

MODUL PEMBELAJARAN ETIKA PROFESI KEBIDANAN

**DISUSUN OLEH:
Dr. WIDIA SHOFA ILMIAH, SST., M.Kes**

TAHUN 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Modul Pembelajaran Mata Kuliah Pengembangan Kepribadian telah di
sahkan pada:

Hari/ Tanggal: Senin, 5 September 2022

Mengetahui,

Kaprodi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan



Dr. Rifzul Maulina, S.ST, M.Kes

Kata Pengantar

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas karunia dan limpahan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Modul Ajar Etika Profesi Kebidanan. Modul ini disusun dengan tujuan agar mahasiswa mampu mempelajari dengan spesifik materi etika profesi kebidanan.

Modul ini membahas antara lain *Informend Consent* dan *Refusal dan Record Keeping*.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Rektor ITSK RS. dr. Soepraoen Kesdam V/ BRW Malang yang memberikan support kepada penulis dalam menyelesaikan buku ini. Selanjutnya, penulis berharap Modul Ajar Etika Profesi Kebidanan ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan dan mahasiswa kesehatan lainnya serta praktisi kesehatan.

Malang, 5 September 2022

Penulis,

Dr. Widia Shofa Ilmiah., SST., M.Kes

BAB 1 *Informed Consent* dan *Refusal*

A. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	1
B. Pendahuluan	1
C. Konsep <i>Informed Consent</i> dan <i>Refusal</i>	2
1. Pengertian <i>Informed Consent</i> dan <i>Refusal</i>	2
2. Tujuan	2
3. Fungsi <i>Informed Consent</i>	3
4. Prinsip <i>Informed Choice</i>	4
5. Prinsip <i>Informed Consent</i>	4
6. Menjelaskan tentang Perbedaan <i>Informed Choice</i> dan <i>Informed Consent</i>	4
7. Manfaat <i>Informed Consent</i>	5
8. Dimensi <i>Informed Consent</i>	6
9. Komponen <i>Informed Consent</i>	6
10. Bentuk-bentuk <i>Informed Consent</i>	7
11. Syarat Sah Perjanjian/ <i>Consent</i>	8
12. Hal yang Harus Diperhatikan dalam Pembuatan dan Penggunaan <i>Informed Consent</i>	10
13. Aspek Hukum <i>Informed Consent</i>	10
14. Landasan Hukum <i>Informed Consent</i>	11
15. Peran Bidan dalam <i>Informed Choice</i>	12
16. Contoh <i>Informed Choice</i> dalam Pelayanan Kebidanan	13
17. Contoh Bentuk Pernyataan <i>Informed Consent</i>	14
18. <i>Informed Consent</i> pada Pasien Tidak Sadar	15
19. Pencegahan Konflik Etik	16
D. Kesimpulan	16
E. Soal Latihan	17
F. Pembahasan Soal	19

BAB 2 *Record Keeping*

A. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	21
B. Pendahuluan	21
C. Konsep Dokumentasi Kebidanan (<i>Record Keeping</i>)	21
1. Pengertian <i>Record Keeping</i>	21
2. Sifat <i>Record Keeping</i>	22
3. Tujuan dan Fungsi <i>Record Keeping</i>	22
4. Prinsip <i>Record Keeping</i>	24
5. Aspek legal dalam <i>Record Keeping</i>	25
6. Manfaat <i>Record Keeping</i>	26
7. Teknik <i>Record Keeping</i>	27
8. Model <i>Record Keeping</i>	30
9. Sistem Pengumpulan Data Rekam Medis	37
10. <i>Record Keeping</i> Kebidanan dengan Metode SOAP	38
D. Kesimpulan	38
E. Soal Latihan	39

F. Pembahasan Soal	39
DAFTAR PUSTAKA	40

BAB 1

INFORMED CONSENT

A. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu memahami konsep dasar *informed consent* dan *refusal*.

B. Pendahuluan

Perlunya di berikan *informed consent* dalam memberikan pelayanan kebidanan atau pelayanan Kesehatan lainnya agar terlaksana hubungan baik antara petugas Kesehatan dengan pasien/ keluarga pasien. Namun, pemberian *informed consent* kadang kala di hadapkan pada adanya dilema etik dengan dasar memberikan kebaikan kepada pasien sesuai dengan nilai etika dan pengetahuan tentang ilmu kebidanan, kedokteran atau keperawatan (Kesehatan), keterampilan dan pengalaman tenaga Kesehatan ketika memberikan asuhan kebidanan/ pelayanan Kesehatan, serta prinsip menghormati hak-hak pasien yaitu hak memilih atau menentukan serta mengambil keputusan berdasarkan sudut pandang pasien.

Berdasarkan hal tersebut, untuk kepentingan melindungi tenaga Kesehatan dan pasien, maka diperlukannya *informed consent* sebelum dilakukan tindakan Kesehatan dalam bentuk menyetujui Tindakan yang akan dilakukan atau dalam bentuk penolakan (*refusal*) (Hendrik, 2011).

C. Konsep *Informed Consent* dan *Refusal*

1. Pengertian *Informed Choice* dan *Informed Consent*

Informed choice yaitu membuat sebuah pilihan tentang alternatif asuhan yang akan didapatnya setelah pasien mendapatkan penjelasan yang cukup (Patimah, Astuti dan Tajmuati, 2014).

Informed consent berasal dari kata *informed* (telah mendapatkan penjelasan/ keterangan/ informasi medik) dan *consent* (memberikan ijin atau persetujuan) (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Informed consent merupakan suatu persetujuan terhadap Tindakan medis yang akan diberikan setelah pasien mendapatkan informasi/ penjelasan (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Informed consent menurut (Ta'adi, 2012) yaitu berlakunya hukum perikatan, ketentuan perdata berhubungan dengan tanggung jawab professional berkaitan dengan perjanjian perawatan dan terapeutik.

Informed consent adalah bentuk persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien setelah mendapatkan penjelasan medik/ Tindakan yang akan dilakukan (Hendrik, 2011).

Informed consent menurut Permenkes RI No. 290 tahun 2008 tentang persetujuan Tindakan kedokteran yaitu persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap mengenai tindakan medik yang akan dilakukan kepada pasien.

Refusal yaitu penolakan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan setelah pasien mendapatkan penjelasan atau informasi yang cukup tentang terapi atau tindakan yang akan dilakukan (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

2. Tujuan *Informed Consent*

Adapun tujuan *Informed consent* (Hendrik, 2011), yaitu:

- a. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap segala bentuk Tindakan medis yang diberikan.

Memberikan perlindungan kepada pasien berarti memberikan perlindungan terhadap segala bentuk Tindakan medis yang diterima pasien dalam bentuk fisik maupun psikis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien dari Tindakan medis yang sebenarnya tidak perlu dilakukan atau tidak sesuai prosedur yang membahayakan pasien/ merugikan pasien.

Jika petugas Kesehatan yang memberikan tindakan medis atas dasar standar pelayanan Kesehatan, tetapi menghadapi akibat tidak terduga dan dianggap merugikan pihak lain, maka Tindakan medis yang diberikan tersebut memperoleh jaminan perlindungan hukum sesuai *risk or treatment* dan *error of judgement*.

Risk of treatment yaitu kejadian yang tidak dapat dihindari meskipun sudah berusaha dicegah dan bertindak dengan hati-hati sesuai SOP atas risiko tersebut.

Error of judgement yaitu berkaitan dengan sifat dasar manusia yang tidak bis terhindar dari kesalahan yang wajar. Dengan demikian, bisa saja diagnosis yang ditegakkan atau terapi yang diberikan ternyata salah dalam batas-batas tertentu/ sepanjang tidak terbukti.

- b. Memberikan perlindungan kepada petugas kesehatan terhadap terjadinya hal yang tidak terduga yang dianggap merugikan pihak lain (pasien).

