

## **Documentation of Childbirth Care as Legal Protection for Midwives' Independent Practices**

Dokumentasi Asuhan Persalinan Sebagai Perlindungan Hukum Bagi Praktik Mandiri Bidan

**Istri Yuliani**

email: [istriyuliani@yahoo.com](mailto:istriyuliani@yahoo.com)

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta

**Abstract:** *Sixty-two point seven per cent (62.7%) childbirths in Indonesian were handled by midwives. Most of them were in the location of midwife independent practice. It is a critical period during labour. At this time complication may occur. Sometimes the complication is known long before the labour. The patients feel harmed by the complication. Sometimes they bring the cases before the law. One of the ways to prove whether the complication occurs because the process of labour is by analyzing the process of labour by examining the midwifery care documentation. This study aims to see whether the midwifery documentation can provide legal protection to midwives.*

*Descriptive a qualitative study with a combination approach of normative and empirical legal study. The informants were independent practice midwives, Indonesian Midwives Association Committee, midwives in a community health centre. The samples were purposive. Data were collected with an in-depth interview, observation, and documentation study. Data were analyzed with qualitative technique.*

*The record of subjective and objective data of the childbirth care is incomplete. It does not meet the standards of the midwifery documentation. It does not yet have a function as a legal responsibility and accountability.*

*Midwifery documentation made by self-practice midwives has not provided legal protection.*

**Keywords:** *documentation, midwife, labour, legal*

**Abstrak:** Di Indonesia 62,7% persalinan ditolong oleh bidan, tempat persalinan terbanyak (29%) adalah pada praktik mandiri bidan. Masa sekitar persalinan merupakan puncak risiko mortalitas ibu, dimana pada masa ini secara tiba-tiba sering terjadi komplikasi. Kadang kala komplikasi diketahui jauh setelah masa persalinan. Akibat dari komplikasi dan pasien merasa dirugikan, tidak sedikit pasien yang menggugat bidan melalui jalur hukum. Salah satu cara untuk membuktikan apakah komplikasi itu timbul akibat proses persalinan, maka sumber ingatan yang paling tepat yang dapat digunakan untuk menganalisis proses persalinan adalah dengan melihat kembali dokumentasi asuhan kebidanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah dokumentasi kebidanan dapat memberikan perlindungan hukum bagi bidan?

Jenis penelitian deskriptif kualitatif, dengan pendekatan kombinasi dari penelitian hukum normatif dan penelitian hukum sosiologis empiris. Informan adalah : bidan praktik mandiri, Pengurus IBI, bidan Puskesmas. Pengambilan sampel dengan

*purposive sampling*. Pengumpulan data dengan *in-depth interview*, observasi dan studi dokumentasi. Analisis data menggunakan teknik analisis kualitatif.

Penulisan data subyektif dan obyektif pada asuhan persalinan masih kurang lengkap, belum memenuhi standar penulisan dokumentasi kebidanan, dan belum memiliki fungsi sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat secara hukum.

Dokumentasi kebidanan oleh praktik mandiri bidan belum dapat memberikan perlindungan hukum.

**Kata Kunci:** dokumentasi, bidan, persalinan, hukum

## PENDAHULUAN

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan<sup>1</sup>. Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara perorangan<sup>2</sup>. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam bentuk asuhan kebidanan<sup>1</sup>. Bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta aspek legal dalam pelayanan kebidanan<sup>3</sup>. Bidan memiliki peran penting dalam asuhan persalinan, hal ini ditunjukkan oleh hasil **riskesdas 2018 yang menunjukkan bahwa 62,7 % persalinan ditolong oleh bidan, sementara tempat persalinan terbanyak (29%) adalah pada praktik mandiri bidan<sup>4</sup>**.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam segala bidang berpengaruh terhadap meningkatnya kritis masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan, termasuk salah satunya adalah pelayanan kebidanan. Saat ini tenaga kesehatan baik dokter, bidan, perawat sebagai subyek hukum, telah dijadikan target gugatan atas pelayanan kesehatan yang dinilai merugikan pasien<sup>1</sup>. Dalam bidang pelayanan kebidanan, konflik dan sengketa dapat terjadi jika kepentingan pasien dirugikan oleh tindakan bidan yang menjalankan praktik pelayanan kebidanan. Konflik dapat berubah menjadi sengketa dan tidak menutup kemungkinan permasalahan dibawa ke ranah hukum. Bidan yang melaksanakan praktik kebidanan memiliki hak memperoleh perlindungan hukum sesuai peraturan perundang-undangan. Untuk memenuhi hak tenaga kesehatan, salah satu bentuk kewajibannya adalah membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang

---

<sup>1</sup> Undang-Undang No 4 tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 1

<sup>2</sup> Permenkes No 28 tahun 2017 tentang Izin dan Pnyelenggaraan Praktik Bidan

<sup>3</sup> PP IBI (2016). Buku Acuan Midwiferu Update. Jakarta: PP IBI, halaman 33

<sup>4</sup> Kemenkes RI (2019). Hasil Utama Riskesda 2018. Jakarta: Kemenkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

dilakukan<sup>5</sup>. Bila benar-benar terjadi permasalahan dikemudian hari yang perlu diselesaikan melalui proses hukum, maka sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam menjalankan praktik kebidanan, salah satunya dengan menganalisis pencatatan atau dokumentasi yang telah dilakukan oleh bidan. Dokumentasi kebidanan adalah bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri<sup>6</sup>.

Dokumentasi kebidanan mempunyai nilai hukum karena berisi jaminan atas perjanjian yang telah disepakati kedua belah pihak, atas yang dilakukan terhadap pasien, dalam upaya menegakkan hukum dan keadilan. Pada sebuah proses jika sesuatu tidak didokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan, artinya jika bidan tidak melaksanakan atau menyelesaikan suatu aktivitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, hal ini bisa mengarah kepada tindakan mal praktik.

