

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Pengertian Rekam Medis menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (1) Rekam medis merupakan milik rumah sakit yang harus dipelihara karena bermanfaat bagi pasien, dokter, maupun bagi rumah sakit. Dokumen rekam medis sangat penting dalam mengemban mutu pelayanan medik yang diberikan oleh rumah sakit dan staf mediknya serta sebagai alat bukti yang akurat di pengadilan.

Rekam Medis adalah siapa, apa, dimana, dan bagaimana perawatan pasien selama di rumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan diagnosis, jaminan, pengobatan, dan hasil akhir. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnese penentuan fisik laboratorium, diagnose segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepadapasien dan pengobatan baik yangdirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Prasasti & Santoso, 2017).

Menurut Sabarguna, (2008) Rekam medis merupakan keharusan yang penting bagi data pasien untuk diagnosis dan terapi, sekarang ini lebih jauh lagi untuk kepentingan pendidikan dan penelitian juga untuk masalah hukum yang terus berkembang.

Rekam medis memiliki arti yang cukup luas, tidak hanya sebatas berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien tetapi juga dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan rekam medis elektronik) yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti mengambil keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (Nurazmi et al., 2020).

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis menurut (Semarang, 2012) adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan sistem pengelolaan rekam medis yang baik, tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI (2006) dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

a. Aspek Administrasi

Berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

b. Aspek Medis

Berkas rekam medis mempunyai nilai medis karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis, serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

c. Aspek Hukum

Berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan

d. Aspek Keuangan

Berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data dan informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan

e. Aspek Penelitian

Berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data dan informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan pada pasien, informasi

tersebut digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan

g. Aspek Dokumentasi

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit

2.1.4 Alur Berkas Rekam Medis

Alur rekam medis pasien yaitu pasien mendaftar di TPP, jika pasien lama dicarikan DRMnya sedangkan jika pasien baru dibuatkan nomor rekammedisnya, petugas mengantarkan berkas rekam medis pasien sesuai poli klinik yang dituju. Petugas mencatat dibuku register nama, nomor rekammedis, jenis kunjungan tindakan/pelayanan yang diberikan. Dokter pemeriksa mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, dan penyakitnya pada kartu/lembaran berkas rekam medis. Setelah selesai pelayanan maka semua laporan serta berkas yang sudah diisi dikirim/diambil kembali oleh petugas rekam medis untuk dikembalikan keruang filing. Petugas Assembling diunit rekam medis memeriksa kelengkapan berkas kemudian dikoding oleh petugas koding, kemudian dimasukkan kekartu indeks penyakit setelah diolah, Untuk pasien rawat inap alurnya hamper sama hanya saja berkas rekam medis dikirim oleh petugas bersama-sama dengan pasiennya keruang yang dimaksud, Pasien diterima oleh petugas diruangan dan dicatat pada buku register. Dokter yang bertugas mengisi riwayat penyakit, dan hasil pemeriksaan lainnya dicatat pada lembaran rekam medis dan ditandatangani, Perawat/bidan menambah lembaran–lembaran rekam medis sesuai pelayanan yang diberikan .jika

sudah selesai Pelayanan dokumen dikembalikan atau di ambil untuk di olah oleh petugas rekam medis

2.2 Filing

2.2.1 Tugas Pokok Filing

Filing adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok antara lain :

- a. Menyimpan rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan rekam medis.
- b. Mengambil kembali (retriev) rekam medis untuk berbagai keperluan.
- c. Meretensi rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
- d. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
- e. Memisahkan penyimpanan rekam medis in-aktif dari rekam medis aktif.
- f. Menyimpan rekam medis yang dilestarikan.
- g. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.

2.2.2 Peran dan Fungsi Filing

- a. Menyimpan rekam medis.
- b. Penyedia rekam medis untuk berbagai keperluan.
- c. Pelindung arsip-arsip rekam medis terhadap kerahasiaan isi data rekam medis.
- d. Pelindung arsip-arsip rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik, kimia dan biologi.

Untuk melindungi terhadap kerahasiaan isi, harus dibuat papan pengumuman bahwa selain petugas rekam medis dilarang masuk (Werdikesni & Pujihastuti, 2008).