3. Fungsi *Informed Consent*

Menurut Tohari (2014) dan Patimah, Astuti dan Tajmuati (2014), fungsi *informed consent* meliputi:

- a. Promosi hak otonomi perorangan/ penghormatan terhadap harkat dan martabat pasien sebagai manusia;
- b. Proteksi pasien dan subyek;
- c. Mencegah terjadinya penipuan atau paksaan;

- d. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis/ bidan untuk mengadakan introspeksi diri;
- e. Promosi dari keputusan-keputusan rasional yang dilakukan bidan;
- f. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam masalah kedokteran dan kebidanan;
- g. Meningkatkan mutu pelayanan.

4. Prinsip *Informed Choice*

Hal yang harus diingat dalam *Informed choice* menurut (Patimah, Astuti dan Tajmuati, 2014) yaitu:

- a. *Informed choice* bukan sekedar mengetahui berbagai pilihan namun mengerti manfaat dan risiko dari pilihan yang ditawarkan
- b. *Informed choice* tidak sama dengan membujuk/ memaksa klien mengambil keputusan yang menurut orang lain baik (meskipun dilakukan secara halus)

5. Prinsip *Informed Consent*

Terdapat 2 prinsip dalam *informed consent* menurut Beuchamp dan Walters (Hendrik, 2011) yaitu:

- a. Setiap orang memiliki hak untuk memutuskan secara bebas hal yang dipilihnya berdasarkan pemahaman yang memadai;
- b. Keputusan itu harus dibuat dalam keadaan yang memungkinkannya membuat pilihan, tanpa adanya paksaan atau campur tangan dari pihak lain.

6. Menjelaskan tentang Perbedaan *Informed Choice* dan *Informed Consent*

Perbedaan *informed choice* dan *informed consent* menurut (Purwoastuti dan Walyani, 2015) antara lain:

- a. Persetujuan atau *consent* penting dari sudut pandang bidan karena berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang akan dilakukan bidan.
- b. Pilihan atau *choice* penting dari sudut pandang klien sebagai penerima jasa asuhan kebidanan, yang memberikan gambaran pemahaman masalah yang sesungguhnya dan merupakan aspek otonomi pribadi menentukan pilihannya sendiri.
- c. *Choice* berarti adanya alternatif lain, terdapat lebih dari satu pilihan dan klien mengerti perbedaannya sehingga dia dapat menentukan mana yang disukai atau sesuai dengan kebutuhannya.

7. Manfaat *Informed Consent*

Manfaat *informed consent* menurut (Purwoastuti dan Walyani, 2015) antara lain:

a. Membantu kelancaran Tindakan medis.

Adanya *informed consent* dapat menjalin kerjasama antara bidan dan pasien secara tidak langsung sehingga memperlancar Tindakan yang akan dilakukan. Keadaan ini dapat meningkatkan efisiensi waktu dalam upaya Tindakan kegawatdaruratan kebidanan.

b. Mengurangi efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi.

Tindakan bidan yang tepat dan segera dapat menurunkan risiko komplikasi yang mungkin terjadi.

c. Mempercepat proses pemulihan dan penyembuhan penyakit karena pasien memiliki pemahaman yang cukup tentang Tindakan yang dilakukan bidan.

d. Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

Meningkatnya mutu pelayanan kebidanan ditunjang oleh Tindakan yang lancar dan efek samping serta komplikasi minimal dan proses penyembuhan yang cepat.

e. Melindungi bidan dari kemungkinan tuntutan hukum.

Hal ini sebagai Tindakan preventif jika tindakan kebidanan yang dilakukan menimbulkan masalah atau terjadi hal yang tidak diinginkan dan merugikan pasien sehingga bidan memiliki bukti tertulis tentang persetujuan pasien.

8. Dimensi *Informed Consent*

Menurut Patimah, Astuti dan Tajmuati (2016) bahwa dimensi *informed consent* dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Dimensi Hukum

Merupakan perlindungan kepada pasien dan bidan sebagai petugas Kesehatan yang berperilaku memaksakan kehendak, meliputi:

- 1) Keterbukaan terhadap segala informasi antara bidan dan pasien
- 2) Informasi yang disampaikan bidan harus dipahami oleh pasien
- 3) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memperoleh keputusan terbaik

b. Dimensi Etik

Mengandung nilai-nilai:

- 1) Menggali harapan pasien baik secara subyektif maupun obyektif sesuai hasil pemikirannya yang rasional
- 2) Menghargai kemandirian pasien (otonomi pasien)
- 3) Membantu pasien bila diminta atau dibutuhkan sesuai informasi yang diberikan (Bidan tidak melakukan intervensi tanpa diminta).

9. Komponen *Informed Consent*

Menurut Culver dan Gert (Purwoastuti dan Walyani, 2015), terdapat 4 komponen *informed consent* yang harus dipahami meliputi:

a. Sukarela (*Voluntariness*)

Mengandung arti bahwa pilihan yang dibuat tanpa paksaan dengan didasari informasi sejelas-jelasnya dan kompetensi.

b. Informatif (*Information*)

Informasi yang diberikan cukup dapat dipahami pasien sehingga pasien mudah mendeskripsikan keputusannya.

c. Kompetensi (*Competence*)

Kompetensi memiliki makna suatu pemahaman dimana seseorang membutuhkan sesuatu hal untuk mampu membuat keputusan dengan tepat, juga membutuhkan banyak informasi.

d. Keputusan (*Decision*)

Pengambilan keputusan merupakan suatu proses dan pembuatan keputusan merupakan tahap akhir proses pemberian persetujuan/ *consent*.

10. Bentuk-bentuk *Informed Consent*

Bentuk-bentuk *informed consent* menurut (Purwoastuti dan Walyani, 2015) dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu:

a. *Implied consent*

Merupakan persetujuan yang dinyatakan secara tidak langsung.

Contohnya:

Pada saat bidan melakukan pengukuran tekanan darah pasien, ia hanya mendekati sang ibu dengan membawa tensi meter tanpa mengatakan apapun dan ibu memberikan tangannya dan menyingsingkan bajunya (Hal ini menunjukkan bahwa pasien/ ibu menyetujui tindakan yang dilakukan bidan).

b. *Express consent*

Yaitu persetujuan yang dinyatakan dalam bentuk tertulis atau secara verbal. Meskipun secara tersirat dapat diberikan, namun sangat bijaksana apabila persetujuan pasien dinyatakan dalam bentuk tertulis karena hal ini dapat dijadikan bukti otentik yang kuat di masa yang akan datang apabila terjadi gugatan dari pihak lain/ pasien.

Contoh: Persetujuan tindakan operasi Caesar (SC).

11. Syarat Sah Perjanjian/ *Consent*

Syarat sahnya perjanjian atau *consent* (Purwoastuti dan Walyani, 2015) yaitu:

- a. Adanya kata sepakat, dan tanpa paksaan, tipuan ataupun kesalahan/ kekeliruan.

Perjanjian bidan dan pasien dalam memperoleh kata sepakat dilakukan setelah bidan memberikan informasi kepada pasien se jelas-jelasnya terhadap tindakan yang akan dilakukan bidan.

- b. Kecakapan.

Bahwa pasien atau keluarga pasien terdekat memiliki kecakapan dalam memberikan persetujuan dengan syarat orang tersebut mampu melakukan tindakan hukum, dewasa dan tidak gila.

