa minoritas, pasien tanpa pasangan, korban kekerasan, atau perempuan dengan penyakit menular. Perlakuan yang sama tidak selalu adil apabila kebutuhan berbeda. Penerjemah, akses fisik, materi mudah dibaca, waktu konsultasi tambahan, pendamping pilihan, mekanisme pembiayaan, dan rujukan perlindungan dapat diperlukan agar kesempatan memperoleh pelayanan aman benar-benar setara. Diskriminasi dan stereotip dapat menghasilkan pengabaian keluhan, tindakan tanpa izin, atau penundaan pertolongan (WHO, 2024a, 2025a).

C. Komunikasi Terapeutik dan Pengambilan Keputusan Bersama

Komunikasi terapeutik dimulai dengan membangun rasa aman. Tenaga kesehatan memperkenalkan diri dan perannya, memastikan identitas pasien, menanyakan cara panggilan yang disukai, menjaga privasi, dan menjelaskan tujuan percakapan atau pemeriksaan. Pertanyaan terbuka seperti “Apa yang paling Ibu khawatirkan?” membantu mengungkap prioritas yang mungkin tidak muncul dari daftar pertanyaan klinis. Mendengarkan aktif ditunjukkan melalui perhatian, jeda, klarifikasi, dan rangkuman. Respons empatik mengakui pengalaman tanpa membuat janji palsu, misalnya “Saya melihat Ibu sangat cemas; mari kita bahas apa yang sedang terjadi dan pilihan yang tersedia” (WHO, 2025a; Cantor et al., 2024).

Bahasa harus konkret, singkat, dan bebas jargon. Istilah seperti preeklamsia, fetal distress, induksi, atau atonia perlu dijelaskan dengan kata sehari-hari tanpa menghilangkan ketepatan. Informasi sebaiknya dibagi menjadi bagian kecil, dimulai dari hal yang paling penting. Angka risiko dapat disampaikan dalam bentuk frekuensi absolut dan kerangka waktu, bukan hanya istilah “jarang” atau “tinggi”. Bila bukti tidak pasti, ketidakpastian perlu disebutkan. Kejujuran mengenai keterbatasan tidak mengurangi kepercayaan; sebaliknya, pernyataan yang terlalu pasti dapat merusak hubungan ketika hasil tidak sesuai harapan (ACOG, 2021; WHO, 2024a).

Metode teach-back membantu memastikan pemahaman tanpa menguji atau mempermalukan pasien. Petugas dapat mengatakan, “Agar saya yakin penjelasan saya jelas, dapatkah Ibu menceritakan kembali kapan harus segera kembali ke fasilitas?” Jika jawaban belum tepat, petugas memperbaiki penjelasannya, bukan menyalahkan pasien. Teknik ini penting saat menjelaskan tanda bahaya, aturan obat, perawatan luka, jadwal kontrol, menyusui, atau pemantauan bayi. Materi tertulis, gambar, dan Buku KIA mendukung percakapan, tetapi tidak menggantikan konfirmasi pemahaman, terutama pada pasien dengan literasi kesehatan terbatas (Kemenkes RI, 2024b; WHO, 2022a).

Pengambilan keputusan bersama menggabungkan bukti terbaik dengan nilai dan preferensi pasien. Prosesnya dapat diringkas menjadi menyatakan bahwa ada keputusan, menjelaskan pilihan, membandingkan manfaat-risiko, mengeksplorasi hal yang penting bagi pasien, dan mencapai keputusan atau rencana peninjauan. Dalam pilihan cara persalinan setelah seksio sebelumnya, misalnya, pembahasan tidak cukup menyebut “normal” atau “operasi”. Tim perlu menjelaskan peluang keberhasilan, risiko ruptur, konsekuensi operasi ulang, kesiapan fasilitas, pengalaman persalinan sebelumnya, rencana keluarga, dan preferensi perempuan. Bukti menunjukkan pendekatan bersama dapat mengurangi konflik keputusan dan meningkatkan pengetahuan (Yu et al., 2024).

Rencana persalinan dapat menjadi alat komunikasi, bukan kontrak yang kaku. Percakapan mengenai pendamping, mobilitas, pengendalian nyeri, posisi melahirkan, kontak kulit, menyusui, prosedur bayi, dan situasi yang mungkin mengubah rencana membantu menyelaraskan harapan. Tinjauan mengenai birth plan menunjukkan potensinya untuk mendukung pilihan dan dialog, tetapi manfaat bergantung pada cara tenaga kesehatan meresponsnya. Menolak seluruh rencana karena layanan tidak dapat menjamin semua pilihan akan mematikan kesempatan diskusi. Pendekatan yang tepat adalah mengidentifikasi preferensi utama, menjelaskan batasan, dan mencatat kesepakatan serta alternatif (Shareef et al., 2023).

Kabar buruk dan kejadian tidak terduga memerlukan komunikasi terstruktur dan manusiawi. Pada kematian janin, kelainan, kegawatan, atau kebutuhan intervensi darurat, tim perlu menyediakan ruang yang cukup privat, menyampaikan fakta dengan kalimat langsung namun sensitif, memberi jeda, merespons emosi, dan menjelaskan langkah berikutnya. Informasi penting sering perlu diulang karena kapasitas menyerap informasi menurun saat syok. Keluarga dilibatkan sesuai keinginan pasien. Petugas menghindari spekulasi, menyalahkan, atau istilah teknis yang membingungkan. Dukungan berduka dan tindak lanjut harus menjadi bagian rencana, bukan diberikan hanya jika keluarga memintanya (WHO, 2024a).

