



**PENERAPAN KODE ETIK PROFESI BIDAN
DENGAN CARA MEMPERSIPAKAN PEMBUKTIAN
DUGAAN MALPRAKTIK DAN *HUMAN ERROR*
DOKUMENTASI PELAYANAN SESUAI STANDAR
DAN SOP KODE ETIK**

**oleh
NURUL SOIMAH**

**ETIKA PROFESI DAN HUKUM ESEHATAN
2021**



unisa
Universitas Airlangga

SLIDE 1: DOA BELAJAR

رَضِيتُ بِاللَّهِ رَبًّا وَبِالْإِسْلَامِ دِينًا وَبِمُحَمَّدٍ نَبِيًّا وَرَسُولًا
رَبِّي زِدْنِي عِلْمًا وَارْزُقْنِي فَهْمًا

“Kami ridho Allah SWT sebagai Tuhanku, Islam sebagai agamaku, dan Nabi Muhammad sebagai Nabi dan Rasul, Ya Allah, tambahkanlah kepadaku ilmu dan berikanlah aku kefahaman”



**PENERAPAN KODE ETIK PROFESI BIDAN
DENGAN CARA MEMPERSIPAKAN PEMBUKTIAN
DUGAAN MALPRAKTIK DAN *HUMAN ERROR*
DOKUMENTASI PELAYANAN SESUAI STANDAR
DAN SOP KODE ETIK**

**oleh
NURUL SOIMAH**

**ETIKA PROFESI DAN HUKUM ESEHATAN
2021**



POKOK BAHASAN

- A. Cara pembuktian dugaan Malpraktik dan *human error*
- B. Undang Undang dan permenkes Dokumentasi Bidan.
- C. Dokumentasi secara manual dan elektronik
- D. Penerapan kode etik profesi Bidan dengan cara mempersiapkan pembuktian dugaan Malpraktik dan *human error* dokumentasi pelayanan sesuai standar kode etik
- E. SOP pelayanan Kebidanan



QS AI -Mudassir 38

- Artinya

Tiap-tiap diri bertabggung jawab atas apa yang diperbuatnya.

Dokumentasi sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban tertulis atas apa yang telah kita lakukan ke pasien dalam proses hubungan terapeutik



Record Keeping

Chart /***Record Keeping*** adalah sebuah dokumen yang memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan informasi tentang perawatan kesehatannya.

Pengertian lain adalah sebuah grafik yang terdapat pada suatu papan yang memperlihatkan suatu pertukaran dan variasi dari temperature, nadi, pernafasan dan tekanan darah.



Record

- Record adalah catatan yang berisi tentang kejadian otentik, kegiatan pernyataan, transaksi. Pengertian lain dari record adalah informasi yang berisi kenyataan atau kejadian dalam pelayanan yang diberikan atau penulisan tentang kenyataan yang menggambarkan tentang pelayanan yang otentik dan legal.



Dokumentasi

- Dokumentasi adalah sekumpulan catatan, penyimpanan dan desiminasi dari catatan informasi dalam system terintegritas untuk penggunaan yang efisien dan mudah diterima. Dokumentasi merupakan persiapan dan catatan komunikasi mendorong untuk membuktikan suatu informasi atau kejadian



Dokumen asuhan kebidanan

- kondisi kesehatan pasien,
- kebutuhan pasien,
- rencana asuhan,
- kegiatan asuhan kebidanan serta respon pasien terhadap asuhan kebidanan yang telah diterima