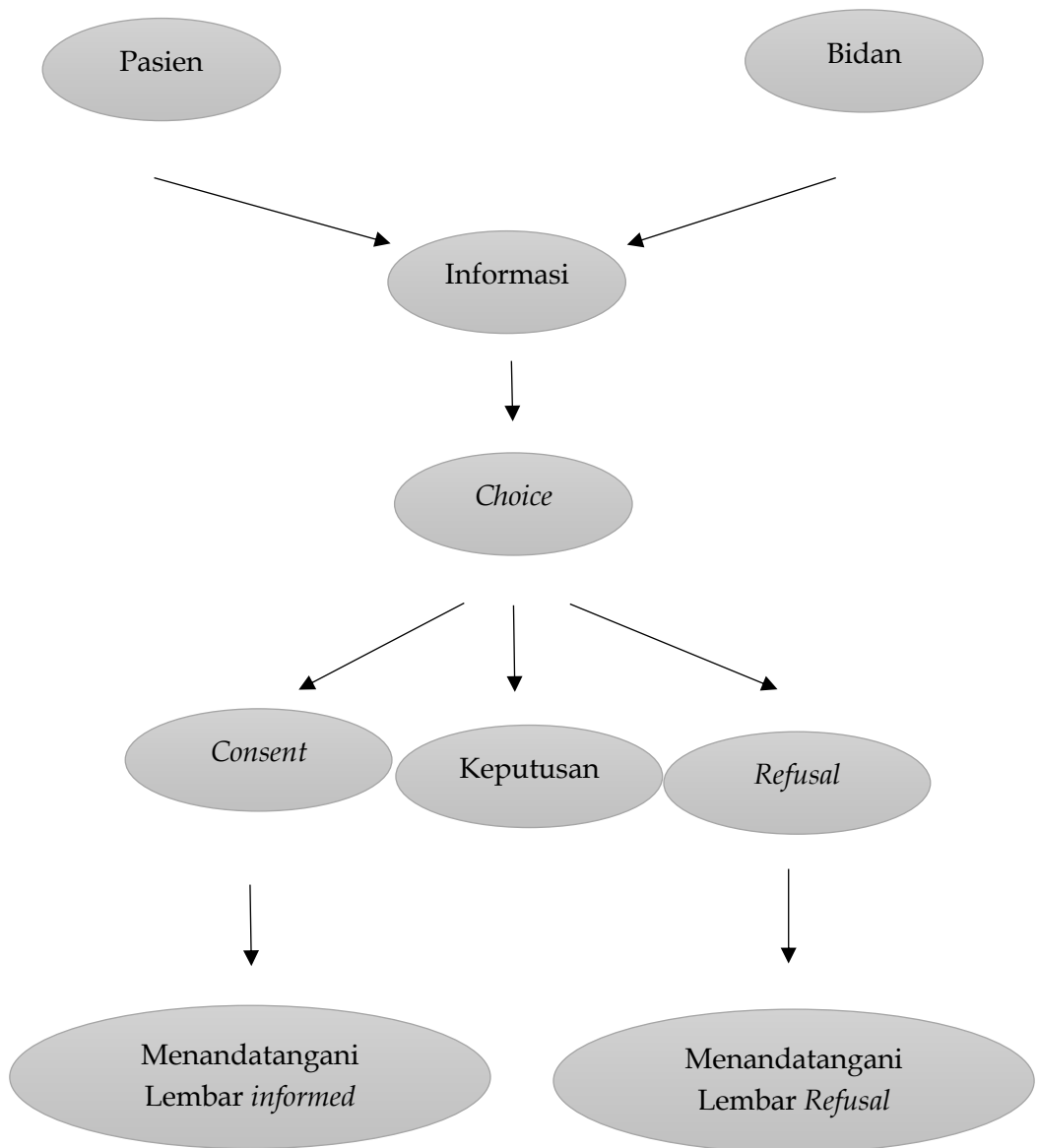
- c. Identitas, dan lainnya serta obyek dalam persetujuan antara bidan dan pasien harus disebutkan dengan jelas dan terperinci.

Contohnya: Dalam lembar *informed consent* tertulis jelas identitas pasien meliputi: nama, jenis kelamin, alamat, suami atau wali, kemudian dilampirkan identitas pemberi persetujuan.

- d. Suatu sebab yang halal

Artinya bahwa isi persetujuan tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, tata tertib, kesusilaan, norma dan hukum.

Secara lebih rinci dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.1 Alur Pelaksanaan *Informed Consent*

12. Hal yang Harus Diperhatikan dalam Pembuatan dan Penggunaan *Informed Consent*

Hal yang Harus Diperhatikan dalam Pembuatan dan Penggunaan *Informed Consent* (Patimah, Astuti dan Tajmuati, 2016) antara lain:

- a. Tidak selalu dalam bentuk tertulis;
- b. Tindakan bedah/ invasive sebaiknya menggunakan *informed consent* tertulis;
- c. Fungsi adanya *informed consent* secara tertulis dengan tujuan untuk memudahkan pembuktian bila suatu saat nanti ada gugatan dari pihak pasien;
- d. *Informed consent* tidak berarti sama sekali terbebas dari tuntutan hukum apabila bidan melakukan kelalaian pada saat memberikan asuhan kebidanan.

13. Aspek Hukum *Informed Consent*

Aspek hukum *informed consent* menurut Hendrik, 2011 terdapat 2 unsur pokok yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan profesi Kesehatan yaitu *informed consent* dan standar profesi. Segala perselisihan hukum yang berkaitan dengan profesi selalu dinilai berdasarkan pemenuhan kedua unsur tersebut diatas sebagai bentuk tanggung jawab medis kebidanan.

Jika terbukti bidan atau tenaga Kesehatan tidak menyimpang dari standar profesi dan telah memenuhi *informed consent*, maka ia dibebaskan dari membayar kerugian dan tindak pidana apapun.

Dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidanan (KUHP) terdapat beberapa pasal yang berkaitan dengan hal tersebut khususnya pasal 351 yang sering pula disebut sebagai pasal penganiayaan.

Contoh Pasien (B) memberikan ijin kepada Bidan (A) untuk melakukan tindakan medik kepada dirinya. Tindakan tersebut didasarkan pada indikasi medik dan tujuan tindakan tersebut adalah nyata/ konkret, tindakan itu dilakukan sesuai dengan kaidah-kaidah yang diakui dalam dunia kebidanan/ kedokteran atau konkret.

Dari sudut perdata, ketentuan yang berkaitan dengan tanggung jawab professional tercantum dalam pasal-pasal KUHPperdata khususnya yang berkaitan dengan perikatan menyangkut perjanjian perawatan maupun pengobatan/ terapeutik. Dalam profesi Kesehatan, perjanjian itu dikategorikan sebagai perjanjian berdasarkan usaha sebaik-baiknya, bukan berdasarkan hasil. Obyek perjanjian bukan berisi tentang sembuh atau tidak sembuhnya pasien, namun apakah tenaga Kesehatan dalam hal ini Bidan atau Dokter telah berusaha maksimal atau tidak.

Suatu perjanjian (*informed consent*) dikatakan sah apabila sebelumnya telah diberikan informasi yang cukup kepada pasien dan sebaliknya. Akhirnya perlu disadari bahwa *informed consent* berfungsi melindungi pasien dari tindakan Bidan/ Dokter/ Tenaga Kesehatan lainnya yang tidak bertanggung jawab, namun juga melindungi Bidan/ Dokter/ Tenaga Kesehatan lainnya dari tuntutan-tuntutan yang tidak proporsional dari pihak pasien. Hal ini berarti *informed consent* merupakan perwujudan disiplin dalam hukum Kesehatan (Hendrik, 2011).

14. Landasan Hukum *Informed Consent*

Persetujuan tindakan medis termasuk kebidanan bertitik tolak dari hak asasi manusia yang berkaitan dengan bidang politik, bahwa setiap orang bebas berkehidupan berpolitik serta dijamin haknya untuk menentukan nasibnya sendiri dalam berbangsa dan bernegara.

Hak asasi manusia menjadi bagian dari *Bill of right 1689 di Inggris* dan *Virginia Bill of Right 1776* di Amerika Serikat yang menjadi falsafah *the Declaration of Independence of America* tanggal 4 juli 1776 sekaligus sebagai hari kemerdekaan Amerika Serikat. Salah satu hak asasi manusia *self determination* secara konkrit tercantum dalam piagam PBB tanggal 26 Juni 1945 yang berlaku mulai tanggal 24 Oktober 1945 bersama hari lahirnya PBB. Selanjutnya, pengembangan *self determination* dirumuskan dalam piagam hak

asasi manusia dari *United Nation of Universal Declaration of Human Right*, tahun 1948 serta berbagai piagam termasuk piagam Kesehatan di dunia.

