

**GAMBARAN TENTANG PENYIMPANAN DOKUMEN PELAYANAN
KEBIDANAN SEBAGAI AKUNTABILITAS BIDAN DI PRAKTIK
MANDIRI BIDAN WILAYAH KABUPATEN BANDUNG
2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan

Pendidikan Program Studi D III Kebidanan

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Disusun oleh :

YOLANY RAMADANTY

NIM : CK.1.15.082



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
BANDUNG
2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**GAMBARAN TENTANG PENYIMPANAN DOKUMEN PELAYANAN
KEBIDANAN SEBAGAI BUKTI AKUNTABILITAS BIDAN DI PRAKTIK
MANDIRI BIDAN WILAYAH KABUPATEN BANDUNG**

2018


Disusun Oleh :
Yolany Ramadanty
NIM CK 1.15.082

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

Telah diperiksa dan di setujui oleh Pembimbing dan telah diperkenankan untuk
diujikan.

Bandung, 30 Juli 2018

Menyetujui,
Pembimbing Akademik



Sri Lestari Kartikawati, M.Keb

Ketua Prodi D III Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :GAMBARAN TENTANG PENYIMPANAN DOKUMEN
PELAYANAN KEBIDANAN SEBAGAI BUKTI
AKUNTABILITAS BIDAN DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN
WILAYAH KABUPATEN BANDUNG 2018**

NAMA : YOLANY RAMADANTY

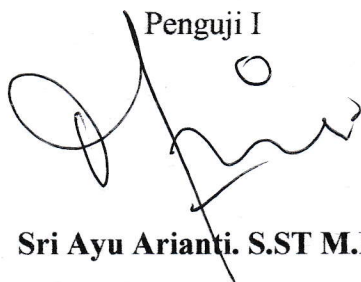
NIM : CK.1.15.082

**Telah diajukan didepan Tim penguji
STIKes Bhakti Kencana Badung, pada :**

Bandung, 9 Agustus 2018

Mengesahkan,

Penguji I



Sri Ayu Arianti. S.ST M.M.Kes

Penguji II



Neng Fitriana, S.ST

Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung



R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN TERTULIS

Dengan ini saya

Nama : Yolany Ramadanty

NIM : CK.1.15.082

Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran tentang Penyimpanan Dokumen Pelayanan Kebidanan sebagai Bukti Akuntabilitas Bidan di Praktik Mandiri Bidan Wilayah Kabupaten Bandung 2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah dianjurkan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, Juli 2018

Yang membuat pernyataan



Yolany Ramadanty

ABSTRAK

Dokumentasi medik sangat diperlukan sebagai bukti asuhan yang diberikan pada pasien. Dokumentasi harus tersimpan terkait dengan adanya tuntutan terhadap pemberian pelayanan. Bidan harus menyimpan dokumentasi sekurang-kurangnya dalam jangka waktu ≥ 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien tersebut berobat.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui lamanya penyimpanan dokumen kebidanan, tempat penyimpanan dokumen dan sistem penyimpanan dokumen di praktik mandiri bidan wilayah kabupaten bandung tahun 2018.

Desain penelitian menggunakan deskriptif kategorik dengan besar sampel 50 responden dan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *Stratified Random Sampling*. Data yang digunakan menggunakan data primer yang di peroleh dengan observasi melalui lembar ceklis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lamanya penyimpanan pelayanan kebidanan pada asuhan *Antenatal Care* (ANC), *Postnatal Care* (PNC) kurang dari setengahnya responden tidak menyimpan dokumen, *Intranatal Care* (INC) sebagian kecil responden tidak menyimpan dokumen, bayi setengahnya responden tidak menyimpan dokumen sedangkan pada asuhan kebidanan balita dan Keluarga Berencana/Kesehatan Reproduksi(KB/Kespro) lebih dari setengahnya responden tidak menyimpan dokumen. Tempat penyimpanan semua pelayanan kebidanan lebih dari setengahnya tidak memenuhi kriteria. Sistem penyimpanan dokumen yang digunakan untuk asuhan pelayanan kebidanan lebih dari setengahnya tidak menggunakan sistem.

Berdasarkan hasil penelitian di atas dapat disimpulkan lamanya penyimpanan dokumen masih belum mengikuti aturan yaitu ≥ 2 tahun demikian juga tempat penyimpanan dokumen dan tidak menggunakan sistem yang ada.

Di sarankan bagi organisasi profesi melakukan pembinaan dan sosialisasi tentang lamanya penyimpanan dokumen, tempat penyimpanan dokumen dan sistem penyimpanan dokumen sehingga bidan praktik mandiri mampu melaksanakan penyimpanan dokumen sesuai aturan.

Kata kunci : Lama Penyimpanan Dokumen, Tempat Penyimpanan Dokumen, Sistem Penyimpanan Dokumen

Kepustakaan : 24 Pustaka

ABSTRACT

Documentation indispensable medical care for evidence given in patients. Documentation must is related to the demands of provision of services. The midwife must keep documentation at least within the period 2 years as of last date of patients go.

The purpose of this research to know storage obstetrics and documents , the safe documents and storage system documents in practice independent midwives the district 2018 year Bandung.

The research uses design descriptive kategorik with large sample 50 respondents and techniques of collecting samples using a technique Stratified Random Sampling. The data used use primary data in get on our observation through sheets of checklist.

The results of the study showed that the length of storage midwifery services in the care of the anc) antenatal care , postnatal care (pnc) less than half respondents did not put documents , intranatal care (inc) a small number of respondents did not save a document , only half of the respondents did not keep records identifying the baby while in the care of obstetrics toddlers reproductive health and family planning / (kb / kespro) more than half of whom respondents did not save a document .A storehouse of all services obstetrics more than half of whom do not meet the criteria .Storage system document that is used to the care of midwifery services more than half of whom do not use the system.

Based on the research done above it can be concluded the length of document storage is not yet follows the rules of namely 2 last year likewise a storehouse of documents and do not use of the system

In suggest for organization a profession to establish and socialization about the length of document storage , a storehouse of documents and documents so storage system practicing midwives mandri storage capable of performing the same documents in accordance with the regulations

*Keywords: Document Duration Saved, Document Storage,
Document Storage System*

Literature: 24 Literature

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim,

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunianya saya dapat menyusun dan menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul **'GAMBARAN TENTANG PENYIMPANAN DOKUMEN PELAYANAN KEBIDANAN SEBAGAI BUKTI AKUNTABILITAS DI PRAKTIK BIDAN MANDIRI WILAYAH KABUPATEN BANDUNG 2018'**

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan program studi D-III kebidanan tahun 2018. Laporan ini berisi tentang penyimpanan dokumentasi di praktik mandiri bidan.