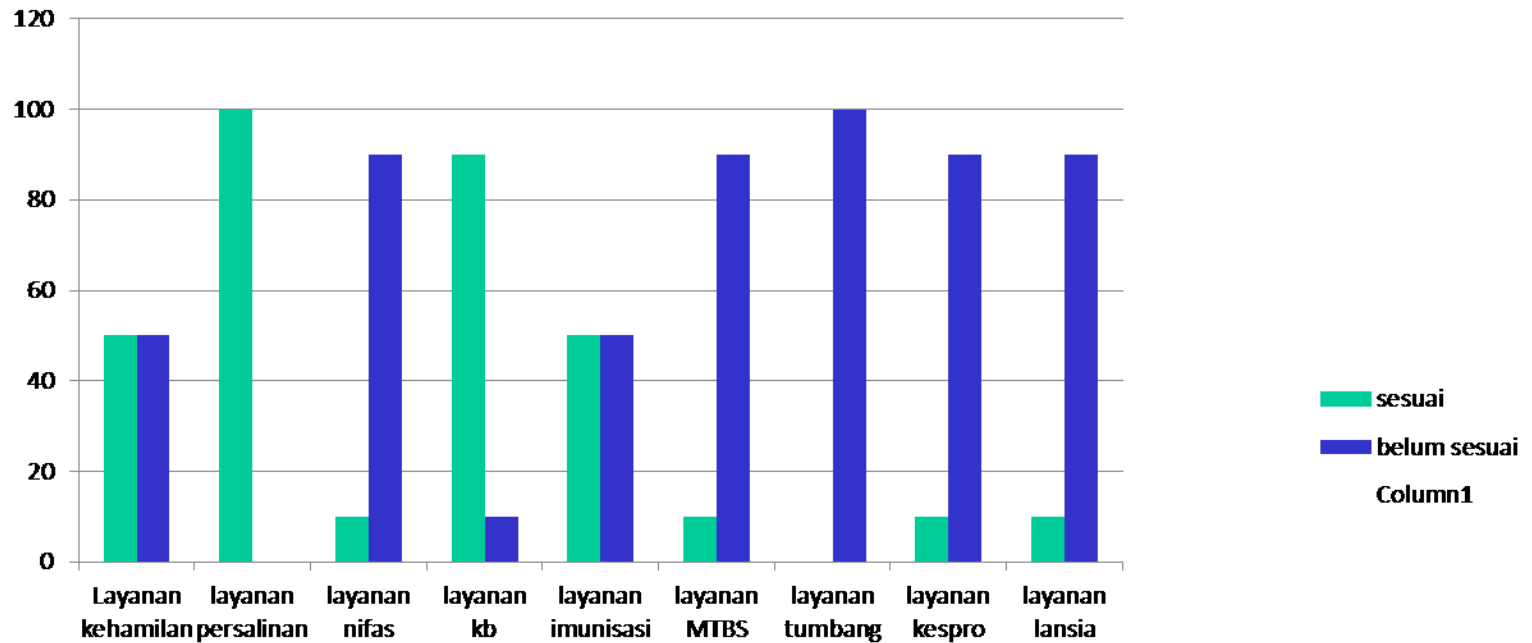


Hasil Penelitian

- Nurul (2015)
- Kelengkapan Pendokumentasian Oleh bidan Praktik Swasta Di IBI Ranting Muntilan didapatkan dari 10 Responden pada 9 jenis layanan sesuai kompetensi bidan didapatkan dari Dokumentasi layanan Persalinan 100 %, KB 87%, Kehamilan 60 %, 6 Layanan lain masih dibawah 50%



Hasil penelitian 2015 Tentang Kelengkapan Pendokumentasian 9 layanan kebidanan





TEMUAN TEMA PERMASALAH

- Faktor yang berpengaruh pada kepatuhan bidan pada penelitian ini adalah karena faktor pengetahuan dan perilaku'
- bagaimana cara mendokumentasikan layanan, tetapi tidak tahu secara pasti diatur dalam permenkes apa
- pendokumentasian secara spesifik belum menjadi prioritas pengawasan dan monitoring oleh pihak terkait, sehingga pendokumentasian dianggap penting jika memang benar-benar dibutuhkan untuk keperluan rujukan, klaim biaya, sertifikasi.
- masih adanya anggapan responden bahwa pendokumentasian dianggap diperlukan bersifat insidental pada layanan tertentu seperti layanan persalinan, diperlukan karena saat ini banyak pasien membutuhkan untuk klaim biaya layanan BPJS.
- minimnya pelatihan tentang pendokumentasian secara spesifik dan sosialisasi tentang ketentuan hukum dalam pendokumentasian, belum adanya sanksi pelanggaran khusus bagi bidan praktik swasta jika tidak membuat pendokumentasian layanan kebidanan



Patricia Suti Lasmani (2013) penelitian dengan judul evaluasi implementasi rekam medis terintegrasi di instalasi rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

- hasil 29,7% pembetulan dengan dicoret dan diparaf dan tidak satupun rekam medis menggunakan singkatan baku; kelengkapan: dengan hasil 61,5% catatan perawatan jelas dan singkat, 85,4% catatan perkembangan terisi lengkap dan 81,3% tertulis nama dan tanda tangan; kebaruan: dengan hasil 41,6% tertulis waktu dan tanggal setiap tindakan; komprehensif: dengan hasil 95% ada penulisan kejadian insiden kritis, berpusat pada pasien dan kolaborasi: dengan hasil 92,2% ada data subyektif dan obyektif pada catatan perkembangan, 73,4% rencana individual dan komprehensif serta 88,0% mendokumentasikan persetujuan tindakan



KEBIDANAN

1. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 8

“Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan “.

