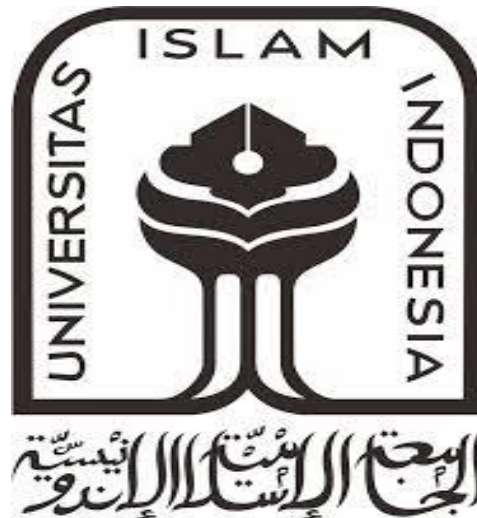


**KAJIAN YURIDIS PEMAKAIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK
DI RUMAH SAKIT**

TESIS



OLEH :

NAMA MHS :CINTHIA MUTIARA HAPSARI, SH

NO.POKOK MHS :12912075

BKU :HUKUM KESEHATAN

**PROGRAM MAGISTER ILMU HUKUM
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

2014



KAJIAN YURIDIS PEMAKAIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RUMAH SAKIT

Oleh :

Nama Mhs : Cinthia Mutiara Hapsari, S.H

No.Pokok Mhs : 21912075

BKU : Hukum Kesehatan

**Telah diperiksa dan disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diajukan kepada Tim
Penguji dalam Ujian Akhir / Tesis**


Pembimbing I

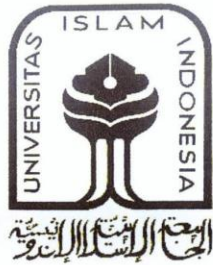

Dr. Siti Anisah, S.H.,M.Hum

Yogyakarta, 16 Agustus 2014

Mengetahui Ketua Program Pasacsarjana Fakultas Hukum

Universitas Islam Indonesia


Drs. Agus Triyanta, M.A., M.H., Ph.D



KAJIAN YURIDIS PEMAKAIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RUMAH SAKIT

Oleh :

Nama Mhs : Cinthia Mutiara Hapsari, S.H

No.Pokok Mhs : 21912075

BKU : Hukum Kesehatan

**Telah diajukan dihadapan Tim Penguji dalam Ujian Akhir / Tesis dan
dinyatakan lulus pada hari, Sabtu, 16 Agustus 2014**

Pembimbing I

Dr. Siti Anisah, S.H.,M.Hum

Penguji I

H.M. Abdul Kholik, S.H., M.Hum

Penguji II

dr. Siswanto Sastrowiyoto, Sp.THT-KL (K), M. H

MOTTO

Man Jadda Wajada

(Siapa yang bersungguh-sungguh pasti akan berhasil)

Man Shobaru Zhafira

(Siapa yang bersabar pasti beruntung)

Man Yazra Yahsud

(Siapa yang menanam akan menuai yang ditanam)

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan tesis ini untuk almamaterku tercinta Program Studi Magister Ilmu Hukum

Program Pascasarjana Ilmu Hukum

Universitas Islam Indonesia

Rasa hormatku dan terimakasihku kepada keluargaku tercinta

Ibuku Hj. Sugijarti, S.Pd;

Ibu Mertuaku Siti Zamronah;

Suamiku Erfandy Qomarudin;

Putraku, Zauhair Alfarizi PQ dan Zuhuf Asyraf PQ

Terimakasih atas curahan kasih sayang, dan doa untukku.

Kalianlah penyemangatku.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “KAJIAN YURIDIS PEMAKAIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RUMAH SAKIT”. Tesis ini disusun guna memenuhi persyaratan yang diperlukan untuk menyelesaikan studi Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tesis ini dapat disusun atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. Ir. Harsoyo, M.Sc selaku Rektor Universitas Islam Indonesia Yogyakarta
2. Drs. Agus Triyanta, M.A.,M.H.,Ph.D selaku Ketua Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.
3. Dr. Siti Anisah, S.H.,M.Hum selaku pembimbing I tesis.
4. Bapak / Ibu Dosen Pengajar Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta atas segala ilmu dan ketrampilan yang diberikan tanpa pamrih.
5. Seluruh staf dan karyawan Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Islam Indonesia Yogyakarta atas arahan, masukan serta bantuan selama penulis menempuh program pascasarjana.
6. Keluarga besarku, Ibuku, Hj.Sugijarti, Ibu mertuaku Siti Zamronah, Suamiku, Erfandy Q, Putraku Zauhair Alfarizi PQ dan Zuhuf Asyraf PQ serta kakak-kakakku dan adikku,

terima kasih atas dukungan berupa nasehat dan curahan kasih sayang yang berlimpah.

7. Serta rekan-rekan angkatan 29 Program Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia atas kerjasama dan dukungan selama ini. Serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Dalam penulisan tesis ini penulis menyadari, masih banyak kekurangan dan kesalahan dari segi kata-kata maupun penulisannya. Maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran serta masukan yang sifatnya membangun dengan tujuan dapat menjadikan tesis ini lebih bermanfaat bagi penulis dan pembaca dimasa mendatang. Penulis berharap semoga tesis ini menambah pengetahuan dan wawasan dalam bidang hukum kesehatan.

Yogyakarta, Juli

2014

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG MASALAH	1
B. RUMUSAN MASALAH	11
C. TUJUAN PENELITIAN	12
D. KERANGKA TEORI	12
E. METODE PENELITIAN	12
F. SISTEMATIKA PENULISAN	13
BAB II LANDASAN TEORI	24
A. REKAM MEDIS MANUAL	24
1. SEJARAH REKAM MEDIS.....	24
2. PENGERTIAN REKAM MEDIS	33
3. TUJUAN DAN KEGUNAAN REKAM MEDIS	38
4. PENGATURAN REKAM MEDIS	51
5. ASPEK HUKUM REKAM MEDIS	53
B. REKAM MEDIS ELEKTRONIK	61
1. PENGERTIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK	61
2. SISTEM DATA KLINIS REKAM MEDIS ELEKTRONIK	63
3. KONSEP REKAM MEDIS ELEKTRONIK	64

1. KOMPONEN REKAM MEDIS ELEKTRONIK	66
2. PERATURAN TERKAIT REKAM MEDIS ELEKTRONIK	70
BAB III PEMBAHASAN	73
A. PERBANDINGAN ANTARA REKAM MEDIS MANUAL DENGAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK	73
B. KEAMANAN DATA REKAM MEDIS ELEKTRONIK	82
C. REKAM MEDIS ELEKTRONIK SEBAGAI ALAT BUKTI	88
BAB IV PENUTUP	106
A. KESIMPULAN	106
B. SARAN	109
DAFTAR PUSTAKA	111

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah Sakit merupakan bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan melaksanakan pelayanan kesehatan, pelayanan tersebut melalui upaya penyembuhan pasien.¹ Pelayanan Rumah Sakit pada saat ini merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosio-ekonomi, yaitu suatu usaha walau bersifat sosial namun diusahakan agar dapat mendapatkan surplus keuangan dengan cara pengelolaan yang profesional dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi.²

Suatu yang menarik mengamati ancaman pasar bebas di sektor kesehatan yang sedang dan akan kita hadapi pada era global. Terbukanya pasar bebas dan terbukanya kompetisi di sektor kesehatan. Persaingan antar rumah sakit baik pemerintah, swasta dan asing akan semakin terbuka bebas. Selain itu, masyarakat menuntut harus dapat memberikan seluruh kebutuhan pelayanan yang terkait pasien harus dapat langsung dilayani oleh rumah sakit secara cepat dan tepat. Saat ini pelayanan rumah sakit berkembang menjadi industri yang berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi, tetapi Rumah Sakit merupakan salah satu badan yang bergerak dalam bidang kesehatan sangat berperan penting bagi terciptanya kualitas hidup dan lingkungan hidup bagi masyarakat, sehingga tercipta derajat kesehatan yang tinggi baik bagi kesehatan badaniah, rohaniyah, maupun sosial.

¹ Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 1

² Darmanto Djojodibroto, *Kiat Mengelola Rumah Sakit*, Hipokrates, Jakarta, 1997, hal. 1

Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat setiap masyarakat agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Semakin banyaknya rumah sakit yang dibangun baik oleh pihak swasta maupun pemerintah, menuntut sebuah rumah sakit untuk siap bersaing baik bersaing dengan rumah sakit dalam negeri maupun bersaing dengan rumah sakit internasional. Persaingan yang semakin ketat mendorong rumah sakit baik swasta maupun pemerintah mengembangkan pelayanan, pola pemasaran, dan kelengkapan sarana dan prasarana yang memadai.³

Rumah Sakit dihadapkan pada tuntutan peningkatan pelayanan publik dan “ancaman” bisnis pada layanan kesehatan di Indonesia, hal ini menjadikan rumah sakit sebagai bagian dari institusi publik yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat untuk lebih profesional dan terbuka menghadapi globalisasi. Kenyataan ini telah dialami bahwa semakin meningkat pasien dari Indonesia mencari pelayanan di luar negeri dan bukan tidak mungkin kecenderungan investor asing untuk beroperasi di Indonesia pun akan semakin meningkat, sehingga hal itu harus disikapi secara positif, untuk meningkatkan mutu pelayanan di Indonesia.⁴

Meningkatnya tuntutan kebutuhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan, secara tidak langsung juga akan membuat Rumah Sakit dituntut untuk dapat meningkatkan

³ Ibid, hal.5

⁴ Disampaikan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan, dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS saat membuka kegiatan Persatuan Pemilik Rumah Sakit Swasta Nasional (30/06), dengan tema “Tantangan Rumah Sakit sebagai Industri Jasa Kesehatan di Indonesia”. (www.tribunews.com, 30 September 2013)

kualitas pelayanan. Salah satu cara untuk membenahi atau meningkatkan pelayanan didalam sebuah Rumah Sakit dapat dilakukan dengan cara peningkatan atas kualitas pelayanan, kompetensi para medis dan pendukungnya serta infrastruktur rumah sakit itu sendiri, salah satunya dengan pembenahan Sistem Informasi Rumah Sakit.⁵

Perkembangan yang sangat pesat dalam pelayanan kesehatan saat ini mengharuskan setiap pemberi pelayanan kesehatan segera dapat memenuhi keinginan pelanggannya. Untuk mendukung pelayanan kesehatan tersebut tergabung dalam data kesehatan yang dinamakan Rekam Medis. Rekam Medis merupakan salah satu pilar yang sangat penting yang tidak dapat dianggap sepele dalam sebuah Rumah Sakit, dengan perkembangan ilmu kedokteran, hukum kesehatan dan perkembangan teknologi ditambah lagi dengan pasien atau masyarakat yang lebih pintar dan kritis mengenai hak-haknya, sehingga penyelenggaraan rekam medis harus dikelola dengan baik.

Rekam medis di Rumah Sakit merupakan data untuk menyusun informasi kesehatan dan setiap pelayanan kesehatan serta setiap pelayanan kesehatan baik yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis dan diberlakukan sanksi bagi yang melanggarnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis sedangkan kegiatan pencatatan hanya merupakan salah satu kegiatan daripada penyelenggaraan rekam medis. Didalam Rumah

⁵ Suryo Nugroho Markus, *Master Plan Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*, Yogyakarta, 2010, hal. 32

Sakit, beberapa bagian yang memerlukan rekam medis adalah Unit Rawat Inap, Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Jalan.⁶

Semenjak masa pra kemerdekaan, Rumah Sakit di Indonesia sesudah melakukan kegiatan pencatatan, hanya saja masih belum dilaksanakan dengan baik, dari segi penataan maupun pengolahan atau mengikuti sistem informasi yang benar. Penataan masih tergantung pada selera pemimpin masing-masing rumah sakit.

Dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1960 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran, maka kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran, termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 034/ Birhup/1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit, ada kejelasan bagi rumah sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis. Guna menunjang terselenggaranya rencana induk (*master plan*) yang baik, maka setiap rumah sakit harus:

1. Memiliki dan mengelola data statistik, sehingga dapat menghasilkan data informasi yang *up to date*.
2. Memiliki prosedur penyelenggaraan rekam medis yang berdasarkan pada ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

Maksud dan tujuan dari peraturan-peraturan tersebut adalah agar di setiap institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dapat menyelenggarakan dan menjalankan rekam medis dengan baik. Antara kurun waktu 1972-1989 penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit belum dijalankan sebagaimana yang diharapkan dalam Permenkes No. 749a Menkes/Per/XV/tahun 1989 tentang Rekam Medis/ Medical Record yang

⁶ Tjandra Yoga Adirtama, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta, 2011, hal.9

merupakan landasan hukum untuk semua tenaga medis dan paramedis di Rumah Sakit yang terlibat di dalam proses penyelenggaraan rekam medis dapat melaksanakannya.⁷

Rekam Medis adalah catatan fakta tentang ciri-ciri dan kondisi pasien, permintaan diagnosis dan pengobatan, hasil pemeriksaan dan kemajuan yang dicapai dan persetujuan pasien dan tindakan-tindakan.⁸ Adapun didalam pemberian pelayanan medis pada setiap pasien wajib dibuatkan dokumen yang berisi keterangan yang tertulis maupun yang terekam identitasnya, diagnose, penentuan fisik laboratorium, segala pelayanan medis yang diberikan pada setiap pasien, dan pengobatannya dimasukkan dalam dokumen yang disebut dokumen rekam medis. Layaknya sebuah diary lembar demi lembar rekam medis menceritakan seluruh catatan interaksi pasien dengan dokter. Dari mulai identitas pasien, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis dan persetujuan tindakan medis., pengobatan, observasi hasil pengobatan. Berkas ini nantinya yang akan menjadi saksi bila terjadi sengketa hukum. Tidak hanya bagi pasien, tapi juga bagi dokter dan pelayan kesehatan lainnya.

Rekam medis juga merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi rumah sakit. Peranan rekam medis sangat penting dan melekat erat dengan kegiatan pelayanan kedokteran maupun pelayanan kesehatan. Sistem pencatatan rekam medis dapat secara manual ataupun elektronik (digital). Dalam melakukan kegiatan dan pengelolaan rekam medis terdapat beberapa aspek hukum yang harus diperhatikan, baik itu rekam medis dilakukan secara manual apalagi dilakukan secara elektronik, agar terjamin kepastian dan

⁷ Depkes RI, 1997, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, Jakarta

⁸ Irine Diana Sari W, *Manajemen Rekam Medis*, Yogyakarta : 2006, hal 1

perlindungan hukum bagi semua komponen yang terlibat dalam pelayanan kedokteran ataupun pelayanan kesehatan di rumah sakit.⁹

Rekam Medis memiliki beberapa manfaat yaitu ;

- a. Pengambilan keputusan dalam perawatan pasien lebih optimal
- b. Data rekam medis dapat menunjukkan praktek yang baik dan buruk
- c. Data utilisasi sumberdaya dapat menunjukkan efisiensi pelayanan

Sesuai aturan perundang-undangan rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya karena data yang terdapat dalam rekam medis adalah milik pasien. Kewajiban ini menjadi tugas dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Selain itu, untuk menunjang mutu pelaksanaan pelayanan kedokteran atau kesehatan yang berkualitas, rekam medik manual telah menjadi pedoman bagi pelayan kesehatan di Indonesia, sejak zaman belanda rekam medik sudah diterapkan dalam pencatatan tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Masalah yang seringkali muncul apabila sistem informasi rekam medis masih belum terintegrasi adalah tidak adanya keterkaitan antar masing-masing penyedia layanan kesehatan dalam hal informasi pada rekam medis. Padahal pasien bisa saja melakukan pemeriksaan kesehatan pada penyedia layanan kesehatan yang berbeda-beda pada suatu waktu tertentu. Jika tidak ada keterkaitan antara masing-masing penyedia layanan kesehatan, pemeriksaan yang sama akan terjadi berulang-ulang. Padahal data rekam medis sebelumnya sangat berguna pada pemeriksaan kesehatan selanjutnya. Hal ini sangat membantu mengurangi kemungkinan kesalahan diagnosa. Permasalahan yang juga sering muncul yaitu pada keluhan pasien

⁹ Ibid, hal2

yang menunjukkan setiap mereka memasuki penyedia layanan kesehatan mengatakan bahwa mereka menjawab pertanyaan yang sama pada setiap kunjungan atau diagnosa.¹⁰

Pasien mengeluhkan pertanyaan yang diberikan oleh dokter pada saat diagnosa hampir sama. Maksudnya disini sebagai contoh seorang pasien yang mendapat rujukan dari suatu rumah sakit ke rumah sakit yang memiliki 2 fasilitas yang lebih memadai, sebelumnya dirumah sakit asal pasien telah didiagnosa keluhan dan penyakit yang diderita, namun dirumah sakit tujuan rujukan pasien mendapatkan diagnosa ulang dari awal lagi. Hal ini menyebabkan penumpukan data yang sama tentang diagnosa dan rekam medis yang berulang-ulang. Dari beberapa permasalahan tersebut diatas perlu dirancang suatu sistem rekam medis elektronik terpusat yang menampung rekam medis seseorang pasien dalam suatu basis data yang terpusat. Penyimpanan secara terpusat (sentralisasi) yang dimaksud disini adalah keadaan dimana rekam medis rawat jalan dan rawat inap tersimpan dalam satu berkas dan didalam satu basis data penyimpanan.