Melelui laporan tugas akhir ini penulis berharap agar pembaca dapat memperoleh manfaat yang banyak. Penulis menyadari bahwa tidak ada manusia yang sempurna dan luput dari kesalahan. Oleh karena itu penulis menerima dengan hati terbuka akan saran dan kritik demi sempurnanya laporan ini.

Atas selesainya laporan presentasi kasus ini, tidak lupa penulis turut menyampaikan terimakasih pada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.H.Kes sebagai ketua yayasan Adhiguna STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep sebagai ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaelasari, M.Keb sebagai ketua prodi STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Sri Lestari Kartikawati M,Keb sebagai dosen pembimbing pada Laporan Tugas Akhir karena dengan bimbingannya laporan ini dapat di susun dan di selesaikan.
5. Hj. Nonong sebagai ketua IBI Kabupaten Bandung beserta jajarannya.

6. Kedua orang tua serta keluarga yang tidak pernah lelah dalam mendampingi dan memberikan motivasi pada penulis dengan penuh antusias dan semangat.
7. Cucun Cunengsih, Annisa Rizkia Arsi, Nursiti Muttaalliyah, Farah Diba Amalia, Eneng Sumiati serta teman-teman seangkatan lainnya yang selalu memberi semangat dalam penyusunan laporan ini.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih sebanyak-banyaknya atas bantuan moril dan materiil nya.

Akhir kata penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penulis khususnya.

Bandung, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|----------|
| LEMBAR PERSETUJUAN | |
| LEMBAR PENGESAHAN | |
| ABSTRAK | |
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI..... | iii |
| DAFTAR TABEL..... | vi |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1.Latar Belakang | 1 |
| 1.2.Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3.Tujuan Penulisan..... | 4 |
| 1.3.1. Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4.Manfaat Penulisan..... | 5 |
| 1.4.1 Bagi Peneliti | 5 |
| 1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan..... | 5 |
| 1.4.3 Bagi Tempat Penelitian | 5 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 6 |
| 2.1 Bidan | 6 |
| 2.2 Standar Praktik Bidan | 6 |
| 2.3 Bidan Delima | 8 |
| 2.3.1 Proses Menjadi Bidan Delima | 9 |
| 2.4 Pelayanan Kebidanan | 10 |
| 2.4.1Pelayanan Praktik Mandiri Bidan Delima..... | 11 |
| 2.5 Dokumentasi | 14 |
| 2.5.1 Tujuan Dokumentasi..... | 15 |
| 2.5.2 Prinsip-prinsip Dokumentasi Kebidanan | 17 |
| 2.5.3 Aspek Legal dalam Dokumentasi | 18 |
| 2.6 Penyimpanan Dokumen | 21 |
| 2.6.1 Pemeliharaan Dokumen | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.2 Alur Penyimpanan Dokumen..... | 25 |
| 2.6.3 Perawatan Dokumen | 26 |
| 2.6.4 Pengamanan Dokumen | 27 |
| 2.6.5 Penyimpanan Dokumen Praktik Mandiri Bidan..... | 29 |
| 2.6.6 Sistem Akses Rekam Medik | 30 |
| 2.7 Rekam Medik | 32 |
| 2.7.1 Menurut PermenKes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis..... | 33 |
| 2.7.2 Peraturan Menteri Kesehatan No.28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan..... | 35 |
| 2.8 Akuntabilitas Kebidanan dalam Otomi dan Aspek Legal | 37 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 39 |
| 3.1. Desain Penelitian..... | 39 |
| 3.2. Variabel Penelitian | 39 |
| 3.3. Populasi | 39 |
| 3.4 Sampel..... | 40 |
| 3.5. Kerangka Pemikiran dan Kerangka Konsep | 42 |
| 3.5.1 Kerangka Pemikiran | 42 |
| 3.5.2 Kerangka Konsep | 44 |
| 3.6 Definisi Operasional..... | 45 |
| 3.7 Pengambilan dan Pengumpulan Data..... | 47 |
| 3.7.1 Instrumen Penelitian | 47 |
| 3.7.2 Pengumpulan Data | 47 |
| 3.7.3 Pengolahan Data | 48 |
| 3.7.4 Uji Validitas Instrumen..... | 49 |
| 3.8 Analisis Data | 49 |
| 3.9 Lokasi dan Waktu Penelitian | 51 |
| 3.9.1 Lokasi Penelitian..... | 51 |
| 3.9.1 Waktu Penelitian..... | 51 |

| | |
|---|-----------|
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 52 |
| 4.1 Hasil Penelitian..... | 52 |
| 4.1.1 Lamanya Penyimpanan Dokumen Pelayanan Kebidanan | 52 |
| 4.1.2 Tempat Penyimpanan Dokumen..... | 54 |
| 4.1.3 Sistem Penyimpanan Dokumen | 54 |
| 4.2 Pembahasan | 55 |
| 4.2.1 Lamanya Penyimpanan Dokumen Pelayanan Kebidanan | 55 |
| 4.2.2 Tempat Penyimpanan Dokumen..... | 57 |
| 4.2.3 Sistem Penyimpanan Dokumen | 59 |
| | |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 62 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 62 |
| 5.2 Saran | 63 |

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

| | |
|---|-----------|
| Tabel 3.6 Definisi Operasional | 45 |
| Tabel 4.1.1 Distribusi Frekuensi Lamanya Penyimpanan Dokumen Pelayanan Kebidanan | 52 |
| Tabel 4.1.2 Distribusi Frekuensi Tempat Penyimpanan Dokumen | 54 |
| Tabel 4.1.3 Distribusi Frekuensi Sistem Penyimpanan Dokumen | 54 |

RIWAYAT HIDUP

NAMA MAHASISWI : YOLANY RAMADANTY
NIM : CK.1.15.082
TEMPAT, TGL LAHIR : BANDUNG, 19 JANUARI 1998
ALAMAT : KP. KUTES DS. CIBODAS
KEC. SOLOKANJERUK KAB. BANDUNG
PROV. JAWA BARAT