2. KARS :

Proses survei **Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)** meninjau rekam medis pasien, meninjau catatan personel/file pegawai, meninjau kebijakan dan prosedur dan dokumen lainnya.

3. PERMENKES No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

4,Permenkes no 28 tahun 2017 tentang Izin penyelenggaraan praktik bidan

5. Kepmenkes no 369 tahun 2007 Tentang Satndar profesi Bidan

6,Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis



Firman Allah didalam Al Qur'an surah Al-Baqarah ayat 282

- **Artinya:**

“Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu bermuamalah tidak secara tunai untuk waktu yang ditentukan, hendaklah kamu menuliskannya. Dan hendaklah seorang penulis diantara kamu menuliskannya dengan benar dan janganlah penulis enggan menuliskannya sebagaimana Allah mengajarkannya.....”



UU 36/2009 TENTANG KES

- Pasal 7

Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab.

- Pasal 8

Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan



Permenkes no 28 tahun 2017 Pasal 28

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan berkewajiban untuk:

e. menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan;

f. melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis;

Setiap sarana kesehatan wajib membuat rekam medis, dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang terkait, harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan, & harus dibubuhi tandatangan yang memberikan pelayanan



Proses kegiatan Pendokumentasian

1. Catatan yang berisi komunikasi tentang hasil interaksi terapeutik .
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian selama interaksi asuhan
3. catatan pasien dibuat secara otentik berdasarkan kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Sebagai monitoring catatan profesional dari pasien selama suhan, berupa perkembangan pasien dan hasil asuhan (mambaik atau menurun kondisinya) hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan asuhan kebidanan , membantu memberi kenyamanan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.



Perpres Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional Pasal 2

disebutkan bahwa:

- “(1) Pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya
- (2) Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan”.



SANKSI

- Ditinjau dari aspek hukum mengenai hak rahasia pendokumnetasian atau kesehatan bahwa hak atas rahasia kedokteran terdiri dari aspek ;
- Pidana: Delik aduan pasal 322 KUHP, dimana dokter/tenaga kesehatan dapat dituntut berdasarkan (delik aduan).
- Perdata : karena menimbulkan kerugian, bisa berupa : Wanprestasi, atau perbuatan yang bertentangan dengan hukum, yaitu pasal 1365 BW (*onrechtmatiggedaad*), disini dokter/tenaga kesehatan dapat digugat

Legal Aspek Dokumentasi Kebidanan

- KEPMENKES NO 938, TAHUN 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan.
- Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269, Tahun 2008 tentang Rekam Medis, Pasal 1, Ayat (7) disebutkan bahwa dokumen adalah
”Catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging) dan rekaman elektro diagnostik”



- Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan)

(Muslihatun, Mudlilah, Setyawati, 2009).



Manfaat Dokumentasi sebagai alat komunikasi

- Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- a. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau
- mencegah tumpang tindih, atau tindakan yang mungkin tidak dilakukan untuk
- mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan
- kebidanan pada pasien



- Membantu komunikasi tim bidan secara oral. Contoh: Seorang bidan melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang
- telah dilaksanakannya sehingga bidan lain dapat mengetahui asuhan kebidanan tersebut
- dari catatan.



Arti Penting Dokumentasi

- 1) Kepastian hukum (tertib/order);**
- 2) Kegunaan (kemanfaatan/utility); dan**
- 3) Keadilan (justice).**



Form RM

- Lembar Data Subyektif
- Obyektif,
- Informed Consent
- Catatan Medis Lain/Laborat
- Catatan Perkembangan
- Analisa,
- Penatalaksanaan
- Partograf Persalinan
- Ringkasan Pulang



DOKUMENTASI KEBIDANAN /RECORD KEEPING

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang essensial untuk menghindari kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional data dari pasien, kegiatan perawatan, monitoring perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.



Tujuan dokumentasi tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan

sakit/puskesmas.

Ke bawah untuk melakukan instruksi.

Ke atas untuk member laporan.

Ke samping (lateral



ASPEK LEGAL DALAM DOKUMENTASI

- Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum
- Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembela diri bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesehatan

Aspek legal pendokumentasian

1. Tindakan sipil atau pribadi
2. Tindakan sipil ini berkaitan dengan isu antar individu.
3. Tindakan kriminal
4. Tindakan kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.



PERMENKES No 269, Tahun 2008 tentang Rekam Medis, Pasal 1, ayat (7)

bahwa dokumen adalah

- "Catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan, dan rekaman elektro diagnostik .