Namun, seiring perkembangan teknologi yang maju, maka pedoman itu kini mulai bergeser ke arah rekam medik elektronik. Kemajuan teknologi informasi dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang berintegrasi. Kemajuan ini telah melahirkan paradigma baru dalam manajemen informasi kesehatan termasuk didalamnya manajemen rekam medis elektronik (digital) yang telah merubah pola pikir dan pola tindak para praktisi profesi rekam medis,

¹⁰ <http://www.rekamkeehatan.wordpress.com>

para ahli manajemen informasi kesehatan, para praktisi hukum dan para arsiparis (profesi kearsipan).¹¹

Evolusi praktek rekaman medis yang dirintis sejak zaman prasejarah baru menunjukkan adanya kemajuan dalam pengelolaan mulai awal abad ke-20. Hal ini ditandai dengan munculnya revolusi teknologi yang menghantarkan profesi pada era teknologi informasi, konsep rekaman berubah lagi. Dampak teknologi memicu terjadinya tranformasi paradigma dari konsep tradisional menjadi pradigma baru berbasis teknologi.dengan begitu, bila selama ini pengumpulan data menggunakan kertas, lambat laun akan digantikan oleh sistem rekam medis elektronik.¹²

Pada dasarnya rekam medis elektronik adalah penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengaksesan rekam medis pasien di rumah sakit yang telah tersimpan dalam suatu sistem manajemen basis data multimedia yang menghimpun berbagai sumber data medis.¹³ Rekam Medik Elektronik merupakan catatan rekam medik pasien seumur hidup pasien dalam format elektronik tentang informasi kesehatan seseorang yang dituliskan oleh satu atau lebih peugas kesehatan secara terpadu dalam tiap kali pertemuan antara petugas kesehatan dengan klien. Rekam medik elektronik bisa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu.¹⁴

¹¹ Karjono, *Kontroversi Aspek Hukum Rekam Medis*, Suara Badar XI, 2005

¹² www.bvk.co.id / artikel / berita / 159 / membangun implementasi rekam medis elektronik

¹³ www.kesehatan.kompasiana.com

¹⁴ Potter dan Perry, *Fundamental of Nursing 7th Edition*, Missouri, St.Louis, 2009

Rekam kesehatan elektronik adalah kegiatan komputerisasi isi rekam kesehatan dan proses elektronisasi yang berhubungan dengannya. Elektronisasi ini menghasilkan sistem yang secara khusus dirancang untuk mendukung pengguna dengan berbagai kemudahan fasilitas bagi kelengkapan dan keakuratan data, memberi tanda waspada, sebagai peringatan, tanda sistem pendukung keputusan klinik dan menghubungkan data dengan pengetahuan medis serta alat bantu lainnya.

Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran penjelasan pasal 46 ayat (1), yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian yang sama juga digunakan pada Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Pasal 1. Jenis data rekam medis dapat berupa teks (baik yang terstruktur maupun naratif), gambar digital (jika sudah menerapkan radiologi digital), suara (misalnya suara jantung), video maupun yang berupa biosignal seperti rekaman EKG.

Pemanfaatan komputer sebagai sarana pembuatan dan pengiriman informasi medis merupakan upaya yang dapat mempercepat dan memperpanjang bergeraknya informasi medis untuk kepentingan ketepatan tindakan medis. Namun di sisi lain dapat menimbulkan masalah baru di bidang kerahasiaan dan *privacy* pasien. Bila data medis pasien jatuh ke tangan yang tidak tepat akan menimbulkan masalah hukum dan tanggung jawab harus ditanggung oleh dokternya atau oleh rumah sakitnya. Untuk itu maka standar pelaksanaan pembuatan dan penyimpanan rekam medis yang selama ini berlaku bagi berkas kertas harus pula diberlakukan pada berkas digital/elektronik. Umumnya komputerisasi tidak menjadikan rekam medis *paperless* tetapi hanya *lesspaper*. Beberapa data seperti data

identitas, *informed consent*, hasil konsultasi, hasil radiologi dan *imaging* harus tetap dalam bentuk kertas (*print out*).¹⁵

Permasalahan lain yang mungkin terjadi adalah ketersediaan dana, aspek finansial menjadi persoalan penting karena harus menyiapkan infrastruktur (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, apalagi untuk teknologi informasi. Seringkali muncul juga pertanyaan; Bagaimana perlindungan Rumah Sakit jika terjadi tuntutan kepada pasien? Bagaimana keabsahan dokumen elektronik? Jika terjadi kesalahan dalam penulisan data medis pasien, apakah perangkat elektronik memiliki fasilitas log untuk tetap dapat mencatat data yang telah dimasukkan sebelumnya dan tidak menghapus sehingga tetap dapat dikenali siapa yang memasukkan data tersebut serta jenis data yang akan diganti?

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut di atas, penulis mencoba merumuskan permasalahan sekaligus pembahasan permasalahan yang diteliti sebagai berikut :

1. Bagaimana perbandingan antara rekam medis manual dengan rekam medis elektronik ditinjau dari segi keuntungan dan kelemahannya?
2. Bagaimana keamanan penyimpanan rekam medis elektronik dibandingkan dengan rekam medis manual?
3. Apakah rekam medis elektronik dapat dijadikan sebagai alat bukti apabila terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan?

¹⁵ www.balairungpress.com, *Perkembangan Rekam Medis Elektronik di Indonesia*, Badan Penerbitan Pers Mahasiswa UGM, 2012

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang akan dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengkaji bagaimana perbandingan antara rekam medis manual dengan rekam medis elektronik ditinjau dari segi keuntungan dan kelemahannya.
2. Untuk menganalisis bagaimana keamanan penyimpanan data dalam rekam medis elektronik dibandingkan dengan rekam medis manual.
3. Untuk mengkaji apakah rekam medis elektronik dapat dijadikan sebagai alat bukti dalam persidangan terkait dengan permasalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

D. Kerangka Teori

Sesuai dengan penjelasan Pasal 46 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran disebutkan bahwa , yang dimaksud “Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Dan yang dimaksud dengan “petugas” adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien.

Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, Pasal 46 disebutkan;

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis.

2. Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
3. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

Menurut Permenkes Nomor. 269 Tahun 2008 Pasal 1 angka 1 tentang Rekam Medis yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Permenkes tersebut dikeluarkan untuk menunjang dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang mengatur mengenai rekam medis sehingga dapat terwujud keseragaman dalam pelaksanaan rekam medis di Indonesia.

Rekam medis berisi keterangan tertulis ataupun terekam yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang berisi tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, serta pengobatan baik dirawat jalan, rawat inap maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Tujuan penyelenggaraan rekam medis rumah sakit adalah untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit¹⁶. Adapun beberapa tujuan penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, yaitu :

- 1). Bagi pasien
 - a). Mencatat jenis pelayanan yang diterima
 - b). Bukti pelayanan

¹⁶ Departemen Kesehatan RI, Direktorat jenderal Bina Pelayanan Medik, *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Di Indonesia*, Revisi II, Jakarta, hal;13

- c). Mengetahui biaya pelayanan
- d). Membantu kelanjutan pelayanan
- e). Sarana pengikat klinisi
- f). Menunjang pelayanan pasien
- g). Mendokumentasikan pelayanan pasien
- h). Menghasilkan rencana pelayanan
- i). Mendokumentasikan faktor resiko pasien

2). Bagi manajemen pelayanan pasien

- a). Menganalisis kegawatan penyakit
- b). Merumuskan pedoman praktek penanganan resiko
- c). Melaksanakan kegiatan menjaga mutu
- d). Memberikan corak dalam menggunakan sarana pelayanan

3). Bagi penunjang pelayanan kesehatan

- a). Menilai beban kerja
- b). Mengkomunikasikan berbagai unit kerja

4). Bagi pembayaran dan penggantian biaya

- a). Mengajukan klaim asuransi
- b). Menangani pengeluaran
- c). Melaporkan pengeluaran

d). Menetapkan biaya yang harus dikeluarkan

5). Peraturan

a). Bukti pengajuan perkara ke pengadilan

b). Membantu pengawasan

c). Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan

d). Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan

Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

(a). Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.

(b). Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

(c). Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.

(d). Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

(e). Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

(f). Sebagai dasar perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.

(g). Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan¹⁷.

“Rekam Medis Elektronik (RME) adalah suatu sistem rekam medis yang menggunakan elektronik berdasarkan lembaran kertas/berkas rekam medis¹⁸.” Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan adopsi dari perkembangan teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan, ini merupakan suatu inovasi. Pada dasarnya rekam medis elektronik adalah penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengaksesan rekam medis pasien di rumah sakit yang telah tersimpan dalam suatu sistem manajemen basis data multimedia yang menghimpun berbagai sumber data medis.

Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran penjelasan Pasal 46 ayat (1), yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian yang sama juga digunakan pada Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Pasal 1 ayat 1. Jenis data rekam medis dapat berupa teks (baik yang terstruktur maupun naratif), gambar digital (jika sudah menerapkan radiologi digital), suara (misalnya suara jantung), video maupun yang berupa biosignal seperti rekaman EKG.

Hal ini juga berlaku bagi rekam medis elektronik yang merupakan salah satu bentuk dari kegiatan rekam medis. Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik merupakan dasar hukum yang dapat diterapkan terhadap rekam medis elektronik. Menurut pasal 44 Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang

¹⁷ *ibid*, hal 16

¹⁸ Irine Diana Sari, Manajemen... *op.cit*, hal 39

Informasi dan Transaksi Elektronik alat bukti yang sah selain yang ditentukan peraturan perundang-undangan termasuk juga alat bukti lain berupa informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik. Dengan demikian rekam medis elektronik termasuk alat bukti yang sah sesuai dengan ketentuan Undang-Undang.

Karena menjadi alat bukti yang sah maka terdapat berbagai konsekwensi yang perlu diperhatikan berhubungan dengan kegiatan rekam medis elektronik. Masalah keamanan sistem komputerisasi merupakan salah satu faktor yang perlu diperhatikan dalam kegiatan rekam medis elektronik. Sistem keamanan rekam medis elektronik meliputi keamanan jaringan yang meliputi perlindungan jaringan komputer dari serangan *hacker*, pencurian data, virus, dan jenis serangan *malware* lainnya, serta keamanan pada perangkat komputernya sendiri. Berbagai persoalan dan permasalahan serta aspek hukum rekam medis elektronik dibahas pada tesis yang penulis akan susun.

E. Metode Penelitian

Metode adalah proses, prinsip-prinsip dan tata cara memecahkan masalah, sedangkan penelitian adalah pemeriksaan secara hati-hati, tekun dan tuntas terhadap suatu gejala untuk merambah pengetahuan manusia.¹⁹ Jadi metode penelitian dapat diartikan sebagai proses, prinsip-prinsip dan tata cara untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dalam melakukan penelitian. Dalam melakukan penelitian tesis ini, penulis menggunakan metode penulisan sebagai berikut :

1. Metode Pendekatan

¹⁹ Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta, UI Pres, 1986, hlm 6.

Berdasarkan perumusan masalah dan tujuan penelitian, maka metode pendekatan yang digunakan adalah metode pendekatan yuridis normatif. Pendekatan hukum normatif adalah penelitian hukum yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka atau data sekunder.²⁰ Adapun maksud penggunaan metode pendekatan yuridis normatif dalam penelitian ini adalah disamping meneliti bahan-bahan pustaka yang ada (buku, majalah, surat kabar, media, internet, hasil penelitian yang diterbitkan, dan lain-lain) juga melihat kasus-kasus yang berkembang dalam masyarakat sebagai pelengkap.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitis, yaitu penelitian yang berusaha menggambarkan masalah hukum, sistem hukum dan mengkajinya secara sistematis sehingga dapat lebih mudah untuk dipahami dan disimpulkan.

3. Sumber dan Jenis Data

Secara umum jenis data yang diperlukan dalam suatu penelitian hukum terarah pada data sekunder dan data primer. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya, sedangkan data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan dan disistematisir oleh pihak lain.²¹ Karena penelitian ini yuridis normatif maka sumber dan jenis datanya terfokus pada data sekunder yang meliputi bahan-bahan hukum dan dokumen hukum.. Bahan-bahan hukum dalam penelitian ini meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier.

²⁰ Soerjono Soekanto dan Sri Marmuji, *Penelitian Hukum Normative*, Jakarta, PT Raja Grafindo Persada, 1990, Hlm. 13

²¹ Rony Hanitijo Soemotro, *Metodologi Peneliitian Hukum dan Yurimetri*, Jakarta, Ghalia Indonesia, 1990, Hlm. 9

a. Bahan hukum primer, yaitu

- 1). Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
- 2). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3). Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- 4). Undang-Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik
- 5). Kepmenkes Nomor 133 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
- 6). Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- 7). Kepmenkes Nomor 034 Tahun 1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit
- 8). Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.

b. Bahan hukum sekunder yaitu: bahan-bahan hukum yang dapat digunakan untuk menjelaskan bahan hukum primer, antara lain;

Buku-buku, literature, artikel, makalah, tulisan-tulisan yang berkaitan dengan Rekam Medis.

c. Bahan hukum tersier yaitu; bahan-bahan hukum yang digunakan untuk menjelaskan bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, antara lain :

Kamus, jurnal hukum, dan lain-lain.

4. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan hal yang sangat erat hubungannya dengan sumber data, karena melalui pengumpulan data ini akan diperoleh data yang diperlukan untuk

selanjutnya dianalisis sesuai yang diharapkan. Berkaitan dengan penelitian yuridis normatif yang penulis ajukan maka metode pengumpulan data bersandar pada data sekunder, yaitu dengan cara studi pustaka, studi dokumenter, dan masalah-masalah hukum yang telah dibukukan.

5. Teknik Analisis Data

Metode ini tidak dapat dipisahkan dengan pendekatan masalah, spesifikasi penelitian dan jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian yang dilakukan. Pada penelitian yuridis normatif ini teknik analisis datanya bersifat analisis data kualitatif normatif. Analisis kualitatif merupakan suatu tata cara penelitian yang menghasilkan data deskriptif analitis.

F. Sistematika Penulisan

Untuk menyusun tesis ini penulis membahas lalu menguraikan masalah yang dibagi dalam empat bab. Adapun maksud dari pembagian tesis ini ke dalam bab - bab dan sub bab - sub bab adalah agar dapat menjelaskan dan menguraikan setiap masalah dengan baik.

Bab I Pendahuluan, bab ini merupakan bab pendahuluan yang berisikan antara lain latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, kerangka pemikiran, metode penelitian dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Pustaka yang akan menyajikan landasan teori mengenai masalah-masalah yang akan dibahas, meliputi; Sejarah tentang Rekam Medis,

Pengertian tentang Rekam Medis, Aspek Hukum Rekam Medis, Pengertian Rekam Medis Elektronik, Pengaturan hukum tentang Rekam Medis Elektronik.

Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan yang akan menguraikan hasil penelitian yang relevan dengan permasalahan dan pembahasannya, yaitu : Keuntungan dan Kelemahan Pemakaian Rekam Medis Elektronik dibandingkan dengan Rekam Medis Manual, Keamanan Penyimpanan Data Rekam Medis Elektronik, Rekam Medis Elektronik sebagai alat Bukti, Analisis.

Bab IV Penutup, merupakan penutup yang berisikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. REKAM MEDIS MANUAL

1. Sejarah Rekam Medis

Sejarah tentang permulaan Rekam Medis berawal ditemukannya sebuah lukisan yang menceritakan tentang tata cara praktik pengobatan antara lain amputasi jari tangan di dinding gua batu di Spanyol yang diduga telah berusia 25.000 tahun (pada zaman poleolithicum) yang dianggap oleh para ahli sebagai salah satu bukti bahwa rekam medis telah dilaksanakan sejak zaman dulu.²²

²² Anny Isfandyane *Tanggung Jawab Hukum Dan Sanksi Bagi Dokter*, buku 1 ,edisi 3, Prestasi Pustaka, Jakarta ,2006, hal. 166

Berbagai jenis catatan berupa pahatan, lukisan pada dinding-dinding pyramid, tulang belulang, pohon, daun kering yang diduga merupakan peninggalan sejak zaman Mesir kuno menunjukkan peningkatan perkembangan tata cara praktek pengobatan yang berjalan seiring perkembangan peradaban manusia. Tahun 980 - 1037 M, banyak dijumpai pula adanya buku-buku kedokteran karya Aviscena (Ibnu Sina) yang berisi tentang pengalamannya dalam mengobati pasien. Resep-resep jamu warisan nenek moyang yang diturunkan dari generasi ke generasi berikut di Indonesia diketahui dari

catatan-catatan yang tertulis pada daun lontar maupun sarana lainnya sesuai dengan perkembangan zamannya.²³

Perjalanan sejarah mencatat beberapa perkembangan rekam medis sesuai dengan zamannya yaitu :

a. Lahirnya Rekam Medis = Lahirnya Ilmu Kedokteran

Dimulai dengan Zaman Batu (Paleolithihic) lebih kurang 3000-2500 SM di Spanyol pahatan pada dinding gua (batu), daun-daun yang telah kering dan tulang-tulang.

b. Zaman Mesir Kuno (Egyptian Period)

1). Dewa Thoth

Adalah seorang Tabib Mesir (ahli pengobatan) yang dianggap sebagai *Dewa Kebijaksanaan*. Thoth dikenal *sebagai Dewa Berkepala Iblis*. Ia mengarang 36 – 42 buah buku. Enam buku diantaranya mengenai masalah kedokteran (tubuh manusia, penyakit, alat-alat yang dipakai obat-obatan penyakit mata dan kebidanan).

²³ Ibid, hal 167

2). Imhotep

Adalah dokter yang pertama menjalankan Rekam Medis. Hidup di Zaman Piramid 3000-2500 SM. Ia adalah pegawai negeri tinggi, Kepala Arsitek Negeri serta penasihat Medis Fira'un, kemudian ia dihormati sebagai medical demigod seperti Aesculapius: Ia membuat Papyrus (Dokumen Ilmu Kedokteran Kuno yang berisi 43 kasus Pembedahan).