Pengembangan HAM mengandung nilai-nilai, kaidah dan asas-asas hukum internasional. Oleh karena itu, *informed consent* berdasarkan pada *the right of self determination* menjadi bagian dari prinsip hukum internasional. Hak tersebut selanjutnya berkembang melalui kaidah kode etik internasional dari *World Medical Assembly* 1949 bahwa dokter harus menghormati hak-hak pasien, melalui piagam *Patients Bill of Right* 1972 bahwa pasien berhak mendapatkan informasi tentang tindakan yang akan dilakukan secara rinci oleh petugas Kesehatan (dokter, bidan, perawat) dan tenaga Kesehatan harus memberikan *informed consent* sebelum memulai tindakan medis atau terapi dan pasien berhak menyetujui atau menolak terapi setelah mendapatkan informasi yang cukup dan jelas.

Berdasarkan pada hak asasi manusia dan kode etik profesi, landasan hukum *informed consent* menurut (Hendrik, 2011) yaitu:

- a. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- b. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- c. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
- d. Fatwa Pengurus IDI Nomor 319/PB/A.4/88 tentang *informed consent*.

15. Peran Bidan dalam *Informed Choice*

Peran bidan dalam *informed choice* yaitu memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga pasien untuk mempertimbangkan alternatif pilihan tindakan kebidanan. Bidan menjamin bahwa pilihan Tindakan berfokus pada pasien sesuai kode etik profesi bidan.

Sebagai seorang bidan dalam memberikan *Informed Choice* kepada klien harus:

- a. Memperlakukan pasien dengan baik.
- b. Berinteraksi dengan baik
- c. Memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan.
- d. Membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan sesuai kondisi pasien.
- e. Mendorong ibu memilih asuhannya.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan Bidan dalam proses *Informed Choice*:

- a. Terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya
- b. Harus memberikan informasi secara rinci dan jujur serta mudah dimengerti pasien
- c. Harus belajar membantu pasien melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggungjawab untuk keputusan yang telah diambil
- d. Asuhan berpusat pada pasien
- e. Tidak perlu takut pada konflik, tetapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi

16. Contoh *Informed Choice* dalam Pelayanan Kebidanan

Contoh *informed choice* dalam pelayanan kebidanan menurut Patimah, Astuti dan Tajmuati (2016) yaitu:

- a. Memberikan pilihan tempat melahirkan dan kelas perawatan
- b. Pendamping waktu ibu melahirkan
- c. Posisi saat melahirkan
- d. Diet saat inpartu
- e. Metode observasi DJJ menggunakan dopler atau funandoskop
- f. Pemakaian obat penghilang nyeri
- g. Metode pengurangan rasa nyeri (masase, distraksi lainnya).
- h. Pemeriksaan laboratorium ANC

- i. Pemakaian alat kontrasepsi

17. Contoh Bentuk Pernyataan *Informed Consent*

Contoh formulir *informed consent* menurut Patimah, Astuti dan Tajmuati (2016) sebagai berikut:

Contoh: formulir *informed cosent*

FORMULIR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : (L/P)

Umur/Tgl lahir :

Alamat :

Bertindak untuk diri saya sendiri/orangtua/suami/istri/anak/wali dari :

Nama : (L/P)

Umur/Tgl lahir :

Yang dirawat di :

No.Rekam medik :

Setelah mendapat penjelasan yang cukup dari bidan.....

Dan saya telah mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit, serta tindakan medis / kebidanan yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi. Maka dengan ini saya menyatakan SETUJU/MENOLAK* untuk dilakukan tindakan medis/kebidanan berupayang akan dilakukan oleh Bidan.

.....2016

Petugas yang menjelaskan

TTD

Yang membuat pernyataan

(.....) (.....)

Gambar 1.2 Contoh Lembar *Informed Consent*

18. *Informed Consent* pada Pasien Tidak Sadar

Menurut Prof. Leenen dalam kondisi tertentu dikenal istilah “*Fiktie Yuridis*” atau fiksi hukum. Fiksi hukum menyatakan bahwa seseorang yang dalam kondisi tidak sadar akan menyetujui hal yang pada umumnya disetujui oleh pasien yang berada dalam kondisi sadar pada situasi dan kondisi sakit yang sama (*preseume consent*). Sedangkan Prof. Van Der Mijn mengatakan bahwa pasien yang berada dalam kondisi tidak sadar dapat pula dikaitkan dengan KUH Perdata Pasal 1354 yang mengatur tentang “*zaakwarneming*” atau perwakilan sukarela yaitu sikap atau tindakan yang pada dasarnya merupakan pengambil alihan tanggung jawab dengan tindakan menolong pasien dan bila pasien telah sadar, tenaga Kesehatan dapat bertanya apakah perawatan dapat diteruskan atau ingin beralih ke tenaga Kesehatan lainnya (*second opinion*).

Selain itu, jika tenaga Kesehatan harus melakukan tindakan medis untuk menyelamatkan jiwa pasien yang tidak sadar, ia tidak memerlukan *informed consent* dari siapapun.

Oleh karena itu, hal yang sebaiknya dilakukan jika pasien tidak sadar adalah menunggu keluarganya datang atau hingga pasien siuman jika kondisi tidak mengancam nyawa pasien atau segera melakukan tindakan medis atas dasar *live saving*, fiksi hukum (*leenen*) dan *zaakwarneming*. Dalam penjelasan UUPK Pasal 45 ayat 1 dijelaskan bahwa pada dasarnya yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis yaitu pasien sendiri/ yang bersangkutan. Namun, apabila pasien dibawah pengampuan/ perwalian, maka persetujuan atau penolakan tindakan medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat, antara lain suami, istri, anak kandung, saudara kandung atau orang tua.

Selanjutnya, pada pasal yang sama dijelaskan bahwa untuk menyelamatkan nyawa pasien dalam kondisi gawat darurat atau pasien dalam kondisi tidak sadar yaitu tidak diperlukan *informed consent*. Demikian juga pada pasien anak, penjelasan diberikan keluarganya atau orang tua yang mengantar

anak. Apabila tidak ada keluarga atau orang tua, sementara tindakan medis diperlukan untuk dilakukan segera, maka penjelasan harus diberikan kepada anak yang bersangkutan apabila anak tersebut sudah sadar (Ta'adi, 2012).

19. Pencegahan Konflik Etik

Pencegahan konflik etik dapat dilakukan dengan 4 langkah menurut (Purwoastuti dan Walyani, 2015) sebagai berikut:

- a. *Informed Consent*
- b. Negosiasi
- c. Persuasi
- d. Komite Etik

D. Kesimpulan

Informed choice merupakan pilihan tindakan atau terapi yang diberikan kepada pasien setelah diberikan informasi yang cukup. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan tindakan medis kepada pasien setelah mendapatkan persetujuan atau informasi yang cukup. *Informed consent* sebaiknya dilakuakn secara tertulis, namun untuk kondisi tertentu, *informed consent* cukup dilakukan secara isyarat atau lisan (untuk tindakan bukan gawat darurat atau prosedur invasive). *Informed consent* biasanya dilakukan pada pasien yang sadar penuh dan tidak mengalami gangguan jiwa serta dewasa, dan harus pada pasien yang bersangkutan. Namun, untuk kondisi tertentu *informed consent* tidak perlu dilakukan pada pasien tidak sadar dan dengan tujuan menyelamatkan jiwanya. Akan tetapi, setelah sadar pasien diberikan *second opinion* untuk meneruskan terapi yang diberikan atau memilih tenaga Kesehatan yang lain.

Pada kasus anak, *informed consent* dapat dilakukan oleh wali dalam hal ini yaitu keluarga atau orang tua yang mengantar anak. Namun, untuk kondisi anak yang tidak terdapat keluarga atau orang tua dan sedang tidak sadarkan

diri, maka tidak diperlukan *informed consent* dan *informed consent* dapat dilakukan setelah anak sadar dengan memberikan penjelasan yang cukup.

E. Soal Latihan

1. Seorang ibu datang ke Bidan Praktik Mandiri, Umur ibu 35 tahun, ingin memakai alat kontrasepsi tertentu. Hasil pemeriksaan, ibu melahirkan 40 hari yang lalu, telah memiliki 3 orang anak, TD 120/ 80 mmHg. Selanjutnya, Bidan memberikan konseling tentang JB pada ibu. Setelah di konseling, ibu memutuskan memakai implant. Keputusan ibu tersebut disebut dengan...