Menurut Permenkes No 938/Menkes/SK/VI/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Pencatatan asuhan kebidanan tercantum dalam standar VI, dengan pernyataan standar sebagai berikut: “bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yg ditemukan dan dilakukan dlm memberikan asuhan kebidanan”<sup>7</sup>. Sementara menurut Undang – Undang No 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, kewajiban tenaga kesehatan untuk membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan juga diatur di dalam pasal 58 huruf (d)<sup>5</sup>.

Lebih lanjut, kewajiban melakukan pencatatan dokumentasi kebidanan bagi bidan disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan, dimana seorang bidan harus mencatat semua temuan dan pemeriksaan dengan

tepat dan seksama pada dokumentasi kebidanan yang meliputi kartu ibu dan partograf pada saat asuhan persalinan, dan melengkapi partograf dengan seksama untuk semua ibu bersalin<sup>8</sup>. Partograf merupakan alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan dan kewajiban untuk menggunakannya secara rutin pada setiap persalinan. Partograf dapat digunakan untuk deteksi masalah dan penyulit sesegera mungkin menatalaksana masalah tersebut atau merujuk ibu dalam kondisi optimal<sup>9</sup>.

Penelitian ini bermaksud menganalisis dokumentasi kebidanan pada asuhan persalinan. Alasan pemilihannya adalah karena puncak risiko mortalitas ibu terjadi

---

<sup>5</sup> Undang-Undang No 36 tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

<sup>6</sup> Wildan dan Hidayat (2011). *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

<sup>7</sup> Permenkes No 938/Menkes/SK/VI/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan

<sup>8</sup> Kepmenkes No 369/Menkes/SK/2007 tentang Standar Profesi Bidan

<sup>9</sup> JNPK-KR. (2017). *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca persalinan Dan Nifas*. Revisi Kelima. Jakarta: JNPK-KR

pada sekitar persalinan<sup>10</sup>. Persalinan merupakan proses yang alami pada setiap daur kehidupan wanita, dimana pada proses ini membutuhkan pelayanan yang optimal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, karena pada proses ini sering terjadinya komplikasi kebidanan hingga dapat menyebabkan kematian ibu maupun bayi. Aspek penting dalam asuhan persalinan meliputi lima aspek dasar atau lima benang merah yang saling terkait dalam asuhan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun tidak normal. Lima benang merah tersebut adalah: (1) membuat keputusan klinik, (2) asuhan sayang ibu, (3) pencegahan infeksi, (4) pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan, dan (5) rujukan. Salah satu aspek dari lima benang merah (aspek no 4) juga menegaskan begitu pentingnya dokumentasi kebidanan<sup>9</sup>.

## RUMUAN MASALAH

Bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta aspek legal, maka dari itu telah disusun berbagai landasan hukum yang mengatur tentang praktik bidan. Fakta dilapangan bidan menjadi salah satu tenaga kesehatan seringkali menjadi target gugatan hukum oleh penerima pelayanan kebidanan yang merasa tidak puas ataupun merasa dirugikan, sehingga terjadi sengketa yang penyelesaiannya memerlukan proses hukum. Guna memperoleh hak perlindungan hukum maka disusunlah berbagai peraturan perundang-undangan dalam pelayanan kebidanan. Untuk memenuhi hak bidan guna memperoleh perlindungan hukum, salah satu bentuk kewajibannya adalah membuat dokumentasi kebidanan. Dokumentasi asuhan kebidanan yang baik, dapat menjadi sumber informasi pelayanan kebidanan yang menggambarkan seluruh aspek pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Bila di kemudian hari terjadi permasalahan yang perlu diselesaikan melalui proses hukum, maka sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam menjalankan praktik kebidanan, salah satunya dengan menganalisis pencatatan atau dokumentasi yang telah dilakukan oleh bidan.

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimanakah pengisian partograf oleh Praktik Mandiri Bidan ?
2. Bagaimanakah kelengkapan dokumentasi kebidanan pada asuhan persalinan oleh Praktik Mandiri Bidan?
3. Bagaimanakah penyimpanan dokumentasi kebidanan asuhan persalinan oleh Praktik Mandiri Bidan?
4. Bagaimanakah penerapan prinsip-prinsip dokumentasi kebidanan asuhan persalinan pada Praktik Mandiri Bidan ?

---

<sup>10</sup> Romlah, S. 2015. Makalah Penerapan Standar dan Dokumentasi Asuhan Kebidanan dalam Mendukung JKN AFTA 2015. Diakses dari <http://www.academia.edu/13188669/>, pada tanggal 25 Januari 2018.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan pada Praktik Mandiri Bidan di Kabupaten Sleman. Waktu penelitian adalah tanggal 26 Juni sampai dengan 25 September 2018.

### **1. Tipe / Jenis Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan tipe normatif dan empiris yaitu kombinasi dari penelitian hukum normatif dan penelitian hukum sosiologis empiris:<sup>11</sup>

- a. Penelitian hukum normatif adalah penelitian bahan pustaka atau data-data sekunder yang mencakup bahan hukum primer seperti peraturan perundang-undangan dan bahan hukum sekunder seperti hasil-hasil penelitian, buku-buku yang berkaitan dengan hasil penelitian ini, dan sebagainya.
- b. Penelitian hukum sosiologis/empiris adalah penelitian terhadap data primer di lapangan atau terhadap masyarakat.

Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif merupakan salah satu dari jenis penelitian yang termasuk dalam jenis penelitian kualitatif. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengungkapkan kejadian atau fakta, keadaan, fenomena, variabel dan keadaan yang terjadi saat penelitian berlangsung dengan menyuguhkan apa yang sebenarnya terjadi.