Papyrus ini selama berabad-abad menghilang dan baru diketemukan pada abad ke XIX oleh bangsa Inggris bernama Edwin Smith, yang kemudian dinamakan: Edwin Smith Papyrus. Papyrus saat ini disimpan di New York Academy of Medicine, USA.

3). Papyrus Ebers

Dikemukakan di kaki Mummy di Necropolis dekat Thebes pada tahun 1872 Papyrus Ebers ditulis sejak 1550 SM. Kemudian dijual pada Archeolog Jerman bernama Georg Ebers.

Sebelum perang dunia ke II berada di University of Leipzig. Oleh Leipzig (Polandia) isi Papyrus Ebers adalah observasi yang cermat mengenai penyakit dan pengobatan yang dikerjakan secara teliti dan mendalam.

c. Zaman Yunani

1). Aesculapius

Dianggap sebagai dewa kedokteran dan mempunyai tongkat dililit ular sebagai simbol ilmu kedokteran. Hingga kini masih dipakai seluruh dunia. Aesculapius melakukan praktek kedokteran di Delphi, bekas reruntuhan kuilnya berada di dekat gunung Parna Zsus.

Ilmu kedokteran di Yunani sebar oleh sepuluh dokter yang disebut Aesculepadae sedang kuil tempat penderita disebut Aesculapia (1134 SM). Selain kuil tersebut pengobatan lainnya dilakukan di kota Epidaurus (Secred Grove) atau disebelah Barat Athena.

2). Hippocrates

Dikenal 460 SM sebagai Bapak Ilmu Kedokteran. Ia yang mulai mengensampingkan ramalan dan pengobatan secara mistik dengan praktek kedokteran secara ilmu pengetahuan modern.

Hippocrates yang membuat sumpah Hippocrates dan banyak menulis tentang pengobatan penyakit, observasi penelitian yang cermat dan sampai kini dianggap benar. Hasil pemeriksaan pasiennya (Rekam Medis) hingga kini masih dapat dibaca oleh para dokter. Putra Hippocrates Thesalius, Dracon dan Dextippus diajarkan bagaimana cara mencatat hasil pemeriksaan pasiennya (Rekam Medis) hingga kini masih bisa dibaca oleh dokter. Putra Hippocrates Thesalius, Dracon dan Dextippus diajarkan bagaimana cara mencatat hasil penemuan medis. Kecermatan cara kerja Hippocrates dalam pengelolaan rekam medisnya sangat menguntungkan pada dokter.

3. Zaman Yunani Romawi

a. Galen

Galen pada 600 tahun sudah Hippocrates (130-121 SM) di kota Ro,a. Orang pertama yang memperkenalkan fungsi sesungguhnya dari arteri (Pembuluh Darah) dan dalam salah satu buku karangannya ia menggambarkan rasa sakit

yang diakibatkan serangan batu ginjal. Di zaman ini telah mempunyai majalah kedokteran bernama *Romana Acta diurna*.

b. Santo Jarome

Orang pertama yang menyebutkan perkataan Rumah Sakit (*Hospital*) atau *Hospitalia* (bahasa latin). *Hosper*= *Host*=: Tamu.

Santo Jerome menggunakan istilah tersebut sewaktu menulis mengenai rumah sakit yang didirikann oleh Pahiola di Roma tahun 390.

4. Zaman Byzantium

Perkembangan ilmu kedokteran hanya mencapai tiga abad pertama walaupun Zaman ini lebih 1000 tahun. Pengarang buku ilmu kedokteran adalah: Aetius, Alexander, Oribasius dan Paul satu-satunya pekerjaanrakam medis yang dilakukan yaitu catatan para rahib (Dokter Kuno).

5. Zaman Jahudi

a. Injil dan Talmud

Talmud banyak memuat masalah kepenyakitan dibanding Injil. Bangsa Hibrani termasuk pecipta dan dari Propylaxis. Buku Leviticus berisi sanitasi dan higene seperti: efek menyentuh benda kotor, jenis makanan yang harus dimakan dan mengandung gizi tinggi, caranya membersihkan ibu yang baru melahirkan.

6. Zaman Muhammad

a. Rhazes (865-925)

Dokter yang beragama Islam dan praktek di rumah sakit Persia (Iran). Kemudian mendirikan rumah sakit di Baghdad paada abad ke-8. Buku-buku yang ditulisnya antara lain buku kedokteran “Treatise on Smallpox and Measles”, merupakan buku pertama yang membahas penyakit menular. Dokter pertama yang menggunakan alkohol dan usus kambing untuk menjahit luka.

b. Avicenna/ Ibnu Sina (980-1037 M)

Bekerja berdasarkan tulisan Hippocrates dan menggabungkan dengan sumber-sumber kedokteran lainnya yang didapat, ia telah menggunakan sistem pencatatan klinis yang baik.

7. Zaman Abad Pertengahan

Pada zaman ini dikenal adanya rumah sakit St. Bartholomous di London (Inggris) rumah sakit ini masih berdiri dan bebarapa rekam medis pasiennya yang pernah di rawat dari tahun 1137 masih ada. Pendiri rumah sakit ini bernama Rahera. Rumah sakit ini mengeluarkan buku berjudul Book of Foundation yang berisi riwayat dari 28 kasus penyakit.

8. Zaman Renaissance (1500)

a. Rumah Sakit St. Bartholomew

Rumah sakit St. Barhelew merintis hal-hal yang harus dikerjakan oleh Medical Record Management. Pada tahun 1667 rumah sakit ini mempelopori pendirian perpustakaan kedokteran.

b. Andreas Vasalius

Bangsa Belgia dan dokter yang mempelajari ilmu Anatomi melalui pembedahan mayat orang kriminal dengan cara mencuri mayat (dilarang keras oleh gereja Katholik). Hasil pembedahan mayat menjadi pengetahuan Anatomi yang sangat bermanfaat dan Vasalius juga selalu membuat rekam medis atas segala hal yang dijumpainya hasil rekam medis tersebut dikukuhkan dengan nama Fabrica (1543). Kemudian ia menjadi profesor pada University of Padua (Italia).

9. Abad ke-XVII

a. Dokter William Harbey

Dari rumah sakit St. Bartelemew menekankan arti pentingnya rekam medis, dimana dokter harus bertanggung jawab atas segala catatan rekam medisnya. Setiap dokter harus mencatat laporan intruksi medis dari pasien.

b. Kapten Jhon Grant

Orang yang pertama kali mempelajari *Vital Statistik* tahun 1661 melakukan penelitian atas *Bills of Mortality* (Angka Kematian).

Ada dua pendapat penting dalam penelitiannya:

- 1) Kematian yang terjadi di kota besar lebih tinggi dari pada pedesaan.
- 2) Jumlah kematian pria dan wanita, tetapi terdapat jumlah yang seimbang kaum pria dan wanita di masyarakat oleh karena itu angka kematian pria lebih tinggi dari wanita.

10. Abad Ke-XVIII

a. Benyamin Franklin dari Rusia

Pelopop berdirinya rumah sakit penansylavania di Philadelphia (1752). Rekam medis sudah ada pada tahun 1873 dan indeks pasien baru disimpan.

b. Rumah Sakit New York

Dibuka pada tahun 1771 dimana prosedur register pasien baru dikerjakan pada tahun 1793. Tahun 1862 indeks penyakit dan kondisinya mulai dicoba. Pada tahun 1914 istilah-istilah kepenyakitan baru dapat diterangkan.

11. Abad Ke-XIX

Tahun 1801 rumah sakit umum Massachusetts di Boston dibuka memiliki rekam medis dan katalog lengkap. Tahun 1871 mulai diintruksikan bahwa pasien dirawat harus dibuat KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien).

Tahun 1870-1893 Library Bereu mulai mengerjakan penelitian katalog pasien. Tahun 1895-1867 Ny. Grece Whiting Myers terpilih sebagai President pertama dari Association of Record Librarian of North America. Ia adalah ahli medical record pertama di rumah sakit.

12. Abad Ke-XX

Rekam medis baru menjadi pusat secara khusus pada beberapa rumah sakit, perkumpulan ikatan dokter/ Rumah Sakit di negara-negara barat.

Tahun 1902 American Hospital Association untuk pertama kalinya melakukan diskusi rekam medis. Tahun 1905 beberapa buah pikiran dokter diberikam untuk perbaikan rekam medis. Pada tahun 1905 dokter George Wilson, seorang dokter kebangsaan Amerika dalam rapat tahunannya American Medical Association ke-56 membacakan naskahnya "*Aclinical chart for the record of patient in small hospital*" yang kemudian diterbitkan dalam Journal of American Association

terbit 23 September 1905. Isi naskahnya itu adalah tentang pentingnya nilai medical record yang lengkap isinya demi kepentingan pasien maupun bagi pihak rumah sakit.

Berikut adalah perkembangannya:

- a. Tahun 1935 di USA muncul 4 buah sekolah Rekam Medis.
- b. Tahun 1955 Sekolah berkembang menjadi 26 sekolah terdapat 1000 lulusan.
- c. Tahun 1948 Inggris membuat 4 sekolah Rekam Medis.
- d. Tahun 1944 Australia membuat sekolah Rekam Medis oleh seorang ahli RM America yang bernama Ny. Huffman.
- e. Di Australia ada 2 sekolah, yakni di Sydney dan Melbourne.²⁴

2. Pengertian Rekam Medis

Didalam membahas pengertian rekam medis terlebih dahulu akan di kemukakan arti dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis diartikan sebagai “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.²⁵

Rekam Medis berasal dari kata Medical Record (Medical = kesehatan, Record rekaman/catatan), maka rekam medis diartikan sebagai catatan kesehatan.

Definisi rekam medis menurut para ahli adalah sebagai berikut :

- a. Edna K.Huffman

²⁴ Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia, DepKes RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Jakarta, 2006, hal. 1-6

²⁵ Ibid, hal 11

Rekam Medis adalah siapa, apa, kapan, dimana dan bagaimana perawatan pasien selama berada di rumah sakit.²⁶

b. Geoffery A. Robinson

Rekam Medis dalam arti sempit adalah catatan – catatan kasus setiap pasien yang dirawat di rumah sakit. Rekam Medis dalam arti luas adalah catatan dan data akibat hubungan langsung maupun tidak langsung dengan segala aktifitas di rumah sakit yang berkaitan dengan pengobatan pasien.²⁷

c. Gemala Hatta

Rekam Medis adalah mengenai siapa, apa, mengapa, dimana dan bilamana serta bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatannya.²⁸

d. Skurka

Rekam Medis adalah adanya dokter yang berpartisipasi dan mensupervisi pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dalam institusi pelayanan kesehatan.²⁹

Sesuai dengan penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disebutkan bahwa yang dimaksud “Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Dan yang dimaksud dengan “petugas” adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien.

²⁶ Edna K Huffman, Health Information Management, Phycian Record Company, Berwyn, 1994

²⁷ Ery rustiyanto, *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Graha Ilmu ,Yogyakarta, 2009

²⁸ Gemala Hatta, *Pedoman Manajemen Lanjutan Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Pres, Jakarta, 2008

²⁹ Ibid, hal 6

Ketentuan mengenai Rekam Medis juga tertuang dalam Undang-Undang Nomor. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu tertuang dalam Pasal 8

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

Ketentuan mengenai Rekam Medis juga dapat diketahui dalam Undang-Undang Nomor. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Pasal 29 ayat (1) huruf a : ” Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan kesehatan Rumah Sakit kepada masyarakat”.

Pasal 32 huruf j : “Terkait dengan hak pasien juga mengatur bahwa mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, alternative tindakan resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

Dalam Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis pada Bab I Pasal 1, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumentasi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin didalam informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan

maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.³⁰

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan suatu instalasi/ unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatan sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum didalam uraian tugas (*job description*) pada instalasi/ unit rekam medis. Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit dan dilanjutkan dengan pengelolaan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/ peminjaman karena pasien datang berobat, dirawat, atau untuk keperluan lainnya.³¹

Rekam medis dibuat oleh institusi pelayanan kesehatan sehingga berkas fisiknya menjadi milik institusi. Dengan kata lain institusi pelayanan kesehatan mempunyai media yang digunakan untuk dokumentasi (kertas, komputer, tape, dll). Sedangkan isinya atau informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis merupakan milik pasien. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengolah dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.³²

³⁰ Irine Diana Sari,Manjemen...*Op Cit*, hal.11

³¹ DepKes RI,Pedoman...*Op Cit*, hal.20

³² *Op Cit*,Huffman, hal. 224

Kegiatan penyelenggaraan rekam medis yang sudah menggunakan sistem komputerisasi dapat menghasilkan data-data yang bersumber pada seluruh kegiatan pelayanan kesehatan didalam suatu institusi pelayanan kesehatan. Pengolahan data dan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien tidak hanya dapat tersimpan didalam catatan rekam medis secara fisik saja akan tetapi data dan informasi medis seorang pasien harus juga tersimpan secara otomatis dengan menggunakan sistem komputerisasi yang handal sehingga informasi medis mengenai kondisi kesehatan pasien merupakan data dan informasi yang dapat dipertanggung jawabkan keabstrakkannya, keakuratannya serta *up to date*.

Peran serta seluruh petugas rumah sakit serta dukungan pimpinan rumah sakit didalam proses penyelenggaraan rekam medis di Indonesia sangat diharapkan sekali didalam pengelolaan rekam medis. Penggunaan sistem komputerisasi didalam penyelenggaraan rekam medis sangat membantu didalam proses pengolahan data medis pasien serta pengeluaran informasi mengenai besarnya efektifitas dan efesiensi pelayanan kesehatan serta luasnya cakupan layanan kesehatan oleh suatu instansi pelayanan kesehatan didalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Sehingga data dan informasi yang dihasilkan cepat, tepat, akurat dan *up to date*.

3. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

a. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung

suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercapai tertib administrasi rumah sakit.³³

b. Kegunaan Rekam Medis

1). Aspek Administrasi

Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaannya di dalam rekam medis saat ini sangat diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut.

Kemudian pengolahan data-data medis secara komputerisasi juga akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi disuatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit.

2). Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta

³³ DepKes RI, Pedoman...*op.cit*.hal.13

meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/ keselamatan pasien dan kendali biaya.

3). Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya yang terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, pengobatan, Tindakan dan Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku Undang-Undang Praktik Kedokteran RI No 29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1).

4). Aspek Keuangan

Semua berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

5). Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6). Aspek Pendidikan

Suatu berkas mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data dan informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

7). Aspek Dokumentasi

Suatu berkas mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis seorang pasien dapat dilaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai aturan serta prosedur yang telah ditetapkan.³⁴

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah:

³⁴ Ibid, hal.14

- (a). Sebagai alat komunikasi antara dokter antara tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
- (b). Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- (c). Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
- (d). Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanann yang telah diberikan kepada pasien.
- (e). Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- (f). Meyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- (g). Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
- (h). Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.³⁵

3. Pengguna Rekam Medis

Pengguna atau pemakai rekam kesehatan adalah pihak-pihak perorangan yang memasukan, memverifikasi, mengoreksi, memperoleh informasi dari rekaman baik secara langsung ataupun melalui perantara.

a. Pengguna Primer

³⁵ Ibid, hal.13-16

1). Para Pemberi Pelayanan (*provider*)

Yang termasuk dalam kelompok primer adalah pihak-pihak yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Mereka terdiri dari individu atau kesehatan pemberi jasa kesehatan perorangan yang meliputi tenaga dokter, perawat, profesi kesehatan pendukung lainnya, dan tenaga medis klinis.

2). Para Konsumen

Yaitu pasien dan keluarganya yang juga memerlukan informasi rekam kesehatan dirinya untuk berbagai kesehatan.

b. Pengguna Sekunder

1). Manajer Pelayanan dan Penunjang Pasien

Kelompok ini adalah pihak yang menggunakan rekam kesehatan perorangan secara sekunder serta tidak menangani perawatan pasien secara langsung. Kelompok ini menggunakan data rekam kesehatan untuk menilai kinerja fasilitas kesehatan serta manfaat pelayanan yang diberikan.

2). Pihak Pengganti Biaya Perawatan

Kelompok ini akan menelaah sejauh apa diagnosis akhir dan atau tindakan yang ditegakan dokter sesudah pasien pulang perawatan

3). Pengguna Rekam Kesehatan Lainnya

Kantor pasien, pengacara, wartawan kesehatan dan pengambil keputusan.³⁶

4. Sistem Penyimpanan Rekam Medis

³⁶ Hatta Gemala, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, 2008, hal 81

Berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan kedalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (bukan kelompok atau keluarga).³⁷

Sistem penyimpanan adalah sistem yang digunakan pada penyimpanan warkat agar kemudahan kerja penyimpanan dapat diciptakan dan penemuan warkat yang sudah disimpan dapat dilakukan dengan cepat bilamana warkat tersebut sewaktu-waktu diperlukan. Sistem penyimpanan adalah kebutuhan penting untuk melindungi rekam medis dan penempatan yang mudah. Sistem penyimpanan akan menjadi efisien dan efektif bilamana didukung oleh peralatan dan perlengkapan yang memadai dan sesuai³⁸.

Ada dua macam penyimpanan yaitu :

a. Penyimpanan sementara (*File Pending*)

File pending atau *file* tidak-lanjut (*follow-up file*) adalah file yang digunakan untuk penyimpanan sementara sebelum suatu warkat selesai diproses.

b. Penyimpanan tetap (*Permanent File*)

Umumnya kantor-kantor kurang memperhatikan prosedur atau langkah-langkah penyimpanan warkat. Menunjukkan bahwa banyak dokumen atau warkat yang hilang pada prosedur permulaan, sedang kalau sudah sampai ke penyimpanan, kecepatan penemuan dokumen yang disimpan memegang peranan. Dan kecepatan ini tergantung pada sistem yang dipergunakan, peralatan dan petugas *filing*³⁹.