PENDIDIKAN

- 1. 2003-2009 : SDN CIBODAS 01**
- 2. 2009-2012 : SMP N 1 SOLOKANJERUK**
- 3. 2012-2015 : SMA N 1 MAJALAYA**
- 4. 2015-2018 : D-III KEBIDANAN STIKES BHAKTI KENCANA
BANDUNG**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bidan dalam melaksanakan tugas dan profesinya kadang kala digugat oleh masyarakat karena membuat kesalahan atau kelalaian yang mendatangkan kerugian bagi pasien yang di tangannya. Salah satu upaya untuk mencegahnya gugatan dari masyarakat yang berkaitan dengan hukum bidan diharuskan mencatat dan menyimpan segala bentuk catatan hasil pelayanan (tindakan) yang dilakukan terhadap pasien sebagai perlindungan diri maupun bukti tulis pelayanan yang diberikan.⁽¹⁾

Menurut aspek legal jika pelayanan yang sudah diberikan tidak didokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan. Jika bidan tidak melaksanakan/ atau tidak menyelesaikan suatu aktivitas dan mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa dituntut malpraktik.⁽²⁾

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan Bab V pasal 45 tentang Pencatatan dan Pelaporan. Bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan dan dilaksanakan serta disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan⁽³⁾. Hal ini untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan yang diterima dan juga perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya . Pelayanan atau asuhan yang

diberikan oleh bidan meliputi *Antenatal Care* (ANC), *IntranatalCare* (INC), *Postnatal Care* (PNC), bayi, balita dan kesehatan reproduksi/ keluarga berencana. Hasil pelayanan yang diberikan harus disimpan sehingga dapat meningkatkan kesinambungan perawatan pasien, dan menguatkan akuntabilitas (tanggung jawab) bidan dalam mengimplementasikan serta mengevaluasi pelayanan yang diberikan dan membantu institusi untuk memenuhi syarat akreditasi dan hukum. ⁽²⁾

Keberadaan dokumentasi medis ini sangat diperlukan dalam setiap sarana pelayanan kesehatan baik di tinjau dari praktik pelayanan kesehatan maupun aspek hukum. Tidak tersedianya/tidak tersimpannya dokumentasi medis masih terjadi di beberapa tempat pelayanan kesehatan. Hal ini menimbulkan permasalahan tersendiri, khususnya apabila terjadi tuntutan hukum yang berhubungan dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.⁽⁴⁾ Disamping itu dokumentasi medis berperan sebagai pengumpul dan penyimpan guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus terhadap sejumlah kejadian.⁽⁵⁾

Menurut Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Bab V pasal (9) tentang Penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan terkait dengan rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien tersebut berobat, setelah batas waktu tersebut dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan. Penyimpanan dokumen ini penting berkaitan dengan adanya gugatan ketidak puasan pasien terhadap

pelayanan yang kaitannya dengan aspek hukum sehingga dokumen yang disimpan dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum⁽⁶⁾

Studi Pendahuluan yang dilakukan di IBI Kabupaten Bandung yaitu jumlah bidan delima di Kabupaten Bandung tahun 2017 sebanyak 98 bidan. Berdasarkan hasil wawancara terhadap ketua IBI Kabupaten Bandung permasalahan yang muncul adalah penyimpanan dokumen yang dilakukan belum mengikuti aturan yang ada terkait dengan lama waktu penyimpanan dokumen pelayanan kebidanan, tempat penyimpanan dan sistem akses penyimpanan dokumen.

Hasil studi pendahuluan di 10 praktik mandiri bidan Kabupaten Bandung tentang penyimpanan dokumen ditemukan 6 dari 10 bidan yang lama penyimpanan dokumen rata-rata <2 tahun dengan alasan tidak menumpuk dan mudah untuk dicari, 7 dari 10 bidan tempat penyimpanan dokumen hasil pelayanan masih disimpan di sembarang tempat, dan 8 dari 10 bidan yang tidak menggunakan sistem penyimpanan.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik mengambil judul karya tulis ilmiah "Gambaran tentang Penyimpanan Dokumen Pelayanan Kebidanan Sebagai Bukti Akuntabilitas Bidan di Praktik Bidan Mandiri Wilayah Kabupaten Bandung 2018".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah uraian di atas maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana penyimpanan dokumen pelayanan kebidanan sebagai bukti akuntabilitas bidan di praktik bidan mandiri wilayah kabupaten bandung”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui penyimpanan dokumen pada pelayanan kebidanan di praktik mandiri bidan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Untuk mengetahui lamanya penyimpanan dokumen Antenatal Care (ANC), Intranatal Care (INC), Postnatal Care (PNC), Bayi, Balita, Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi di Praktik Mandiri Bidan sudah sesuai dengan UU Rekam Medik.
- 2 Untuk mengetahui bagaimana tempat penyimpanan dokumen di Praktik Mandiri Bidan.
- 3 Untuk mengetahui bagaimana sistem penyimpanan dokumen di Praktik Mandiri Bidan.

3.1 Manfaat Penelitian

3.1.1 Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan ilmu yang didapat selama perkuliahan, terutama tentang penyimpanan dokumen.

3.1.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini nantinya dapat berguna untuk menambah pengembangan pengetahuan bagi mahasiswa dan sebagai pedoman untuk penelitian selanjutnya khususnya mengenai penyimpanan pendokumentasian bidan.

3.1.3 Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi masukan baik di organisasi profesi maupun praktik mandiri bidan dalam meningkatkan penyimpanan dokumen.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. Praktek bidan mandiri adalah bidan yang memiliki Surat Ijin Praktek Bidan (SIPB) sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat (register) diberi izin secara sah dan legal untuk menjalankan praktek kebidanan mandiri.⁽⁷⁾

2.2 Standar Praktik Kebidanan

1. Standar I : Metode Asuhan

Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan metode manajemen kebidanan dengan langkah pengumpulan data dan analisis data, penentuan diagnosa perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

2. Standar II: Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan, data yang diperoleh dicatat dan dianalisis.

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan..

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosa kebidanan.

5. Standar V: Tindakan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan rencana dan perkembangan keadaan klien tindakan kebidanan dilanjutkan dengan evaluasi keadaan klien.

6. Standar VI: Partisipasi Klien

Tindakan kebidanan dilaksanakan bersama-sama partisipasi klien dan keluarga dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

7. Standar VII: Pengawasan

Monitor (pengawasan) terhadap klien dilaksanakan secara terus menerus dan tujuan untuk mengetahui perkembangan klien.

8. Standar VIII: Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus menerus seiring dengan tindak kebidanan yang dilaksanakan dan evaluasi dari rencana yang telah dirumuskan.