### **2. Informan Penelitian**

Informan penelitian adalah individu yang memahami dan berpengalaman dalam pelaksanaan dokumentasi kebidanan. Informan dalam penelitian ini meliputi bidan praktik mandiri, ibu bersalin, pengurus IBI, bidan Puskesmas atau Bidan Dinas Kesehatan

### **3. Teknik Sampling**

Penentuan informan sebagai sampel penelitian ini diambil secara *non-random* dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Kriteria informan dalam penelitian ini adalah individu yang terlibat dan aktif dalam pelaksanaan dokumentasi kebidanan, individu yang terlibat dalam pembinaan dokumentasi kebidanan, individu yang mendapat pelayanan dokumentasi kebidanan, meliputi:

- a. Bidan yang menjalankan praktik mandiri
- b. Ibu bersalin atau ibu yang pernah bersalin pada praktik mandiri bidan
- c. Ketua/pengurus IBI baik pengurus cabang maupun pengurus ranting
- d. Bidan pada Dinas Kesehatan dan /atau bidan Puskesmas

### **4. Definisi Istilah**

- a. Pengisian partograf adalah pengisian formulir partograf yang direkomendasikan oleh WHO, yang terdiri dari lembardepan dan lembar belakang. Diukur dengan cara melihat dokumentasi lembar partograf minimal 2 partograf pada dua persalinan.

---

<sup>11</sup> Ali, Z. (2009). *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika, halaman 105

- b. Kelengkapan dokumentasi kebidanan, adalah kelengkapan formulir-formulir yang disiapkan oleh Praktik Mandiri Bidan, kelengkapan penulisan biodata pasien, data subyektif dan data obyektif, penulisan diagnose dan masalah, serta penulisan penatalaksanaan, diukur dengan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi.
- c. Penyimpanan dokumentasi kebidanan, adalah penerapan penomoran berkas dokumen, tempat penyimpanan, dan lama penyimpanan, diukur dengan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi.
- d. Penerapan prinsip-prinsip dokumentasi kebidanan, adalah model dokumentasi kebidanan yang diterapkan oleh Praktik Mandiri Bidan, penerapan prinsip-prinsip dokumentasi kebidanan dan penerapan teknik penulisan dokumentasi kebidanan pada asuhan persalinan, diukur dengan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi.

#### 5. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi dan studi dokumentasi.

#### 6. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam Penelitian ini adalah peneliti sendiri. Alat bantu yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah panduan wawancara mendalam, observasi dilakukan secara partisipatif dimana peneliti mengamati saat informan melakukan pelayanan persalinan, dan menggunakan studi dokumentasi meliputi status pasien, partograf, lembar observasi, bukti *informed consent*, buku KIA, disamping itu diperlukan instrumen lain yaitu tape recorder dan kamera.

#### 7. Triangulasi Data

Untuk keabsahan dan kredibilitas data penelitian ini dijamin dengan cara peneliti melakukan pengumpulan data dengan tekun dan melakukan triangulasi data, serta melakukan *member check*. Triangulasi sumber dilakukan peneliti dalam mengumpulkan data dengan memanfaatkan beragam sumber informasi dari bidan praktik mandiri, pengurus IBI, bidan Puskesmas, maupun ibu yang pernah bersalin pada Praktik Mandiri Bidan. Triangulasi metode, peneliti mengumpulkan data menggunakan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi dan FGD untuk memperoleh satu jenis data, dengan tujuan saling melengkapi dan memantapkan, sehingga data yang diperoleh valid dan dapat dipercaya. FGD diikuti oleh Bidan praktik mandiri, pengurus IBI Ranting, dan Bidan Puskesmas, semua berjumlah 7 bidan, ditambah peneliti.

#### 8. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan mulai dari penyusunan transkrip, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Proses analisis data dimulai dari penyusunan transkrip, mengedit data, mereduksi data, kategorisasi, menyajikan data, menginterpretasikan data, dan menarik kesimpulan/verifikasi.

## PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Praktik Mandiri Bidan

**Tabel 1.** Karakteristik Praktik Mandiri Bidan di Kabupaten Sleman.

Informan	Usia (tahun)	Pendidikan	Lama Praktik Mandiri (tahun)	Mou BPJS		Status Bidan Delima	
				Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	45	DIV	15	v		v	
2	60	DIV	28	v		v	
3	45	DIV	25	v		v	
4	39	S2	13	v		v	
5	48	D-III	12	v		v	
6	50	D-IV	18	v		v	
7	44	D-III	16	v		v	
8	45	S1	22		v		v
9	60	S2	25		v		v
10	51	D-III	25	v		v	

Berdasarkan tabel 1 karakteristik bidan yang menyelenggarakan praktik mandiri yang menjadi informan penelitian, usia terendah 39 tahun tertinggi 60 tahun, pendidikan terendah D-III kebidanan tertinggi S2 Kesehatan, lama praktik minimal 12 tahun maksimal 28 tahun, delapan informan MoU dengan BPJS Kesehatan dan 2 informan belum MoU dengan BPJS Kesehatan, serta semua berstatus Bidan Delima.

Karakteristik bidan memiliki peran penting dalam hal pelaksanaan pelayanan kebidanan, hal ini dikarenakan bahwa karakteristik bidan dapat menjadi faktor pendukung atau faktor penghambat dalam memberikan pelayanan kebidanan, termasuk dalam melaksanakan asuhan persalinan. Berdasarkan karakteristik diatas ada kesesuaian usia dengan lama membuka praktik, disebutkan bahwa usia terendah bidan 39 tahun dan minimal bidan telah melaksanakan praktik selama 12 tahun, hal ini dapat menggambarkan bahwa bidan telah memiliki pengalaman yang cukup. Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang baik dapat membentuk sikap positif dalam kehidupan (Mubarak, 2011: 84). Sebagian besar bidan juga memberikan pelayanan persalinan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan, hal ini mendorong bidan untuk tetap memenuhi kualitas sesuai dengan standar profesi bidan. Selain itu sebagian besar juga telah memiliki label Bidan Delima. Bidan delima adalah sistem standarisasi kualitas pelayanan bidan praktik mandiri, dengan penekanan pada kegiatan monitoring dan evaluasi serta kegiatan pembinaan dan pelatihan yang rutin dan berkesinambungan.