³⁷ Savitri Budi Citra, *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, Yogyakarta, 2011, hal. 93

³⁸ Zulkifli Amsyah, *Manajemen Kearsipan*, Jakarta, 2003 hal 71

³⁹ Ibid hal, 73

Penyimpanan berkas rekam medis bertujuan untuk :

- 1). Mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak *filing*.
- 2). Mudah mengambil dari tempat penyimpanan.
- 3). Mudah pengembaliannya.
- 4). Melindungi berkas rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi⁴⁰.

Ditinjau dari lokasi penyimpanan berkas rekam medis, maka cara penyimpanannya dibagi menjadi dua yaitu :

a). Sentralisasi

Yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat ke dalam satu folder tempat penyimpanan.

b). Desentralisasi

Yaitu sistem penyimpanan berkas rekam medis dengan memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan rawat darurat pada folder tersendiri dan atau ruang atau tempat tersendiri. Biasanya berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rawat darurat disimpan pada rak penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis atau di tempat pendaftaran rawat jalan. Sedangkan berkas rekam medis rawat inap disimpan di ruang penyimpanan lain, seperti di bangsal atau di unit rekam medis yang terpisah dari tempat penyimpanan berkas rekam medis jalannya.

Jenis sistem penyimpanan meliputi :

⁴⁰ Savitri Budi Citra, OpCit hal 91

(1). Sistem Penyimpanan *Alphabetic*

Merupakan jenis penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan urutan abjad. Huruf depan dari nama pasien akan dijadikan huruf kunci untuk pencarian pada rak penyimpanan. Salah satu kekurangan dari jenis penyimpanan ini adalah petugas harus teliti melihat satu persatu dari urutan huruf pada nama pasien. Jenis penyimpanan ini cocok untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah pasien yang masih sedikit.

(2). Sistem penyimpanan *Numeric*

Salah satu jenis penyimpanan berkas rekam medis yang mengikuti urutan nomor rekam medisnya. Terdapat tiga cara penyimpanan berdasarkan *numeric* yaitu :

(a). *Straight Numerical Filing*

Suatu sistem penyimpanan berkas rekam medis dengan menjajarkan berkas rekam medis berdasarkan urutan nomor berkas rekam medisnya secara langsung pada rak penyimpanan. Misalnya keempat rekam medis ini akan disimpan berurutan dalam satu rak yaitu, 08-00-01, 08-00-02, 08-00-3, 08-00-04 . Adapun kelebihan dari jenis ini mudah dalam mengambil berkas rekam medis dan mudah melatih petugas-petugas yang akan melaksanakan penyimpanan tersebut. Sedangkan kekurangannya adalah sangat memungkinkan petugas akan berdesak-desakan pada dalam satu rak, jika berkas yang diambil merupakan berkas yang belum lama disimpan di rak penyimpanan, dan petugas harus memperhatikan seluruh

angka pada nomor rekam medis sehingga mudah terjadi kekeliruan menyimpan.

(b). *Midle Digit Filing*

Sistem ini menyimpan berkas rekam medis dengan mensejajarkan berkas rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelomok tengah.

(c). *Terminal Digit Filing*

Merupakan sistem penyimpanan berkas rekam medis *numeric* dengan sistem angka akhir. Adapun kelebihan dari sistem ini penambahan jumlah dokumen rekam medis selalu merata ke seratus kelompok di dalam rak penyimpanan, petugas penyimpanan tidak akan berdesak-desak, petugas dapat disertai untuk sejumlah kelompok dan lain-lain. Sedangkan kekurangannya latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpanan lebih lama dan membutuhkan biaya awal lebih besar.

(3). Sistem Penyimpanan kronologis

Merupakan jenis penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan urutan peristiwa atau kejadian pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan cara di urutkan tiap tanggal, sehingga akan terbentuk kelompok-kelompok sesuai tanggal pasien berobat. Sistem penyimpanan ini hanya cocok pada praktek dokter pribadi, bidan dan dokter spesialis.

(4). Sistem Penyimpanan Subyek Kasus

Merupakan jenis penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan kasus penyakit yang diderita masing-masing pasien. Misalnya rak pertama untuk penyakit dalam, rak ke kedua untuk penyakit jantung dan seterusnya.

(5). Sistem Penyimpanan Wilayah

Merupakan jenis penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan wilayah yang ada di lingkup fasilitas pelayanan kesehatan berada. Yang memungkinkan untuk menggunakan sistem ini adalah puskesmas⁴¹.

Sistem pengarsipan yang diterapkan harus memenuhi beberapa kriteria berikut seperti :

(a). Praktis

Dalam penyimpanan informasi memerlukan pemikiran yang praktis, artinya sistem tersebut harus dapat memenuhi kebutuhan normal pemakai arsip dan menghindari perkecualian-perkecualian.

(b). Mudah Disesuaikan

Mengingat arsip akan selalu berkembang baik jumlah dan jenisnya perlu dipikirkan sistem yang fleksibel. Dengan cara ini sistem yang diterapkan dapat berlaku untuk masa yang panjang.

(c). Kenyamanan Kerja

Mengingat arsip dikelola oleh manusia dan digunakan untuk manusia, sistem yang diterapkan harus menjamin keamanan kerja. Sebagai contoh penyimpanan arsip sebaiknya setinggi jangkauan tangan karena area penyimpanan optimal dan arsip dapat dijangkau dengan mudah.

⁴¹ Savitri Citra Budi , OpCit,hal 92-95

(d). Cepat dan Tepat

Seluruh arsip yang disimpan harus dapat diperoleh dengan cepat dan tepat, tanpa adanya keterlambatan yang mengganggu⁴².

5. Prosedur Penyimpanan Rekam Medis

Prosedur pencegahan dan kontrol kebakaran dan kecelakaan lainnya juga diperlukan. Ketentuan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis antara lain :

- a. Pada saat berkas rekam medis dikembalikan ke unit rekam medis harus di sortir sebelum di simpan. Hal ini membantu menemukan kembali berkas rekam medis yang diperlukan dan memudahkan pekerjaan penyimpanan.
- b. Hanya petugas rekam medis yang dibenarkan menangani rekam medis. Pengecualian bisa diberikan kepada pegawai rumah sakit yang bertugas pada sore hari dan malam hari.
- c. Rekam medis yang sampulnya rusak atau lembarannya rusak harus segera diperbaiki untuk mencegah kerusakan lebih lanjut atau hilangnya informasi yang bernilai.
- d. Pengamatan terhadap penyimpanan harus dilakukan secara periodik untuk menemukan berkas rekam medis yang salah simpan dan mengecek petunjuk atau buku peminjaman yang member petunjuk berkas rekam medis belum dikembalikan.
- d. Rekam medis yang berkenaan dengan proses hukum jangan disimpan di tempat yang biasa, harus di tempat khusus di ruangan penyimpanan rekam medis. Petunjuk keluar untuk berkas rekam medis tersebut harus diletakkan di tempat

⁴² PORMIKI, Seminar Nasional dalam Kongres Dan Rakernas I-III, Jakarta,2003

penyimpanan sebagai petunjuk bahwa rekam medis ini berada di tempat penyimpanan khusus.

- e. Petugas penyimpanan harus bertanggung jawab memelihara kerapian dan keteraturan rak-rak penyimpanan ketidaktertataan penyimpanan meningkatkan kebiasaan salah penyimpanan.
- f. Rekam medis yang diproses atau dipakai oleh petugas bagian rekam medis harus diletakan di atas meja atau rak tertentu dengan maksud bahwa rekam medis tersebut setiap saat dipergunakan.
- g. Prosedur tertulis untuk petugas penyimpanan berisi tentang petunjuk pelaksanaan dan peningkatan pengendalian berkas rekam medis.
- h. Rekam medis yang terlampau tebal harus dibagi menjadi dua bendel atau lebih tetapi berada dalam satu lokasi.
- i. Lembar laboratorium, sinar X dan laporan yang terlambat yang telah diterima sebisa mungkin lembar-lembar itu dijadikan satu dengan rekam medis induk. Harus dipastikan bahwa lembar-lembar itu diletakan di halaman yang tepat di dalam rekam medis.
- j. Petugas yang mengelola penyimpanan harus mempunyai laporan hasil rekam medis setiap harinya, jumlah permintaan oleh pihak unit gawat darurat dan jumlah rekam medis yang tidak ditemukan. Laporan seperti ini bisa menjadikan informasi yang berguna untuk perencanaan dan pengontrolan berkas rekam medis⁴³.

4. Pengaturan Rekam Medis

- a. Undang-Undang Nomor. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran,

⁴³ Huffman 1994, Op Cit hal 302

Pasal 46;

- 1). Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis.
- 2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
- 3) Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

b. Undang-Undang Nomor. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan,

Pasal 8 : “ Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan”.

c. Undang-Undang Nomor. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Pasal 29 ayat (1) huruf a : ” Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan kesehatan Rumah Sakit kepada masyarakat”.

Pasal 32 huruf j : “Terkait dengan hak pasien juga mengatur bahwa mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, alternative tindakan resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

d. Permenkes Nomor. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Pasal 1 angka 1 : yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan,

dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Permenkes tersebut dikeluarkan untuk menunjang dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang mengatur mengenai rekam medis sehingga dapat terwujud keseragaman dalam pelaksanaan rekam medis di Indonesia. Peraturan rekam medis terdapat dalam:

5. Aspek Hukum Rekam Medis

a. Pertanggung Jawaban Rumah Sakit Terhadap Rekam Medis

Rumah sakit memiliki fungsi utama untuk memberikan perawatan dan pengobatan yang sempurna kepada pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan maupun pasien gawat darurat. Pemimpin rumah sakit bertanggung jawab atas mutu pelayanan medis di rumah sakit yang diberikan kepada pasien.

Rekam medis sangat penting dalam mengemban mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit beserta staf medisnya. Rekam medis merupakan milik rumah sakit yang harus dipelihara karena sangat bermanfaat bagi pasien, dokter maupun bagi rumah sakit.

Kewajiban untuk penyelenggaraan rekam medis untuk rumah sakit diatur dalam UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 29 mengenai kewajiban rumah sakit;

Huruf g : “Menyelenggarakan Rekam Medis”.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang ada di dalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan atau pun memasukkan data yang ada di dalam berkas medis atau dipergunakan oleh orang tidak berwenang menggunakannya. Rekam medis harus diberi data yang cukup

terperinci, sehingga dokter lain dapat mengetahui bagaimana pengobatan dan perawatan serta tindakan yang diberikan kepada pasien dan konsulen dapat memberikan pendapat yang tepat setelah dia memeriksanya ataupun dokter yang bersangkutan dapat memperkirakan kembali keadaan pasien yang akan datang dari prosedur yang telah dilaksanakan.

Apabila terjadi permasalahan atau perbuatan melawan hukum yang terkait dengan pelaksanaan rekam medis dalam rumah sakit, dasar gugatannya jika terjadi kasus yang muncul dari pelaksanaan rekam medis dapat mengacu pada Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang mengatur mengenai perbuatan melawan hukum yang mengakibatkan pelaku perbuatan melawan hukum mengganti kerugian yang dikarenakan perbuatan tersebut kepada korban. Pada prinsipnya perbuatan melawan hukum yang muncul dari pelaksanaan rekam medis akan menimbulkan kerugian pada pasien, maka Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata tepat untuk dijadikan sebagai dasar hukum gugatan.

b. Tanggung jawab Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kesehatan yang Merawat

Berdasarkan UU Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2009 Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap Dokter atau Dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Tanggung jawab utama atas kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter dan dokter gigi yang merawat. Dokter atau dokter gigi yang merawat bertanggung jawab akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Dalam mencatat beberapa keterangan medik seperti

riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan ringkasan keluar (resume kemungkinan dapat didelegasikan pada asisten ahli dan dokter lainnya.

Keakuratan dan kelengkapan data rekam medis pasien harus dipelajari , dikoreksi dan ditandatangani oleh dokter yang merawat. Saat ini banyak rumah sakit menyediakan staf dokter untuk melengkapi rekam medis. Namun demikian tanggung jawab utama dari isi rekam medis tetap berada pada dokter yang merawat. Nilai ilmiah dalam berkas rekam medis adalah sesuai dengan standar pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada pasien oleh dokter yang merawat. Oleh karena itu ditinjau dari beberapa segi rekam medis sanksi bernilai penting karena:

- 1). Rekam medis berguna bagi pasien, untuk kepentingan riwayat perkembangan penyakitnya dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang.
- 2). Rekam medis dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum (*medico legal*). Jika terdapat rekam medis yang tidak lengkap dan tidak benar maka kemungkinan akan merugikan bagi pasien, dokter maupun rumah sakit itu sendiri.
- 3). Rekam medis dapat dipergunakan untuk meneliti rekaman kegiatan dan pencatatan medik maupun rekaman kegiatan dan pencatatan administrasi atas diri pasien. Petugas rekam medis hanya dapat mempergunakan data yang tertera di dalam berkas rekam medis.
- 4). Jika terdapat diagnosa yang tidak benar ataupun tidak lengkap maka secara otomatis kode penyakitpun tidak tepat, hal tersebut dapat mempengaruhi terhadap pengisian indeks penyakit dan laporan rumah. Data statistik dan

laporan yang dilaporkan kepada instansi terkait harus berisi data-data yang akurat dan lengkap.

Kewajiban setiap dokter dan Dokter gigi untuk membuat rekam medis disetiap menjalankan praktik kedokteran sudah jelas diatur dalam Pasal 46 UU No. 29 Tahun 2009 tentang Praktek kedokteran, maka apabila seorang dokter atau dokter gigi lalai tidak membuat rekam medis dan karenanya menimbulkan suatu permasalahan maka dokter atau dokter gigi tersebut dapat dikenai sanksi.

Pasal 79 ayat (2) UU No. 29 tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran menyebutkan :

“Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) atau denda paling banyak 50.000.000 (lima puluh juta), setiap dokter atau dokter gigi yang ;

(2). Dengan sengaja tidak membuat rekam medis sebagaimana dimaksud pasal 46 ayat (1);

c. Tanggung jawab Petugas Rekam Medis

Kegiatan pencatatan dan pengisian berkas rekam medis dilaksanakan sesuai dengan kebijaksanaan dan peraturan yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, staf medik dan berbagai organisasi, misalnya persatuan profesi yang resmi. Petugas rekam medis, membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali isi rekam medis. Analisa kuantitatif dilakukan untuk mengetahui kekurangan dari kelengkapan isi yang terdapat di dalam berkas rekam medis.

Penganalisis ini harus dilaksanakan pada keesokan harinya setelah pasien dipulangkan atau meninggal, sehingga data yang kurang ataupun diragukan dapat dikoreksi kembali sebelum data pasien terlupakan. Petugas rekam medis harus melakukan kegiatan analisis kualitatif dan analisis kuantitatif guna membantu dokter dalam kegiatan pencatatan pengisian berkas rekam medis yang lengkap dan akurat.

Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis, sehubungan dengan hal tersebut diatas petugas rekam medis harus berpegang pada pedoman sebagai berikut:

- 1). Semua diagnosa ditulis dengan benar pada lembaran masuk dan keluar, sesuai dengan istilah terminologi yang dipergunakan, semua diagnosa serta tindakan pembedahan yang dilakukan harus dicatat di dalam resume akhir.
- 2). Penggunaan simbol dan singkatan tidak dibenarkan.
- 3). Catatan yang dibuat oleh dokter yang merawat harus disertai tanggal dan dibubuhi tanda tangan dokter yang bersangkutan. Jika pasien dirawat oleh lebih dari satu dokter yang juga menjadi konsulen harus membuat catatan dan memberi tanggal serta tanda tangan di dalam berkas rekam medis pasien tersebut.
- 4). Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, resume akhir serta lembar ringkasan masuk dan keluar harus diisi dengan lengkap dan tidak cukup apabila hanya ditanda tangani oleh seorang dokter saja.
- 5). Laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat dengan lengkap dan berisi semua catatan mengenai diri pasien baik yang positif maupun yang negatif.

- 6). Catatan perkembangan, memberikan gambaran kronologis dan analisa klinis mengenai keadaan diri pasien. Frekuensi pencatatan ditentukan oleh keadaan perkembangan kesehatan pasien itu sendiri
- 7). Hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan roentgen harus dicatat disertai tanggal dan tanda tangan pemeriksa.
- 8). Semua tindakan pengobatan medik ataupun tindakan pembedahan harus dicantumkan tanggal dan tanda tangan dokter.
- 9). Semua konsultasi harus dicatat secara lengkap serta ditanda tangani dan harus dilaksanakan sesuai dengan peraturan medik yang berlaku.
- 10). Hasil konsultasi, mencakup penemuan konsulen pada pemeriksaan fisik terhadap pasien termasuk juga pendapat dan rekomendasinya.
- 11). Pada kasus prenatal dan persalinan, catatan pada saat observasi dicatat secara lengkap, mencakup hasil test dan semua pemeriksaan pada saat prenatal sampai masuk rumah sakit. Pencatatan secara lengkap mualai dari proses persalinan hingga kelahiran sejak pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien keluar rumah sakit.
- 12). Apabila pasien merupakan pasien rujukan dari luar, maka pencatatan observasi dan pengobatan serta tindakan yang diberikan yang telah ditanda tangani oleh petugas harus diikuti sertakan pada saat pasien masuk rumah sakit.
- 13). Resume akhir ditulis pada saat pasien pulang rawat ataupun meninggal. Resume harus harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan, kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan pulang, saran dan rencana pengobatan selanjutnya.