2.3 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu. Tujuan penyimpanan rekam medis menurut (Astuti S et al., 2014). antara lain :

- a. Mempercepat ditemukannya kembali rekam medis yang disimpan
- b. Mudah mengambil dari tempat penyimpanan
- c. Mudah pengembaliannya
- d. Melindungi rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

Syarat rekam medis dapat disimpan yaitu apabila pengisian data hasil pelayanan pada lembar formulir rekam medis telah terisi dengan lengkap dan telah dirakit sedemikian rupa sehingga riwayat penyakit pasien urut secara kronologis. Cara penyimpanan rekam medis menurut (Semarang, 2012) dibagi menjadi 2 cara yaitu :

- a. **Sentralisasi**

Sistem penyimpanan secara sentralisasi yaitu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir-formulir rekam medis pasien ke dalam satu kesatuan (folder). Rekam medis rawat jalan,

gawat darurat, dan rawat inap seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map).

1) Kelebihan

- a) Data dan informasi hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena menyatu dalam satu folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya.
- b) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- c) Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan.
- d) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasi.
- e) Meningkatkan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- f) Mudah menerapkan sistem unit record.

2) Kekurangan

- a) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- b) Filing rekam medis harus di jaga 24 jam karena sewaktu-waktu diperlukan untuk pelayanan di UGD yang buka 24 jam.
- c) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam

b. **Desentralisasi**

Sistem penyimpanan secara desentralisasi yaitu system penyimpanan dengan cara memisahkan rekam medis atas nama seorang pasien antara

dokumen rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat pada masing-masing dalam folder dan tempat tersendiri.

1) Kelebihan

- a) Efisiensi waktu karena dekat dengan pelayanan, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- b) Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan karena hanya menangani dokumen di tempat pelayanan tersebut.

2) Kekurangan

- a) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, yaitu data dan informasi pelayanan pada satu pasien dapat tersimpan lebih dari 1 folder
- b) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

2.4 Pengamanan dan Perlindungan Arsip

Keamanan meliputi perlindungan fisik dan elektronik untuk informasi berbasis komputer secara utuh, sehingga menjamin ketersediaan dan kerahasiaan. Termasuk ke dalamnya adalah sumber-sumber yang digunakan memasukkan, menyimpan, mengolah dan menyampaikan, alat-alat untuk mengatur akses dan melindungi informasi dari pengungkapan yang tak disengaja maupun yang disengaja (Susanto et al., 2018).

Shofari (2008) menjelaskan bahwa rekam medis dapat dikategorikan dengan arsip, oleh karena itu harus tunduk pada Undang-Undang No. 7 tahun 1971 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kearsipan. Pengamanan arsip adalah usaha-usaha

yang dilakukan untuk menjaga arsip-arsip dari kehilangan maupun dari kerusakan. Rekam medis harus dikelola dan dilindungi sehingga aman dan terjaga kerahasiaannya. Perlindungan tersebut meliputi :

a. Perlindungan terhadap bahaya fisik

1) Suhu dan kelembaban

Ruang penyimpanan arsip sebaiknya jangan terlalu lembab dan dijaga agar tetap kering. Supaya ruangan tidak terlalu lembab suhu udara dalam ruangan tidak melebihi 27⁰C (80⁰F) dan kelembaban udara dibawah 60%. Untuk mengatur kelembaban dan temperatur udara dapat dipasang AC yang dihidupkan selama 24 jam. AC selain untuk mengatur kelembaban dan temperatur udara, juga bisa untuk mengurangi debu. Selain itu ruangan diberi ventilasi secukupnya untuk membantu mengatur suhu udara dalam ruangan, sehingga ruangan tidak terlalu lembab (Pratama & Setyowati, 2013).

2) Sinar matahari

Kerusakan arsip dapat disebabkan sinar matahari. Sinar matahari mengandung sinar ultraviolet yang dapat merusak tulisan dan kertas. Oleh sebab itu arsip jangan terkena sinar matahari secara langsung (Sedarmayanti, 2015). Agar sinar matahari tidak jatuh secara langsung pada bendel-bendel kertas arsip, maka pintu-pintu dan jendela-jendela dibuat menghadap ke utara atau selatan. Dengan demikian ruangan penyimpanan arsip tidak menghadap secara langsung pada datangnya sinar matahari (Pratama & Setyowati, 2013).