A. Informed Consent

B. Informed Choice

C. Refusal

D. Konseling

2. Seorang ibu umur 25 tahun datang ke PMB bermaksud memeriksakan kehamilannya. Hasil pemeriksaan UK 20 minggu, anak pertama. TD 100/60 mmHg, ibu belum imunisasi TT. Bidan kemudian memberikan imunisasi TT. Yang harus dilakukan bidan sebelum memberikan imunisasi TT yaitu....

A. Informasi kondisi kehamilannya

B. Informasi minum multivitamin

C. Informasi tentang pentingnya minum table FE

D. Informasi lengkap tentang imunisasi TT

3. Seorang ibu umur 34 tahun datang ke PMB diantar suaminya. Ibu mengeluh merasa mules – mules sejak tadi malam. Hasil pemeriksaan diketahui UK 9 bulan, anak pertama. TD 120/80 mmhg, TFU 35 cm, VT pembukaan 3 cm, ket +, Kepala Hodge 2, his 3 x 10'. 30". Bidan memberikan pilihan posisi melahirkan. Setelah pembukaan lengkap ibu memutuskan memilih posisi Lithotomy. Kasus ini disebut...

A. Informed choice

B. Informed consent

C. Refusal

- D. Konseling
4. Sebelum pasien melakukan *Informed Consent*, maka ia membutuhkan sesuatu hal untuk mampu membuat keputusan yang tepat. Hal tersebut merupakan bagian dari komponen *informed consent* tentang....
- A. Sukarela
 - B. Informasi**
 - C. Kompetensi
 - D. Keputusan
5. Setelah Bidan memberikan informasi cukup dan jelas mengenai rencana tindakan kebidanan yang akan diperoleh pasien, risiko serta keuntungannya dan alternatif Tindakan, maka proses selanjutnya yang dilakukan pasien setelah memiliki pemahaman yaitu....
- A. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya
 - B. Pasien menandatangani formulir *informed consent***
 - C. Pasien berdiskusi dengan keluarga
 - D. Pasien diminta berpikir terlebih dahulu
6. Formulir *Informed Consent* harus sesuai dengan syarat-syarat sah nya perjanjian diantaranya berisi informasi dan penjelasan yang diberikan terkait dengan penerapan persetujuan tindakan medik yaitu....
- A. Alasan
 - B. Sifat tindakan
 - C. Persetujuan**
 - D. Prognosis
7. Seorang wanita umur 25 tahun melahirkan di PMB, ibu mengeluh mules – mules sejak tadi malam, anak pertama. Hasil pemeriksaan TTV normal, his 3. 10'.35" VT pembukaan 6-7 cm, ibu menjerit kesakitan bila ada his. Selanjutnya, Bidan melakukan *informed consent* untuk memberikan metode relaksasi dan distraksi. Pada kasus ini terkandung dimensi *informed consent* yaitu....
- A. Dimensi hukum**

- B. Dimensi legal
- C. Dimensi moral
- D. Dimensi etik

F. Pembahasan Soal

1. B (*Informed choice*)

Pembahasan: Keputusan ibu dalam memutuskan sesuatu hal setelah mendapatkan informasi cukup berupa pilihan metode KB, maka hal ini disebut dengan *informed consent*.

2. D (Informasi lengkap tentang imunisasi TT)

Pembahasan: Yang harus dilakukan sebelum Bidan melaksanakan tindakan tertentu yaitu memberikan informasi yang cukup dan jelas kepada pasien. Informasi dalam kasus ini yaitu tentang imunisasi TT.

3. A (*Informed choice*)

Pembahasan: Proses pemberian informasi pilihan posisi melahirkan oleh Bidan diikuti pasien memutuskan posisi Lithotomy, merupakan bagian dari *informed choice* atau membuat sebuah pilihan tentang alternatif asuhan yang akan didapatnya setelah pasien mendapatkan penjelasan yang cukup.

4. B (Informasi)

Pembahasan: Terdapat 4 komponen *informed consent* yaitu Sukarela (*Voluntariness*), Informatif (*Information*), Kompetensi (*Competence*), Keputusan (*Decision*). Pada soal kasus di atas, sebelum pasien melakukan *Informed Consent*, maka ia membutuhkan informasi yang cukup dan jelas untuk mampu membuat keputusan yang tepat.

5. B (Pasien menandatangani formulir *informed consent*)

Pembahasan: Setelah pasien mendapatkan informasi yang cukup dan jelas tentang terapi atau tindakan kebidanan yang akan dilakukan, maka proses selanjutnya yang dilakukan pasien yaitu memutuskan atau membuat *informed consent*.

6. C (Persetujuan)

Pembahasan: syarat sahnya perjanjian diantaranya Perjanjian bidan dan pasien dalam memperoleh kata sepakat dilakukan setelah bidan memberikan informasi kepada pasien sejelas-jelasnya terhadap tindakan yang akan dilakukan bidan disebut dengan persetujuan.

7. A (Dimensi Hukum)

Pembahasan: Dimensi hukum pada kasus di atas terletak pada Bidan melakukan *informed consent* untuk memberikan metode relaksasi dan distraksi sehingga dilakukan *informed consent*. Dalam hal ini *informed consent* memiliki makna perlindungan kepada pasien dan bidan.

A. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan *Record Keeping* Kebidanan

B. Pendahuluan

Record keeping merupakan catatan nyata bagi petugas kesehatan atau kebidanan yang wajib dilakukan setiap memberikan tindakan kepada pasien.

C. Konsep Dokumentasi Kebidanan (*Record Keeping*)**1. Pengertian *Record Keeping***

Record keeping merupakan sebuah catatan otentik atau dokumentasi nyata yang dapat dijadikan bukti Ketika terdapat persoalan hukum/ gugatan hukum (Handayani dan Mulyati, 2017).

Dokumentasi merupakan proses penulisan dan penyimpanan data atau informasi pasien sesuai realita yang memiliki arti dalam penatalaksanaan asuhan.

Dokumentasi kebidanan yaitu suatu bukti pencatatan dan pelaporan oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan yang bermanfaat untuk kepentingan pasien, bidan sebagai tenaga kesehatan dan tim kesehatan lainnya sebagai dasar komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap dengan tanggung jawab bidan tersebut (Handayani dan Mulyati, 2017).

Dokumentasi kebidanan adalah suatu pencatatan lengkap dan akurat tentang keadaan pasien atau kejadian yang di kaji atau diobservasi ketika memberikan asuhan kebidanan (Muslihatun, Mudlilah, Setyawati, 2009).

2. Sifat *Record Keeping*

Terdapat 2 sifat dokumentasi (*Record Keeping*) menurut (Handayani dan Mulyati, 2017), yaitu:

a. Tertutup

Dokumentasi bersifat tertutup jika isi catatan medis pasien bersifat rahasia yang tidak pantas diungkapkan, diperlihatkan atau disebarluaskan kepada pasien.

b. Terbuka

Dokumentasi bersifat terbuka jika dokumen atau catatan rekam medis pasien selalu berinteraksi dengan lingkungan yang menerima dan mengumpulkan informasi.

3. Tujuan dan Fungsi *Record Keeping*

Tujuan *record keeping* (Wildan dan Hidayat, 2012), yaitu:

a. Sebagai sarana komunikasi tertulis;

Sarana komunikasi baik berupa komunikasi ke bawah untuk memberikan instruksi, komunikasi ke atas untuk memberikan laporan dan komunikasi kesamping untuk memberikan arahan atau saran.

b. Mengidentifikasi status Kesehatan pasien;

c. Dokumentasi digunakan untuk kepentingan keuangan, penelitian, hukum, etika.

Adapun fungsi *record keeping* (Wildan dan Hidayat, 2012), yaitu:

a. Mempertanggungjawabkan asuhan yang telah diberikan bidan;

b. Sebagai sarana koordinasi terhadap asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim Kesehatan;

Hal ini dapat mencegah adanya informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim Kesehatan lainnya, mencegah duplikasi laporan, dan meningkatkan ketelitian saat memberikan asuhan kebidanan kepada pasien.