## 2. Pengisian Partograf oleh Praktik Mandiri Bidan.

Bidan yang menyelenggarakan praktik mandiri harus tahu dan memahami tentang pembuatan catatan atau dokumen asuhan pelayanan kebidanan. Pada asuhan persalinan bidan wajib menggunakan secara rutin partograf, artinya bidan harus mengisi form partograf dengan lengkap. Hasil pengamatan pada pengisian partograf, sebagian besar bidan mengisi lembar partograf secara lengkap, baik pada lembar depan maupun lembar belakang, meskipun cara pengisiannya ada yang kurang benar. Pada lembar depan partograf, ditemukan penggambaran grafik denyut jantung janin, antara titik yang satu dengan titik yang lain tidak disambung, demikian juga pada penurunan kepala janin dan penulisan denyut nadi ibu juga tidak menyambungkan titik yang satu dengan titik yang lain. Sementara pada lembar belakang beberapa aspek tidak ditulis, diantaranya adalah, nama bidan, tempat persalinan dan alamat bidan. Hal ini perlu disempurnakan agar pengisian lembar partograf benar-benar lengkap, tidak sekedar untuk memenuhi persyaratan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Partograf merupakan salah satu persyaratan untuk mengajukan klaim biaya persalian oleh Praktik Mandiri Bidan kepada pihak BPJS Kesehatan.

Pengisian partograf secara lengkap adalah kewajiban bidan setiap memberikan asuhan persalinan, bukan hanya karena pasien dijamin asuransi kesehatan dalam hal ini BPJS Kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Suwarnisih, *et al* (2018) yang menyatakan bahwa dokumentasi kelengkapan partograf pada kala I oleh bidan mayoritas lengkap yaitu 72%, beberapa yang tidak di isi adalah waktu ketuban pecah, dan penyusupan sutura/ molase kepala janin. Dokumentasi partograf pada kala II, Kala III dan Kala IV semua terdokumentasi secara lengkap yaitu 100 %<sup>12</sup>. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Claartje (2019) yang menyatakan bahwa penggunaan partograf masih kurang baik<sup>13</sup>. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayi mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu, serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayi<sup>9</sup>.

## 3. Kelengkapan Dokumentasi Kebidanan pada Asuhan Persalinan

Kelengkapan dokumentasi kebidanan dalam penelitian ini adalah, kelengkapan penulisan biodata pasien, kelengkapan pengisian data subyektif dan obyektif, serta kelengkapan formulir-formulir yang harus disiapkan oleh Praktik Mandiri Bidan, sesuai dengan standar yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 meliputi: formulir *informed consent*, laporan, partograf, persalinan/nifas dan KB, rujukan, surat kelahiran, dan surat keterangan lainnya.

---

<sup>12</sup> Suwarnisih dan Rosita S D (2019). Sudi Deskripsi Kelengkapan Dokumentasi Partograf Pada Ibu Bersalin Normal Di PMB Ngudi Saras Jaten Karang Anyar. *Jurnal Ilmiah Maternal*, Vol 3 No 2 (2019). [https://ejournal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal\\_ilmiah\\_maternal/index](https://ejournal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal_ilmiah_maternal/index)

<sup>13</sup> Claartje MD (2019). Faktor Risiko Pada Penolong Persalinan Terhadap Kejadian Partus Lama (Studi Kasus Di Rumah Sakit dan Di Rumah Bersalin Di Kota Ambon). *Jurnal Global Health Science* (2009). Vol 4No 3 (2019).



Pada aspek kelengkapan penulisan biodata pasien sebanyak 3 bidan tidak menuliskan alamat dengan lengkap, dalam kolom alamat hanya ditulis dusunnya saja, tanpa ada nomor RT dan nomor RW, tidak ada nama Desa, Kecamatan dan Kabupaten. Alamat lengkap memiliki makna yang sangat penting, selain untuk membedakan bagi yang kebetulan namanya sama, alamat lengkap juga bermanfaat untuk memudahkan komunikasi atau untuk menghubungi keluarga pasien bila sewaktu-waktu terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, misalnya terjadi kegawatan saat proses persalinan dan memerlukan dukungan keluarga. Adapun alasan tidak dituliskannya dengan lengkap alamat pasien karena bidan merasa tahu dan hafal dengan dusun tersebut dan lokasi tidak terlalu jauh dengan lokasi Praktik Mandiri Bidan. Selain itu tidak semua bidan menulis agama yang dianut oleh pasien. Agama juga merupakan hal penting, saat memberikan dukungan pada ibu bersalin salah satunya adalah mengajak ibu berdo'a sesuai dengan agama yang dianut.

Lebih lanjut tentang kelengkapan penulisan data subyektif dan obyektif. Hasil observasi pada dokumen asuhan persalinan yang ada, data subyektif yang ditulis yaitu keluhan pasien, riwayat kebidanan, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan tidak diisi. Data subyektif ditulis sangat singkat berupa keluhan pasien saja, pada pasien bersalin tidak semua bidan menuliskan tanggal dan jam pasien mulai merasakan adanya kontraksi yang sudah teratur. Tanggal dan jam mulai adanya kontraksi yang teratur sangat berguna untuk pemantauan persalinan karena dapat digunakan untuk menghitung lama proses persalinan. Maka dari itu tanggal dan jam mulai adanya kontraksi wajib ditulis untuk menentukan terjadi atau tidaknya partus lama. Diagnose partus lama dapat diidentifikasi dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif<sup>14</sup>. Partus lama memiliki dampak kurang baik terhadap ibu maupun janin. Akibat dari partus lama dapat menyumbangkan jumlah kematian ibu, karena partus lama potensial menyebabkan perdarahan dan infeksi. Sementara pada janin, risiko persalinan lama adalah terjadi gawat janin, asfiksia saat lahir, hingga kematian di dalam kandungan maupun di jalan lahir<sup>15</sup>.