3) Bencana kebakaran

Ruangan harus terhindar dari kemungkinan serangan api. Untuk mencegah hal tersebut, sebaiknya diberikan peringatan dilarang merokok di ruang penyimpanan arsip, menempatkan alat pemadam api ringan (APAR) di tempat yang strategis, dan ruang penyimpanan arsip sebaiknya jauh dari tempat-tempat penyimpanan barang-barang yang mudah terbakar (barang-barang kimia, bahan bakar). (Pratama & Setyowati, 2013).

Berdasarkan National Fire Protection Association (NFPA), NFPA 10 : Standard for Portable Fire Extinguishers (2007) dijelaskan bahwa ruang penyimpanan arsip termasuk lokasi dengan bahaya ringan dimana terdapat bahan mudah terbakar kelas A. Kelas kebakaran A yaitu kebakaran pada bahan seperti kertas, kayu, kain, dan plastik. Tabung pemadam api yang cocok untuk kelas kebakaran ini adalah tabung pemadam api dengan media *Dry chemical powder*, tabung pemadam api media Foam, tabung pemadam api media Gas CF21.

4) Bencana Kebanjiran

Ruangan harus terhindar dari kemungkinan serangan air (banjir). Untuk mencegah hal tersebut dapat dilakukan dengan pembuatan saluran air (talang, pipa air) yang tidak melalui ruang penyimpanan arsip. Dalam hal tertentu seperti hujan periksalah ruangan untuk mengetahui kemungkinan adanya talang, saluran air, dan atap gedung yang bocor. Apabila terjadi kebocoran harus diperbaiki saat itu juga. (Pratama & Setyowati, 2013).

Peraturan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2005 tentang Pedoman Perlindungan, Pengamanan, dan Penyelamatan Dokumen atau Arsip Vital Negara juga menyebutkan bahwa pengamanan fisik arsip meliputi :

- a) Penggunaan sistem keamanan ruang penyimpanan arsip seperti pengaturan akses, pengaturan ruang simpan, penggunaan sistem alarm dapat digunakan untuk mengamankan arsip dari bahaya pencurian, sabotase, penyadapan dan lain-lain.
- b) Penggunaan bangunan kedap air atau menempatkan arsip pada tingkat ketinggian yang bebas dari banjir.
- c) Penggunaan struktur bangunan tahan gempa dan lokasi yang tidak rawan gempa, angin topan dan badai.
- d) Penggunaan struktur bangunan dan ruangan tahan api serta dilengkapi dengan peralatan alarm dan alat pemadam kebakaran dan lain-lain

b. Perlindungan terhadap bahaya kimia

Kerusakan arsip yang terjadi karena gas acidic menyerang kertas arsip dan menyebabkan kertas luntur, getas, dan lapuk. Penyebab utama terjadinya proses kimiawi adalah kadar acid pada tinta, maka dari itu sebaiknya menggunakan tinta yang baik (merk ZENITH) agar tulisan tidak mudah luntur. Penggunaan tinta yang berkualitas rendah akan menyebabkan luntur apabila tersentuh air atau karena udara yang lembab (Lestari, 1993). Untuk unsur kertas, kertas yang kualitasnya kurang baik akan menjadi penyebab rusaknya arsip. Sebaiknya

digunakan kertas yang berkualitas misalnya kertas HVS 80 gram. Kerusakan kertas disebabkan terjadinya peristiwa kimiawi dan bahan campuran pembuatan kertas. Untuk kertas kualitas rendah peristiwa kimiawi lebih cepat berlangsung sehingga kerusakan kertas juga lebih cepat (Mulyono, Partono, Agung, 2011).