Komunikasi setelah insiden perlu terbuka, tepat waktu, dan selaras dengan proses organisasi. Pasien dan keluarga berhak mengetahui apa yang diketahui, dampak yang terjadi, tindakan segera untuk mengatasi bahaya, proses penelaahan, serta cara memperoleh dukungan. Permintaan maaf yang empatik dapat disampaikan tanpa berspekulasi mengenai sebab sebelum investigasi selesai. Informasi baru diberikan ketika tersedia. Dokumentasi percakapan harus akurat dan tidak defensif. Transparansi bukan hanya kewajiban etik; keterbukaan memungkinkan pasien berpartisipasi dalam pemulihan dan mendorong organisasi belajar dari pengalaman (WHO, 2021a, 2024a).

D. Komunikasi Interprofesional, Serah Terima, dan Eskalasi

Keselamatan maternitas bergantung pada tim yang meliputi bidan, perawat, dokter, dokter spesialis, anestesi, tenaga neonatal, laboratorium, farmasi, bank darah, gizi, dan petugas rujukan. Peran harus jelas, tetapi batas profesi tidak boleh menghambat penyampaian kekhawatiran. Kolaborasi interprofesional yang efektif ditandai tujuan bersama, penghargaan terhadap kompetensi, komunikasi tepat waktu, keputusan transparan, dan pertanggungjawaban. Pada kegawatdaruratan, kepemimpinan perlu dinyatakan, tugas dibagi dengan nama, dan penerimaan instruksi dikonfirmasi. Tanpa struktur tersebut, beberapa orang dapat mengerjakan tugas sama sementara tugas kritis terlewat (Rayburn & Jenkins, 2021; AHRQ, 2023).

SBAR—Situation, Background, Assessment, Recommendation—membantu menyampaikan masalah secara ringkas. Situation menyebut identitas dan masalah mendesak; Background memuat konteks relevan; Assessment menyampaikan temuan dan penilaian; Recommendation menyatakan tindakan yang dibutuhkan. Contoh: “Ibu A, 34 minggu, tekanan darah 170/110 disertai nyeri ulu hati; ada riwayat hipertensi; refleks meningkat dan proteinuria positif; saya menilai preeklamsia berat dan meminta dokter menilai sekarang serta menyiapkan protokol kegawatdaruratan.” SBAR tidak menggantikan penalaran klinis, tetapi mencegah pesan berhenti pada data tanpa permintaan tindakan (AHRQ, 2023; Fliegenschmidt et al., 2023).

Closed-loop communication penting saat situasi cepat. Pemberi instruksi menyebut nama penerima, tugas, dosis atau waktu secara jelas; penerima mengulang; pemberi mengonfirmasi; kemudian penerima melaporkan ketika selesai. Read-back wajib digunakan untuk hasil kritis atau instruksi verbal sesuai kebijakan. Pada resusitasi atau perdarahan, komunikasi ini mengurangi asumsi bahwa orang lain telah mengerjakan tugas. Tim juga perlu melakukan call-out untuk membagikan informasi penting secara serentak, misalnya perubahan kesadaran, jumlah perdarahan, tekanan darah, atau respons terhadap terapi. Komunikasi tertutup sangat sederhana, tetapi membutuhkan latihan agar menjadi kebiasaan (AHRQ, 2023).

Serah terima merupakan transfer informasi sekaligus tanggung jawab. Serah terima yang aman mencakup identitas, usia kehamilan atau hari postpartum, diagnosis, alergi, hasil penting, terapi, respons, masalah aktif, risiko yang diperkirakan, tugas yang belum selesai, dan kriteria eskalasi. Informasi disampaikan tanpa gangguan sejauh mungkin dan penerima diberi kesempatan bertanya. Catatan tertulis harus konsisten dengan komunikasi lisan. Pasien juga dapat dilibatkan untuk mengoreksi informasi dan memahami rencana, selama privasi tetap

dijaga. Protokol terstruktur seperti SBAR atau I-PASS meningkatkan keandalan dibanding percakapan yang sepenuhnya bergantung pada ingatan (McCarthy et al., 2025).

Eskalasi klinis harus didasarkan pada kondisi pasien, bukan senioritas petugas. Bidan yang melihat perburukan berkewajiban menyampaikan kekhawatiran dengan tegas dan menyebut urgensi. Teknik two-challenge rule memungkinkan kekhawatiran diulang bila respons pertama tidak memadai. CUS—concerned, uncomfortable, safety issue—memberi bahasa bertahap untuk menyatakan bahwa situasi telah menjadi masalah keselamatan. Bila tetap tidak tertangani, petugas mengikuti rantai komando. Organisasi harus melindungi staf yang berbicara dengan itikad baik. Keselamatan psikologis terbukti mendukung komunikasi, pembelajaran, dan kinerja keselamatan tim (Dietl et al., 2023; AHRQ, 2023).

Briefing sebelum dinas atau prosedur menyepakati rencana, peran, risiko, kesiapan alat, dan kemungkinan perubahan. Huddle dilakukan singkat ketika kondisi berkembang untuk menyusun ulang prioritas. Debrief setelah kejadian membahas apa yang berjalan baik, apa yang perlu diperbaiki, dan siapa yang menindaklanjuti. Debrief bukan forum mencari kesalahan personal, melainkan alat belajar. Pada persalinan risiko tinggi, simulasi interprofesional membantu tim berlatih komunikasi dan koordinasi dalam kondisi jarang tetapi berbahaya. Penelitian menunjukkan pelatihan obstetri berbasis simulasi dapat memperbaiki tata laksana perdarahan dan menurunkan morbiditas maternal komposit (Lutgendorf et al., 2024).