Selanjutnya, dengan adanya dokumentasi kebidanan dapat membantu mempersingkat komunikasi secara oral.

- c. Sebagai bentuk tanggung jawab dan dapat menjadi tanggung gugat;
Bidan saat menerima pasien harus melakukan pencatatan semua informasi dan asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien sebagai upaya untuk melindungi bidan Ketika terjadi gugatan dari pihak pasien dan melindungi pasien dengan standar pelayanan kebidanan yang diberikan kepada pasien. Dokumentasi kebidanan dalam hal ini berfungsi sebagai *settle concern* yaitu dapat digunakan untuk kepentingan hukum dalam menjawab ketidakpuasan pasien sebagai *customer* terhadap asuhan yang diterimanya.
- d. Sebagai pemberi informasi data statistik;
Hal ini berguna untuk membantu memplaning kebutuhan fasilitas pelayanan Kesehatan baik tentang kebutuhan tenaga Kesehatan, sarana, prasarana serta teknis lainnya.
- e. Sebagai sarana pendidikan;
Hal ini berguna untuk membantu mahasiswa kebidanan belajar tentang bagaimana melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan baik dan benar serta dapat dibandingkan antara teori dengan realita saat praktik klinik.
- f. Sebagai sumber data riset;
Segala bentuk informasi atau data rekam medis pasien yang telah didokumentasikan dapat digunakan sebagai data riset serta adanya riset dapat menunjukkan asuhan kebidanan yang aman, efektif dan efisien serta etis secara aksiologinya.
- g. Bentuk jaminan kualitas pelayanan kebidanan;
Adanya pencatatan secara sistematis dan akurat serta benar dapat menunjukkan kualitas asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien. Apakah asuhan kebidanan yang diberikan sesuai standar operasional prosedur atau menyimpang dari SOP. Selanjutnya, pencatatan yang sistematis dan kontinyu, serta akurat yang dilakukan oleh bidan atau

tenaga Kesehatan lainnya dapat digunakan untuk melakukan perbaikan. Selain itu, adanya pencatatan kebidanan dapat berfungsi sebagai audit mutu untuk menetapkan nilai akreditasi yang akan diperoleh oleh fasilitas pelayanan Kesehatan tersebut.

- h. Sumber data suhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*);
Adanya pencacatan secara rutin dan akurat akan mendapatkan data aktual dan konsisten meliputi seluruh asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.
- i. Menetapkan prosedur atau standar pelayanan;
Dengan adanya pencatatan status kesehatan pasien dapat digunakan untuk menetapkan prosedur tindakan yang akan dilakukan dan standar pelayanan kebidanan yang diikuti dalam menjalankan prosedur kebidanan.

4. Prinsip *Record Keeping*

Prinsip dokumentasi (*record keeping*) menurut Wildan dan Hidayat (2012); Fauziah, Afroh dan Sudaarti (2010) harus memenuhi hal sebagai berikut:

- a. Lengkap;
Menuliskan pada rekam medis pasien atau lembar observasi tentang seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan, mencatat alasan berkunjung pasien, tanggapan pasien, tanggapan bidan atau tenaga kesehatan lainnya.
- b. Teliti;
Mencatat setiap perubahan asuhan kebidanan yang akan diberikan kepada pasien, dan mencatatnya pada kolom atau lembar yang tersedia disertai tanda tangan atau paraf bidan atau petugas kesehatan yang merencanakan asuhan. Selanjutnya, catatan yang ditulis sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium dan instruksi dari dokter.
- c. Sesuai fakta di lapangan;
Mencatatan segala informasi hasil anamnesa dengan pasien, hasil pemeriksaan fisik bidan sesuai kondisi sebenarnya dan menggunakan Bahasa aktif.

d. Logis/ realistis;

Pencatatan yang dilakukan dapat diterima akal, terdapat kronologis kejadian, setiap penulisan data pasien terdapat identitas nama pasien, petugas dan waktu (jam, hari/ tanggal/bulan/ tahun).

e. Dapat terbaca;

Tulisan jelas, tidak banyak koreksi atau coretan, menggunakan tinta hitam dan Bahasa yang lazim digunakan.

f. Hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon kecuali kondisi darurat;

g. Bertanya apabila terdapat instruksi yang kurang jelas.

5. Aspek Legal dalam *Record Keeping*

Terdapat 2 tipe tindakan legal sesuai aspek legal *record keeping* menurut (Wildan dan Hidayat, 2012) yaitu:

a. Tindakan sipil

Berkaitan dengan isu antar individu/ perorangan.

b. Tindakan kriminal

Berkaitan dengan perselisihan antara individu dengan masyarakat.

Selanjutnya, aspek legal dokumentasi kebidanan sebagai berikut:

a. Catatan kebidanan pasien diakui secara legal atau hukum;

b. Catatan atau grafik secara umum dianggap sebagai bentuk asuhan yang dilakukan;

c. Informasi pasien yang dicatat berisi Riwayat Kesehatan pasien secara ringkas;

d. Pencatatan akurat sesuai standar pelayanan kebidanan;

e. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan dan legal;

f. Jangan menghapus atau menggunakan tipe-x atau mencoret-coret tulisan yang salah, tetapi cukup diberi satu garis lurus, paraf dan menulis nama petugas di sebelah catatan tersebut;

- g. Data yang di catat sesuai realita;
- h. Jangan biarkan ada bagian kosong pada lembar catatan petugas. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf petugas yang memberikan asuhan;
- i. Catatan mudah dibaca dan ditulis menggunakan tinta hitam.

6. Manfaat *Record Keeping*

Record keeping menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) memiliki manfaat antara lain:

- a. Aspek hukum;
Semua catatan bidan yang berisi informasi Kesehatan pasien merupakan *record* resmi dan memiliki nilai hukum; sebagai barang bukti pengadilan; dengan catatan tersebut, pasien diberikan kesempatan untuk mengajukan keberatan.
- b. Aspek komunikasi;
Sarana komunikasi tenaga Kesehatan dan bersifat permanen dan mengurangi biaya komunikasi karena semua informasi tertuliskan.
- c. Aspek riset;
Sumber data penelitian termasuk penelitian kebidanan.
- d. Aspek ekonomi;
Sebagai standar menetapkan tarif pelayanan Kesehatan.
- e. Aspek edukasi;
Digunakan sebagai bahan pembelajaran mahasiswa kebidanan.
- f. Aspek statistik;
Membantu merencanakan kebutuhan tenaga Kesehatan, fasilitas tempat pelayanan dan lainnya.
- g. Aspek penjaminan mutu;
Menunjukkan kualitas asuhan kebidanan yang dilakukan dan dapat digunakan untuk menetapkan standar akreditasi pelayanan Kesehatan.
- h. Aspek manajemen.

Untuk menilai sejauh mana peran dan fungsi bidan di masyarakat dan digunakan untuk kepentingan pembinaan dan pengembangan keterampilan bidan.

7. Teknik *Record Keeping*

Terdapat 2 teknik dalam *record keeping* (Wildan dan Hidayat, 2012), yaitu:

a. Teknik naratif;

Yaitu sebuah cara yang digunakan untuk mencatat kondisi pasien dari hari ke hari secara narasi/ deskripsi.

Merupakan catatan harian atau bentuk cerita peristiwa asuhan kebidanan pasien selama jam kerja petugas dan satu-satunya cara bidan mencatat asuhan kebidanan yang dilakukan.

Keuntungan pencatatan naratif:

- 1) Membuat catatan kronologis sehingga dapat diinterpretasikan secara jelas;
- 2) Memberikan kebebasan bidan dalam mencatat dengan gaya Bahasa yang disenangi;
- 3) Pencatatan sederhana;
- 4) Mudah ditulis dan dikenali bidan;
- 5) Dapat di kombinasi dengan teknik pencatatan lainnya.