Selain itu makanan dan minuman juga bisa menyebabkan kerusakan pada rekam medis. Karena apabila ada bekas makanan atau minuman ada yang menempel pada kertas akan menjadi kotor, sulit untuk dibaca dan bisa mengalami kerusakan.

c. Perlindungan terhadap bahaya biologi

Kerusakan arsip disebabkan oleh jamur dan serangga seperti tikus, kecoa, rayap, ngengat, dan sebagainya. Upaya yang dilakukan untuk menghindari jamur dengan menempatkan arsip di tempat yang terang, kering, dan berventilasi sempurna, untuk menghindari serangga seperti rayap yaitu menggunakan kayu yang tidak langsung bersentuhan dengan tanah dan untuk menghindari ngengat sebaiknya letak antara rak dengan dinding diberi jarak 6 inchi (Barthos, 2003). Selain itu, pencegahan kerusakan arsip juga dapat dilakukan dengan menggunakan racun serangga dan kapur barus untuk mencegah serangan serangga seperti tikus, kecoa dan kutu buku

d. Pengamanan informasi arsip

Tempat atau alat yang digunakan untuk menaruh, meletakkan, menyimpan arsip juga harus aman dan menjaga informasi yang

terkandung di dalam arsip, serta dapat melindungi arsip dari pencurian oleh orang yang tidak bertanggung jawab (Shofari, 2008).

Arsip yang disimpan harus dijamin aman baik dari kerusakan maupun kehilangan. Berdasarkan pasal 40 ayat 5 UU No. 43 Tahun 2009 tentang pengelolaan arsip dinamis yang dikutip oleh Mulyono dan Partono (2011), keamanan arsip termasuk aman informasi yang terkandung di dalam arsip. Artinya informasi yang seharusnya tidak boleh diketahui orang yang tidak berhak perlu diamankan. Jadi, selain aman dari kerusakan dan kehilangan, arsip harus aman dari bocornya informasi. Untuk menjaga keamanan arsip yang dikelola, dapat dilakukan penertiban kegiatan, antara lain :

- 1) Untuk mencegah terjadinya kehilangan, setiap pengeluaran arsip yang sifatnya meminjam (digunakan dibagian lain) perlu bukti pinjaman.
- 2) Untuk mencegah kerusakan, penertiban ditujukan kepada petugasnya sendiri, yaitu supaya tidak melakukan kecerobohan dalam menangani arsip. Perlu ditertibkan agar petugas atau siapapun yang masuk ruang penyimpanan arsip dilarang membawa barang atau makanan yang dapat menimbulkan datangnya serangga atau hewan sehingga mengakibatkan kerusakan arsip.
- 3) Larangan juga ditujukan bagi yang tidak ada kepentingan untuk memasuki ruang penyimpanan arsip. Hal ini untuk mencegah bocornya informasi dari data arsip

Peraturan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2005 tentang Pedoman Perlindungan, Pengamanan, dan Penyelamatan Dokumen atau Arsip Vital Negara juga menyebutkan bahwa pengamanan informasi arsip dilakukan dengan cara :

- 1) Memberikan kartu identifikasi individu pengguna arsip untuk menjamin bahwa arsip hanya digunakan oleh orang yang berhak.
- 2) Mengatur akses petugas kearsipan secara rinci atas basis tanggal atau jam.
- 3) Menyusun prosedur tetap secara rinci dan detail.
- 4) Memberi kode rahasia pada arsip dan spesifikasi orang-orang tertentu yang punya hak akses.
- 5) Menjamin bahwa arsip hanya dapat diketahui oleh petugas yang berhak dan penggunaan hak itu terkontrol dengan baik, untuk itu dapat dilakukan indeks primer (tidak langsung) dan indeks sekunder (langsung) untuk kontrol akses.

2.5 Dokumen Rekam Medis

2.5.1 Kerahasiaan Dokumen Rekam Medis

Kerahasiaan merupakan pembatasan pengungkapan informasi pribadi tertentu. Hal ini mencakup tanggung jawab untuk menggunakan, mengungkapkan, atau mengeluarkan informasi hanya dengan sepengetahuan dan izin individu. Informasi yang bersifat rahasia dapat berupa tulisan atau verbal (Hatta, 2013).

Kerahasiaan diatur dalam Permenkes Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, pada Bab IV Pasal 10 ayat (1) dijelaskan bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan hanya dapat dibuka dalam hal:

- a. Untuk kepentingan pengobatan pasien
- b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan
- c. Permintaan atau persetujuan pasien sendiri
- d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan
- e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Pasal 11 juga menjelaskan bahwa penjelasan tentang isi rekam medis hanya dapat dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Informasi di dalam rekam medis bersifat rahasia. Berdasarkan Keputusan Dirjen Pelayanan Medik No. 78 tahun 1991 tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit pada Bab IV disebutkan bahwa untuk melindungi

kerahasiaan rekam medis dibuat ketentuan yaitu hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ke ruang penyimpanan rekam medis, dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan kecuali telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku, dan selama penderita dirawat rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan untuk menjaga kerahasiaannya.