- 14). Bila dilakukan otopsi, diagnosa sementara atau diagnosa anatomi, segera dicatat (dalam waktu kurang dari 72 jam), keterangan yang lengkap harus dibuat dan digabungkan dengan berkas rekam medis pasien.
 - 15). Analisa kualitatif dilaksanakan oleh petugas rekam medis mengevaluasi kualitas pencatatan yang dilakukan oleh dokter. Kegiatan tersebut dilakukan guna mengevaluasi mutu pelayanan medik yang diberikan oleh dokter yang merawat. Kualitas pencatatan rekam medis dapat mencerminkan kualitas pelayanan suatu instansi pelayanan kesehatan.
4. Tanggung jawab Pimpinan Rumah Sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan sarana dan kegiatan untuk kegiatan unit atau bagian rekam medis yang meliputi ruangan kegiatan, rak, file, komputer, peralatan penunjang kegiatan dan petugas rekam medis. Dengan demikian petugas rekam medis dapat bekerja dengan efektif dan efisien. Seluruh kegiatan yang menyangkut uraian pekerjaan rekam medis dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh petugas rekam medis di instansi pelayanan kesehatan masing-masing.⁴⁴

Tanggung jawab pimpinan rumah sakit terhadap rekam medis diatur dalam Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis ;

Pasal 14 :

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

Dengan demikian apabila terjadi kasus yang muncul dan bertentangan dengan pasal diatas maka pimpinan rumah sakit dikenai sanksi yang sesuai dengan pelanggaran

⁴⁴ Johan Harlan, *Dari Rekam Medik Kertas ke Rekam Kesehatan Elektronik*, Artikel Kesehatan Elektronik, diakses Mei 2014

tersebut, sanksi yang diberikan dapat berupa tindakan administratif yaitu teguran lisan, teguran tertulis, atau pencabutan ijin (Pasal 17 Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis).

B. REKAM MEDIS ELEKTRONIK

1. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik merupakan catatan rekam medik pasien seumur hidup pasien dalam format elektronik tentang informasi kesehatan seseorang yang dituliskan oleh satu atau lebih peugas kesehatan secara terpadu dalam tiap kali pertemuan antara petugas kesehatan dengan klien. Rekam medik elektronik bisa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu.⁴⁵

Rekam kesehatan elektronik adalah kegiatan komputerisasi isi rekam kesehatan dan proses elektronisasi yang berhubungan dengannya. Elektronisasi ini menghasilkan sistem yang secara khusus dirancang untuk mendukung pengguna dengan berbagai kemudahan fasilitas bagi kelengkapan dan keakuratan data, memberi tanda waspada, sebagai peringatan, tanda sistem pendukung keputusan klinik dan menghubungkan data dengan pengetahuan medis serta alat bantu lainnya.

Seperti yang tertuang dalam Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis pada Pasal 2 yaitu :

⁴⁵ Potter dan Perry, *Fundamental of Nursing 7th Edition*, Missouri, St.Louis, 2009

1. Rekam medis harus dibuat secara lengkap tertulis dan jelas atau secara elektronik
2. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri

Johan harlan menyebutkan bahwa rekam kesehatan elektronik adalah rekam medis seumur hidup (tergantung penyedia layanannya) pasien dalam format elektronik, dan bisa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu.⁴⁶

Sedangkan menurut Shortliffe, Rekam medik elektronik (rekam medik berbasis-komputer) adalah gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya, tersimpan sedemikian hingga dapat melayani berbagai pengguna rekam medis yang sah.⁴⁷

2. Sistem Data Klinis Rekam Medis Elektronik

a. Rekam medik masing-masing pasien

Isi rekam medik individual hendaknya mencerminkan sejarah perjalanan kondisi kesehatan pasien mulai dari lahir sampai berlangsungnya interaksi mutakhir antara pasien dengan rumah sakit. Pada umumnya struktur rekam medik individual ini terdiri dari daftar masalah sekarang dan masa lalu serta catatan-catatan SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, dan Plan*) untuk masalah-masalah yang masih aktif.

b. Rangkuman data klinis untuk konsumsi manajer rumah sakit, pihak asuransi (data claim), kepala unit klinis, dan institusi terkait sebagai pelaporan. Suatu rangkuman

⁴⁶ Johan Harlan, *Op Cit*

⁴⁷ Shortliffe, H. Edward, *medical Informatics : computer applications in health care*. Springer 2001

data klinis yang penting misalnya mengandung jumlah pasien rawat inap menurut ciri-ciri demografis, cara membayar, diagnosis dan prosedur operatif.

c. Registrasi penyakit

Misalnya kanker, merupakan sistem informasi yang berbasis pada suatu komunitas atau wilayah administratif, mencakup semua kejadian penyakit tertentu (misalnya segala jenis kanker) di antara penduduk yang hidup d wilayah yang bersangkutan.

d. Data Unit Spesifik

Suatu sistem informasi mungkin diperlukan untuk mengelola unit tertentu di rumah sakit. Sebagai contoh, unit-unit farmasi, laboratorium, radiology dan perawatan memerlukan data inventory bahan-bahan habis pakai dan utilisasi jenis-jenis pelayanan untuk merencanakan dan mengefisienkan penggunaan sumber daya.

e. Sistem kepastakaan medik dan pendukung pengambilan keputusan klinis

Untuk menunjang keberhasilan pelayanan klinis kepada pasien diperlukan sistem untuk mengarahkan klinisi pada masalah spesifik, merekomendasikan keputusan klinis berbasis pada probabilitas kejadian tertentu.

f. Paspor kesehatan (*patient-carried records*)

Rangkuman medik yang dibawa pasien memungkinkan pelayanan kesehatan darurat di tempat-tempat yang jauh dari rumahnya. Rekam medik ini mungkin dalam bentuk kertas, *microfiche* atau *smartcard format*.

3. Konsep Rekam Medik Elektronik

Konsep dasar dalam sistem rekam medik elektronik adalah menambahkan alat-alat manajemen informasi untuk dapat menghasilkan hal-hal sebagai berikut:

a. Peringatan dan kewaspadaan klinik (*clinical alerts and reminders*)

- 1). Pewaspadaan meliputi adanya hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lain yang abnormal
 - 2). Peringatan meliputi hasil pengecekan farmakologis terhadap perintah pemberian obat; adanya riwayat reaksi alergi terhadap obat, kontraindikasi pemberian obat, dosis obat yang tidak sesuai
- b. Hubungan dengan sumber pengetahuan untuk penunjang keputusan layanan-kesehatan (*health-care decision support*)
- Hal ini didasarkan atas praktek kedokteran berbasis-bukti (*evidence-based medicine*). Dalam pelaksanaannya, klinikus melakukan pencarian & penarikan hasil analisis meta yg sesuai dgn kondisipasien yg ditangani pada Web. Program pengambilan keputusan dapat diinkorporasikan dalam rekam medik elektronik, pengguna memasukkan data pasiennya & memperoleh saran untuk penanganan pasien.
- c. Analisis data agregat
- 1). Uji klinik konvensional, data dikumpulkan dari pasien, dimasukkan ke dalam basis-data komputer & dianalisis dengan program statistic
 - 2). Rekam medik elektronik memungkinkan klinikus memperoleh data rutin dan non rutin. Data rutin dapat langsung diperoleh (dalam bentuk siap olah) dari basis-data rekam medik. Sedangkan data non-rutin dapat dikumpulkan pada waktu pemeriksaan pasien & dimasukkan dalam rekam medik.
- d. Perintah dokter melalui computer (CPOE; *computerized physician order entry*)
- Dilakukan baik itu melalui data bentuk bebas (informasi teks) maupun bentuk kode (data terstruktur).

- e. Pengambilan data sinyal biologis secara otomatis (*automatic data capture*)
 - 1). Sinyal digital, menampilkan nilai-nilai diskret dari suatu himpunan nilai tertentu, misal; tekanan darah, frekuensi nadi, dan densitas jaringan (CT-scan, MRI).
 - 2). Sinyal analog, menampilkan nilai-nilai dalam rentang kontinu, misal; *elektrokardiogram* (EKG), dan densitas jaringan (*radiologi konvensional*).
Sistem komputer hanya dapat mengakuisisi data digital. Oleh karena itu, sinyal analog harus dikonversi terlebih dahulu menjadi sinyal digital dengan ADC (*analog-to-digital conversion*).

4. Komponen Rekam Medik Elektronik

Komponen penting yang mengacu pada kebutuhan

- a. *Record format*
Bentuk yang sesuai contoh berbagai pelayanan sesuai kebutuhan.
- b. *Sistem performance*
Seperti pemanggilan kembali, serta mudah dalam pengubahan data.
- c. *Reporting capabilities*
Kelengkapan dokumen, mudah untuk dimengerti dan standar laporan
- d. *Training and implementation*
Pelatihan yang minimal untuk menggunakan dengan benar.
- e. *Control and acces*
Untuk mengakses bagi yang berwenang tapi terlindung dari penyalahgunaan.
- f. *Intelegence*
Seperti sistem bantu keputusan, sistem tanda baca yang sesuai.
- g. *Linkages*

Terkait dengan berbagai pelayanan lain, perpustakaan, *database* pasien dan keuangan.

h. *Record content*

Meliputi standarisasi formulir dan isi, sesuai dengan kode penyakit dan tujuan layanan.

Komponen Penting Penggunaan Rekam Medik pada Individual

1). *Patient Care Delivery (consumers)*

Untuk pasien dan keluarga.

2). *Patient Care Management and Support*

Untuk manajer mutu, informasi kesehatan dan manajemen para professional dan administrasi.

3). Lain-lain,

Seperti akreditasi, kebijakan pemerintah dan penelitian.

4). *Patient Care Reimbursement*

Untuk manajer keuangan dan penagihan asuransi.

5). *Patient Care Delivery (Provider)*

Seperti perawat, dokter, dan ahli farmasi.

Penggunaan Rekam Medik oleh Institusi

a). *Research*

Penelitian penyakit dan kesehatan umum

b). *Education*

Untuk pendidikan dokter, perawat, kesehatan masyarakat

c). *Accreditation*

Akreditasi, institusi, dan para profesional

d). *Reimbursement of care*

Untuk kerjasama penagihan antara pusat pelayanan

e). *Management and review of care*

Untuk *peer review*, menjaga mutu dan *utilization review* dan manajemen pelayanan.

f). *Health Care Delivery (Inpatient and outpatient)*

Untuk aliansi pelayanan, jaringan pelayanan, pengembangan administrasi pembebanan.⁴⁸

5. Peraturan Terkait Rekam Medis Elektronik

Secara khusus pengaturan mengenai rekam medis elektronik belum ada, tetapi dalam praktek di lapangan ada beberapa Undang-Undang yang harus diperhatikan dalam rekam medis elektronik yaitu :

a. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran

Pasal 46 :

Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.

Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.

Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

Pasal 47 :

Dokumen rekam medis sebagai mana dimaksud dalam Pasal 46 merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien.

⁴⁸ Sabarguna, Boys, *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Bandung, Amanah, 2005

Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Ketentuan mengenai rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

b. Undang-Undang No 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik

Pasal 6 :

Dalam hal terdapat ketentuan lain selain yang diatur dalam Pasal 5 ayat (4) yang mensyaratkan bahwa suatu informasi harus berbentuk tertulis atau asli, Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dianggap sah sepanjang informasi yang tercantum di dalamnya dapat diakses, ditampilkan, dijamin keutuhannya, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga menerangkan suatu keadaan.

Pasal 11 :

- (1) Tanda Tangan Elektronik memiliki kekuatan hukum dan akibat hukum yang sah selama memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. data pembuatan Tanda Tangan Elektronik terkait hanya kepada Penanda Tangan;
 - b. data pembuatan Tanda Tangan Elektronik pada saat proses penandatanganan elektronik hanya berada dalam kuasa Penanda Tangan;
 - c. segala perubahan terhadap Tanda Tangan Elektronik yang terjadi setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
 - d. segala perubahan terhadap Informasi Elektronik yang terkait dengan Tanda Tangan Elektronik tersebut setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
 - e. terdapat cara tertentu yang dipakai untuk mengidentifikasi siapa Penandatanganannya; dan
 - f. terdapat cara tertentu untuk menunjukkan bahwa Penanda Tangan telah memberikan persetujuan terhadap Informasi Elektronik yang terkait.
- (2) Ketentuan lebih lanjut tentang Tanda Tangan Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 16

- (1) Sepanjang tidak ditentukan lain oleh undang-undang tersendiri, setiap Penyelenggara Sistem Elektronik wajib mengoperasikan Sistem Elektronik yang memenuhi persyaratan minimum sebagai berikut:
 - (a). dapat menampilkan kembali Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik secara utuh sesuai dengan masa retensi yang ditetapkan dengan Peraturan Perundang-undangan;
 - (b). dapat melindungi ketersediaan, keutuhan, keotentikan, kerahasiaan, dan keteraksesan Informasi Elektronik dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut;
 - (c). dapat beroperasi sesuai dengan prosedur atau petunjuk dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut;
 - (d). dilengkapi dengan prosedur atau petunjuk yang diumumkan dengan bahasa, informasi, atau simbol yang dapat dipahami oleh pihak yang bersangkutan dengan Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut;
 - (e). memiliki mekanisme yang berkelanjutan untuk menjaga kebaruan, kejelasan, dan keberlangsungan prosedur atau petunjuk.
- (2) Ketentuan lebih lanjut tentang Penyelenggaraan Sistem Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah

c. Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang Pemanfaatan Rekam Medis.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI no 269 Tahun 2008 pasal 1 tentang Rekam Medis, Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Permenkes tersebut dikeluarkan untuk menunjang dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang mengatur mengenai rekam medis sehingga dapat terwujud keseragaman dalam pelaksanaan rekam medis di Indonesia. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

Perundang-undangan yang ada telah mengatur mengenai pelaksanaan rekam medis, baik itu manual ataupun elektronik walaupun untuk elektronik belum ada pengaturan secara khusus dengan demikian apabila terjadi permasalahan yang muncul dari

pelaksanaan rekam medis elektronik di sarana pelayanan kesehatan undang-undang yang ada dapat melindungi pasien bila terjadi kerugian karena pengaturan yang ada sudah cukup jelas. Hal ini juga berlaku bagi rekam medis elektronik yang merupakan salah satu bentuk dari kegiatan rekam medis. Data rekam medis elektronik memiliki kedudukan yang sama dengan rekam medis manual sebagaimana dijelaskan bahwa rekam medis elektronik termasuk kategori dokumen elektronik berdasarkan yang dimuat dalam Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik merupakan dasar hukum yang dapat diterapkan terhadap rekam medis elektronik. Menurut Pasal 44 UU ITE alat bukti yang sah selain yang ditentukan peraturan perundang-undangan termasuk juga alat bukti lain berupa informasi elektronik dan atau dokumen elektronik.

BAB III

PEMBAHASAN

A. Perbandingan Antara Rekam Medis Manual Dan Rekam Medis Elektronik

Walaupun pelayanan Rekam Medis (RM) di Indonesia telah ada sejak zaman penjajahan, namun perhatian untuk pembenahan yang lebih baik dapat dikatakan mulai sejak diterbitkannya Keputusan MenKes RI No. 031/Birhup/1972 yang menyatakan bahwa semua rumah sakit diharuskan mengerjakan *medical recording*, *reporting*, dan *hospital statistic*. Keputusan tersebut dilanjutkan dengan adanya Keputusan MenKes RI No. 034/Birhup/1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit. Selanjutnya Keputusan Menkes RI No. 134/Menkes/SK/IV/1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit menyebutkan sub bagian pencatatan medik mempunyai tugas mengatur pelaksanaan kegiatan pencatatan medik. Dari keputusan-keputusan Menteri Kesehatan di atas, terlihat adanya usaha serius untuk mulai membenahi masalah rekam medis dalam usaha memperbaiki *recording*, *reporting*, *hospital statistic*, dan lain-lain; yang kini dikenal sebagai informasi kesehatan. Rentetan peraturan yang diterbitkan pemerintah mengenai rekam medis dipertegas secara rinci dalam Peraturan Menkes RI No.269 tahun 2008

tentang Rekam Medis, sehingga dengan demikian rekam medis mempunyai landasan hukum yang kuat.⁴⁹

Rekam medis elektronik merupakan catatan rekam medik pasien seumur hidup pasien dalam format elektronik tentang informasi kesehatan seseorang yang dituliskan oleh satu atau lebih petugas kesehatan secara terpadu dalam tiap kali pertemuan antar petugas kesehatan dengan klien. Rekam medis elektronik bisa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu.⁵⁰ Rekam medis elektronik adalah gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya, tersimpan sedemikian hingga dapat melayani berbagai pengguna rekam yang sah.⁵¹

Di luar negeri, Rekam medik elektronik atau rekam kesehatan elektronik sudah dipakai sejak 40 tahun yang lalu, namun konsepnya pertama kali diungkap secara mendalam dalam salah satu publikasi Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1991. Laporan tersebut berjudul **The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care**. Saat itu istilah yang digunakan masih rekam medis/pasien berbasis komputer. Semenjak itu, seiring dengan perkembangan teknologi serta penerapannya dalam pelayanan kesehatan berbagai konsep bermunculan. Pada akhir 1990an istilah tersebut berganti menjadi rekam medis elektronik dan rekam kesehatan elektronik.⁵² Pada tahun 2008, National Alliance for

⁴⁹ <http://www.rekamkesehatan.wordpress.com>.