Pasal 2

- Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap atau elektronik



Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang rekam medis Pasal 5 Tata Cara Penyelenggaraan

Ayat (2)

Rekam medis sebagaimana disebutkan dalam ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setiap setelah pasien mendapatkan pelayanan

Ayat (3) Setiap pencatatan Pembetulan kesalahan dilakukan pada tulisan yang salah, diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.

Ayat (4) Pembuatan Rekam medis dilakukan dengan melakukan pencatatan, pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien.

Ayat (5) Setiap pencatatan rekam medis harus dibubuhi nama, tanggal, waktu dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan

Ayat (6) Dalam hal penulisan terjadi kesalahan dapat dilakukan pembetulan Pembetulan sebagaimana tersebut pada pasal 5 hanya dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan, dibubuhi paraf, **Menghapus tulisan dengan cara apa pun juga tidak diperbolehkan**



TEHNIK PENULISAN

- Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah,
- sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.
- Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.
- Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan.
 - a. Pastikan informasi akurat.
 - b. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.
 - c. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.
 - d. Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).



- “(1) Pemanfaatan rekam medis dapat diapakai sebagai
- a. pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
 - b.alat bukti dalam penegakan hukum, Rekam dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi serta penegakan etika profesi.
 - c. keperluan pendidikan dan penelitian
 - d. dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan dan
 - e. data statistik kesehatan”.



- Untuk Keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan adanya persetujuan dari pasien



Fungsi/ Manfaat Rekam Medis

- Pendokumentasian mempunyai beberapa fungsi:
- Sebagai akuntabilitas bidan serta tanggung jawab apa yang sudah dilaksanakan,
- Sebagai alat komunikasi,
- Sebagai bukti tertulis,
- Kepentingan hukum,
- Sebagai dokumentasi”.



Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan

Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.

Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya



TATA CARA PENYIMPANAN

Pasal (8) Penyimpanan lima tahun sejak pasien terakhir berobat, setelah lima tahun dapat dimusnahkan,

- Catatan ringkasan pulang dan informed concent dimusnahkan 10 tahu sejak dibuat.
- sesuai tata cara pemusnahan ditetapkan oleh dirjen & tata cara pemusnahan arsip yang baku.

PASAL (9)

Ayat (1) Rekam Medis non rumah sakit dapat dimusnahkan sekurang kurangnya selama 2 tahun dihitung terakhir waktu pasien berkunjung ,

Ayat (2) Setelah melewati batas waktu tersebut RM dapat dimusnahkan



Kepemilikan dan pemanfaatan Rekam medis

-Pasal 12

Ayat (1) Berkas rekam medis milik sarana kesehatan

Ayat (2) Isi rekam medis milik pasien

ayat (3) isi rakam medis berupa ringkasan catatan pasien

Ayat (4) Isi rkam medis boleh dicatat atau dicopy, oleh pasien atau orang lain yang diberi kuasa atau peesetujuan tertulis dari keluarga atau pasien yang berwenang



- Wajib dijaga kerahasiaannya
 1. Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan dengan izin tertulis dari pasien
 2. Pimpinan sarana kesehatan bertanggungjawab atas kerusakan, kehilangan, pemalsuan, & penyalahgunaan oleh orang/badan yang tidak berhak



Metode penulisan dan manfaatnya

- a. Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
- b. Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
- c. Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
- d. Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah

- **ditetapkan.**



catatan data yang relevan secara legal

1. Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
BERTANGGUNG JAWAB, TAHU TUGAS, MENGHINDARI
KECACATAN
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 bidan
dokter.
3. Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang
pelaksanaan proses kebidanan



Hukum pembuktian dokumentasi bidan

- 1) kelalaian dalam menjalankan tugas bidan,
- 2) tidak memenuhi standar praktik kebidanan,
- 3) adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera
- 4) kerugian yang aktual (hasil lalai).



Unsur penyusunan draf dokumen

- a. Asas filosofis Peraturan Perundang-undangan adalah dasar yang berkaitan dengan dasar filosofis/ideologi negara, dalam arti bahwa Peraturan Perundang-undangan harus memperhatikan secara sungguh-sungguh nilai-nilai (citra hukum) yang terkandung dalam Pancasila. Setiap masyarakat mengharapkan agar hukum itu dapat menciptakan keadilan, ketertiban, dan kesejahteraan.
- b. Asas sosiologis Peraturan Perundang-undangan adalah dasar yang berkaitan dengan kondisi/kenyataan yang hidup dalam masyarakat berupa kebutuhan atau tuntutan yang dihadapi oleh masyarakat, kecenderungan dan harapan masyarakat. Peraturan Perundang-undangan diharapkan dapat diterima oleh masyarakat dan mempunyai daya-laku secara efektif.
- c. Yuridis