9. Standar IX: Dokumentasi

Asuhan kebidanan didokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuh kebidanan yang diberikan. Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.⁽⁸⁾

2.3 Bidan Delima

Bidan delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup

1. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan reproduksi
2. Merk dagang brand
3. Mempunyai standar kualitas, unggul, bernilai tambah, lengkap dan memiliki hak paten
4. Cara konsisten dan berkesinambungan
5. Menganut sistem pengembangan diri atau self development dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas dapat memuaskan pasien dan keluarga.
6. Jaringan yang mencakup seluruh bidan praktik swasta dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.⁽⁹⁾

Bidan Delima adalah sistem standarisasi kualitas pelayanan bidan praktek swasta, dengan penekanan pada kegiatan monitoring & evaluasi serta kegiatan pembinaan & pelatihan yang rutin dan berkesinambungan. Bidan Delima melambungkan Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan

Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi.⁽⁷⁾

2.3.1 Proses Menjadi Bidan Delima

Ada beberapa tahap yang harus dilalui seorang Bidan/BPS yang ingin menjadi Bidan Delima, yaitu:

1. Untuk menjadi Bidan Delima, seorang Bidan Praktek Swasta harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu : memiliki SIPB, bersedia membayar iuran, bersedia membantu BPS menjadi Bidan Delima dan bersedia mentaati semua ketentuan yang berlaku.
2. Melakukan pendaftaran di Pengurus Cabang.
3. Mengisi formulir pra kualifikasi.
4. Belajar dari Buku Kajian Mandiri dan mendapat bimbingan fasilitator.
5. Divalidasi oleh fasilitator dan diberi umpan balik.

Prosedur validasi standar dilakukan terhadap semua jenis pelayanan yang diberikan oleh Bidan Praktek Swasta yang bersangkutan. Bagi yang lulus, yaitu yang telah memenuhi seluruh persyaratan minimal dan presedur standar, diberikan sertifikat yang berlaku selama 5 tahun dan tanda pengenal signage, pin, apron (celemek) dan buku-buku. Bagi yang belum lulus, fasilitator terus mementor sampai ia berhasil lulus jadi Bidan Delima.⁽¹⁰⁾

2.4 Pelayanan Kebidanan

Dalam standar pelayanan kebidanan pada standar 2 tentang Pencatatan dan Pelaporan, memiliki tujuan :

1. Mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kinerja.
2. Bidan melakukan pencatatan semua kegiatan yang dilakukannya dengan seksama seperti yang sesungguhnya yaitu, pencatatan semua ibu hamil di wilayah kerja. Bidan hendaknya mengikutsertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu hamil, ibu dalam proses melahirkan, ibu dalam masa nifas, dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan menyusun rencana kegiatan pribadi untuk meningkatkan pelayanan.
3. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang baik.
4. Tersedia data untuk audit dan pengembangan diri.
5. Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kehamilan, kelahiran bayi dan pelayanan kebidanan.
6. Adanya kebijakan nasional/setempat untuk mencatat semua kelahiran dan kematian ibu dan bayi.
7. Sistem pencatatan dan pelaporan kelahiran dan kematian ibu dan bayi dilaksanakan sesuai ketentuan nasional atau setempat.
8. Bidan bekerja sama dengan kader/tokoh masyarakat dan memahami masalah kesehatan setempat.

9. Register Kohort ibu dan Bayi, Kartu Ibu, KMS Ibu Hamil, Buku KIA, dan PWS KIA, partograf digunakan untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan. Bidan memiliki persediaan yang cukup untuk semua dokumen yang diperlukan.
10. Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menggunakan format pencatatan tersebut diatas.
11. Pemerataan ibu hamil.
12. Bidan memiliki semua dokumen yang diperlukan untuk mencatat jumlah kasus dan jadwal kerjanya setiap hari.
13. Pencatatan dan pelaporan merupakan hal yang penting bagi bidan untuk mempelajari hasil kerjanya.
14. Pencatatan dan pelaporan harus dilakukan pada saat pelaksanaan pelayanan. Menunda pencatatan akan meningkatkan resiko tidak tercatatnya informasi penting dalam pelaporan.
15. Pencatatan dan pelaporan harus mudah dibaca, cermat dan memuat tanggal, waktu dan paraf.⁽¹¹⁾

2.4.1 Pelayanan Praktik Mandiri Bidan Delima

Keterampilan Klinis yang harus dimiliki oleh Bidan Delima meliputi :

1. Pencegahan Infeksi
 - 1) Sanitasi dan kebersihan
 - 2) Ketersediaan kecukupan air bersih
 - 3) Ketersediaan, kondisi dan tempat sabun

- 4) Keberadaan dan praktik protap PI ditempat pemrosesan alat
- 5) Ketersediaan, kondisi dan praktik DTT/sterilisasi.
- 6) Pengelolaan dan pembukusan
- 7) Membuang benda tajam habis pakai.

2. Konseling

- 1) Catatan tentang informasi dan konselling yang diberikan sebagai pilihan (informed consent)
- 2) Catatan dan dokumen tentang informed consent

3. Pelayanan KB

Membuat pendokumentasian Pelyanan KB

4. Asuhan Antenatal

- 1) Kelengkapan rekam medik atau pencatatan pelayanan antenatal.
- 2) Kelengkapan rekam medik tentang deteksi dini resiko tinggi/ kasus komplikasi dan melakukan kolaborasi/konsultasi/rujukan tepat waktu sesuai kebutuhan.

5. Asuhan Persalinan Normal

- 1) Kelengkapan rekam medis atau catatan persalinan sesuai ketentuan yang berlaku.
- 2) Kelengkapan pencatatan pengawasan persalinan dengan menggunakan patograf
- 3) Kesesuaian dan kelengkapan pengisian, pencatatan dan pendokumentasian pelayanan SOAP.

- 4) Ketersediaan /kecukupan uterotonika di setiap persalinan dan penyimpanan sesuai ketentuan.

6. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Kelengkapan rekam medik atau pencatatan tentang cara kelahiran bayi
- 2) Kelengkapan rekam medik atau catatan kondisi bayi saat lahir
- 3) Kelengkapan rekam medik atau catatan untuk mengenali dan penatalaksanaan penyulit atau kegawatdaruratan bayi serta upaya rujukan (bila belum dapat diatasi dengan baik)
- 4) Kelengkapan rekam medik atau catatan tentang IMD
- 5) Melaksanakan asuhan esensial bagi bayi baru lahir (Vit K dan HB O)

7. Kunjungan Nifas dan Bayi

- 1) Kelengkapan rekam medik atau catatan tentang kondisi bayi dan ibu pada saat kunjungan.
- 2) Kelengkapan rekam medik atau catatan tentang pemberian ASI eksklusif
- 3) Kelengkapan rekam medik atau catatan tentang identifikasi atau pengenalan dini tanda bahaya atau gawat darurat bayi dan ibu.
- 4) Upaya pelayanan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) atau manajemen terpadu balita muda (MTBM) dan rujukan (apabila di perlukan)

- 5) Melaksanakan asuhan esensial bagi bayi dan penyuluhan bagi ibu untuk menjaga kondisi ibu dan bayi.⁽¹⁰⁾

Manajemen yang harus bidan delima lakukan adalah :

1. Catatan mengenai kunjungan klien, status klien yang diisi lengkap dan diisi setiap kali kunjungan.
2. Rekam medik untuk semua klien disusun sesuai dengan abjad atau nomor agar mudah dicari jika dibutuhkan sewaktu-waktu.
3. Sistem pencatatan mengenai peralatan : data inventaris jenis peralatan yang dimiliki dan keadaan peralatan (baik/rusak)
4. Sistem pencatatan keuangan mengikuti metode tata buku /akunting- mempunyai catatan keuangan pengeluaran dan pemasukan (neraca balance).⁽⁹⁾

2.5 Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.⁽²⁾

2.5.1 Tujuan Dokumentasi

Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini.

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

Tujuan dokumen pasien adalah untuk menunjang tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit/puskesmas. Selain sebagai suatu dokumen rahasia, catatan tentang pasien juga mengidentifikasi pasien dan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Adapun tujuan dokumentasi kebidanan menurut Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) adalah sebagai sarana komunikasi. Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini.

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
3. Sebagai informasi statistik.
4. Sebagai sarana pendidikan.
5. Sebagai sumber data penelitian.
6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.
8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.
9. Untuk mencatat.
10. Untuk memberi instruksi.

Terkait penelitian, keuangan, hukum, dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut.

- 1) Bukti kualitas asuhan kebidanan.
- 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
- 3) Informasi terhadap perlindungan individu.
- 4) Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
- 5) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
- 6) Pengurangan biaya informasi.
- 7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
- 8) Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
- 9) Informasi untuk mahasiswa.
- 10) Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
- 11) Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
- 12) Suatu data keuangan yang sesuai.
- 13) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.⁽¹²⁾

2.5.2 Prinsip-prinsip Dokumentasi Kebidanan

Prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca. Masing-masing prinsip tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

1. Lengkap
2. Teliti
3. Berdasarkan fakta
4. Logis
5. Dapat dibaca

Selain prinsip tersebut bahwa ketika melakukan pendokumentasian, ada persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Kesederhanaan
- 2) Keakuratan
- 3) Kesabaran
- 4) Ketepatan
- 5) Kelengkapan
- 6) Kejelasan dan keobjektifan.⁽¹³⁾

prinsip prinsip dokumetasi adalah sebagai berikut:

- 1) Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis.
- 2) Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data.
- 3) Tulislah dengan jelas dan rapi.

- 4) Gunakan ejaan dan kata kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum.
- 5) Gunakan alat tulis yang terliha jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan.
- 6) Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.
- 7) Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.
- 8) Catat nama pasien di setiap halaman.
- 9) Berhati hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.
- 10) Hindari menerima intruksi verbal dari dokter melalui telepon,
- 11) Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan
- 12) Catat keadaan alergi obat atau makanan
- 13) Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan
- 14) Catat hasil laboratorium yang abnormal.

Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera⁽¹⁴⁾

2.5.3 Aspek Legal dalam Dokumentasi

Tujuan utama dokumentasi kebidanan adalah untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan proses kebidanan dan memenuhi kewajiban profesional bidan untuk mengkomunikasikan informasi penting. Data dalam pencatatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang pasien dan pemberian asuhan kebidanan. Evaluasi status pasien harus dimasukkan dalam catatan tersebut.

Menurut hukum jika sesuatu tidak didokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan. Jika bidan tidak melaksanakan atau menyelesaikan suatu aktivitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa dituntut melakukan malpraktik. Dokumentasi kebidanan harus dapat dipercaya secara legal, yaitu harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien.⁽²⁾

Beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut.

1. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal.

Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal meliputi:

- 1) Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
- 2) Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
- 3) Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
- 4) Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.

2. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal.

Berikut ini tiga petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal:

- 1) Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
- 2) Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis,

follow up, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidandokter.

3) Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.

3. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan.⁽¹³⁾

Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan :

1) Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.

2) Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.

3) Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan. Pastikan informasi akurat.

4) Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.

5) Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat. Jika dibiarkan kosong, oranglain dapat menambah informasi lain. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.

6) Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).⁽¹²⁾

Pada saat memberikan layanan, sanksi diberikan apabila seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal

itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan bidan dapat dikenakan sanksi, yaitu:

1. Melalaikan tugas bidan.
2. Tidak memenuhi standar praktik kebidanan.
3. Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera.
4. Kerugian yang aktual (hasil lalai).⁽²⁾

2.6 Penyimpanan Dokumen

Terdapat 2 cara penyimpanan

1. Sentralisasi

Penyimpanan rekam medik seorang pasien dalam satu kesatuan catatan medik

2. Desentralisasi

Penyimpanan dengan cara pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan pasien dirawat. Biasanya dokumen medik disimpan dibagian tersendiri dari bagian medical record mengikuti sistem yang ada di masing-masing Rumah Sakit. Tersusun rapi menurut sistem yang dianut, abjad atau nomor atau tanggal masuk.

Negara maju seperti Amerika Serikat, lama rata-rata penyimpanan 5 tahun dan untuk penyakit mental dan ada kecacadannya, penyalahgunaan obat atau alkohol 7 tahun. Untuk kebidanan bisa lebih 20 tahun karena dalam jangka waktu itu kelalaian dan kesalahan selama proses persalinan masih dapat dituntut anak sampai berumur 20 tahun. Di Inggris dokumentasi

medik bagian kebidanan wajib disimpan selama 25 tahun. Di Indonesia seperti Depkes mewajibkan lama penyimpanan 5 tahun dan belum ada pengecualian. Untuk ini ditetapkan bahwa berkas/file menjadi milik Rumah Sakit dan isi dokumen menjadi milik pasien, yang artinya untuk akses dan terpaparnya isi tentang catatan medik pasien itu harus seizin pasien tersebut atau walinya. Pelayanan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh seorang bidan di masyarakat sangat rawan terhadap permasalahan yang akan datang dari bentuk pelayanan yang berikan pada pasien, jadi pencatatan atau pendokumentasian harus menjadi perhatian yang khusus untuk menghindari serta melindungi diri dari gugatan hukum. Biasanya seorang bidan praktik mandiri akan melapor kegiatan sehari-harinya secara berkala (bulanan). Dengan sistem yang hampir sama seperti RS atau Puskesmas.