Rujukan aman dimulai sebelum kendaraan berangkat. Fasilitas pengirim menstabilkan pasien sesuai kemampuan, menghubungi penerima, menyampaikan kondisi dan kebutuhan, memastikan penerimaan, menyiapkan dokumen serta obat, menentukan pendamping kompeten, dan mengantisipasi perburukan selama perjalanan. Fasilitas penerima memberikan umpan balik. Komunikasi “silakan dirujuk” tanpa konfirmasi kapasitas, kesiapan darah, ruang operasi, atau neonatal dapat memindahkan risiko, bukan menyelesaikannya. Permenkes Nomor 16 Tahun 2024 menegaskan koordinasi dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan; prinsip ini harus diterjemahkan ke dalam prosedur maternitas yang operasional (Kemenkes RI, 2024a).

E. Manajemen Risiko pada Kontinuum Pelayanan Maternitas

Identifikasi pasien yang benar merupakan langkah awal setiap tindakan. Minimal dua identitas digunakan dan dicocokkan dengan gelang, rekam medis, label spesimen, obat, serta bayi. Nomor kamar tidak boleh menjadi identitas. Sebelum pengambilan darah, pemberian obat, transfusi, prosedur, pemindahan, dan penyerahan bayi, petugas meminta pasien

menyebutkan identitas bila mampu lalu mencocokkannya. Bayi baru lahir diberi identitas segera sesuai prosedur dan hubungan ibu-bayi diverifikasi. Kesalahan identitas dapat menyebabkan obat, hasil laboratorium, ASI perah, atau bayi diberikan kepada orang yang salah sehingga kontrol ini tidak boleh dianggap administratif (Kemenkes RI, 2022a, 2022c).

Pengkajian antenatal yang aman memadukan riwayat, pemeriksaan, hasil penunjang, dan konteks sosial. Temuan abnormal harus masuk dalam daftar masalah, diberi tingkat urgensi, ditindaklanjuti, dan dikomunikasikan kepada pasien. Sistem perlu mencegah hasil kritis berhenti di laboratorium atau aplikasi tanpa penerima yang bertanggung jawab. Rencana tindak lanjut menyebut siapa melakukan apa dan kapan. Pasien memperoleh penjelasan mengenai hasil, obat, jadwal, dan tanda bahaya. Prinsip keselamatan diagnostik menuntut pasien dan keluarga diposisikan sebagai mitra yang dapat menyampaikan perubahan, ketidaksesuaian informasi, atau hambatan mengikuti rencana (WHO, 2023a, 2024c).

Pada persalinan, pemantauan harus teratur, terdokumentasi, dan menghasilkan tindakan ketika ambang tertentu tercapai. Data denyut jantung janin, kontraksi, kemajuan persalinan, cairan, tanda vital, nyeri, dan kondisi umum tidak cukup hanya dicatat; tren perlu ditafsirkan. Kelainan yang menetap memerlukan evaluasi, komunikasi, dan eskalasi. Alat bantu seperti grafik atau sistem peringatan dini mendukung pengenalan pola, tetapi tidak menggantikan penilaian klinis. Risiko meningkat ketika beban kerja menyebabkan pengamatan terputus, ambang eskalasi tidak sama, atau tanggung jawab tindak lanjut tidak jelas (WHO, 2021b; Kemenkes RI, 2022c).

Perdarahan obstetri membutuhkan kesiapan sistem: penilaian risiko, pengukuran kehilangan darah, obat uterotonik, akses intravena, laboratorium, bank darah, alat, protokol aktivasi, dan tim yang telah berlatih. Pengamatan visual cenderung meremehkan jumlah darah, sehingga metode kuantitatif digunakan sesuai kebijakan. Komunikasi harus menyebut kehilangan kumulatif, tanda vital, respons terapi, dan permintaan bantuan secara eksplisit. Setelah stabil, dilakukan debrief dan peninjauan proses. Simulasi menunjukkan bahwa latihan tim dapat meningkatkan penggunaan intervensi yang tepat dan menurunkan transfusi masif serta morbiditas maternal (Lutgendorf et al., 2024).

Gangguan hipertensi memerlukan pengukuran tekanan darah yang benar, konfirmasi hasil berat, penilaian gejala dan organ, pemberian terapi tepat waktu, serta rencana persalinan atau rujukan. Kesalahan dapat terjadi karena manset tidak sesuai, angka abnormal dianggap akibat kecemasan, hasil tidak dikomunikasikan, obat tertunda, atau pemantauan setelah pulang tidak jelas. Edukasi kepada perempuan dan keluarga mencakup sakit kepala berat, gangguan

penglihatan, nyeri ulu hati, sesak, kejang, dan perubahan mendadak. Keterlibatan pasien penting karena hipertensi postpartum dapat muncul setelah keluar dari fasilitas (WHO, 2022a; Kemenkes RI, 2024b).