2.5.2 Rahasia Medis

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit pada Pasal 32 menyatakan bahwa pasien berhak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya. Namun, untuk pasien yang ingin meminjam rekam medisnya hanya diperbolehkan membawa pulang dan menggandakan ringkasan rekam medisnya saja. Hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan medis, menghindari penyalahgunaan informasi medis dan mencegah rekam medis hilang atau rusak.

Rahasia medis, rekam medis, dan persetujuan tindakan medis dikenal dengan istilah rahasia kedokteran. Dari sudut pasien rahasia medis adalah rahasia yang dimiliki oleh pasien dalam bidang medis atau kedokteran. Dari sudut pandang tenaga kesehatan ialah rahasia milik pasien yang diketahuinya dan wajib disimpan oleh tenaga kesehatan dengan baik. Ruang lingkup rahasia medis terdiri dari:

- a. Segala sesuatu yang oleh pasien disampaikan kepada tenaga kesehatan, baik secara disadari maupun tidak disadari.
- b. Segala sesuatu yang diketahui oleh tenaga kesehatan sewaktu memeriksa atau mengobati atau merawat pasien (Siswati, 2013)

Rahasia medis akan dikesampingkan bila:

- a. Bila diatur dalam UU seperti UU No. 4 Tahun 1984
- b. Bila pasien dapat membahayakan orang lain
- c. Bila pasien memperoleh hak sosial
- d. Bila secara jelas diberikan izin oleh pasien
- e. Bila pasien memberi kesan kepada dokter bahwa ia mengizinkan
- f. Bila hal itu untuk kepentingan yang lebih tinggi.

2.5.3 Tanggung jawab pimpinan sarana pelayanan kesehatan

Permenkes Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, Pasal 14 menjelaskan bahwa pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis

2.6 Aspek Hukum Rekam Medis

Depkes RI (2006) menyebutkan aspek hukum rekam medis yaitu :

2.6.1 Pertanggung jawaban terhadap rekam medis

- a. Tanggung jawab dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan yang merawat.

UU Praktik Kedokteran Nomor 29 Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Dokter atau dokter gigi bertanggung jawab akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

- b. Tanggung jawab petugas rekam medis.

Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis untuk menjamin keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis.

- c. Tanggung jawab pimpinan rumah sakit.

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk menyediakan sarana dan fasilitas untuk kegiatan unit rekam medis agar petugas rekam medis dapat bekerja dengan efektif dan efisien.

- d. Tanggung jawab staf medik.

Staf medik dapat menentukan kualitas pelayanan dari suatu instansi pelayanan kesehatan kepada pasien.

2.6.2 Kepemilikan rekam medis

- a. Berkasrekam medis milik rumah sakit.
- b. Isi rekam medis milik pasien.
- c. Badan asuransi, polisi, dan pengadilan sebagai pihak ketiga

2.6.3 Kerahasiaan rekam medis

Informasi rekam medis bersifat rahasia karena menjelaskan hubungan yang khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pada dasarnya terdapat dua jenis informasi yang bersumber dari rekam medis, yaitu :

- a. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan

Laporan atau catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien. Informasi tersebut tidak boleh disebarluaskan kepada

pihak yang tidak berwenang karena menyangkut informasi pribadi pasien. Informasi mengenai kondisi penyakit yang diderita pasien serta resiko atau kemungkinan yang akan terjadi pada diri pasien menjadi tanggung jawab dokter yang merawat pasien tersebut.

b. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan

Informasi yang dimaksud adalah identitas pasien serta informasi yang tidak mengandung nilai medis. Pasal 48 UU RI Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran mengenai Rahasia Kedokteran menyatakan pada ayat (1) bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran. Dan pada ayat (2) rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakkan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis.

2.6.4 Sanksi

a. Sanksi Hukum

Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter

gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien.

b. Sanksi Disiplin dan Etik

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI). Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16/KKI/PER/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu :

- 1) Pemberian peringatan tertulis.
- 2) Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik.
- 3) Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis selain dikenakan sanksi disiplin, juga dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi (Susilowati et al., 2018).