Beberapa contoh pelaporan BPS, yaitu :

- 1) F 1, KIA
- 2) R 1, laporan KB
- 3) K IV, akseptor baru (CU)
- 4) Laporan pemberian imunisasi
- 5) Laporan jumlah kunjungan
- 6) Laporan persalinan. ⁽²⁾

2.6.1 Pemeliharaan Dokumen

Pemeliharaan dokumen adalah kegiatan membersihkan arsip secara rutin untuk mencegah kerusakan akibat beberapa sebab. Pemeliharaan arsip secara fisik dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Pengaturan Ruangan.

Ruang penyimpanan arsip harus:

- 1) Dijaga agar tetap kering (temperatur ideal antara 60°-75°F, dengan kelembaban antara 50-60%).
- 2) Terang (terkena sinar matahari tak langsung).
- 3) Mempunyai ventilasi yang merata.
- 4) Terhindar dari kemungkinan serangan api, air, serangga dan sebagainya.

2. Tempat penyimpanan arsip.

Tempat penyimpanan arsip hendaknya diatur secara renggang, agar ada udara diantara berkas yang disimpan.

3. Penggunaan bahan-bahan pencegah rusaknya arsip

Salah satu caranya adalah meletakkan kapur barns di tempat penyimpanan, atau mengadakan penyemprotan dengan bahan kimia secara berkala.

4. Larangan-larangan

Perlu dibuat peraturan yang harus dilaksanakan, antara lain:

- 1) Dilarang membawa dan/atau makan ditempat penyimpanan arsip.

- 2) Dalam ruangan penyimpanan arsip dilarang merokok (karena percikan api dapat menimbulkan bahaya kebakaran).

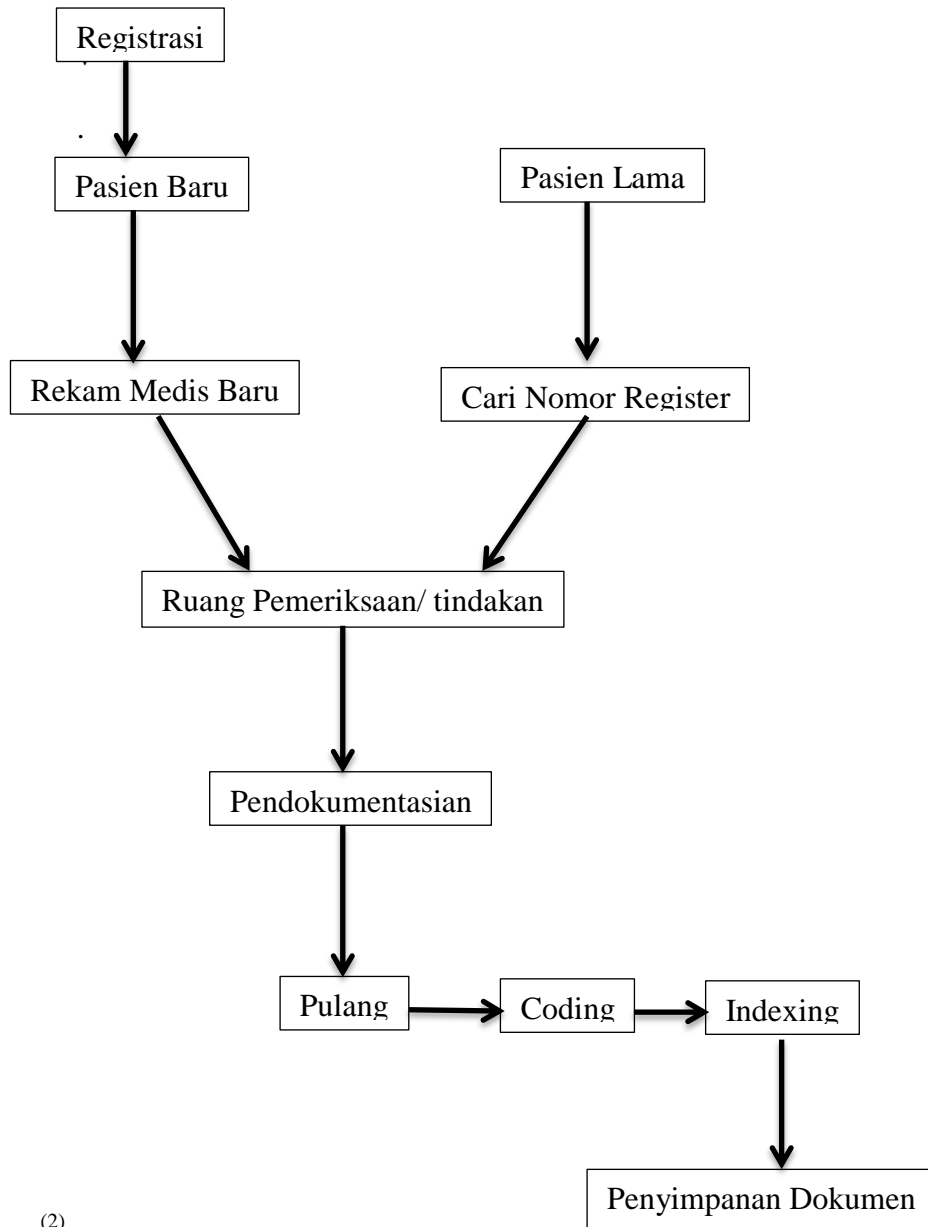
5. Kebersihan

Arsip selalu dibersihkan dan dijaga dari noda karat dan lain-lain.

Tujuan pemeliharaan arsip adalah:

- 1) Untuk menjamin keamanan dari penyimpanan arsip itu sendiri.
Dengan demikian setiap pejabat yang bertanggung jawab atas pengelolaan arsip harus melakukan pengawasan apakah sesuatu arsip sudah tersimpan pada tempat yang seharusnya.
- 2) Agar penanggung jawab arsip dapat mengetahui dan mengawasi apakah sesuatu arsip telah diproses menurut prosedur yang seharusnya.⁽¹⁵⁾

2.6.2 Alur Penyimpanan Dokumen



2.6.3 Perawatan Dokumen

Beragam-macam cara untuk mencegah rusaknya arsip, antara lain dengan cara:

1. Penggunaan Air Condition.

Dalam ruangan penyimpanan, menyebabkan kelembaban dan kebersihan udara dapat diatur dengan baik.