Keselamatan obat mencakup rekonsiliasi, alergi, indikasi, dosis, rute, waktu, interaksi, penyimpanan, pelabelan, dan pemantauan respons. Obat berisiko tinggi seperti magnesium sulfat, oksitosin, insulin, antikoagulan, anestetik, dan elektrolit konsentrat memerlukan kontrol tambahan sesuai kebijakan. Konsentrasi dan satuan harus ditulis jelas; singkatan berbahaya dihindari; instruksi verbal dibaca ulang. Pompa infus tidak menghilangkan risiko bila program salah. Perempuan dan keluarga perlu mengetahui nama, tujuan, cara penggunaan, efek samping penting, serta kapan mencari bantuan, termasuk untuk obat yang dibawa pulang (WHO, 2021a; AHRQ, 2023).

Pencegahan infeksi meliputi kebersihan tangan, teknik aseptik, penggunaan alat pelindung, sterilisasi, kebersihan lingkungan, pengelolaan alat invasif, profilaksis yang tepat, serta deteksi dini infeksi ibu dan bayi. Etika mendukung praktik ini melalui kewajiban tidak merugikan dan keadilan bagi setiap pasien. Kepatuhan tidak cukup bergantung pada pengetahuan; fasilitas harus memastikan air, sarana cuci tangan, alat, obat, beban kerja, dan supervisi. Edukasi pulang menjelaskan demam, nyeri memburuk, cairan berbau, kemerahan luka, gangguan minum bayi, hipotermia, atau penurunan aktivitas sebagai tanda mencari pertolongan (WHO, 2022a).

Transisi pulang merupakan titik risiko. Sebelum pulang, tim memastikan kondisi ibu dan bayi, hasil pemeriksaan, obat, rencana kontrol, hasil yang masih tertunda, dukungan menyusui, kontrasepsi, kesehatan mental, dan kesiapan keluarga. Informasi diberikan lisan dan tertulis dengan teach-back. Nomor kontak dan tempat pertolongan harus spesifik. Rencana mempertimbangkan transportasi, biaya, bahasa, dan kemampuan keluarga. Pada keluarga dengan kerentanan, tindak lanjut aktif atau kunjungan rumah dapat diperlukan. Pengalaman postnatal yang positif tidak hanya ditentukan oleh tidak adanya komplikasi, tetapi oleh informasi, dukungan, penghormatan, dan kesinambungan pelayanan (WHO, 2022a, 2024d).

F. Respectful Maternity Care, Privasi, dan Perlindungan Kelompok Rentan

Respectful maternity care adalah pelayanan yang mempertahankan martabat, privasi, kerahasiaan, kebebasan dari perlakuan buruk, pilihan berdasarkan informasi, dan dukungan berkelanjutan. Konsep ini melampaui sikap sopan. Pelayanan yang menghormati membutuhkan kebijakan, sumber daya, lingkungan, kompetensi, dan mekanisme akuntabilitas.

Tinjauan sistematis menunjukkan definisi dan alat ukur masih bervariasi, tetapi unsur penghormatan, komunikasi, dukungan emosional, otonomi, dan perlakuan adil konsisten muncul. Bukti juga menunjukkan intervensi perlu menasar tenaga, organisasi, dan sistem, bukan hanya pelatihan perilaku individu (Cantor et al., 2024; Jolivet et al., 2021).

Bentuk perlakuan tidak hormat meliputi kekerasan fisik atau verbal, tindakan tanpa persetujuan, pengabaian, diskriminasi, pelanggaran privasi, penahanan karena biaya, pembatasan pendamping tanpa alasan, dan hilangnya kerahasiaan. Sebagian praktik dapat dinormalisasi sebagai “agar pasien menurut” atau “ demi keselamatan bayi”. Namun, rasa takut dan penghinaan dapat menghambat perempuan menyampaikan keluhan, menurunkan kepercayaan, mengurangi kunjungan berikutnya, dan menimbulkan trauma. Pelayanan aman harus menilai bukan hanya hasil klinis, tetapi juga pengalaman pasien dan apakah prosesnya menjaga hak (WHO, 2025a; Gebeyehu et al., 2023).

Privasi mencakup tubuh, percakapan, ruang, dan data. Pintu atau tirai ditutup saat pemeriksaan; paparan tubuh dibatasi; jumlah orang di ruangan dijelaskan; dan mahasiswa meminta izin terpisah. Informasi sensitif tidak dibicarakan di koridor atau grup pesan yang tidak aman. Pasien ditanya siapa yang boleh menerima informasi. Kerahasiaan dapat dibatasi oleh kewajiban hukum atau keselamatan, tetapi hanya informasi yang diperlukan yang dibagikan dan alasannya dijelaskan. Rekam medis elektronik tetap memerlukan kontrol akses, autentikasi, pencatatan akses, serta larangan mengambil foto atau membagikan data tanpa dasar yang sah (Kemenkes RI, 2022a; WHO, 2024a).

Pendamping pilihan dapat memberi dukungan emosional, membantu komunikasi, dan mengenali perubahan kondisi. Namun, kehadirannya mengikuti keinginan serta keamanan pasien. Petugas menyediakan kesempatan berbicara tanpa pendamping untuk menilai kekerasan, paksaan, atau kebutuhan rahasia. Pendamping tidak boleh menggantikan suara perempuan yang mampu mengambil keputusan. Bila keluarga mendominasi, petugas mengembalikan pertanyaan kepada pasien dengan hormat. Pada remaja atau pasien yang bergantung secara ekonomi, keseimbangan antara dukungan keluarga, ketentuan hukum, privasi, dan perlindungan memerlukan penilaian cermat (WHO, 2025a).