Sementara untuk data obyektif yang ditulis meliputi: keadaan umum, pemeriksaan fisik umum tidak ditulis. Tanda-tanda vital yang ditulis meliputi: tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan tidak ditulis. Sebanyak tiga dari delapan bidan hanya menulis tekanan darah saja, suhu badan kadang ditulis, kadang tidak ditulis. Pemeriksaan obstetri: hasil pemeriksaan Leopold, dua dari 8 bidan hanya menuliskan presentasi janin. Hasil periksa dalam hanya ditulis pembukaan serviks saja. Pada ibu bersalin bidan tidak menuliskan hasil

---

<sup>14</sup> Saifudin, A.B. (2010). *Buku Acuan Nasional. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JNPK-KR kerjasama dengan Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

<sup>15</sup> Manuaba, I.B.G. (2008). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.

pemeriksaan penunjang, karena selama ibu dalam proses persalinan pada Praktik Mandiri Bidan memang tidak pernah dilakukan pemeriksaan penunjang. Demikian juga penulisan data obyektif pada pemeriksaan fisik umum bidan hanya menuliskan keadaan umum ibu, dalam hal ini keadaan umum ibu baik, menulis ada tidaknya oedema pada kaki. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital, tidak semua bidan mendokumentasikan hasil pemeriksaan pernafasan dan suhu badan pasien, yang ditulis hanya tekanan darah dan denyut nadi ibu. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Mbabazi, P., & Cassimjee, R. (2006) yang menunjukkan bahwa sebagian besar (68%) dari tanda-tanda vital pasien tidak diambil saat pasien masuk Rumah Sakit<sup>16</sup>. Pada pemeriksaan palpasi menurut Leopold sebanyak enam bidan hanya menulis hasil pemeriksaan tinggi fundus uteri dan presentasi janin. Taksiran berat janin tidak ditulis, hasil observasi his ditulis tidak lengkap, diantaranya tidak menuliskan kekuatan his. Sementara pada hasil pemeriksaan dalam, hanya ditulis pembukaan serviks saja. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Abdullah (2012) tentang evaluasi mutu rekam medis, yang menunjukkan bahwa kelengkapan rekam medis di RSD Kota Tidore Kepulauan masih kurang (24,93%)<sup>17</sup>.

Lebih lanjut pada penulisan diagnose kebidanan, bidan tidak menuliskan diagnose dengan lengkap, dalam hal ini bidan tidak menuliskan kesimpulan kondisi pasien, hanya menuliskan paritas dan tahapan persalinan, contoh diagnose hasil pengamatan: G2 P1 A0, pembukaan 5 cm. Sementara kriteria penulisan diagnose kebidanan pada ibu bersalin meliputi: kesimpulan kondisi pasien, misalnya: Seorang perempuan, usia 25 tahun, hamil 39 minggu, dalam persalinan kala 1 fase aktif, normal. Jika terdapat masalah, maka penulisan diagnose diakhiri dengan masalah yang dialami.

Penulisan penatalaksanaan pasien sejak kala I hingga kala IV persalinan ditulis dengan singkat, dan kurang lengkap, dan tidak selalu diberi tanda tangan atau paraf pada kolom yang tersedia, sementara tanggal dan waktu selalu ditulis. Pada kolom P (*planning*), lima dari delapan bidan hanya menuliskan kata observasi, dan obat yang diberikan. Penulisan yang benar pada kolom penatalaksanaan meliputi seluruh pelayanan yang diberikan kepada ibu bersalin, misal: mengajarkan cara mengurangi rasa nyeri, membimbing meneran, memenuhi kebutuhan nutrisi, dan lain-lain.

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar Praktik Mandiri Bidan belum mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan lengkap, artinya dokumentasi kebidanan yang dilaksanakan belum sesuai dengan standar yang seharusnya. Sejalan dengan penelitian ini, penelitian pada bidang keperawatan oleh Dolan et al. (2016), menyatakan bahwa dokumentasi yang

---

<sup>16</sup> Mbabazi, P., & Cassimjee, R. (2006). The quality of nursing documentation in a hospital in Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 8(1), 31-42.

<sup>17</sup> Abdullah, W. (2012). *Evaluasi Mutu Rekam Medis Di Rumah sakit Umum Daerah Tidore Kepulauan*. Tesis: Perpustakaan UGM.

akurat dan tepat waktu merupakan alat yang sangat berguna bagi praktisi keperawatan<sup>18</sup>. Memahami kekuatan dari rekam medis dapat meningkatkan ketekunan dan kecakapan di bidang rekam medis, memungkinkan seorang praktisi keperawatan untuk dapat berbicara melalui rekam medis tersebut tanpa harus mengatakan sepatah kata pun. Lebih lanjut hasil penelitian Hutomo dan Santosa (2016) tentang evaluasi mutu rekam medis di RS PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis >75 % dari keseluruhan kelengkapan pengisian berkas rekam medis<sup>19</sup>. Berbeda dengan hasil penelitian ini, hasil penelitian pada asuhan keperawatan di RSUD Kediri menunjukkan bahwa sebagian besar (74,1%) responden tidak menerapkan standar dokumentasi asuhan keperawatan<sup>20</sup>.

Hasil observasi selanjutnya, menunjukkan bahwa bidan telah menyediakan berbagai formulir dokumentasi kebidanan meliputi: formulir pencatatan proses persalinan (kartu ibu/status untuk ibu bersalin), status untuk bayi baru lahir, status pelayanan keluarga berencana, *informed consent*, partograf, rujukan pasien, surat kelahiran, surat penolakan rujukan. Selain formulir-formulir tersebut Praktik Mandiri Bidan juga menyiapkan Buku KIA yang diperoleh dari Puskesmas setempat. Hasil pengamatan ini menggambarkan bahwa sebagian besar bidan menyediakan formulir-formulir yang diperlukan pada asuhan persalinan dengan lengkap, hanya 1 bidan yang formulir-formulirnya kurang lengkap, karena tidak tersedia formulir *informed concent* dan formulir rujukan.

#### 4. Penyimpanan Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Penyimpanan dokumentasi kebidanan dalam penelitian ini adalah, penerapan penomoran berkas dokumen, tempat penyimpanan, dan lama penyimpanan. Berdasarkan wawancara dan observasi pada Praktik Mandiri Bidan, penyimpanan dokumentasi kebidanan, diatur pada rak dokumen. Sebagian kecil bidan menyimpan dokumentasi kebidanan di dalam map, hal ini dikarenakan jumlah pasien tidak terlalu banyak.