2. Fumigasi.

Yaitu menyembrotkan bahan kimia untuk mencegah/membasmi serangga atau bakteri. Fumigasi dapat dilakukan dengan 4 cara yaitu:

- 1) Fumigasi untuk seluruh gudang.
- 2) Fumigasi untuk beberapa ratus bundel arsip.
- 3) Fumigasi untuk beberapa bundel arsip.
- 4) Fumigasi rutin.

3. Restorasi arsip.

Yaitu memperbaiki arsip-arsip yang rusak, sehingga dapat digunakan dan disimpan untuk waktu yang lebih lama lagi. Teknik restorasi ada 2 cara, yaitu:

- 1) Tradisional, yaitu dengan cara melapiskan kertas handmade dan chiffon.
- 2) Laminasi, yaitu pekerjaan menutup kertas/arsip diantara 2 lembar plastik.

4. Mikrofilm

Adalah suatu proses fotografi, dimana arsip direkam pada film dalam ukuran yang diperkecil untuk memudahkan penyimpanan dan penggunaan. Ini adalah salah satu cara yang digunakan untuk mencegah kerusakan arsip. Suhu dan kelembaban ruangan pada tingkat yang ideal, tiap bulan tempat penyimpanan dokumen/arsip disemprot dengan racun serangga, di atas rak selalu diletakkan kapur barus pada jarak yang berdekatan, setiap ruangan disediakan alas pemadam api dan setiap saat ruangan harus dikontrol dari kemungkinan bocor (terutama pada musim hujan). Teknik merawat dokumen/ arsip dapat dilakukan dengan cara menghilangkan asam dan setelah itu dokumen/arsip yang asamnya sudah dihilangkan direstorasi.⁽¹⁶⁾

2.6.4 Pengamanan Dokumen

Tujuan pengamanan dokumen ialah untuk menjamin keselamatan bahan pertanggungjawaban nasional tentang perencanaan, pelaksanaan dan penyelenggaraan kehidupan kebangsaan serta untuk menyediakan bahan pertanggungjawaban tersebut bagi kegiatan pemerintah.

Menurut Abu Bakar (1997: 92), yang dimaksud pengamanan arsip adalah menjaga arsip dari kehilangan maupun dari kerusakan. Dalam UU No.7 tahun 1971 pasal 11, tentang ketentuan pidana:

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan dengan melawan hukum memiliki arsip sebagaimana dimaksud dalam pasal 1 huruf a undang-undang ini

dapat dipidana dengan pidana penjara selama-lamanya 10 (sepuluh) tahun.

- 2) Barang siapa yang menyimpan arsip sebagaimana dimaksud dalam pasal 1 huruf a Undang-undang ini, yang dengan sengaja memberitahukan hal-hal tentang isi naskah itu kepada pihak ketiga yang tidak berhak mengetahuinya, sedangkan isinya diwajibkan merahasiakan hal-hal tersebut dapat dipidana dengan pidana penjara seumur hidup atau pidana penjara selama-lamanya 20 (dua puluh) tahun.
- 3) Tindak pidana yang termaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) pasal ini adalah kejahatan.

Menurut Sedarmayanti (2003: 109-110), secara fisik, semua arsip harus diamankan dari segi kerusakan. Kerusakan terhadap arsip dapat terjadi karena faktor internal dan external.

1) Faktor Internal.

Yang terdiri dari: kualitas kertas, tinta dan bahan perekat yang bersentuhan dengan kertas.

2) Faktor External.

Yang dapat mempengaruhi kerusakan terhadap dokumen/arsip: lingkungan, sinar matahari, debu, serangga dan kutu serta jamur.

Menurut Martono (1994: 84-85), ancaman terhadap dokumen/arsip vital dapat dibagi dalam 4 kelompok, yaitu:

1) Kerusakan.

Kerusakan terhadap dokumen/arsip (elektronik maupun konvensional) dapat disebabkan karena perang, bencana alam ataupun akibat kecerobohan manusia.

2) Hilang.

Media magnetik atau optik dan tipe arsip lainnya dapat hilang karena dicuri, salah meletakkan dalam penyimpanan, atau karena sebab lain.

3) Pemalsuan.

Disket magnetik, optical disk, magnetik tape, sangat mudah dipalsukan. Pemalsuan dapat dilakukan dengan perubahan terhadap informasinya. Apa yang disebut kena virus adalah termasuk kejahatan arsip komputer.

4) Penyingkapan.

Penyingkapan dokumen/arsip elektronik atau konvensional yang vital dapat disebabkan karena aktivitas spionase, penyadapan elektronik atau dengan cara menyuap. ⁽¹⁷⁾

2.6.5 Penyimpanan Dokumen di Praktik Mandiri Bidan

Bidan praktik mandiri adalah salah satu bentuk layanan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang dilakukan oleh seorang bidan. Dalam melaksanakan tanggungjawabnya sebagai seorang bidan di PMB, diperlukan suatu sistem pencatatan sebagai bukti tanggung gugat atas kerjanya. Pencatatan dan pengumpulan data di PMB tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medik seperti kartu ibu/status ibu,

informed consent, buku KIA, lembar observasi, kartu anak/status anak, kartu status peserta KB, kartu peserta KB. Selain beberapa formulir tersebut, ada beberapa blangko yang harus disiapkan di sebuah PMB. Blangko-blangko tersebut antara lain surat keterangan cuti bersalin/sakit, surat kelahiran, surat kematian, dan surat rujukan. PMB juga harus memiliki beberapa buku-buku untuk keperluan pencatatan dan pelaporan. Buku-buku tersebut antara lain: buku inventaris, buku rujukan, buku kas bulanan, buku stok obat, buku pelayanan KB, buku catatan kelahiran, buku catatan kematian, dan buku rencana kerja bulanan dan tahunan.⁽¹⁴⁾

2.6.6 Sistem Akses Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis menyatakan bahwa dokumen rekam medis harus disimpan dengan tata cara tertentu sehingga dokumen rekam medis harus dikelola dan dilindungi kerahasiaannya.⁽¹⁸⁾

Sistem penomoran atau dikenal dengan Numbering System. Tujuan dari penomoran ini adalah mempermudah pencarian kembali dokumen rekam medis lama yang telah berisi berbagai informasi pasien yang akan digunakan untuk kunjungan ulang disarana pelayanan kesehatan, serta sebagai salah satu identitas dokumen rekam medis pasien. Ada tiga sistem pemberian nomor saat pasien masuk :

1. Pemberian Nomor Cara Seri (Serial Numbering System).
adalah suatu sistem penomoran dimana setiap penderita yang

berkunjung di rumah sakit selalu mendapat nomor baru. Dan semua nomor yang telah diberikan kepada pasien tersebut harus dicatat pada kartu index utama pasien yang bersangkutan, sedangkan dokumen rekam medisnya disimpan diberbagai tempat sesuai dengan nomor yang telah diperolehnya.