Perempuan dengan disabilitas membutuhkan komunikasi dan akses yang disesuaikan, bukan asumsi bahwa mereka tidak mampu. Materi dapat disediakan dalam format mudah dibaca, audio, bahasa isyarat, atau dengan waktu tambahan. Pemeriksaan fisik menyesuaikan kebutuhan mobilitas dan kenyamanan. Tenaga kesehatan menanyakan bentuk bantuan yang diinginkan dan berbicara langsung kepada pasien, bukan hanya pendamping. Alat bantu tidak

dipisahkan tanpa persetujuan. Rencana persalinan mempertimbangkan akses ruang, transfer, posisi, sensorik, obat, serta dukungan pascapersalinan. Penyesuaian yang layak merupakan bagian keadilan dan keselamatan (WHO, 2024a, 2025a).

Skrining kekerasan dilakukan secara privat, aman, tidak menghakimi, dan hanya jika tersedia jalur respons. Petugas menjelaskan batas kerahasiaan, menanyakan kebutuhan segera, menilai bahaya, mendokumentasikan secara objektif, dan menghubungkan pasien dengan layanan perlindungan sesuai persetujuan serta ketentuan. Konfrontasi langsung dengan pelaku tanpa rencana dapat meningkatkan risiko. Tanda seperti keterlambatan berobat, cedera, ketakutan, pasangan yang mengontrol, atau jawaban yang berubah perlu meningkatkan kewaspadaan, tetapi tidak boleh digunakan untuk menyimpulkan tanpa percakapan. Keselamatan fisik dan pilihan pasien menjadi pusat respons (Republik Indonesia, 2023, 2024).

Pendidikan tentang respectful care perlu disertai refleksi atas hierarki dan bias. Petugas dapat membawa stereotip mengenai usia, paritas, status perkawinan, cara berpakaian, pekerjaan, penyakit, etnis, atau kemampuan membayar. Bias memengaruhi pilihan kata, waktu yang diberikan, penilaian nyeri, dan kecepatan respons. Audit pengalaman pasien, observasi, umpan balik rahasia, dan diskusi kasus membantu mengidentifikasi pola. Tinjauan intervensi pendidikan menunjukkan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap, tetapi keberlanjutan membutuhkan kepemimpinan, beban kerja yang wajar, sarana, dukungan staf, dan akuntabilitas (Dhakal et al., 2022; WHO, 2025a).

G. Budaya Keselamatan, Pelaporan Insiden, dan Pembelajaran

Budaya keselamatan adalah nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen organisasi terhadap keselamatan. Budaya yang kuat membuat staf berani melaporkan risiko, bertanya, menghentikan proses yang tidak aman, dan belajar dari insiden. Kepemimpinan menunjukkan prioritas melalui alokasi sumber daya, respons terhadap laporan, ronde keselamatan, dan perlakuan adil. Slogan keselamatan tidak bermakna bila staf yang menyampaikan masalah dipermalukan atau tidak pernah melihat perbaikan. Keterlibatan pasien dan keluarga juga penting karena mereka mengamati lintasan pelayanan yang sering terpecah antarunit (WHO, 2021a; AHRQ, 2023).

Just culture membedakan kesalahan manusia yang tidak disengaja, perilaku berisiko, dan perilaku sembrono. Kesalahan manusia membutuhkan penghiburan serta perbaikan sistem; perilaku berisiko membutuhkan pembinaan dan perubahan insentif; perilaku sembrono membutuhkan tindakan akuntabilitas yang proporsional. Kerangka ini tidak menghapus

tanggung jawab, tetapi mencegah semua insiden diperlakukan sama. Bila setiap kesalahan dihukum, staf akan menyembunyikan informasi. Bila semua perilaku dimaafkan atas nama sistem, kepercayaan juga rusak. Respons yang konsisten dan transparan mendukung pelaporan serta keadilan bagi pasien dan petugas (WHO, 2021a).

Pelaporan mencakup kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kondisi tidak aman, dan kejadian sentinel sesuai definisi organisasi. Near miss sangat bernilai karena memperlihatkan kelemahan sebelum pasien cedera. Laporan sebaiknya mudah, rahasia sesuai kebutuhan, dan berfokus pada fakta: apa yang terjadi, kapan, siapa yang terlibat dalam proses, tindakan segera, serta kondisi pasien. Laporan insiden tidak menggantikan dokumentasi klinis. Pasien tetap membutuhkan pelayanan, pencatatan kondisi, komunikasi, dan tindak lanjut. Organisasi harus memberi umpan balik agar pelapor mengetahui bahwa informasi digunakan (Kemenkes RI, 2022b, 2026).

Analisis insiden bertujuan memahami mekanisme, bukan mencari satu akar tunggal. Tim menyusun kronologi, membandingkan proses dengan standar, mengidentifikasi faktor kontribusi, menilai penghalang yang gagal, dan memilih tindakan yang kuat. Faktor dapat berasal dari beban kerja, kompetensi, desain alat, lingkungan, protokol, komunikasi, supervisi, teknologi, atau kebijakan. Rekomendasi seperti “lebih hati-hati” dan “sosialisasi ulang” lemah bila masalahnya adalah desain. Tindakan lebih kuat mencakup standardisasi, penyederhanaan, forcing function, peringatan yang tepat, pengadaan, perubahan alur, dan pengukuran kepatuhan serta hasil (WHO, 2021a).