Kerugian pencatatan naratif:

- 1) Catatan tidak terstruktur sehingga sulit menemukan hubungan antar data;
- 2) Data yang dicatat dapat menjadi rancu, kadang berlebihan dan kurang berarti;
- 3) Agak sulit mencari sumber masalah dan diperlukan membaca catatan awal;
- 4) Membutuhkan waktu lebih lama untuk menulis dan membaca data;

- 5) Diperlukan *review* catatan pasien untuk melihat kondisi pasien secara menyeluruh;
- 6) Pencatatan terbatas pada kemampuan petugas dalam menuliskan informasi dan kondisi pasien;
- 7) Sulit menginterpretasikan kronologis kejadian.

Pedoman dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan secara naratif yaitu:

- 1) Gunakan istilah yang lazim;
- 2) Ikuti tahap pencatatan mulai pengkajian data, *assesment*, penatalaksanaan hingga evaluasi status Kesehatan pasien;
- 3) Buat *assessment* secara berkala, monitor kondisi fisik dan psikologi pasien;
- 4) Buat rencana asuhan sebagai bagian pelaporan;
- 5) Catat hasil evaluasi kondisi pasien secara berkala;
- 6) Tidak boleh ada bagian yang kosong pada lembar catatan petugas. Berikan garis lurus, lalu tuliskan nama dan paraf/ tandatangan.

Record keeping dengan teknik naratif memiliki enam bagian (Wildan dan Hidayat, 2012), antara lain:

- 1) Lembar penerimaan;
Berisi tentang identitas pasien, kapan pasien MRS, dan alasan MRS.
- 2) Lembar muka;
- 3) Lembar instruksi dokter;
Berisi semua instruksi dokter berupa pengobatan atau tindakan medis.
- 4) Lembar Riwayat penyakit pasien;
Berisi informasi tentang riwayat penyakit sekarang, penyakit dahulu dan penyakit keluarga yang pernah diderita.
- 5) Lembar catatan bidan atau perawat;

Merupakan catatan yang berisi rencana asuhan kebidanan atau keperawatan yang akan diberikan atau asuhan yang telah dilakukan.

6) Lembar catatan lainnya.

Misal hasil laboratorium, fisioterapi, dan lainnya.

b. Teknik *flow sheet*/ cek list.

Yaitu suatu bentuk catatan medis pasien yang di susun secara khusus menurut parameter yang ditetapkan sebelumnya (Wildan dan Hidayat, 2012).

Tenik ini memberikan kemungkinan pada bidan atau tenaga Kesehatan lainnya untuk mencatat hasil observasi yang dilakukan secara berulang-ulang yang tidak perlu di tulis secara narasi, termasuk data klinis pasien.

Biasanya sering digunakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Tujuan *record keeping* kebidanan menggunakan teknik *flow sheet*, yaitu:

- 1) Efisiensi waktu dalam mencatat asuhan kebidanan;
- 2) Mempermudah keberlangsungan asuhan kebidanan yang dilakukan;
- 3) Mencegah duplikasi catatan;
- 4) Pelindung pasien dan bidan secara legal;
- 5) Pengkajian data pasien lebih cepat;
- 6) Mudah membandingkan data pengkajian dan hasil evaluasi pasien.

Keuntungan menggunakan teknik *flow sheet*, menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) yaitu:

- 1) Kualitas pencatatan hasil observasi meningkat;
- 2) Mudah dibaca;
- 3) Aspek legal semakin kuat;
- 4) Memperkuat standar asuhan kebidanan;
- 5) Pencatatan lebih tepat;
- 6) Mencegah fragmentasi data pasien dan asuhan yang dilakukan;

- 7) Dapat membatasi narasi yang luas;
- 8) Dapat digunakan untuk membandingkan data beberapa periode.

Kerugian menggunakan teknik *flow sheet*, yaitu:

- 1) Catatan medis pasien lebih banyak sehingga kesulitan saat menggunakan dan menyimpan data pasien;
- 2) Potensi terjadi duplikasi catatan;
- 3) Memungkinkan ada bagian yang tidak diisi sehingga potensi menimbulkan kesalahan interpretasi dan menjadi pertanyaan;
- 4) Ruang dibatasi untuk mencatat secara menyeluruh kejadian luar biasa;
- 5) Ada penolakan pencatatan jenis ini.

Pedoman penggunaan *flow sheet*:

- 1) Ikuti petunjuk dalam menggunakan format catatan ini;
- 2) Melengkapi lembar catatan dengan kata kunci;
- 3) Menggunakan tanda (V) atau (X) untuk identifikasi data pasien;
- 4) Tulis dengan angka (0) untuk data yang kosong atau tidak diobservasi;
- 5) Dapat menambahkan uraian detil jika dibutuhkan;
- 6) Letakkan catatan ini pada rekam medis pasien;
- 7) Memberikan paraf atau tanda tangan dan nama petugas;
- 8) Catat waktu MRS pasien.

Contoh *record keeping flow sheet*:

- 1) Catatan aktivitas hidup sehari-hari;
- 2) TTV;
- 3) Intake dan output cairan;
- 4) Kebutuhan nutrisi;
- 5) Mengkaji system integument dan review system tubuh;
- 6) Hasil laboratorium.

8. Model *Record Keeping*

Model pendokumentasian menurut (Wildan dan Hidayat, 2012) terdiri dari:

a. *Problem Oriented Report (POR)*,

Model *record keeping* yang berorientasi pada masalah pasien.

Model pendokumentasian ini menggunakan pendekatan terhadap semua masalah pasien dan mengatasinya sesuai permasalahan tersebut.

Aplikasi model *record keeping* ini terdiri atas beberapa hal yaitu:

1) Data dasar

Merupakan data awal pengkajian saat pasien masuk rumah sakit. Informasi ini harus didapatkan dari setiap pasien saat awal MRS. Data ini meliputi:

- a) Identitas pasien,
- b) Keluhan utama,
- c) Riwayat Kesehatan (Riwayat penyakit sekarang, Riwayat penyakit dahulu, Riwayat penyakit keluarga)
- d) Riwayat psiko sosial
- e) Pemeriksaan fisik,
- f) Pemeriksaan laboratorium

2) Daftar masalah

- Daftar masalah berisi tentang identifikasi berbagai masalah yang ditemukan dari hasil pengkajian data dasar. Daftar masalah ini merupakan acuan penting dalam pengelolaan masalah atau hasil analisis data dasar.
- Berdasarkan sifatnya, masalah terdiri dari masalah aktif (masalah sekarang) yaitu masalah yang sedang berlangsung dan membutuhkan pemeriksaan serta penanganan selanjutnya; sedangkan masalah tidak aktif (masalah dahulu) yaitu masalah yang tetap ada pada pasien/ kambuh lagi dan tidak memerlukan Tindakan khusus.

- Hasil identifikasi masalah dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 10. 1 Identifikasi Masalah

Tanggal	Masalah Pasien	Diidentifikasi oleh	Keterangan
20-12-2020	Tekanan darah tinggi Pre eklampsia Gangguan rasa nyaman	Dokter Bidan Perawat	

3) Rencana asuhan

- Perencanaan asuhan yang akan diberikan kepada pasien ditulis oleh tenaga Kesehatan yang menyusun masalah sesuai dengan daftar masalah. Misalnya dokter menuliskan rencana terapi yang akan diberikan kepada pasien dan dilakukan pasien, Bidan menuliskan rencana asuhan kebidanan yang akan dilakukan kepada pasien sesuai masalah di atas, dan perawat menuliskan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan wewenang masing-masing petugas Kesehatan.
- Rencana asuhan terdiri dari rencana awal dan rencana lanjutan.
- Rencana awal terdiri dari:
 - a) Diagnosa: rencana mengumpulkan informasi lanjut tentang diagnosa dan manajemen
 - b) Terapi: rencana pengobatan/ terapi
 - c) Pendidikan pada pasien: rencana memberikan edukasi pada pasien tentang terapi/ Tindakan yang diberikan

4) Catatan perkembangan

- Merupakan bagian utama dari POR.