Penomoran berkas dokumen, masing-masing dokumen diberi nomorurut menurut tahun, artinya setiap ganti tahun nomor diawali lagi dengan nomor 1 (satu). Sebagian Praktik Mandiri Bidan menggunakan cara lain yaitu dengan mengelompokkan berkas dokumentasi kebidanan menurut dusun atau alamat tempat tinggal pasien dan memberikan nomor urut dimasing-masing dusun.

---

<sup>18</sup> Dolan, C. M., & Farmer, L. J. (2016). "Let the Record Speak...": The Power of the Medical Record. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(2), 88-94.

<sup>19</sup> Hutomo H dan Santosa E (2016). Evaluasi Mutu Rekam Medis di RS PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta. Studi Kasus pada pasien Sectio Caesaria. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*, Vol. 5, No 1. Diunduh tanggal 1 januari 2018, dari <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/816>

<sup>20</sup> Efendi MA, 2014. Analisis Penerapan Standar Dokumentasi Keperawatan dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Gambiran. Stikes Surya Mitra Husada Kediri

Terkait dengan pemusnahan dokumentasi kebidanan, semua informan menjelaskan bahwa selama menjalankan praktik mandiri, belum pernah memusnahkan dokumen yang dimiliki, alasannya pelayanan yang diberikan kepada pasien memang berkesinambungan dalam waktu yang lama, misalnya sejak pasien hamil, bersalin, nifas, keluarga berencana, pelayanan pada bayi baru lahir sampai balita dan bila hamil lagi datanya masih ada. Berikut kutipan wawancara dari informan terkait dengan penyimpanan dokumentasi kebidanan:

*“...berkas-berkas dokumentasi kebidanan saya masukkan map, kemudian disimpan didalam rak, diurutkan sesuai nomer dan tahun” (informan 4).*

Lebih lanjut informan 7, 8 mengatakan bahwa:

*“....saya menyimpan dokumentasi kebidanan pada map dan saya taruh di rak dan dikelompokkan per dusun, diurutkan sesuai dengan nomor urutnya, saya kelompokkan perdusun, menurut saya lebih mudah mencarinya dan kebetulan pasien saya kebanyakan berasal dari dusun-dusun sekitar tempat tinggal saya” (informan 7,8).*

Terkait dengan pemusnahan dokumentasi kebidanan, berikut kutipan wawancara dengan informan:

*“.....wah pasien saya banyak yang sudah maindit dengan saya, dia sudah bertahun-tahun menjadi pasien saya, statusnya ya dipakai terus, apalagi kalau yang anaknya banyak, bertahun-tahun ya pakai itu terus statusnya, hamil bersalin, KB, hamil lagi bersalin lagi dan KB lagi ha..ha,..”(informan 2)*

Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa sebagian besar bidan melaksanakan penyimpanan dokumentasi kebidanan dengan baik. Sementara hasil penelitian Mbabazi, P., & Cassimjee, R. (2006), menunjukkan bahwa, kurang dari separuh (48,7%) catatan disimpan dalam bentuk permanen<sup>15</sup>. Sejalan dengan hasil penelitian ini, hasil penelitian Parmen (2016) tentang tinjauan prosedur penyimpanan berkas rekam medis di RS Jiwa Provinsi Sumatera Utara Medan menunjukkan bahwa sistem penyimpanan rekam medis menggunakan sistem sentralisasi, yaitu penggabungan antara rekam medis rawat inap dengan rekam medis rawat jalan. Jumlah rak penyimpanan rekam medis kurang, akibatnya status rekam medis yang tidak cukup untuk disusun didalam rak penyimpanan ditumpuk diatas status yang telah disusun dengan rapi. Pengaturan susunan rekam medis menggunakan sistem angka akhir. sistem angka akhir dapat memudahkan para petugas rekam medis yang bukan ahli dalam rekam medis untuk melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut dan sudah terlaksana dengan baik<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Parmen, S. (2016) Tinjauan Prosedur Penyimpanan Berkas Rekam Medis Di RS Jiwa Provinsi Sumatera Utara Medan Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, Vol.1, No.1, Februari 2016 diunduh tanggal 20 desember 2017 dari <http://jurnal.kampusimelda.ac.id/index.php/jfk>

Terkait dengan pemusnahan dokumentasi kebidanan, semua informan menjelaskan bahwa selama menjalankan praktik mandiri, belum pernah memusnahkan dokumen yang dimiliki, alasannya pelayanan yang diberikan kepada pasien memang berkesinambungan dalam waktu yang lama, yaitu sepanjang siklus kehidupan perempuan, mulai sejak masa hamil, bersalin, nifas, KB, klimakterium, menopause, senium, dan wanita dengan gangguan sistem reproduksi bahkan bila hamil lagi datanya masih ada. Sebagian kecil bidan menyimpan dokumentasi kebidanan di dalam map, hal ini dikarenakan jumlah pasien tidak terlalu banyak.

##### **5. Penerapan Prinsip-Prinsip Dokumentasi Kebidanan pada Asuhan Persalinan**

Implementasi dokumentasi kebidanan dalam penelitian ini adalah, model dokumentasi kebidanan yang diterapkan oleh Praktik Mandiri Bidan, penerapan prinsip-prinsip dokumentasi kebidanan dan penerapan teknik penulisan dokumentasi kebidanan pada asuhan persalinan mengacu pada keputusan Menteri Kesehatan nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pada standar VI, pencatatan asuhan kebidanan, harus memenuhi kriteria pencatatan yang meliputi: (1) pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang tersedia, (2) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP. Adapun S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa; O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan; A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan; P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan<sup>6</sup>. Berikut kutipan wawancara dari informan terkait dengan model dokumentasi kebidanan yang diterapkan pada asuhan persalinan:

*“....saya menggunakan model SOAP, karena sudah disepakati oleh seluruh anggota IBI Kabupaten Sleman” (informan 2, 5, 7)*

Penerapan dokumentasi kebidanan oleh Praktik Mandiri Bidan menggunakan catatan perkembangan dengan model SOAP yang dirumuskan oleh pengurus IBI Cabang Kabupaten Sleman dengan mengadopsi berbagai formulir yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia untuk dokumentasi pelayanan kebidanan di Puskesmas. Segenap anggota IBI se kabupaten Sleman telah sepakat menggunakan formulir tersebut. Catatan perkembangan digunakan untuk mendokumentasikan asuhan kebidanan pada proses persalinan kala I hingga berakhirnya proses persalinan kala IV, dan kesimpulan persalinan, serta dilanjutkan dengan pengawasan masa nifas. Selain itu proses persalinan juga ditulis pada buku KIA yang dimiliki ibu.