KEPMENKES NO:938 TAHUN 2007 TENTANG STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

- BAB II
- STANDAR I-----> Pengkajian (SUBYEKTIF DAN OBYEKTIF)
- STANDAR II---> PERUMUSAN DIAGNOSA/MASALAH
- STANDAR III--> PERENCANAAN
- STANDAR IV--> IMPLEMENTASI
- STANDAR V-->EVALUASI
- STANDAR VI->PENCATATAN ASUHAN



Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) tahun 2006 tentang rekam medis manual

Berfungsi sebagai :

- Bagi *Health care provider* dapat berfungsi sarana informasi dan komunikasi tentang pengobatan pasien
- Peningkatan kualitas layanan
- Laporan perkembangan riset kedokteran yang menunjang keperluan pendidikan dan penelitian
- Bagi pihak *payer for service* dapat digunakan untuk pengajuan klaim asuransi atau untuk pembiayaan kesehatan
- Data statistik kesehatan untuk menyelidiki pola penyakit, pengaruh kejadian wabah yang dapat menunjang keperluan penelitian dan perkembangan ilmu kesehatan.
- Pembuktian masalah hukum dan etik, dan disiplin dapat sebagai alat bukti penyelesaian kasus



Permenkes 269/2008 Tentang Rekam Medis Pasal 3

1. Isi rekam medis pasien pada sarana pelayanan kesehatan rawat jalan sekurang kurangnya berisi tentang;
 - Identitas pasien
 - Tanggal dan waktu
 - Hasil anamnesis sekurang kurangnya tentang keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan fisik
 - Diagnosis
 - Rencana penatalaksanaan
 - pengobatan dan/atau tindakan
 - Pelayanan lain yang telah diberikan
 - Peretujuan tindakan jika diperlukan



Isi rekam medis pasien rawat inap sehari sekurang kurangnya memuat tentang

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesis sekurang kurangnya tentang keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan
7. Persetujuan tindakan jika diperlukan
8. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
9. Catatan ringkasan pulang
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu yang ikut terlibat memberikan layanan kesehatan
11. Pelayanan lain yang dilakukan tenaga kesehatan tertentu



Isi rekam medis untuk pasien dalam kondisi gawat darurat, sekurang kurangnya memuat tentang

1. Identitas pasien
2. Kondisi pasien saat tiba disarana pelayanan kesehatan
3. Identitas pengantar pasien waktu datang
4. Tanggal dan waktu
5. Hasil anamnesis sekurang kurangnya tentang keluhan dan riwayat penyakit
6. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
7. Diagnosis
8. Pengobatan dan rencana tindakan
9. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu yang ikut terlibat memberikan layanan kesehatan
11. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien jika dipindahkan kesarana kesehatan lain dan
12. Pelayanan kesehatan lain yang telah diberikan



Prasarat minimal pendokumentasian PMB terdiri dari

- Status ibu dan bayi catatan SOAP (subjektif,objektif, analisa, penatalaksanaan).
- Partograf persalinan
- *Informed concent*
- Buku register kunjungan (Hamil, persalinan, nifas,bayi,KB).
- Form laporan bulanan.
- Catatan keuangan.
- Tersedia dan tertulis data dalam buku register (, Bidan Delima)



Form RM

- Lembar Data Subyektif
- Obyektif,
- Informed Consent
- Catatan Medis Lain/Laborat
- Catatan Perkembangan
- Analisa,
- Penatalaksanaan
- Partograf Persalinan
- Ringkasan Pulang



Contoh lembar catatan medik

Tgl/ jam	subyek tif	obyektif	analisa	Instruksi / advis	penatalak sanaan	keteranga n	Ttd, nama petugas



PESAN MORAL

- **Konflik sering muncul karena ANEKA PERAN (ROLES)** yang harus dijalankan secara bersamaan oleh seorang tenaga kesehatan yang terlibat dalam situasi tersebut:
- - sbg pelaku moral, - sbg pihak pembela pasien, - sbg pihak medis/dokter, - sbg pihak wakil organisasi
- Dalam situasi dilematis/gawat darurat, nilai-nilai etika yang dituntut oleh Etika untuk diwujudkan bisa dan bahkan sering bersaing atau bertentangan satu dengan yang lain (misal. Beneficence vs otonomi pasien)
- **DOKUMENTASI YANG BENAR MENJADI ALAT BUKTI**

4. Kewajiban untuk mengatakan kebenaran merupakan kewajiban utama, termasuk kewajiban kesetiaan, ganti rugi, terima kasih, keadilan berbuat baik, dsb

Dengan memahami kewajiban, akan terhindar dari keputusan yang menimbulkan konflik atau dilemma.