Keuntungannya : petugas mudah mengerjakan.

Kerugiannya : sulit dan membutuhkan waktu lama dalam mencari dokumen rekam medis, sehingga informasi medis menjadi tidak berkesinambungan.

2. Pemberian Nomor Cara Unit (Unit Numbering System) adalah suatu sistem penomoran dimana sistem ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap dan gawat darurat. Setiap pasien yang berkunjung mendapat satu nomor, pada saat pertama kali pasien datang ke rumah sakit, dan digunakan selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga rekam medis penderita tersebut hanya tersimpan dalam satu berkas dibawah satu nomor. Keuntungan dengan menggunakan unit numbering system adalah informasi medis dapat berkesinambungan.
3. Pemberian Nomor Cara Seri Unit (Serial Unit Numbering Sistem) adalah suatu sistem pemberian nomor dengan cara penggabungan sistem cara seri dan cara unit. Dimana pasien yang berkunjung mendapat nomor baru, kemudian setelah selesai pelayanan rekam medis tersebut dicari, setelah ditemukan dokumen rekam medis baru

dan lama disatukan, dan yang menjadi patokan adalah nomor rekam medis yang lama.⁽¹⁹⁾

2.7 Rekam Medis

PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

Bentuk pelayanan Rekam Medis

1. Pelayanan rekam medis berbasis kertas

rekam medis manual (paper based dokumen) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah ditata/ assembling dan disimpan secara manual.

2. Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi.

Pelayanan berbasis komputer, namun masih terbatas pada sistem pendaftaran (admission), data pasien masuk (transfer) dan pasien keluar masuk meninggal (discharge) pengolahan masih terbatas pada sistem registrasi komputerisasi, sedangkan lembar administrasi dan medis yang diolah secara manual.

3. Pelayanan manajemen informasi kesehatan terbatas

Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengelolanya secara komputerisasi yang berjalan dalam atau satu sistem secara otomatis di unit kerja manajemen informasi kesehatan.

4. Pelayanan sistem informasi terpadu

Computerized patient record (CPR) yang disusun dengan mengambil dengan dokumen langsung dari sistem image dan struktur sistem dokumen yang telah berubah.

5. Pelayanan MIK dengan rekam kesehatan elektronik (WAN)

Sistem pendokumentasian telah berubah dari electronic medical record (EMR) menjadi electronic patient record sampai dengan tingkat yang paling akhir dari pengembangan health information sistem yakni EHR (electronic health record)- rekam kesehatan elektronik⁽⁶⁾

2.7.1 Permenles RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis

Pada Bab V pasal (8) tentang Penyimpanan , pemusnahan dan kerahasiaan

1. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau di pulangkan.
2. Setelah batas waktu 5 tahun sebagai mana yang dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan medik.

3. Ringkasan pulang dan persetujuan ringkasan medik sebagai mana yang di maksud pada ayat (2) harus disimpan dalam jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
4. Penyimpanan rekam medik dan ringkasan pulang sebagaimana yang di maksud pada ayat (3), dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pada Bab V Pasal (9) tentang Penyimpanan , pemusnahan dan kerahasiaan

1. Rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien tersebut berobat.
2. Setelah batas waktu sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat di musnahkan.

Bab V Pasal (14) tentang kepemilikan, pemanfaatan dan tanggung jawab

“Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis”.⁽⁶⁾

2.7.2 Permenkes No.28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Peraturan Menteri Kesehatan No.28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan Bab V pasal 45 tentang Pencatatan dan Pelaporan

1. Bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
2. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan ke puskesmas wilayah tempat praktik.
3. Pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dan disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Ketentuan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikecualikan bagi Bidan yang melaksanakan praktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan selain Praktik

Peraturan Menteri Kesehatan No.28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan Bab VI pasal 46 tentang Pembinaan dan Pengawasan

1. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan/atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan praktik bidan sesuai dengan kewenangan masing-masing.

2. Dalam melakukan pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengikutsertakan organisasi profesi.
3. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan. (4) Dalam rangka pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan tindakan administratif kepada bidan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan penyelenggaraan praktik.
4. Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - 1) teguran lisan;
 - 2) teguran tertulis;
 - 3) pencabutan SIP untuk sementara paling lama 1 (satu) tahun;
atau
 - 4) pencabutan SIPB selamanya.⁽³⁾

2.8 Akuntabilitas Kebidanan dalam Otonomi dan Aspek Legal

Akuntabilitas bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang penting dan dari suatu profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia adalah pertanggung jawaban atau tanggung gugat (accountability) atas semua tindakan yang dilakukannya. Sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Accountability diperkuat dengan suatu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan.

Dengan adanya legitimasi kewenangan bidan yang lebih luas, bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berfikir logis dan sistematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi. Praktik kebidanan merupakan inti dan berbagai kegiatan bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus menerus ditingkatkan mutunya melalui:

1. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan.
2. Pengembangan ilmu dan teknologi dalam kebidanan.
3. Akreditasi.
4. Sertifikasi.
5. Registrasi.
6. Ujikompetensi.
7. Lisensi

Beberapa dasar dalam otonomi dan aspek legal yang mendasari dan terkait dengan pelayanan kebidanan antara lain sebagai berikut :

1. Kepmenkes Republik Indonesia 900/Menkes/SK/VII2002 tentang registrasi dan praktik bidan
2. Standar Pelayanan Kebidanan 2001.
3. Kepmenkes RI No.369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan
4. UU Kesehatan No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.
5. PP No. 32/tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
6. Kepmenkes RI 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Depkes.
7. UU No. 1999 tentang Otonomi Daerah.
8. UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenaga Kerjaan.
9. UU tentang Aborsi, Adopsi, Bayi tabung dan Transplantasi.
10. KUHAP dan KUHP 1981.
11. Permenkes RI No.585/Menkes/Per/IX/1989 tentang persetujuan tindakan medik.
12. UU terkait dengan Hak Reproduksi dan Keluarga Berencana.
13. UU No. 10/1992 tentang Pengembangan Kedudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera.
14. UU No.23/2003 tentang Penghapusan Kekerasan Perempuan di dalam Rumah Tangga.⁽²⁰⁾