Audit maternal dan perinatal meninjau kematian, near miss, morbiditas berat, dan proses pelayanan untuk menemukan peluang pencegahan. Data klinis perlu dikombinasikan dengan informasi rujukan, hambatan akses, komunikasi, dan pengalaman keluarga. Pertemuan dilakukan tanpa memperlakukan, dengan kerahasiaan, fasilitator, dan rencana tindakan yang jelas. Setiap rekomendasi memiliki penanggung jawab, batas waktu, indikator, dan pelaporan ulang. Audit kehilangan makna bila kasus terus dibahas tanpa perubahan sistem. Bukti mengenai maternal near miss menunjukkan penggunaannya sebagai indikator dapat membantu mengenali kualitas dan titik keterlambatan dalam rantai pelayanan (Pattinson et al., 2022).

Simulasi dan drill menguji kemampuan sistem menghadapi perdarahan, eklampsia, sepsis, distosia bahu, prolaps tali pusat, resusitasi bayi, atau kegawatan anestesi. Skenario harus mencakup komunikasi, aktivasi tim, akses obat dan darah, dokumentasi, serta transfer, bukan hanya keterampilan prosedural. Debrief yang aman menilai keputusan, koordinasi, faktor lingkungan, dan sumber daya. Temuan simulasi dicatat sebagai risiko nyata yang perlu

ditindaklanjuti. Pelatihan yang berulang lebih efektif daripada kegiatan satu kali karena tim, kebijakan, dan alat berubah (Lutgendorf et al., 2024; MacLennan et al., 2023).

Kesejahteraan tenaga kesehatan berkaitan dengan keselamatan. Kelelahan, beban kerja, kekurangan staf, moral distress, dan paparan kejadian traumatis dapat menurunkan perhatian, komunikasi, dan empati. Organisasi perlu mengelola jadwal, istirahat, dukungan setelah insiden, akses kesehatan mental, dan kecukupan staf. Dukungan terhadap tenaga yang terlibat insiden tidak mengurangi perhatian kepada pasien; keduanya diperlukan untuk pemulihan. TeamSTEPPS 3.0 menekankan hubungan antara kerja tim, keselamatan, kesejahteraan, kepuasan kerja, dan burnout. Budaya yang sehat memungkinkan staf meminta bantuan sebelum kemampuan bekerja terganggu (AHRQ, 2023).

Pengukuran keselamatan perlu menggabungkan indikator struktur, proses, hasil, pengalaman, dan budaya. Contohnya adalah ketersediaan obat kegawatdaruratan, ketepatan respons hipertensi berat, kepatuhan identifikasi, kelengkapan serah terima, angka infeksi, perdarahan berat, readmisi, near miss, keluhan komunikasi, dan pengalaman penghormatan. Data dipilah menurut unit dan kelompok pasien untuk melihat kesenjangan, tetapi digunakan untuk belajar, bukan sekadar peringkat. Perubahan diuji dalam skala kecil, dipantau, disesuaikan, dan distandardisasi bila efektif. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 memberi landasan pengukuran mutu, sedangkan regulasi rumah sakit terbaru menekankan pelaporan insiden dan manajemen risiko berkelanjutan (Kemenkes RI, 2022b, 2026).

H. Implementasi dalam Praktik Kebidanan dan Penutup

Bidan memiliki posisi strategis karena berinteraksi paling dekat dan paling lama dengan perempuan pada banyak tahap pelayanan. Peran etik bidan tampak dalam menjaga martabat, memberi informasi, melindungi kerahasiaan, meminta persetujuan, mengadvokasi pilihan, dan menolak praktik yang membahayakan. Peran keselamatannya tampak dalam pengkajian, pemantauan, pencegahan infeksi, pemberian obat, pengenalan perburukan, eskalasi, dokumentasi, dan rujukan. Kedua peran tersebut tidak terpisah. Ketika bidan mendengarkan keluhan dengan serius, ia sekaligus menghormati pasien dan memperkuat deteksi dini (International Confederation of Midwives [ICM], 2024; WHO, 2024a).

Implementasi pada pelayanan antenatal dapat dimulai dari konsultasi yang terstruktur tetapi tetap personal. Bidan memastikan perempuan mempunyai kesempatan berbicara secara privat, menilai risiko klinis dan psikososial, menyepakati prioritas, lalu mendokumentasikan daftar masalah serta tindak lanjut. Setiap hasil abnormal perlu mempunyai pemilik tindakan dan batas

waktu. Bila pasien tidak hadir pada tindak lanjut penting, sistem melakukan penelusuran sesuai kebijakan. Pada akhir kunjungan, bidan menggunakan teach-back untuk mengonfirmasi obat, jadwal, persiapan pemeriksaan, dan tanda bahaya. Dengan cara ini, komunikasi tidak berhenti sebagai penyampaian informasi, melainkan menjadi penghalang aktif terhadap hasil yang terlewat dan keterlambatan pertolongan (Kemenkes RI, 2024b; WHO, 2023a).