⁵⁰ Potter dan Perry, *Fundamental of Nursing 7th Edition*, Missouri, St Louis. 2009

⁵¹ Shortliffe. H. *Medical Informatics ;computer applications in health care*. Springer. 2001

⁵² Johan Harlan. *Dari Rekam Medik Kertas ke Rekam Medik Kesehatan Elektronik*, Artikel Elektronik, diakses 20 Maret 2014

Health Information Technology mengusulkan definisi standar mengenai hal tersebut, Perkembangan istilah tersebut menunjukkan bahwa RME/RKE tidak hanya sekedar berubahnya kertas menjadi komputer.

Di Indonesia, dalam UU No 29 tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pada bagian penjelasan Pasal 46 ayat (1), yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian yang sama juga digunakan pada Permenkes No 269 Tahun 2008 mengenai Rekam Medis. Di dalam produk hukum tersebut disebutkan bahwa rekam medis juga dapat berbentuk elektronik.

Salah satu penggunaan IT dalam dunia kesehatan yang telah menjadi tren dalam dunia pelayanan kesehatan secara global adalah rekam medik elektronik (EHR), yang sebenarnya sudah mulai banyak digunakan di kalangan pelayanan kesehatan Indonesia, namun banyak tenaga kesehatan dan pengelola sarana pelayanan kesehatan masih ragu untuk menggunakannya karena belum ada peraturan perundangan yang secara khusus mengatur penggunaannya. tetapi dengan disahkannya RUU Informasi dan Transaksi Elektronik (ITE) menjadi UU Informasi dan Transaksaksi Elektronik (UU no.11 tahun 2008). Sebagai Undang-Undang pertama yang mengatur bidang teknologi informasi (IT), banyak aspek dalam bidang IT menjadi tunduk pada Undang-Undang tersebut, termasuk penggunaan IT dalam dunia kesehatan, tidak ada lagi keraguan bagi tenaga kesehatan dan pengelola sarana pelayanan kesehatan untuk menerapkan rekam medis elektronik.

Konsekuensi alih fungsi rekam medik tersebut diatas, menuntut pengembangan rekam medik menjadi sistem informasi strategis yang berawal dari pemantapan rekam medik sebagai inti dari sistem data klinis (*clinical data sistem*). Tujuannya sendiri untuk mengumpulkan, menganalisis, menyimpan dan melacak kembali data yang diperlukan dalam penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi pelayanan kesehatan kepada pasien. Masalah yang seringkali muncul apabila sistem informasi rekam medis masih belum terintegrasi adalah tidak adanya keterkaitan antar masing-masing penyedia layanan kesehatan dalam hal informasi pada rekam medis. Padahal pasien bisa saja melakukan pemeriksaan kesehatan pada penyedia layanan kesehatan yang berbeda-beda pada suatu waktu tertentu. Jika tidak ada keterkaitan antara masing-masing penyedia layanan kesehatan, pemeriksaan yang sama akan terjadi berulang-ulang. Padahal data rekam medis sebelumnya sangat berguna pada pemeriksaan kesehatan selanjutnya. Hal ini sangat membantu mengurangi kemungkinan kesalahan diagnosa. Permasalahan yang juga sering muncul yaitu pada keluhan pasien yang menunjukkan setiap mereka memasuki penyedia layanan kesehatan mengatakan bahwa mereka menjawab pertanyaan yang sama pada setiap kunjungan atau diagnosa.

Sementara itu rekam medik kertas (manual) yang memiliki berbagai kelemahan, salah satunya terkait kurang efisiensinya dalam praktik sehari-hari dinilai sudah kurang mampu untuk menjawab tuntutan fungsi rekam medik tersebut diatas. Secara pragmatis, rekam medik kertas mengondisikan sulit terpenuhinya syarat pertama, data dapat ditemukan apabila dibutuhkan. Kedua, data yang telah ditemukan dapat dibaca dan diinterpretasikan. Ketiga, data dapat diupdate dengan hasil baru secara konsisten dengan kebutuhan untuk mengaksesnya kembali bagi saat diperlukan. Di lain pihak, rekam medik

kertas (manual) juga dinilai sebagai salah satu upaya pelayanan kesehatan yang kurang ramah lingkungan.⁵³

Secara global jika dibandingkan dengan digital terdapat beberapa hal yang memang tidak efisien dan efektif yang didapatkan dari sistem rekam medis manual :

- a. Membutuhkan sumber daya manusia yang cukup banyak karena harus mengambil dan mengantarkan berkas rekam medik ke ruangan dokter.
- b. Membutuhkan ruangan yang cukup besar untuk menampung tempat berkas rekam medis
- c. Waktu yang diperlukan untuk menemukan berkas rekam medis dan diantarkan membutuhkan waktu yang cukup lama apabila teradap berkas rekam medis yang bermasalah dan sulit untuk ditemukan
- d. Unit cost atau pengeluaran biaya cukup besar dengan banyaknya karyawan dan penggunaan kertas-kertas untuk rekam medis.

Ketika kita menggunakan sistem yang baru, sudah tentu kita mengharapkan suatu hasil yang lebih baik dan dengan keuntungan yang lebih baik dari sebelumnya. Dengan menggunakan sistem rekam medis elektronik akan efektif yaitu lebih cepat dan tepat guna. Secara digital atau elektronik kegiatan ini lebih efektif karena manajemen waktu akan lebih baik terutama dalam pelayanan kesehatan kepada pengguna atau pasien.

Hal-hal yang terkait dengan efektifitas dalam kegiatan rekam medis elektronik adalah :

⁵³ www.bvk.co.id/artikel/berita/159-Membangun Implementasi Rekam Medis Elektronik

- 1). Mempermudah mencari data dan dokumen pasien, yaitu apabila sudah dilakukan program atau sistem rekam medis elektronik, maka untuk mencari data yang berhubungan dengan pasien dan kegiatan pelayanan kesehatannya akan lebih mudah dengan mengakses sesuai dengan kebutuhan pengguna. Dari komputer mana saja dan di lokasi dimanapun di dalam rumah sakit, akan memungkinkan dapat membuka file dokumen pasien yang dibutuhkan.
- 2). Mempermudah menampilkan bentuk pelaporan, yaitu proses yang berhubungan dengan rekam medis adalah pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit yang biasanya disebut sistem informasi rumah sakit. Salah satu bentuk dari pengolahan data adalah pelaporan baik untuk kepentingan intern rumah sakit maupun ekstern rumah sakit, dengan dibantu oleh dan dapat disesuaikan dengan permintaan periodenya dengan mudah hanya tinggal memerintahkan dan membuat modul pelaporannya.
- 3). Lebih cepat dan tepat dalam pengambilan keputusan, ialah salah satu kegunaan dari rekam medis bagi provider adalah sebagai penunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan, dan bagi manajemen adalah melaksanakan kegiatan menjaga mutu. Untuk itu rekam medis secara digital yang menyimpan seluruh kegiatan yang berhubungan dengan pasien serta fasilitas yang dipergunakan di rumah sakit sehingga akan mempercepat penyajian data yang akan di sajikan serta dalam proses pengambilan keputusan akan lebih tepat pula.
- 4). Ruang rekam medis, dimana penggunaan sistem rekam medis digital akan mengurangi kegiatan penyimpanan sehingga ruang rekam medis tidak perlu terlalu

besar karena tidak diperlukan lagi tempat penyimpanan seperti manual, cukup menyediakan lemari *file* untuk hasil *print out* rekam medis yang khusus. Penyimpanan rekam medis elektronik dapat dilakukan selama berpuluh-puluh tahun tanpa perawatan khusus.

- 5). Sumber daya manusia dalam penggunaan rekam medis elektronik akan berkurang. Jika pada penerapan rekam medis manual yang menghitung pola ketenagaan berdasarkan data indikator pelayanan dengan digital maka perhitungan kebutuhan tenaga hanya akan berdasarkan jumlah dalam struktur organisasi dan membaginya dalam pelayanan 2 shift karena semua data dapat diproses secara otomatis di dalam komputer dan petugas rekam medis sebagai penunjang pelayanannya.
- 6). Penggunaan kertas dalam rekam medis elektronik dapat dihemat, karena rekam medis elektronik menghasilkan *paperless* atau bisa juga *lesspaper*. Maka dengan sistem rekam medis elektronik akan menghemat pengeluaran kertas-kertas yang biasa dilakukan dalam sistem rekam medis manual.
- 7). Kerahasiaan rekam medis elektronik sangat terjamin dan memiliki tingkat keamanan yang lebih tinggi karena dilindungi dengan sandi sehingga petugas medis tertentu yang dapat membukanya.
- 8). Isi rekam medis elektronik yang merupakan milik pasien dapat diberikan salinannya dalam bentuk elektronik atau dicetak untuk diberikan kepada pasien jika diperlukan sehingga mempersingkat waktu pelayanan.
- 9). Penyalinan atau pencetakan rekam medis elektronik dapat dibatasi sehingga hanya petugas medis tertentu yang dapat menyalin atau mencetak.

10). Rekam medis elektronik memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan karena dapat dengan mudah dilakukan back up.⁵⁴

Selain terdapat keunggulan, dalam rekam medis elektronik terdapat pula faktor-faktor penghambat adopsi kegiatan rekam medis elektronik dalam pelayanan kesehatan yaitu:

a). Pihak manajemen rumah sakit:

(1). Ketidaksiapan pengetahuan sumber daya manusia yang mengerti masalah kedokteran sekaligus masalah teknologi komputer dalam rangka penyelenggaraan rekam medis elektronik dan standar terminologi klinik.

(2). Modal awal yang besar untuk investasi

(3). Permasalahan pada pengembangan perangkat lunak meningkatkan resistensi lokal para dokter dan menurunkan produktivitas klinikus.

(4). Perbaikan untuk implementasi butuh tambahan biaya besar dan waktu yang lama

b). Pihak klinikus atau dokter:

(1). Kurang memahami aplikasi komputer, masalah *privacy*, *confidential*, dan keamanan data

(2). Butuh waktu yang lama memasukkan data

(3). Egoisme profesi

(4). Sistem rekam medis elektronik meningkatkan dokter menyelesaikan pengumpulan informasi secara insentif, tetapi sulit memfokuskan perhatian pada aspek komunikasi lain dengan pasien

⁵⁴ Gemala Hatta, *Paradigma Baru Rekam Medis : Manajemen Informasi Kesehatan*, Makalah seminar sehari Rekam Kesehatan Elektronik, Jakarta, 2005

- (5). Memerlukan terlalu banyak langkah untuk menyelesaikan tugas sederhana
- (6). Dekstop di ruang perikasa mengganggu arah posisi duduk dokter dan pasien
- (7). Keamanan dekstop di ruang periksa tidak terjamin apabila pengunjung membawa anak-anak yang sangat aktif.⁵⁵

B. Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Rekam medis merupakan kegiatan yang diwajibkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum pelaksanaan kegiatan rekam medis. Dasar hukum pelaksanaan rekam medis elektronik disamping peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai rekam medis, lebih khusus lagi diatur dalam Permenkes No 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis pasal 2 : (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap, dan jelas atau secara elektronik, (2) Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Sesuai aturan perundang-undangan rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya karena data yang terdapat dalam rekam medis adalah milik pasien, kewajiban ini menjadi tugas dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan komputer sebagai sarana pembuatan dan pengiriman informasi medis merupakan upaya yang dapat mempercepat dan memperpanjang Bergeraknya informasi medis untuk kepentingan ketepatan tindakan medis. Namun disisi lain dapat menimbulkan masalah baru di bidang kerahasiaan dan *privacy* pasien. Bila data medis pasien jatuh ketangan yang tidak tepat akan menimbulkan masalah hukum dan tanggung jawab harus ditanggung oleh dokternya atau oleh rumah sakitnya. Untuk itu maka standar

⁵⁵ Fuad Anis, *Persiapan Tenaga Medis dalam Persiapan RKE di Indonesia*, Makalah dalam seminar sehari Rekam Kesehatan Elektronik, Jakarta, 2005

pelaksanaan pembuatan dan penyimpanan rekam medis yang selama ini berlaku bagi berkas kertas harus pula diberlakukan pada berkas digital/elektronik. Umumnya komputerisasi tidak menjadikan rekam medis *paperless* tetapi hanya *lesspaper*. Beberapa data seperti data identitas, *informed consent*, hasil konsultasi, hasil radiologi dan imaging harus tetap dalam bentuk kertas (*print out*).

Konsil Asosiasi Dokter sedunia di bidang etik dan hukum menerbitkan ketentuan di bidang ini pada tahun 1994, beberapa petunjuk yang penting adalah :

1. Informasi medis hanya dimasukan ke dalam komputer oleh personil yang berwenang.
2. Data pasien harus dijaga dengan ketat. Setiap personil tertentu hanya bisa mengakses data tertentu yang sesuai dengan menggunakan security level tertentu.
3. Tidak ada informasi yang dapat dibuka tanpa ijin pasien. Distribusi informasi medis harus dibatasi hanya kepada orang-orang yang berwenang saja. Orang-orang tersebut juga tidak diperkenankan memindah tangankan informasi tersebut kepada orang lain.
4. Data yang melampaui batas waktu penyimpanan dapat dihapus setelah memberitahukan kepada dokter dan pasiennya (atau ahli warisnya)
5. Terminal yang online hanya dapat digunakan oleh orang yang berwenang.⁵⁶

Rekam medis elektronik harus menerapkan sistem yang mengurangi kemungkinan kebocoran informasi ini. Setiap pemakai harus memiliki PIN dan password atau menggunakan sidik jari atau pola iris mata sebagai pengenal identitasnya. Data medis juga dapat dipilah-pilah dalam arti petugas yang diberikan wewenang hanya dapat mengakses rekam medis sampai batas tertentu. Misalnya petugas registrasi diberikan kewenangan hanya dalam cakupan pendaftaran saja, petugas billing hanya dapat

⁵⁶ Basbeth Bagian Forensik & Medicolegal FKUI Jakarta, Rekam Medis, hal.5
(<http://freewebs.com/medicarecord/Penyimpananrekammedis.htm>)

membuka informasi dan memasukkan data keuangan saja tanpa diberikan kewenangan lain dan dokter yang memeriksa mempunyai akses hanya untuk memasukan data medis pasien dan jika pengisian rekam medis yang dilakukan oleh petugas khusus tersebut telah benar.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan Rekam Medis Elektronik, yaitu:

a). Sistem Identifikasi Pasien dan Pemberian Nomor Rekam Medis

Identifikasi pasien dilakukan pada setiap kali pasien melakukan pendaftaran pada pertamakali datang dengan melengkapi identitasnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, data identifikasi pasien ini berlaku selama pasien melakukan pelayanan kesehatan dan apabila terjadi perubahan seperti alamat atau status pernikahan dapat memberikan konfirmasi ulang kepada petugas pendaftaran pada saat berkunjung kembali. Dengan menggunakan sistem digital. secara otomatis pasien akan diberikan nomor rekam medis sesuai dengan kunjungannya. Setiap awal mendaftar dan data tersimpan, maka nomor secara otomatis akan diberikan kepada pasien.

b). Proses Alur Pasien dan Dokumen Pasien

Prosedur ataupun proses alur pasien dan dokumen pasien hampir sama, yang membedakan adalah jika pasien setelah selesai pemeriksaan dan membayar biaya pemeriksaan kemudian pulang, sedangkan dokumen pasien disimpan disarana pelayanan kesehatan. Secara prosedur, pasien rawat jalan yang mendaftar di pendaftaran dapat langsung mendapatkan nomor antrian dan hanya tinggal menunggu dipanggil oleh perawat sesuai nomor antrian. Jika pasien sudah dipanggil

dan berada diruang dokter hanya tinggal membuka file pasien yang sedang diperiksa dengan memanggil nomor rekam medisnya ataupun nama yang sesuai dengan yang tertera dinomor antrian. Segala bentuk pemeriksaan pasien, dari mulai anamnesa dan pemeriksaan fisik, tensi, suhu, nadi, diagnosa serta terapi yang diberikan hanya tinggal klik dan memasukan data sesuai dengan pemeriksaan, apabila terdapat pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan seperti laboratorium ataupun diagnostik imaging, maka dokter yang bersangkutan hanya tinggal memilih menu pemeriksaan penunjang dan memasukan jenis pemeriksaannya, secara otomatis di komputer petugas administrasi penunjang sudah tertera pasien yang akan dilakukan pemeriksaan penunjang dan sudah muncul juga pembiayaan yang harus dibayar oleh pasien yang bersangkutan. Hasil dari pemeriksaan penunjang jika sudah selesai dapat langsung dilihat di komputer dokter yang merujuk pasien tersebut sehingga dokter tersebut sudah dapat mengetahui hasil dari pemeriksaan tersebut.