- Catatan perkembangan merupakan follow up semua masalah pasien.
- Catatan perkembangan yang sering digunakan saat ini dengan metode SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Perencanaan).
- Subyektif berisi gejala atau keluhan yang dirasakan pasien.
- Obyektif merupakan hasil observasi atau pemeriksaan oleh bidan.
- Analisa yaitu interpretasi dari keadaan pasien saat ini.
- Penatalaksanaan yaitu implementasi asuhan lanjut untuk kelanjutan pengobatan dan perawatan/ asuhan kebidanan.
- Contoh penulisan catatan perkembangan pasien seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 10.2 Catatan perkembangan

Tanggal	Waktu	Catatan Perkembangan
20-12-2020	09.00 wib	S: O: A: P:

Tabel 10.3 Contoh *Record Keeping* Model POR

Data dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
DS: DO:			

b. *Source Oriented Record (SOR)*,

Merupakan jenis *record keeping* yang berorientasi pada Sumber/ memfokuskan catatan atas dasar sumber yang melakukan *record keeping* pada pasien meliputi dokter, bidan, perawat, ahli gizi atau tenaga Kesehatan lainnya yang relevan.

Adapun contoh *record keeping* yang berorientasi pada sumber (SOR) seperti tabel di bawah ini:

Tabel 10.4 Model *Source Oriented Record*

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
20-12-2020	09.30 wib	Bidan	Meliputi: S: O: A: P: Evaluasi efektifitas asuhan kebidanan Bidan Nama dan tanda tangan
20-12-2020	10.00 wib	Dokter	Meliputi: hasil obervasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan solusi, rencana

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
			Tindakan dan pengobatan baru Dokter Nama dan tanda tangan

c. *Charting by Expection (CBE)*

Yaitu model *record keeping* yang terdiri dari beberapa unsur utama antara lain *flow sheet*, catatan standar praktik, protocol instruksi, data dasar kebidanan, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis kebidanan dan catatan perkembangan SOAP.

Secara lebih rinci penjelasan beberapa unsur tersebut sebagai berikut:

1) Lembar alur (*flow sheet*)

Sering dilakukan dalam asuhan kebidanan untuk *record keeping* pemeriksaan fisik. Lembar alur CBE berupa lembar instruksi dokter, grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan pasien yang kesemuanya menjadi satu lembar.

2) Standar praktik

Dalam CBE, standar praktik kebidanan digunakan untuk mengurangi kesalahan dalam *record keeping*.

3) Pedoman instruksi

Pedoman ini memperjelas intervensi Bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memberikan kemudahan serta dapat mengurangi kesalahan dalam *record keeping*.

4) Data dasar

Berupa bagian *record keeping* yang meliputi Riwayat Kesehatan dan pemeriksaan fisik.

- 5) Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis

Berisi tentang rencana kebidanan yang disusun berdasarkan diagnosis kebidanan meliputi factor risiko, karakteristik, data pengkajian dan hasil yang diharapkan.

- 6) Catatan perkembangan SOAP

Dalam CBE terdapat kolom catatan perkembangan dengan metode SOAP.

d. *Kardeks*,

Merupakan model *record keeping* tradisional yang dimanfaatkan di berbagai sumber, yang berisi informasi pasien dan disusun dalam bentuk satu buku.

Informasi dalam kardeks meliputi:

- 1) Nama
- 2) Alamat
- 3) Status perkawinan
- 4) Tanggal lahir
- 5) Status sosial
- 6) Agama/ kepercayaan
- 7) Diagnosis kebidanan
- 8) Prioritas masalah
- 9) Data pengobatan yang sedang dilakukan (asuhan kebidanan, terapi, diet, konsultasi/ kolaborasi, data laboratorium dan data aktivitas sehari-hari yang boleh dilakukan).

Adapun kelemahan *record keeping* model kardeks yaitu:

- 1) Tidak diisi lengkap
- 2) Tidak cukup ruang untuk memasukkan data yang diperlukan
- 3) Tidak selalu diperbarui
- 4) Telah dibaca bidan, sebelum bidan memberikan asuhan kebidanan

e. *Computer Based Patient Record (CPR)*

Yaitu model *record keeping* yang menggunakan sistem computer. Dalam CPR, segala bentuk catatan/ *record keeping* terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi pencatatan secara tradisional.

Keuntungan menggunakan CPR:

- 1) Catatan dapat terbaca dengan baik
- 2) Catatan selalu siap sedia
- 3) Produktivitas bidan membaik
- 4) Mengurangi catatan yang rusak,
- 5) Menunjang proses asuhan kebidanan
- 6) Mengurangi dokumentasi berlebihan
- 7) Laporan dapat di cetak secara otomatis
- 8) Catatan kebidanan terkategori
- 9) Memudahkan tersedianya data
- 10) Pencegahan kesalahan pemberian obat
- 11) Mempermudah penetapan biaya perawatan

9. Sistem Pengumpulan Data Rekam Medis

Sistem pengumpulan data rekam medis dibagi menjadi *record keeping* untuk rawat jalan dan rawat inap. Dalam catatan rawat jalan hanya diperlukan catatan tentang identitas pasien, pemeriksaan fisik, diagnose, tindakan, dan pelayanan lain.

Sedangkan catatan rawat inap minimal memuat identitas pasien, pemeriksaan fisik, diagnose, informed consent, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Tujuan rekam medis sebagai berikut:

- a. Mempunyai nilai administrative karena berisi tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab bidan.
- b. Dapat digunakan sebagai dasar tindakan/ terapi.

- c. Adanya jaminan kepastian hukum sehingga rekam medis berfungsi sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
- d. Menetapkan standar biaya pelayanan
- e. Dapat digunakan sebagai aspek penelitian
- f. Dapat digunakan untuk pengelolaan/ manajemen SDM dan sebagainya

Jenis rekam medis ada 2 yaitu:

- a. Konvensional, catatn langsung petugas kesehatan
- b. Elektronik, system pencatatan menggunakan computer atau alat elektronik lainnya.

10. *Record Keeping* Kebidanan dengan metode SOAP

Record keeping kebidanan dengan SOAP, cara penulisannya sebagai berikut:

- a. S= Subyektif
Berisi segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.
- b. O= Obyektif
Data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh bidan/ tenaga Kesehatan lainnya
- c. A= Analisa
Diagnosis yang ditegakkan bidan berdasarkan DS dan DO
- d. P= Penatalaksanaan
Implementasi asuhan kebidanan

D. Kesimpulan

Bahwa record keeping mmeiliki beberapa jenis baik secara paper maupun elektronik. Model pencatatan asuhan kebidanan yang saat ini digunakan yaitu dengan model SOAP.

E. Soal Latihan

1. Sebutkan dan jelaskan metode record keeping yang digunakan saat ini!
2. Ada berapa macam model record keeping, sebutkan!

F. Pembahasan Soal

1. Model record keeping yang saat ini digunakan dalam bentuk metode pencatatan secara SOAP yaitu Subyektif, Obyektif, Asesment, Penatalaksanaan.
2. Macam model record keeping yaitu:
 - a. *Problem Oriented Report* (POR),
 - b. *Source Oriented Record* (SOR),
 - c. *Charting by Exepction* (CBE)
 - d. *Kardeks*,
 - e. *Computer Based Patient Record* (CPR)

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, S.R dan Mulyati, T.S (2017). *Bahan Ajar Kebidanan Dokumentasi Kebidanan*, Jakarta: PPSDM Kemeskes RI.
- Hendrik (2011). *Etika dan Hukum Kesehatan*, Jakarta: EGC.
- Patimah, S; Astuti, E.W dan Tajmuati, A (2016). *Praktikum Konsep Kebidanan dan Etika Legal dalam Praktik Kebidanan*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Permenkes RI No. 290 (2008). *Persetujuan Tindakan Kedokteran*, Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Purwoastuti, E dan Walyani, E.S (2015). *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Ta'adi (2012). *Hukum Kesehatan: Sanksi dan Motivasi Bagi Perawat*, Ed. 2, Jakarta: EGC.
- Tohari, H (2014). *Informed Consent pada Pelayanan Sirkumsisi, Karya Tulis Ilmiah*, Semarang: FK Undip.
- Wildan dan Hidayat, A.A.A (2009). *Dokumentasi Kebidanan*, Yogyakarta: Salemba Medika.