SOP atau Standard Operating Procedure

- adalah kumpulan peraturan, pedoman, atau acuan yang dibuat suatu perusahaan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan tanggung jawab masing-masing individu dalam perusahaan, serta menjadi salah satu alat penilaian kinerja bagi instansi pemerintah maupun non



- **SOP** adalah seperangkat kebijakan, standar, dan prosedur yang dibutuhkan **organisasi dalam** manajemen **dan** operasi seluruh **organisasi** untuk memastikan keberhasilan **organisasi** tersebut. dengan adanya **SOP**, akan membuat: efisiensi **dalam** pekerjaan **dan** profitabilitas



- **SOP** adalah seperangkat kebijakan, standar, dan prosedur yang dibutuhkan **organisasi dalam** manajemen **dan** operasi seluruh **organisasi** untuk memastikan keberhasilan **organisasi** tersebut. dengan adanya **SOP**, akan membuat: efisiensi **dalam** pekerjaan **dan** profitabilitas

Standart Operasional Prosedur (SOP)

Langkah penyusunan SOP terdiri dari (3) tiga langkah yaitu:

- **Menyusun** strategi dan metodologi kerja.
- **Menyusun** perencanaan kerja.
- **Menyusun** pedoman perencanaan dan program kerja secara terperinci.



Langkah Penyusunan SOP

1. Persiapan dan Pembentukan Tim.
2. Pengumpulan data dan pembuatan draft.
3. Simulasi dan evaluasi **SOP.**
4. Penyetujuan dan implementasi **SOP.**
5. Pemeliharaan dan Audit



Langkah Pembuatan SOP

- **Membuat** Susunan Kerja yang ideal dan sesuai dengan visi misi perusahaan
- Merencanakan Alur Proses.
- Lakukan Focus Group Discussion (FGD)
- Tulis, Bahas & Sosialisasikan.
- Adakan Pelatihan.
- Evaluasi




prinsip sop berdasarkan permenpan no 35 tahun 2012

- a. Prosedur yang distandarkan **harus** dapat mudah dimengerti oleh semua aparatur **dalam** menjalankan tugasnya.
- b. Efisiensi dan Eektivitas. Prosedur yang distandarkan **harus** efisien dan efektif **dalam** pelaksanaan tugasnya.
- c. Keselarasan



CONTOH SOP ANC

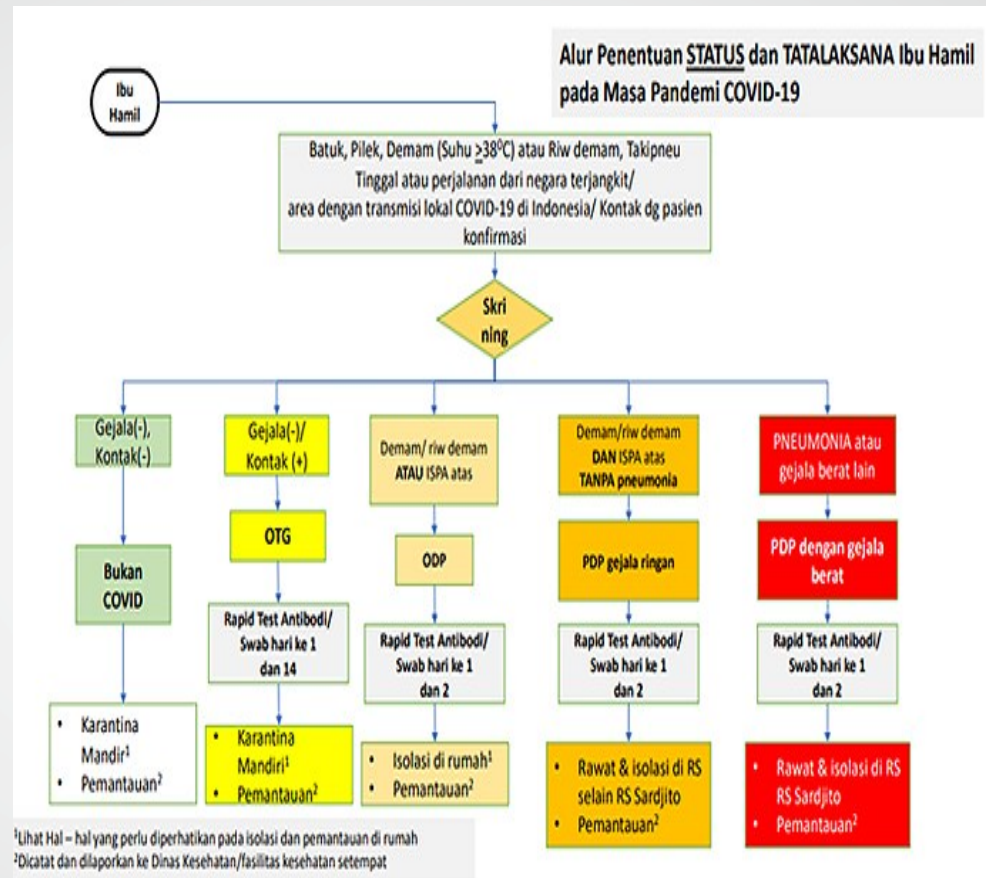
Bidan dalam menjalankan fungsi, peran dan tanggung jawab harus memiliki semua SOP yang sesuai dengan jenis pelayanan yang ada di tempat praktiknya.
Penyusunan draf SOP Praktik Mandiri Bidan Bisa Mengacu pada tata cara penyelenggaraan yang ada di paket buku BIDAN DELIMA