Apabila rangkaian pemeriksaan tersebut selesai dan pasien sudah membayar dikasir dan petugas kasir menutup kegiatan pada hari itu, maka petugas rekam medis akan mengetahui file-file pasien yang sudah dapat diolah datanya yaitu dengan terdapatnya sinyal di komputer yang khusus mengkategorikan pasien menurut jenisnya yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat maupun pemeriksian penunjang. Tidak ada bedanya dengan pasien rawat inap dan gawat darurat semua diproses dengan komputer dan seluruh peringatan mengenai kegiatan pasien-pasien sudah diatur oleh komputer.

c). Kebijakan dalam Pelayanan Kegiatan Medis

Kegiatan pelayanan medis yang dilakukan di rumah sakit yang bertanggung jawab

terhadap pengisian isi rekam medisnya adalah : Dokter umum, Dokter Spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, dokter tamu yang merawat pasien, tenaga para medis, dan tenaga non medis non perawat yang langsung terlibat di dalam pengisian rekam medis. Jika dalam kebijakan manual terdapat beberapa ketentuan yang telah berlaku, maka jika elektronik dilaksanakan maka akan terdapat beberapa kebijakan baru yang disesuaikan dengan prosedur digital seperti:

- (1). Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, harus langsung dimasukkan ke dalam file pasien di komputer karena jika ditunda-tunda kemungkinan malah akan terlupakan, Karena tidak seperti manual yang masih bisa diberi toleransi 1x24 jam.
 - (2). Semua pencatatan yang dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya harus diberi kode identitas, hal ini sebagai pengganti paraf atau tandatangan yang biasanya dilakukan jika menggunakan sistem rekam medis manual.
 - (3). Setiap menghapus atau mengganti keterangan harus dilakukan dengan menggunakan PIN yang berkepentingan dan harus sepengetahuan kepala bagian rekam medis, karena ditakutkan akan terjadinya rekayasa.
 - (4). Untuk penggunaan formulir-formulir rekam medis secara digital diwakili oleh masing-masing jenis kegiatan pasien yaitu kedalam kelompok pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Masing-masing sudah diatur sesuai dengan kebutuhannya, sama seperti formulir manual hanya saja bentuknya dalam komputer.
- d). Proses pengolahan Rekam Medis
- Setiap kali pasien selesai pemeriksaan, maka berkas rekam medisnya harus

dikembalikan kepada rekam medis, tetapi apabila dalam bentuk digital, maka sudah secara otomatis pasien yang sudah selesai pemeriksaan dan ditutup proses kegiatannya dengan melakukan transaksi pelunasan pembayaran, maka akan muncul direkam medis data file pasien yang sudah beres dan siap untuk dilakukan pengelolaan rekam medis yaitu dengan melakukan beberapa kegiatan, seperti kodefikasi, analisa rekam medis dan pelaporan. Terdapat beberapa kegiatan yang tidak dilakukan dalam proses rekam medis elektronik, yaitu *Assembling* atau menyusun berkas atau formulir sesuai dengan urutannya serta penyimpanan file di dalam rak, karena apabila melakukan rekam medis elektronik tidak akan ada kertas yang perlu disusun, dirapikan dan disimpan.

C. Rekam Medis Elektronik Sebagai alat Bukti

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin, dan etik. Rekam medis dapat dipertanggungjawabkan kebenaran isinya. Salinan rekam medis dapat diberikan atas permintaan pengadilan, dengan bukti tanda terima dari pengadilan bila yang diminta adalah dokumen aslinya. Apabila terdapat keraguan mengenai isi rekam medis maka saksi ahli dapat dihadirkan oleh pengadilan untuk diminta pendapat ahlinya.

Hal ini juga berlaku bagi rekam medis elektronik yang merupakan salah satu bentuk dari kegiatan rekam medis. Data rekam medis elektronik memiliki kedudukan yang sama dengan rekam medis manual sebagaimana dijelaskan bahwa dimuat dalam Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik merupakan dasar hukum yang dapat diterapkan terhadap rekam medis elektronik yang

diatur dalam pasal 5 dan 6 yaitu;

Pasal 5 :

- a. Informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik, dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah
- b. Informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan perluasan dari alat bukti yang sah sesuai dengan Hukum Acara yang berlaku di Indonesia.
- c. Informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik dinyatakan sah apabila menggunakan sistem elektronik yang sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang ini.

Pasal 6 :

Dalam hal terdapat ketentuan lain selain yang diatur dalam pasal 5 ayat (4) yang mensyaratkan bahwa suatu informasi harus berbentuk tertulis atau asli, informasi dan/atau dokumen elektronik dianggap sah sepanjang informasi yang tercantum di dalamnya dapat diakses, ditampilkan, dijamin keutuhannya, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga menerangkan suatu keadaan..

Menurut Pasal 44 UU ITE alat bukti yang sah selain yang ditentukan peraturan perundang-undangan termasuk juga alat bukti lain berupa informasi elektronik dan atau dokumen elektronik. Dengan demikian rekam medis elektronik termasuk alat bukti yang sah sesuai dengan ketentuan Undang-Undang. Tetapi akan timbul permasalahan hukum yang seringkali dihadapi terkait dengan pemakaian penyampaian informasi, komunikasi

dan atau transaksi secara elektronik, khususnya dalam hal pembuktian dan hal yang terkait dengan perbuatan hukum yang dilaksanakan melalui sistem elektronik. Sistem elektronik adalah sistem komputer dalam arti luas, yang tidak hanya mencakup perangkat keras dan perangkat lunak komputer, tetapi juga mencakup jaringan telekomunikasi dan/atau sistem komunikasi elektronik. Perangkat lunak atau program komputer adalah sekumpulan instruksi yang diwujudkan dalam bentuk bahasa, kode, skema, ataupun bentuk lain, yang apabila digabungkan dengan media yang dapat dibaca dengan komputer akan mampu membuat komputer bekerja untuk melakukan fungsi khusus atau untuk mencapai hasil yang khusus, termasuk persiapan dalam merancang instruksi tersebut. Sistem elektronik juga digunakan untuk menjelaskan keberadaan sistem informasi yang merupakan penerapan teknologi informasi yang berbasis jaringan telekomunikasi dan media elektronik, yang berfungsi merancang, memproses, menganalisis, menampilkan, dan mengirimkan atau menyebarkan informasi elektronik. Sistem informasi secara teknis dan manajemen sebenarnya adalah perwujudan penerapan produk teknologi informasi ke dalam suatu bentuk organisasi dan manajemen sesuai dengan karakteristik kebutuhan pada organisasi tersebut dan sesuai dengan tujuan peruntukannya. Pada sisi yang lain, sistem informasi secara teknis dan fungsional adalah keterpaduan sistem antara manusia dan mesin yang mencakup komponen perangkat keras, perangkat lunak, prosedur, sumber daya manusia, dan substansi informasi yang dalam pemanfaatannya mencakup fungsi *input, process, output, storage, dan communication*.

Sehubungan dengan itu, dunia hukum sebenarnya sudah sejak lama memperluas penafsiran asas dan normanya ketika menghadapi persoalan kebendaan yang tidak berwujud, misalnya dalam kasus pencurian listrik sebagai perbuatan pidana. Dalam

kenyataan kegiatan siber tidak lagi sederhana karena kegiatannya tidak lagi dibatasi oleh teritori suatu negara, yang mudah diakses kapan pun dan dari mana pun. Kerugian dapat terjadi baik pada pelaku transaksi maupun pada orang lain yang tidak pernah melakukan transaksi, misalnya pencurian dana kartu kredit melalui pembelanjaan di Internet. Di samping itu, pembuktian merupakan faktor yang sangat penting, mengingat informasi elektronik bukan saja belum terakomodasi dalam sistem hukum acara Indonesia secara komprehensif, melainkan juga ternyata sangat rentan untuk diubah, disadap, dipalsukan, dan dikirim ke berbagai penjuru dunia dalam waktu hitungan detik. Dengan demikian, dampak yang diakibatkannya pun bisa demikian kompleks dan rumit.

Kenyataan ini menunjukkan bahwa konvergensi di bidang teknologi informasi, media, dan informatika (telematika) berkembang terus tanpa dapat dibendung, seiring dengan ditemukannya perkembangan baru di bidang teknologi informasi, media, dan komunikasi. Kegiatan melalui media sistem elektronik, yang disebut juga ruang siber (*cyber space*), meskipun bersifat virtual dapat dikategorikan sebagai tindakan atau perbuatan hukum yang nyata. Secara yuridis kegiatan pada ruang siber tidak dapat didekati dengan ukuran dan kualifikasi hukum konvensional saja sebab jika cara ini yang ditempuh akan terlalu banyak kesulitan dan hal yang lolos dari pemberlakuan hukum. Kegiatan dalam ruang siber adalah kegiatan virtual yang berdampak sangat nyata meskipun alat buktinya bersifat elektronik. Dengan demikian, subjek pelakunya harus dikualifikasikan pula sebagai Orang yang telah melakukan perbuatan hukum secara nyata. Dalam kegiatan *e-commerce* antara lain dikenal adanya dokumen elektronik yang kedudukannya disetarakan dengan dokumen yang dibuat di atas kertas.

Berkaitan dengan hal itu, perlu diperhatikan sisi keamanan dan kepastian hukum dalam pemanfaatan teknologi informasi, media, dan komunikasi agar dapat berkembang secara optimal. Oleh karena itu, terdapat tiga pendekatan untuk menjaga keamanan di *cyber space*, yaitu pendekatan aspek hukum, aspek teknologi, aspek sosial, budaya, dan etika. Untuk mengatasi gangguan keamanan dalam penyelenggaraan sistem secara elektronik, pendekatan hukum bersifat mutlak karena tanpa kepastian hukum, persoalan pemanfaatan teknologi informasi menjadi tidak optimal.

Dapat disimpulkan beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam pengamanan rekam medis elektronik yaitu:

1. Siapa saja yang mendapat akses ke sistem rekam medis elektronik
2. Siapa yang diijinkan untuk melakukan instalasi program
3. Siapa yang boleh memperbaiki sistem jika terjadi kerusakan
4. Ketentuan tata cara perubahan data medis jika terjadi kesalahan memasukkan data
5. *Password* bagi operator (*password* yang berbeda bagi otentifikasi yang berbeda)
6. Tidak menggunakan komputer bersamaan dengan orang lain
7. Lakukan *logout* sebelum meninggalkan komputer
8. Penggunaan *digital signature/elektronik signature*

Kebijakan yang dapat diberlakukan untuk menjaga kerahasiaan data adalah:

- a. Piranti keras yang dapat diakses oleh pasien (diruang pemeriksaan pasien) harus senantiasa terkunci.
- b. Layar komputer yang bisa dilihat pasien tidak boleh berisi informasi medis tentang pasien lain.

- c. Pengiriman data pasien melalui e-mail harus mendapat persetujuan manajemen rumah sakit.
- d. Pengiriman data kesehatan pasien melalui internet harus dilakukan dalam bentuk informasi yang bersandi.⁵⁷

Pengaksesan rekam medis harus dibuat sedemikian rupa sehingga orang yang tidak berwenang tidak dapat mengubah atau menghilangkan data medis, misalnya data jenis “*read only*” yang dapat diaksesnya. Bahkan orang yang berwenang mengubah atau menambah atau menghilangkan sebagian data, harus dapat terdeteksi “perubahannya” dan siapa dan kapan perubahan tersebut dilakukan.

Sistem juga harus dapat mendeteksi siapa dan kapan ada orang yang mengakses sesuatu data tertentu. Disisi lain, sistem harus bisa memberikan peluang pemanfaatan data medis untuk kepentingan auditing dan penelitian. Dalam hal ini perlu diingat bahwa data yang mengandung identitas tidak boleh diakses untuk kepentingan penelitian.

Karena menjadi alat bukti yang sah maka terdapat berbagai konsekwensi yang perlu diperhatikan berhubungan dengan kegiatan rekam medis elektronik. Masalah keamanan sistem komputerasi merupakan salah satu faktor yang perlu diperhatikan dalam kegiatan rekam medis elektronik. Sistem keamanan rekam medis elektronik meliputi keamanan jaringan yang meliputi perlindungan jaringan komputer dari serangan *hacker*, pencurian data, virus, dan jenis serangan *malware*lainnya, serta keamanan pada perangkat komputernya sendiri.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam keamanan komputer antara lain:

- 1). *Privacy or confidentiality*

⁵⁷ Jerome H Chapter,MD,FACP, *Evaluating EMR Products and Vendor*, Copyright 1998-99 page17-22 (www.ComputingForClinicians.com)

Hal utama dari aspek *Privacy* atau *confidentiality* adalah bagaimana untuk menjaga informasi dari pihak-pihak yang tidak memiliki hak untuk mengakses informasi tersebut. Data rekam medis yang berisi riwayat kesehatan pasien yang bersifat rahasia harus dapat dijaga kerahasiaannya, karena informasi tersebut merupakan milik pasien. Sedangkan dokumennya merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, seperti yang tertuang pada Pasal 47 UU Praktek Kedokteran NO. 29 tahun 2004

2). *Integrity*

Berkaitan dengan perubahan informasi. Seperti yang tertuang dalam Permenkes 269 tahun 2009, Pasal 5 ayat 6 “Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang bersangkutan.”

Pencoretan tentu saja tidak bisa dilakukan dalam rekam medis elektronik. Oleh karena itu diperlukan pengamanan atau proteksi yang lebih yang tidak begitu saja menghapus data yang tersimpan dalam rekam medis elektronik tersebut dan segala perubahannya dapat diketahui. Salah satu usaha menjaga integrity adalah dengan menggunakan *digital signature*.

3). *Authentication*

Berhubungan dengan akses terhadap informasi. Dalam rekam medis tidak semua tenaga kesehatan dapat memasukkan data atau melakukan perubahan data. Setiap tenaga kesehatan mempunyai kapasitasnya masing-masing, oleh karena itu perlu adanya pembatasan akses. Setiap perubahan harus ada pertanggungjawabannya. Pada

Pasal 46 UU Praktek kedokteran no 29 Tahun 2004 menyebutkan bahwa “ setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.” dan pada pasal yang sama ayat (3) menyebutkan “ apabila dalam pencatatan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik, kewajiban membubuhi tanda tangan dapat diganti dengan nomer indentitas pribadi (PIN)

Pada rekam medis elektronik juga wajib diberi tanda tangan untuk pertanggungjawaban. Hal tersebut diatur dalam Pasal 11 UU no 28 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik. Tanda tangan elektronik memiliki kekuatan hukum akibat hukum yang sah selama memenuhi persyaratan ebagai berikut :

- a). Data pembuatan tanda tangan elektronik terkait hanya kepada penanda tangan.
- b). Data pembuatan tanda tangan elektronik pada saat proses penandatanganan elektronik hanya berada dalam kausa penanda tangan.
- c). Segala perubahan terhadap tanda tangan elektronik yang terjadi setelah waktu penandatanganan dapat diketahui.
- d). Segala perubahan terhadap informasi elektronik yang terkait tandatangan elektronik tersebut setelah waktu penanda tangan dapat diketahui
- e). Terdapat cara tertentu yang dipakai untuk mengidentifikasi siapa penandatangaannya
- f). Terdapat cara tertentu untuk menunjukkan bahwa penanda tangan telah memberikan persetujuan terhadap informasi elektronik terkait.

4). *Availability*

Berkaitan dengan aspek yang menekankan pada tersedianya informasi ketika dihubungkan oleh pihak yang terkait. Sebagai alat komunikasi rekam medis harus tersedia secara cepat dan dapat menampilkan kembali data yang telah tersimpan sebelumnya. Untuk rekam medis elektronik juga harus memiliki sifat ketersediaan.

Hal tersebut diatur dalam pasal 16 UU No.28 tahun 2008 tentang ITE yaitu;

- a). Dapat menampilkan kembali informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik secara utuh sesuai dengan masa retensi yang diterapkan dalam peraturan perundang-undangan.
- b). Dapat melindungi ketersediaan, keutuhan, keotentikan, kerahasiaan, dan keteraksesan informasi elektronik dalam penyelenggaraan sistem elektronik tersebut.
- c). Dapat beroperasi sesuai dengan prosedur atau petunjuk dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut.
- d). Memiliki mekanisme yang berkelanjutan untuk menjaga kebaruan, kejelasan dan kebertanggungjawaban prosedur atau petunjuk.

5). *Access Control*

Berkaitan dengan aspek yang menekankan pada cara pengaturan akses terhadap informasi, *Access control* dapat mengatur siapa-siapa saja yang berhak untuk mengakses informasi dan siapa-siapa yang tidak berhak mengakses informasi.

6). *Non Repudiation*

Berkaitan dengan aspek yang erat kaitannya dengan suatu transaksi atau perubahan informasi. Aspek ini mencegah agar seseorang tidak dapat menyangkal telah melakukan transaksi atau perubahan terhadap suatu transaksi. Teknologi yang

digunakan adalah *digital signature*, *certificates*, dan kriptografi.

Rekam medis merupakan salah satu alat atau sarana bukti dari kegiatan pelayanan kesehatan untuk itu jika perlu dipikirkan bagaimana cara pembuktian dari rekam medis elektronik. Jika salah satu alat atau sarana pelayanan kesehatan menginginkan menjalankan sistem rekam medis elektronik perlu adanya perencanaan sistem informasi strategis untuk menerapkan rekam medis elektronik karena implementasi teknologi informasi dapat menyebabkan *medical error*. Jika rekam medis elektronik dijadikan sebagai alat bukti maka dengan rekam medis elektronik bagaimana cara untuk membuktikan bahwa data yang tercatat di dalamnya adalah benar dan yang memasukkan adalah petugas yang berwenang dan data tidak rekayasa. Hal ini mungkin saja terjadi *vendor* tidak mempersiapkan sistem secara benar misalkan untuk menggunakan atau memasukkan data pelayanan kesehatan seseorang maka petugas kesehatan yang berwenang telah diberikan otoritas dan kode PIN (*Personal Identification Number*) membuka dan memasukkan data pasien sesuai dengan sebenarnya dan jika terjadi kesalahan memasukkan data , dapat saja merubah tetapi tidak menghilangkan data sebelumnya tetapi disediakan kolom khusus untuk merubah atau mengganti data yang akan dirubah.

Dalam Permenkes 749a tahun 1989 disebutkan bahwa setiap selesai pemeriksaan dan melakukan pelayanan medis terhadap pasien, maka dokter yang bersangkutan harus membubuhkan tanda tangan atau paraf, tetapi jika hal ini menyangkut rekam medis elektronik apakah memungkinkan langsung ditandatangani atau diparaf. Belum tentu karena kemungkinan tidak semua perusahaan mampu membeli perangkat komputer yang

langsung tanda tangan. Untuk itu dapat dicari solusi dengan menggunakan password.