Lebih lanjut Praktik Mandiri Bidan juga menyiapkan berbagai formulir sesuai dengan standar yang tertulis dalam lampiran Peraturan Menteri Kesehatan tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, yang tertulis dalam lampiran

Permenkes Nomor 28 tahun 2017<sup>22</sup>. Berdasarkan observasi pada Praktik Mandiri Bidan, implementasi dokumentasi kebidanan oleh Praktik Mandiri Bidan dapat dikatakan masih kurang baik karena masih terdapat sebagian besar bidan yang menulis dokumentasi pada catatan perkembangan (SOAP) secara tidak lengkap. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Lasmani, *et al*, 2014 yang menyatakan bahwa implementasi dokumentasi terintegrasi yang masih perlu ditingkatkan yaitu, kejelasan: dengan 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<sup>23</sup>. Berbeda dengan penelitian ini, hasil penelitian Blake-Mowatt, *et al* (2010) pada tiga rumah sakit di Jamaika Barat menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan menunjukkan tingkat akurasi yang tinggi dan perawat telah terbiasa dengan pedoman dokumentasi di tiap Rumah Sakit<sup>24</sup>. Demikian juga hasil penelitian Palifiana (2016) yang menunjukkan bahwa penerapan pendokumentasian asuhan kebidanan yang dilakukan bidan di Kabupaten Bantul dalam kategori baik sebesar 83,3% dan kategori kurang baik sebesar 16,7%<sup>25</sup>.

Pada penelitian ini ketidak lengkapan penulisan dokumentasi kebidanan, selain ketidak lengkapan dalam menuliskan data subyektif dan obyektif, salah satu yang berkaitan dengan perlindungan hukum bagi bidan adalah tidak mencantumkan paraf atau tanda tangan pada setiap asuhan yang dilaksanakan, hal ini dapat menjadikan apa yang ditulis dalam dokumentasi kebidanan tersebut tidak memiliki fungsi sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat secara hukum, yang tentu saja sangat dibutuhkan bila dikemudian hari terjadi tuntutan melalui jalur hukum. Sementara menurut beberapa penelitian sebelumnya, dokumentasi yang akurat dapat meningkatkan komunikasi dan kolaborasi, membantu dalam aspek hukum dari proses dan hasil perawatan, memfasilitasi keputusan dan keamanan perawatan pasien, dan memenuhi standar profesional dan praktek<sup>23,26</sup>.

---

<sup>22</sup> Permenkes No 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

<sup>23</sup> Lasmani PS, Haryanti F, dan Lazuardi L. (2014). Evaluasi Implementasi Rekam Medis Terintegrasi di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 17, No 01 Maret 2014, halaman 3 – 8

<sup>24</sup> Blake-Mowatt, C., Lindo, J., & Bennett, J. (2013). Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *International Nursing Review*, 60(3), 328–334.

<sup>25</sup> Palifiana, D.A. (2009). Hubungan Pendidikan Bidan dengan Penerapan Pendokumentasian Kebidanan pada Bidan Praktik Mandiri di Kabupaten Bantul. Makalah dari RAKERNAS AIPKEMA 2016 “Temu Ilmiah Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat”. Diunduh pada tanggal 29 Januari 2017 dari <https://media.neliti.com/media/publications/170600-ID-hubungan-pendidikan-bidan-dengan-penerap.pdf>

<sup>26</sup> Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124.

Berikut kutipan wawancara dengan informan 6 sebagai bidan yang memiliki tugas melakukan audit implementasi standar pelayanan kebidanan pada Praktik Mandiri Bidan:

*“.....dokumentasi kebidanan pada Praktik Mandiri Bidan ada yang lengkap ada yang tidak, bahkan ada yang blas tidak ditulis, saya pernah melakukan audit implementasi standar pelayanan kebidanan dari 8 Praktik Mandiri Bidan empat bidan menulis dengan lengkap dan empat bidan menulis tidak lengkap dan tidak benar, menggunakan pensil, menggunakan tip ex bila ada yang salah tulis.”.* (informan 6).

Selanjutnya kutipan wawancara dari informan 9 yang merupakan bidan sebagai pengurus IBI Cabang Sleman:

*“....implementasi dokumentasi kebidanan pada Praktik Mandiri Bidan belum tertib, ada yang lengkap ada yang tidak, kadang ditulis kadang tidak ditulis, format dokumentasi kebidanan sudah dirancang oleh penguu IBI Kabupaten Sleman, namun mengisinya yang belum tertib, banyak yang tidak di paraf, ada yang menghapus pakai tip ex”* (informan 9).

Hasil observasi/pengamatan tentang teknik penulisan dokumentasi kebidanan, masih ada bidan yang menghapus tulisan yang salah dengan menggunakan tip ex, menulis dokumentasi kebidanan menggunakan pensil. Sementara menurut Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, rekam medis yang dapat dibawa ke pengadilan harus memenuhi syarat, yaitu: (1). tidak ditulis dengan pensil; (2). tidak ada penghapusan; (3). coretan, ralat hanya dapat dilakukan pada saat itu juga dan diberi paraf; (4). tulisan jelas dan terbaca; (5). ada tanda tangan dan nama petugas; (6). ada tanggal dan waktu pemeriksaan maupun tindakan; (7). ada lembar persetujuan tindakan medis<sup>27</sup>.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil pengumpulan data dengan wawancara mendalam, observasi didukung dengan hasil triangulasi data melalui triangulasi sumber, maka kesimpulan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Pengisian lembar partograf dalam kategori lengkap. Partograf sebagai salah satu persyaratan pengajuan klaim biaya persalinan kepada BPJS Kesehatan, bagi pasien bersalin yang dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- b. Kelengkapan dokumentasi kebidanan oleh Praktik Mandiri Bidan, berdasarkan aspek ketersediaan formulir sesuai dengan yang tertulis dalam lampiran Permenkes No 28 tahun 2017 semua tersedia. Sementara penulisan biodata,

---

<sup>27</sup> Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis

sebagian bidan tidak menulis alamat pasien secara lengkap, penulisan data pada format SOAP kurang lengkap.