SOP ASUHAN ANTENATAL / PEMERIKSAAN KEHAMILAN		
 UPTD KESEHATAN PUSKESMAS PEKKAE	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen : _____
		No. Revisi : 00
		Tanggal Terbit : 01 Oktober 2015
		Halaman : 1 dari 2
		Ditetapkan oleh Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Pekkae H. Taswi, S.Farm.Apt NIP.19700413 199103 1 006

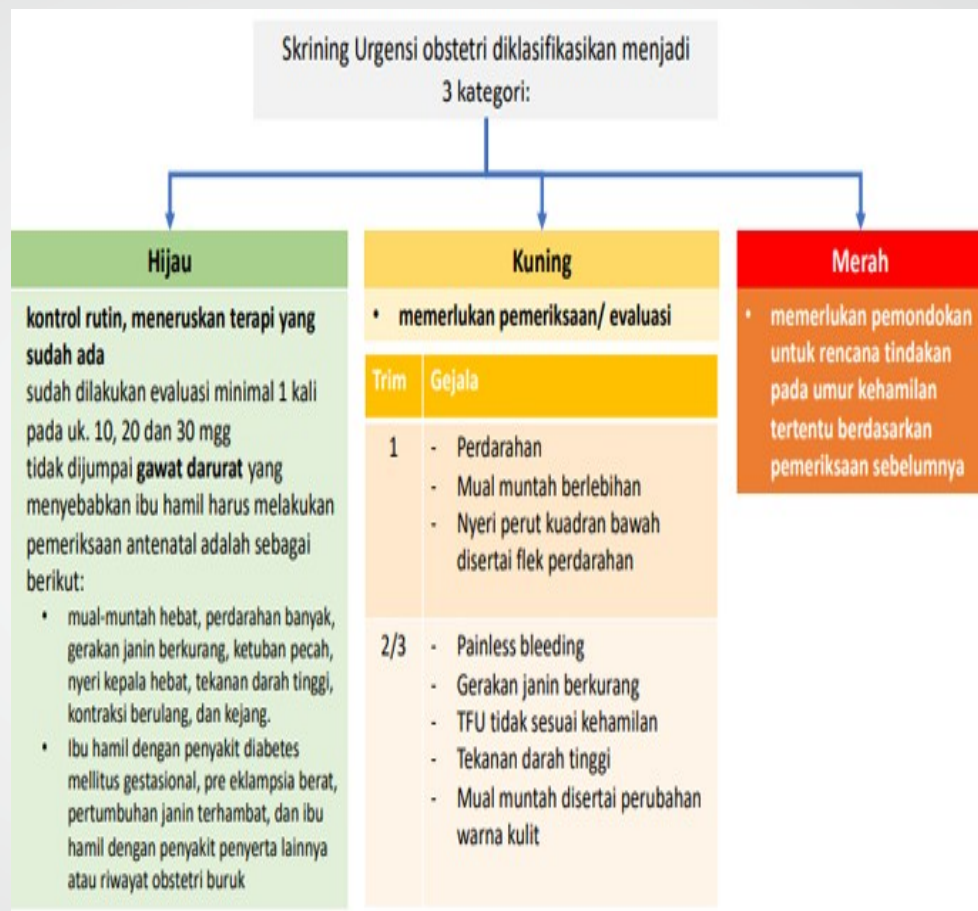
1. Pengertian	pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal care yang sudah ditetapkan.
2. Tujuan	Sebagai acuan memulangkan pemeriksaan Ante Natal Care (ANC) sehingga dapat meyelesaikan dengan baik, melahirkan bayi yang sehat dan memperoleh kesehatan yang optimal pada masa nifas serta dapat menyusun dengan baik dan benar
3. Kebijakan	
4. Referensi	Buku Kesehatan Maternal dan Neonatus, yayasan Bina Pustaka, Sarwono Prawiroharjo, Jakarta,2002
5. Alat dan bahan	Alat : - Leanec - Meteran kain pengukur tinggi fundus uteri - Meteran pengukur lila - Selimut - Reflex hammer - Jarum suntik disposibel 2,5 ml - Air hangat - Timbangan berat badan dewasa - Tensi meter air raksa - Stetoscop - Senter - Kelender kehamilan Bahan: - Sarung tangan - Kapas steril - Kassa steril - Alcohol 70 % - Jelly - Sabun antiseptic - Wastafel dengan air mengalir - Vaksin TT
6. Prosedur/ Langkah- langkah	1. Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan 2. Mempersiapkan bumil mengosongkan kandung kemih 3. Petugas mencuci tangan dengan sabun antiseptic dan bilas dengan air mengalir dan keringkan. Anamneses: a. Riwayat perkawinan b. Riwayat penyakit ibu dan keliarga