Empat prinsip dasar yang harus dipenuhi oleh rekam medis elektronik agar dapat diterima sebagai alat bukti atau catatan fakta adalah sebagai berikut:

- a). Didokumentasikan dengan aturan prosedur yang berlaku.
- b). Dibuat pada saat atau segera setelah pelayanan diberikan.
- c). Disimpan sesuai dengan aturan prosedur yang berlaku.
- d). Dibuat oleh petugas kesehatan yang berwenang (memiliki hak, pengetahuan dan kemampuan sesuai dengan standar dalam tugasnya).

Pada prinsipnya rekam medis adalah milik pasien sedangkan berkas rekam medis (secara fisik) adalah milik rumah sakit. Hal ini sesuai Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis. Menjaga keamanan dalam penyimpanan data atau informasi dan kemudahan akses menjadi tuntutan pihak ketiga yang berwenang. Sedangkan pihak yang membutuhkan data atau informasi harus senantiasa menghormati privasi pasien.

Tetapi pada kenyataannya dalam rekam medis elektronik seringkali terjadi beberapa ancaman terhadap keamanan data yang menyebabkan bocornya data rekam medis atau diaksesnya data rekam medis elektronik oleh orang lain yang dapat disebabkan oleh ; kesalahan pada aspek pengguna, misalnya dokter atau pemberi pelayanan kesehatan setelah memasukkan data kedalam rekam medis elektronik lupa untuk menutup kembali komputer sehingga data dapat diakses oleh orang yang tidak berwenang. Atau serangan dari *hacker* yang dengan sengaja mencuri data di rekam medis elektronik.

Terkait dengan pertanggung jawaban hukum atas penyalahgunaan rekam medis elektronik, menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 46, rumah sakit

bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit yang menyebabkan hilangnya data rekam medis, rusak, pemalsuan dan atau penggunaan oleh orang lain atau badan yang tidak berhak atas data rekam medis tersebut.

Tanggung jawab hukum dalam rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap pasien dapat dilihat dari aspek etika profesi, hukum administrasi, hukum perdata dan hukum pidana.

Jenis tanggung jawab oleh rumah sakit terhadap kerahasiaan rekam medis adalah sebagai berikut :

1. Tanggung Jawab Hukum Perdata

Prinsip yang dianut dalam hukum perdata sebagai hukum privat adalah barangsiapa yang menimbulkan kerugian pada orang lain harus memberikan ganti rugi berdasarkan Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

2. Tanggung Jawab Hukum Administrasi

Implikasi hukum administrasi dalam hubungan rumah sakit dan pasien adalah menyangkut kebijakan-kebijakan (*policy*) atau ketentuan-ketentuan yang merupakan syarat administrasi pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelanggaran terhadap kebijakan atau ketentuan hukum administrasi dapat berakibat sanksi hukum administrasi yang dapat berupa pencabutan ijin usaha atau pencabutan status badan hukum bagi rumah sakit, sedangkan bagi dokter atau tenaga kesehatan lainnya dapat berupa teguran lisan atau tertulis, pencabutan surat ijin praktek, penundaan gaji berkala sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Kedokteran Pasal 4.

3. Tanggung Jawab Hukum Pidana

Dalam Pasal 2 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana disebutkan “ketentuan pidana dalam perundang-undangan Indonesia diterapkan dengan setiap orang yang melakukan suatu delik di Indonesia. Perumusan pasal ini menentukan bahwa setiap orang yang berada di wilayah republik Indonesia dapat dimintakan pertanggung jawaban pidana atas kesalahan yang dibuatnya. Bagi dokter atau tenaga kesehatan lainnya secara pidana membuka rahasia kedokteran diancam pidana melanggar Pasal 322 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dengan ancaman hukuman selama-lamanya 9 bulan penjara.

Beberapa contoh pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia yang telah menggunakan rekam medis elektronik dalam pencatatan segala tindakan kepada pasien yaitu:

1. DI RSCM, Pusat Jantung Terpadu telah menerapkan sistem informasi klinik berbasis teknologi Web. Sistem tersebut berhasil memadukan data klinis yang telah dimasukkan oleh dokter/perawat terpadu dengan data laboratorium yang langsung terkirim dari alat laboratorium. Salah satu rumah sakit swasta di Jakarta disebutkan telah menggabungkan teknologi teleradiologi yang menggabungkan data image terkirim ke perangkat genggam dokter.
2. Di kabupaten Purworejo, 20 diantara 27 puskesmas sudah menjalankan RKE dengan kondisi adopsi yang bervariasi. Mereka menggunakan aplikasi berbasis komputer yang didukung dengan jaringan real time dari puskesmas ke dinas kesehatan. Rata-rata setiap puskesmas memiliki 4 komputer yang tersambung dalam LAN. Beberapa kabupaten di

Indonesia juga dilaporkan menggunakan model seperti di Purworejo, misalnya di kabupaten Wonosobo, Tomohon dan lainnya.

3. Di Yogyakarta, di klinik yang khusus melayani para pegawai dan mahasiswa di status rekam medis kertas. Mouse dan keyboard sudah menggantikan pena untuk mencatat gejala, hasil observasi, diagnosis sampai dengan pengobatan.⁵⁸

Walaupun rekam medis elektronik sudah banyak digunakan di beberapa rumah sakit, namun banyak tenaga kesehatan dan pengelola sarana kesehatan masih ragu untuk menggunakannya karena belum ada peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengatur penggunaannya. Selama ini rekam medis elektronik mengacu pada Pasal 46-47 UU No. 29 Tahun 2009 Tentang Praktek Kedokteran dan Permennkes 269 Tahun 2008 Tentag Rekam Medis. UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran sebenarnya diundangkan saat rekam medis elektronik sudah banyak digunakan namun tidak mngatur secara khusus rekam medis elektronik. Sedangkan Permenkes no 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis belum mengatur rekam medis elektronik. Tetapi dengan adanya UU No.11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik secara umum mulai dari pencantuman nama,waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan kesehatan (pasal 46(3) UU No. 29 Tahun 2004 dapat dilakukan secara elektronik dan diatur di UU No. 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik dalam pasal 5-12 dan tercantum dalam penjelasan pasal 46 (3) UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Kepemilikan rekam medis elektronik juga tetap milik dokter atau sarana kesehatan seperti yang tertulis dalam pasal 47 (1) UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran bahwa rekam medis adalah milik dokter atau

⁵⁸ <http://kompasiana.kesehatan/> Perkembangan Rekam Medis Indonesia. 2010

sarana pelayanan kesehatan. Sama seperti rekam medis manual, rekam medis elektronik selaku dokumen elektronik sudah seharusnya disimpan di komputer milik dokter atau sarana pelayanan kesehatan. Isi rekam medis sesuai pasal 47 (1) yang merupakan milik pasien dapat diberikan salinannya dalam bentuk elektronik atau dicetak untuk diberikan kepada pasien.

Aspek kerahasiaan dan keamanan dokumen rekam medis yang selama ini menjadi kekuatiran banyak pihak dalam penggunaan rekam medis elektronikpun sebenarnya telah diatur di UU No. 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik dalam Pasal 16. Dengan kemajuan teknologi, tingkat kerahasiaan dan keamanan dokumen elektronik terus semakin tinggi dan aman. Salah satu bentuk pengamanan yang umum adalah rekam medis elektronik dapat dilindungi dengan sandi sehingga hanya orang tertentu yang dapat membuka berkas aslinya atau salinannya yang diberikan kepada pasien, ini membuat keamanannya lebih terjamin dibandingkan dengan rekam medis manual. Penyalinan atau pencetakan rekam medis elektronik juga dapat dibatasi, seperti yang telah dilakukan pada berkas multimedia (lagu / video) yang dilindungi hak cipta, sehingga hanya orang tertentu yang telah ditentukan yang dapat menyalin atau mencetaknya. Rekam medi elektronik memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan dokumen elektronik, karena dokumen elektronik jauh lebih mudah dilakukan *back up* dibandingkan dokumen manual. Rekam medis elektronik memiliki kemampuan lebih tinggi dari hal-hal yang telah ditentukan oleh Permenkes No.269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis, misalnya penyimpanan rekam medis sekurangnya 5 tahun dari tanggal pasien berobat (pasal 7), rekam medis elektronik dapat disimpan selama puluhan tahun dalam bentuk media penyimpanan cakram padat (

CD / DVD) dengan tempat penyimpanan yang lebih ringkas dari rekam medis manual yang membutuhkan banyak tempat dan perawatan khusus. Kebutuhan penggunaan rekam medis untuk penelitian, pendidikan, penghitungan statistik dan pembayaran biaya pelayanan kesehatan lebih mudah dilakukan dengan rekam medis elektronik karena isi rekam medis elektronik dapat mudah diintegrasikan dengan program atau *software* sistem informasi rumah sakit atau klinik , pengolahan data dan pendidikan tanpa mengabaikan aspek kerahasiaan. Hal ini tidak mudah dilakukan dengan rekam medis manual. UU No. 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik telah mengatur bahwa dokumen elektronik termasuk rekam medis elektronik sah untuk digunakan sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum. Dengan demikian dengan adanya UU No. 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, rekam medis elektronik dapat digunakan di Indonesia untuk membantu pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dan memberikan perlindungan hukum kepada dokter, sarana pelayanan kesehatan serta pasien apabila terjadi gangguan hukum.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat disampaikan berdasar penelitian yang dilakukan adalah :

1. Keunggulan rekam medis elektronik dibandingkan rekam medis manual adalah:
 - a. Mempermudah mencari data dan dokumen pasien.
 - b. Mempermudah menampilkan bentuk pelaporan.
 - c. Lebih cepat dan tepat dalam pengambilan keputusan.
 - d. Ruang rekam medis, dimana penggunaan sistem rekam medis digital akan mengurangi kegiatan penyimpanan sehingga ruang rekam medis tidak perlu terlalu besar karena tidak diperlukan lagi tempat penyimpanan seperti manual. Penyimpanan rekam medis elektronik dapat dilakukan selama berpuluh-puluh tahun tanpa perawatan khusus.
 - e. Sumber daya manusia dalam penggunaan rekam medis elektronik akan berkurang.
 - f. Penggunaan kertas dalam rekam medis elektronik dapat dihemat, karena rekam medis elektronik menghasilkan *paperless* atau bisa juga *lesspaper*.

- g. Kerahasiaan rekam medis elektronik sangat terjamin dan memiliki tingkat keamanan yang lebih tinggi karena dilindungi dengan sandi sehingga petugas medis tertentu yang dapat membukanya.
- h. Isi rekam medis elektronik yang merupakan milik pasien dapat diberikan salinannya dalam bentuk elektronik atau dicetak untuk diberikan kepada pasien jika diperlukan sehingga mempersingkat waktu pelayanan.
- i. Penyalinan atau pencetakan rekam medis elektronik dapat dibatasi sehingga hanya petugas medis tertentu yang dapat menyalin atau mencetak.
- j. Rekam medis elektronik memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan karena dapat dengan mudah dilakukan back up

2. Keamanan data rekam medis elektronik

Rekam medis elektronik harus menerapkan sistem yang mengurangi kemungkinan kebocoran informasi ini. Setiap pemakai harus memiliki PIN dan password atau menggunakan sidik jari atau pola iris mata sebagai pengenal identitasnya. Data medis juga dapat dipilah-pilah dalam arti petugas yang diberikan wewenang hanya dapat mengakses rekam medis sampai batas tertentu. Misalnya petugas registrasi diberikan kewenangan hanya dalam cakupan pendaftaran saja, petugas billing hanya dapat membuka informasi dan memasukkan data keuangan saja tanpa diberikan kewenangan lain dan dokter yang memeriksa mempunyai akses hanya untuk memasukan data medis pasien dan jika pengisian rekam medis yang dilakukan oleh petugas khusus tersebut telah

benar.

3. Rekam Medis Elektronik sebagai alat bukti.

Jika dilihat dari segi aspek hukum di Indonesia belum terdapat satu undang-undang khusus yang mengatur tentang rekam medis elektronik. Tetapi pada saat ini persiapan menggunakan rekam medis elektronik dapat dilaksanakan dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan dan kebijakan dalam pelaksanaan di lapangan antara lain, UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, UU no. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU no. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik serta Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Tetapi dari beberapa peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang rekam medis elektronik dapat diambil kesimpulan bahwa rekam medis elektronik juga bisa dipergunakan sebagai alat bukti dalam persidangan terkait permasalahan dalam pelayanan kesehatan.

Empat prinsip dasar yang harus dipenuhi oleh rekam medis elektronik agar dapat diterima sebagai alat bukti atau catatan fakta adalah sebagai berikut:

- a). Didokumentasikan dengan aturan prosedur yang berlaku.
- b). Dibuat pada saat atau segera setelah pelayanan diberikan.
- c). Disimpan sesuai dengan aturan prosedur yang berlaku.
- d). Dibuat oleh petugas kesehatan yang berwenang (memiliki hak, pengetahuan dan kemampuan sesuai dengan standar dalam tugasnya).

Secara garis besar dengan adanya perubahan sistem rekam medis manual menjadi rekam medis elektronik adalah suatu hal yang sangat positif dan hal tersebut merupakan satu tuntutan jaman dimana pelayanan kesehatan pada saat ini sangat mengutamakan pelayanan secara prima. Tetapi jika hendak melakukan rekam medis elektronik tentu

rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan harus mempersiapkan segala sesuatunya yang berhubungan dengan rekam medis elektronik.

B. SARAN

Rekam medis merupakan salah satu faktor penentu baik atau tidaknya pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan dan juga dapat dijadikan sebagai Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Apabila mempergunakan sistem komputerisasi akan lebih cepat dalam membantu proses penentu kebijakan, karena tujuan dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah efisiensi dan kecepatan pelayanan serta pengambilan keputusan Direksi. Data medis rekam medis elektronik memiliki kedudukan hukum yang sama seperti data rekam medis manual. Rekam medis elektronik termasuk kategori dokumen elektronik berdasarkan UU No 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik Pasal 11. Sebagai dokumen elektronik data rekam medis elektronik harus berasal dari sistem elektronik yang memiliki sistem elektronik yang memiliki keandalan keamanan dan dapat dipertanggung jawabkan agar dapat digunakan sebagai alat bukti. Secara khusus belum ada ketentuan yang mengatur tentang Rekam Medis Elektronik terkait dengan pelayanan kesehatan, oleh sebab itu ada beberapa saran yang dapat disampaikan penulis yaitu :

1. Rekam medis elektronik secara nyata telah memiliki beberapa keunggulan dibandingkan rekam medis manual maka perlu dibuatkan peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengatur rekam medis elektronik.

2. Keterjaminan data yang ada di rekam medis elektronik harus diatur dan peraturan perundang-undangan khusus yang akan diterbitkan terkait rekam medis elektronik.
3. Peraturan Perundang-undang yang khusus mengatur tentang rekam medis elektronik diharapkan dapat memberikan dasar hukum yang kuat sebagai landasan rekam medis elektronik dijadikan sebagai alat bukti.

DAFTAR PUSTAKA

A.Buku

Bambang Shofari, *Pengelolaan Sistem Rekam Medis-1*, Semarang : 2004

Boy S Sabarguna, *Manajemen Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta : 2008

Darmanto Djodibroto, *Kiat Mengelola Rumah Sakit*, Jakarta : 1997

Departemen Kesehatan RI, Direktorat JENDERAL Bina Pelayanan Medik,
Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Di Indonesia, Revisi II,
Jakarta : 2006

Irine Dana Sari W, *Manajemen Rekam Medis*, Yogyakarta : 2006

Jerome H Chapter,MD,FACP, *Evaluaring EMR Products and Vendor*, Copyright
1998-99 page17-22 (www.ComputingForClinicians.com)

Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan
Kesehatan*, Jakarta : 2010

Huffman, E.K. *Health Information Management*, Physician Company Berwyn
Illionis USA..994

Johan Harlan, *Dari Rekam Medik Kertas ke Rekam Kesehatan Elektronik*, Artikel
Kesehatan Elektronik

Karjono, *Kontroversi Aspek Hukum Rekam Medis*, Suara Badar XI, 2005

Rony Hanitijo Soemotro, *Metodologi Penelitian Hukum dan Yurimetri*, Jakarta : 1990

Sabarguna, Boys, *Sistem Informasi Manejemen Rumah Sakit*. Bandung, Amanah, 2005
Savitri Citra Budi, *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, Yogyakarta : 2011

Shorthliffe, H. Edward, *medical Informatics : computer applications in health care*.
Springer 2001

Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta : 1986

_____, dan Sri Marmuji, *Penelitian Hukum Normative*, Jakarta : 1990

Suharso, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Semarang

Suryo Nugroho Markus, *Master Plan Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*, Yogyakarta : 2010

Potter dan Perry, *Fundamental of Nursing 7th Edition*, Missouri, St.Louis, 2009

Tjandra Yoga Aditama, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta : 2010

Zulkifli Amsyah, *Manajemen Kearsipan*, Jakarta : 2003

B. Peraturan PerUndang-Undangan

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor.11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik

Kepmenkes Nomor 1333 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit

Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.

Kepmenkes Nomor 034 Tahun 1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit

Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis

C. Data Elektronik

www.balairungpress.com, Perkembangan Rekam Medis Elektronik di Indonesia, 2012

www.bvk.co.id / artikel / berita / tantangan implementasi rekam medis elektronik

www.tribunews.com, Tantangan Rumah Sakit sebagai Industri Jasa kesehatan di Indonesia, 2013

[www.fkunissula.ac.id / index.php/johan harlan](http://www.fkunissula.ac.id/index.php/johan_harlan)

[http ://www.rekamkesehatan.wordpress.com](http://www.rekamkesehatan.wordpress.com).