- c. Penyimpanan dokumentasi kebidanan oleh Praktik Mandiri Bidan dengan cara dimasukkan dalam map, kemudian disusun dalam rak penyimpanan dokumentasi kebidanan sesuai dengan nomor urut dan tahun atau sesuai dengan kelompok dusun. Bidan selama menjalankan praktik, belum pernah memusnahkan dokumentasi kebidanan.
- d. Penerapan prinsip - prinsip dokumentasi kebidanan oleh Praktik Mandiri Bidan menggunakan catatan perkembangan dengan model SOAP. Penulisan dokumentasi kebidanan pada format SOAP kurang lengkap, tidak semua dokumentasi ada tanda tangan bidan. Teknik penulisan dokumentasi masih kurang baik, masih ada bidan yang menghapus tulisan yang salah dengan menggunakan tip ex, menulis dokumentasi kebidanan menggunakan pensil, sehingga belum memiliki fungsi sebagai perlindungan hukum bagi bidan.

## SARAN

- a. Bagi Praktik Mandiri Bidan  
Hasil penelitian ini dapat menjadi cambuk untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, dengan menulis dokumentasi kebidanan secara lengkap dan benar agar dapat memberikan perlindungan hukum dalam menjalankan praktik kebidanan.
- b. Bagi Ikatan Bidan Indonesia (IBI)  
Hasil penelitian ini dapat memacu pengurus IBI, khususnya Pengurus Cabang dan Ranting se Kabupaten Sleman agar melakukan pembinaan yg lebih intensif terkait dengan aspek hukum dokumentasi kebidanan khususnya dan fungsi rekam medis lainnya.
- c. Bagi Puskesmas/Dinas Kesehatan  
Berdasar hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam mengatur strategi pembinaan Praktik Mandiri Bidan.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Ali, Z. (2009). *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika
- JNPK-KR. (2017). *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca persalinan Dan Nifas*. Revisi Kelima. Jakarta: JNPK-KR.
- Manuaba, I.B.G. (2008). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.



PP IBI (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: PP IBI.

Saifudin, A.B. (2010). *Buku Acuan Nasional. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JNPK-KR kerjasama dengan Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Wildan dan Hidayat (2011). *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

## Jurnal

Abdullah, W. (2012). *Evaluasi Mutu Rekam Medis Di Rumah sakit Umum Daerah Tidore Kepulauan*. Tesis: Perpustakaan UGM.

Blake-Mowatt, C., Lindo, J., & Bennett, J. (2013). Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *International Nursing Review*, 60(3), 328–334.

Claartje MD (2019). Faktor Risiko Pada Penolong Persalinan Terhadap Kejadian Partus Lama (Studi Kasus Di Rumah Sakit dan Di Rumah Bersalin Di Kota Ambon. *Jurnal Global Health Science* (2009). Vol 4No 3 (2019).

Dolan, C. M., & Farmer, L. J. (2016). “Let the Record Speak...”: The Power of the Medical Record. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(2), 88-94.

Efendi MA, 2014. Analisis Penerapan Standar Dokumentasi Keperawatan dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Gambiran. *Stikes Surya Mitra Husada Kediri*

Hutomo H dan Santosa E (2016). Evaluasi Mutu Rekam Medis di RS PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta. Studi Kasus pada pasien Sectio Caesaria. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Vol. 5, No 1*. Diundh tanggal 1 januari 2018, dari <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/816>

Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124.

Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111-114.

Kerkin, B., Lennox, S., & Patterson, J. (2017). Making midwifery work visible: The multiple purposes of documentation. *Women and Birth*.

Lasmani PS, Haryanti F, dan Lazuardi L. (2014). Evaluasi Implementasi Rekam Medis Terintegrasi di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 17, No 01 Maret 2014, halaman 3 – 8

- Palifiana, D.A. (2009). Hubungan Pendidikan Bidan dengan Penerapan Pendokumentasian Kebidanan pada Bidan PraktikMandiri di Kabupaten Bantul. Makalah dari RAKERNAS AIPKEMA 2016 “Temu Ilmiah Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat”. Diunduh pada tanggal 29 Januari 2017 dari <https://media.neliti.com/media/publications/170600-ID-hubungan-pendidikan-bidan-dengan-penerap.pdf>
- Mbabazi, P., & Cassimjee, R. (2006). The quality of nursing documentation in a hospital in Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 8(1), 31–42.
- Parmen, S. (2016) Tinjauan Prosedur Penyimpanan Berkas Rekam Medis Di RS Jiwa Provinsi Sumatera Utara Medan Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda, Vol.1, No.1*, Februari 2016 diunduh tanggal 20 desember 2017 dari <http://jurnal.kampusimelda.ac.id/index.php/jfk>
- Romlah, S. 2015. Makalah Penerapan Standar dan Dokumentasi Asuhan Kebidanan dalam Mendukung JKN AFTA 2015. Diakses dari <http://www.academia.edu/13188669/>, pada tanggal 25 Januari 2018.
- Suwarnisih dan Rosita S D (2019). Sudi Deskripsi Kelengkapan Dokumentasi Partograf Pada Ibu Bersalin Normal Di PMB Ngudi Saras Jaten Karang Anyar. *Jurnal Ilmiah Maternal*, Vol 3 No 2 (2019). [https://ejournal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal\\_ilmiah\\_maternal/index](https://ejournal.stikesmhk.ac.id/index.php/jurnal_ilmiah_maternal/index)

### **Peraturan Perundang-Undangan**

Undang-Undang No 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

Permenkes No 938/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan

Kepmenkes No 369/Menkes/SK/2007 tentang Standar Profesi Bidan

Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis

Permenkes No 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyeenggaraan Praktik Bidan