Tata Laksana Khusus Masa Pandemi




Skrining Gawat Darurat Kebidanan Masa Pandemi



Kebijakan COC (Continue Of Care

Bagaimana Dan apa Kebijakan yang dipersyaratkan sebagai Batasan kewenangan pelayanan Bidan harus diikuti dengan mematuhi aturan yang ada di UU Kebidanan No 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan



SOP ASUHAN ANTENATAL / PEMERIKSAAN KEHAMILAN		
 UPTD KESEHATAN PUSKESMAS PEKKAE	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen : _____
		No. Revisi : 00
		Tanggal Terbit : 01 Oktober 2015
		Halaman : 1 dari 2
		Ditetapkan oleh Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Pekkae H. Taswi, S.Farm.Apt NIP.19700413 199103 1 006

1. Pengertian	pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal care yang sudah ditetapkan.
2. Tujuan	Sebagai acuan memulangkan pemeriksaan Ante Natal Care (ANC) sehingga dapat meyelesaikan dengan baik, melahirkan bayi yang sehat dan memperoleh kesehatan yang optimal pada masa nifas serta dapat menyusun dengan baik dan benar
3. Kebijakan	
4. Referensi	Buku Kesehatan Maternal dan Neonatus, yayasan Bina Pustaka, Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, 2002
5. Alat dan bahan	Alat : - Leanec - Meteran kain pengukur tinggi fundus uteri - Meteran pengukur lila - Selimut - Reflex hammer - Jarum suntik disposibel 2,5 ml - Air hangat - Timbangan berat badan dewasa - Tensi meter air raksa - Stetoscop - Senter - Kelender kehamilan Bahan: - Sarung tangan - Kapas steril - Kassa steril - Alcohol 70 % - Jelly - Sabun antiseptic - Wastafel dengan air mengalir - Vaksin TT
6. Prosedur/ Langkah- langkah	1. Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan 2. Mempersiapkan bumil mengosongkan kandung kemih 3. Petugas mencuci tangan dengan sabun antiseptic dan bilas dengan air mengalir dan keringkan. Anamneses: a. Riwayat perkawinan b. Riwayat penyakit ibu dan keliarga



Kesimpulan dan penutup

- Dokumentasi berperan sebagai salah satu alat bukti yang sah dan membantu pada saat dibutuhkan pengambilan keputusan agar dapat diambil tindakan yang cepat, tepat, dan tidak bertentangan dengan nilai-nilai etika
- Prinsip dokumentasi akurat dan konkrit sesuai dengan situasi dan kondisi pasien



Pesan Moral

- Setiap anak memiliki hak Hidup....
- Jadilah manusia yang berguna untuk alam semesta
- Tugas utama bidan salah satunya adalah menyelamatkan nyawa....kuncinya ada pada SOFT
- **S=skil**
- **O=objektif**
- **F=Fastabikul khoirot**
- **T=Terampil**



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DOA SESUDAH BELAJAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُمَّ أَرِنَا الْحَقَّ حَقًّا وَارْزُقْنَا اتِّبَاعَهُ وَأَرِنَا الْبَاطِلَ بَاطِلًا
وَارْزُقْنَا اجْتِنَابَهُ

Ya Allah Tunjukkanlah kepada kami kebenaran sehingga kami dapat mengikutinya Dan tunjukkanlah kepada kami kejelekan sehingga kami dapat menjauhinya



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Daftar Pustaka