Dalam pertolongan persalinan, bidan menjaga keseimbangan antara suasana yang mendukung fisiologi dan kesiapan menghadapi kegawatdaruratan. Setiap pemeriksaan atau perubahan rencana dijelaskan dan dimintakan persetujuan. Tren kondisi ibu dan janin dibagikan saat handoff dan huddle, sedangkan penyimpangan memicu eskalasi sesuai kriteria. Ketika bantuan datang, bidan menyampaikan ringkasan terstruktur dan tetap memastikan perempuan mengetahui apa yang terjadi sejauh kondisi memungkinkan. Setelah kejadian, kebutuhan fisik, emosional, dokumentasi, dan komunikasi keluarga diselesaikan. Praktik ini menunjukkan bahwa kecepatan respons dan penghormatan tidak saling meniadakan; keduanya dapat dipertahankan melalui persiapan dan kerja tim (AHRQ, 2023; WHO, 2025a).

Pada masa nifas dan perawatan bayi, bidan mengantisipasi risiko yang berpindah ke rumah. Edukasi disesuaikan dengan kondisi ibu, melibatkan pendamping yang dipilih, dan menghindari daftar instruksi yang terlalu panjang. Prioritas meliputi perdarahan, hipertensi, infeksi, tromboemboli, kesehatan mental, menyusui, kondisi bayi, obat, dan kontrasepsi. Keluarga diminta menyebutkan rencana ketika muncul tanda bahaya, termasuk fasilitas tujuan dan transportasi. Hasil pemeriksaan yang belum selesai dicatat dan ditugaskan. Kontak tindak lanjut menjadi kesempatan menilai pemulihan serta pengalaman pelayanan, bukan hanya memeriksa kepatuhan. Pendekatan ini memperkuat keselamatan sekaligus pengalaman postnatal yang positif (WHO, 2022a, 2024d).

Dokumentasi profesional perlu menggambarkan penalaran dan kesinambungan, bukan sekadar memenuhi kolom. Catatan memuat kondisi, temuan, penilaian, informasi yang diberikan, persetujuan atau penolakan, konsultasi, waktu eskalasi, respons, serta rencana. Koreksi dilakukan sesuai ketentuan tanpa menghapus jejak. Bahasa bersifat objektif dan tidak memberi label merendahkan seperti “tidak kooperatif” tanpa menjelaskan perilaku atau konteks. Rekam medis yang baik memungkinkan petugas berikutnya memahami situasi, melindungi hak pasien untuk memperoleh informasi, dan menyediakan data bagi audit. Karena itu, waktu dokumentasi perlu dipandang sebagai bagian pelayanan aman, bukan pekerjaan tambahan yang boleh ditunda tanpa batas (Kemenkes RI, 2022a; WHO, 2024a).

Sebelum setiap kontak, bidan dapat menggunakan pemeriksaan mental singkat: siapa pasien ini, apa risiko utamanya, informasi apa yang belum tersedia, keputusan apa yang perlu dibuat, siapa yang perlu terlibat, dan bagaimana memastikan pemahaman. Selama kontak, identitas, privasi, persetujuan, komunikasi jelas, dan dokumentasi dijaga. Setelah kontak, bidan memastikan tindak lanjut, hasil tertunda, tanda bahaya, kontak bantuan, serta handoff jika tanggung jawab berpindah. Kebiasaan kecil yang konsisten membangun keandalan lebih baik daripada mengandalkan ingatan dalam situasi sibuk (AHRQ, 2023; Kemenkes RI, 2022a).

Pada tingkat unit, implementasi dapat dimulai dengan memetakan satu alur berisiko tinggi, misalnya respons terhadap hipertensi berat atau perdarahan postpartum. Tim mengidentifikasi titik keputusan, komunikasi, alat, obat, peran, dokumentasi, rujukan, dan hambatan pasien. Standar kemudian diuji melalui simulasi dan kasus nyata, diukur, lalu diperbaiki. Pasien atau perwakilan keluarga sebaiknya dilibatkan untuk menilai apakah informasi dan proses dapat dipahami. Pendekatan ini menerjemahkan prinsip abstrak menjadi perilaku yang dapat diamati dan indikator yang dapat diperbaiki (WHO, 2021a; Lutgendorf et al., 2024).

Kompetensi perlu dipelihara melalui orientasi, supervisi suportif, diskusi etik, drill, audit, dan pembelajaran interprofesional. Kasus etik sebaiknya tidak hanya membahas apakah formulir telah ditandatangani, tetapi juga kualitas informasi, kesukarelaan, bias, tekanan waktu, dan alternatif. Kasus keselamatan tidak hanya membahas tindakan terakhir, tetapi juga desain proses serta kondisi kerja. Pembelajaran bersama mengurangi perbedaan asumsi antarprofesi dan menciptakan bahasa yang sama untuk eskalasi. Pelatihan harus diikuti perubahan kebijakan dan sumber daya agar pengetahuan dapat diterapkan (Rayburn & Jenkins, 2021; Dhakal et al., 2022).

Pelayanan maternitas yang aman dan menghormati tidak menuntut hilangnya seluruh risiko, karena kehamilan dan persalinan tetap memiliki ketidakpastian. Yang dituntut adalah risiko dikenali, dikomunikasikan, dikurangi, dan ditangani secara tepat; perempuan dilibatkan dalam keputusan; serta organisasi belajar ketika hasil tidak diharapkan. Keberhasilan bukan hanya ibu dan bayi pulang hidup, tetapi juga apakah tindakan sesuai kebutuhan, informasi dipahami, hak dihormati, dan pengalaman tidak menimbulkan cedera yang sebenarnya dapat dicegah (WHO, 2024a, 2025a).

Etika memberi kompas, komunikasi menyediakan jalan, dan sistem keselamatan memastikan langkah tidak bergantung pada satu orang. Otonomi tanpa informasi menjadi semu; manfaat tanpa persetujuan dapat berubah menjadi paksaan; protokol tanpa komunikasi dapat gagal; dan budaya tanpa pembelajaran hanya menjadi slogan. Integrasi ketiganya

memungkinkan pelayanan maternitas yang berpusat pada perempuan, kolaboratif, adil, dan tangguh menghadapi kegawatdaruratan. Bidan berperan sebagai klinisi, komunikator, advokat, dan penjaga kesinambungan pelayanan untuk mewujudkan tujuan tersebut (ICM, 2024; WHO, 2021a).

Dengan demikian, peningkatan mutu perlu bergerak serentak pada tingkat hubungan, tim, dan organisasi. Pada tingkat hubungan, perempuan didengar, diberi informasi, dan dihormati. Pada tingkat tim, pesan disusun, tanggung jawab jelas, dan kekhawatiran dapat dieskalasikan. Pada tingkat organisasi, risiko dilaporkan, insiden dianalisis, staf didukung, dan perbaikan diukur. Ketika ketiga tingkat bekerja bersama, pelayanan maternitas tidak hanya lebih manusiawi, tetapi juga lebih aman bagi ibu, bayi, keluarga, dan tenaga kesehatan (AHRQ, 2023; WHO, 2025a).

Referensi

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). TeamSTEPPS 3.0 curriculum. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/index.html>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology: ACOG Committee Opinion No. 819. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), e34–e41. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004247>
- Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., McDonagh, M., Blazina, I., Marshall, N. E., Weeks, C., Fu, R., & Kapka, T. (2024). Respectful maternity care: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 177(1), 50–64. <https://doi.org/10.7326/M23-2676>
- Dhakal, P., Creedy, D. K., Gamble, J., Newnham, E., & McInnes, R. (2022). Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review. *Nurse Education in Practice*, 60, 103317. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317>
- Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). How psychological safety fosters communication and learning in healthcare teams. *BMC Health Services Research*, 23, 819. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09631-6>
- Fliegenschmidt, J., Schroevers, M. J., & Hagedoorn, M. (2023). Structured patient handover in high-risk areas: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(1), mzad008. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad008>

- Gebeyehu, N. A., Gelaw, K. A., Lake, E. A., Adela, G. A., Tegegne, K. D., & Shewangashaw, N. E. (2023). Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, 1117116. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116>
- International Confederation of Midwives. (2024). International code of ethics for midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>
- Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. A. (2021). Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: A systematic scoping review. *Reproductive Health*, 18, 194. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis. <https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-24-tahun-2022>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang indikator nasional mutu pelayanan kesehatan. <https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-30-tahun-2022>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022c). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan. <https://jdih.kemkes.go.id/storage/documents/pdfs/2024permenkes016.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Buku kesehatan ibu dan anak. Kementerian Kesehatan RI. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang penyelenggaraan rumah sakit.

<https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-6-tahun-2026>

- Lutgendorf, M. A., Ennen, C. S., McGlynn, A., Spalding, C. N., Deering, S., Delorey, D. R., & Greer, J. A. (2024). Interprofessional obstetric simulation training improves postpartum haemorrhage management and decreases maternal morbidity: A before-and-after study. *BJOG*, 131(3), 353–361. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17640>
- MacLennan, K., O'Brien, B., & Swales, H. (2023). Simulation-based training in obstetric anesthesia: An update. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 36(3), 293–299.
- McCarthy, S., Motala, A., Lawson, E., Shekelle, P. G., & Hempel, S. (2025). Use of structured handoff protocols for intrahospital within-unit transitions: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 21(4), 244–257.
- Pattinson, R., Fawcus, S., Moodley, J., Moran, N., & Schoon, M. (2022). Every maternal near-miss counts: The need for a national audit. *South African Medical Journal*, 112(9), 721–723.
- Rayburn, W. F., & Jenkins, C. (2021). Interprofessional collaboration in women's health care: Collective competencies, interactive learning, and measurable improvement. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 48(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.11.010>
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>
- Republik Indonesia. (2024). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/294077/pp-no-28-tahun-2024>
- Shareef, N., Scholten, N., Nieuwenhuijze, M., Stramrood, C., de Vries, M., & Scheele, F. (2023). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women: A scoping review. *Women and Birth*, 36(2), e145–e155. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008>
- Shuler, T. O., Roberson, D. W., Kane, M. E., & Caughey, A. B. (2023). Promoting shared decision-making in maternal health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 794–805.
- World Health Organization. (2021a). Global patient safety action plan 2021–2030:

- Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2021b). World Patient Safety Day 2021 goals: Safe maternal and newborn care. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022a). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization. (2023a). Patient safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2024a). Patient safety rights charter. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>
- World Health Organization. (2024b). Patient safety rights charter for ethical quality care. <https://www.who.int/indonesia/news/detail/19-06-2024-patient-safety-rights-charter-for-ethical-quality-care>
- World Health Organization. (2024c). World Patient Safety Day 2024: Improving diagnosis for patient safety. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024d). A positive postnatal experience for all women and newborns. <https://www.who.int/news/item/22-02-2024-new-series-highlights-importance-positive-postnatal-experience-all-women-newborns>
- World Health Organization. (2025a). Compendium on respectful maternal and newborn care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939>
- Yu, L., Yang, Y., Wang, Y., & Zhang, J. (2024). Effectiveness of shared decision-making for mode of delivery after cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 386.