

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut (Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 1 ayat (1) dan Pasal 2 ayat (1) tentang rekam medis) bahwa “Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran, Kode Etik Kedokteran Indonesia, dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KKI), tenaga kesehatan dapat dikenakan sanksi hukum, tindakan disiplin, dan denda etika apabila tidak membuat rekam medis. Rekam medis adalah dokumen komprehensif yang mencakup rincian mengenai status medis pasien, intervensi, dan layanan kesehatan yang diberikan. Rekam medis harus didokumentasikan dalam bentuk tertulis atau elektronik. Dokumen tersebut harus memuat informasi yang tepat dan komprehensif mengenai prosedur medis dan perawatan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit, termasuk kejadian di masa lalu, saat ini, dan antisipasi di masa depan (Muninjaya AAG, 2016).

2.1.2 Manfaat Rekam Medis

Rekam medis memiliki penerapan luas karena mencakup seluruh aktivitas rumah sakit dan pemanfaatan rekam medis. Kementerian Kesehatan RI (2006) menyatakan bahwa rekam medis dimanfaatkan dalam berbagai aspek:

1. Bagian administrasi manajemen rumah sakit, khususnya komponen administrasi, sangat dipengaruhi oleh rekam medis. Praktisi layanan

kesehatan memerlukan akses terhadap rekam medis agar dapat melaksanakan tanggung jawab layanan kesehatan mereka secara efisien.

2. Pertimbangan hukum, khususnya yang berkaitan dengan rekam medis, menjadi bukti penting bagi pasien dan profesional kesehatan selama proses persidangan. Catatan ini berisi informasi yang relevan mengenai peserta, termasuk rincian tentang kapan dan bagaimana intervensi medis dilakukan.
3. Elemen finansial dari rekam medis adalah kemampuannya untuk berfungsi sebagai bukti jasa yang diberikan, yang sangat penting untuk menentukan biaya pembayaran. Dokumentasi yang tidak memadai membuat tidak mungkin untuk memberikan tanggung jawab kepada seseorang atas tindakan atau jasa yang mereka berikan, sehingga menghambat proses pembayaran.
4. Bagian penelitian melibatkan pemanfaatan data yang diambil dari rekam medis untuk menyelidiki perkembangan penyakit dan efek pengobatan.
5. Nilai edukasi rekam medis yang lengkap dan tersusun secara kronologis menjadikan dapat diterima untuk digunakan sebagai bahan kajian.
6. Bagian dokumentasi dilakukan dengan membuat catatan yang cermat dan menyeluruh dalam rekam medis, sehingga menjadikannya instrumen yang berharga untuk mencatat dan melestarikan informasi. Dokumentasi ini merupakan sumber informasi yang dapat diandalkan dan otoritatif yang dapat digunakan di masa depan untuk menjaga akuntabilitas rumah sakit.
7. Statistik Kesehatan adalah sumber daya berharga untuk menganalisis kesehatan masyarakat dan menentukan prevalensi penyakit tertentu.

Keterbukaan informasi medis erat kaitannya dengan pemanfaatan rekam medis untuk klaim asuransi. Personil yang mencari akses terhadap

informasi spesifik dari rekam medis pasien untuk tujuan terkait pekerjaan diharuskan mengikuti protokol pelepasan informasi. Setiap individu yang telah diberikan izin oleh pasien, keluarganya, atau profesional kesehatannya berhak melakukan tugas ini, selama mereka mematuhi semua peraturan dan ketentuan yang relevan. Tindakan pengungkapan informasi medis pribadi pasien disebut sebagai pelepasan informasi medis pasien (Indra Narendra dkk, 2020).

2.1.3 Isi Rekam Medis

Format rekam medis baik kertas maupun digital harus menyeluruh dan mudah dipahami. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/PerMenkes/III/2008, rekam medis pasien rawat inap dan pasien yang menerima perawatan minimal satu hari harus memuat informasi khusus:

1. Identifikasi pasien.
2. Informasi tanggal dan waktu.
3. Penilaian medis.
4. Intervensi atau prosedur.
5. Rencana pelaksanaan atau pemberlakuannya.
6. Persetujuan atas segala tindakan yang diperlukan.
7. Pencatatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
8. Sinopsis keluarnya pasien dari perawatan medis.
9. Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik dan intervensi medis yang diberikan.
10. Anamnesis minimal harus mencakup keluhan dan riwayat kesehatan pasien.
11. Nama dan tanda tangan penyedia layanan kesehatan, yang dapat mencakup dokter gigi, dokter, atau profesional kesehatan berlisensi lainnya.

12. Odontogram klinis diberikan kepada pasien dengan kondisi gigi tertentu.
13. Layanan tambahan yang ditawarkan oleh profesi kesehatan tertentu.

2.1.4 Penanggung Jawab pengisian Rekam medis

Menurut Departemen Kesehatan (DepKes, 2006) penanggung jawab pengisian berkas rekam medis adalah sebagai berikut:

1. Rumah sakit yang menyediakan penginapan bagi dokter tamu yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Klinik yang dioperasikan oleh warga atau dokter yang menjalani pelatihan khusus.
3. Penyedia layanan kesehatan profesional, seperti dokter umum, dokter spesialis, dan dokter gigi, yang memberikan layanan medis kepada pasien di lingkungan rumah sakit.
4. Tim medis terdiri dari beragam profesional termasuk perawat, perawat gigi, bidan, petugas laboratorium klinik, ahli gizi, ahli anestesi, teknisi sinar-x, dan staf rehabilitasi medis.

2.1.5 Kepemilikan Rekam Medis

Rekam medis mencakup informasi pasien, seperti yang ditunjukkan oleh pernyataan di atas. Data ini dikumpulkan melalui proses percakapan dan pemeriksaan antara pasien dan dokter selama menjalani perawatan di fasilitas kesehatan. Rincian lebih lanjut dapat dilihat pada Bab V Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan No.269/PerMenkes/III/2008. Keterangan (1): “Fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai berkas rekam medis.” Ayat (2) : “Pasien adalah pemilik sah atas informasi yang terdapat dalam rekam medis.” Ayat (3) menyatakan bahwa isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan dalam bentuk ringkasan. Sesuai dengan ayat (3), ikhtisar rekam medis dapat diberikan, didokumentasikan, atau digandakan oleh pasien atau

orang yang diberi kuasa, misalnya surat kuasa, dengan persetujuan tertulis dari pasien atau keluarga pasien yang mempunyai wewenang untuk memberikan izin tersebut.

Menurut Pasal 47 ayat (1) UU RI No. 29 Tahun 2004, kepemilikan dokumen rekam medis berada pada dokter, dokter gigi, atau fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan kepemilikan pasien atas isi rekam medis.

2.2 Kerahasiaan, Keamanan dan Pelepasan Informasi

2.2.1 Kerahasiaan Berkas Rekam Medis

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan 269 Tahun 2008, khususnya pada pasal 10 ayat 1, tenaga kesehatan seperti dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, pejabat manajemen, dan pimpinan yang memberikan nasihat pelayanan kesehatan wajib menjaga kerahasiaan pasien. Hal ini mencakup rincian komprehensif mengenai identifikasi pribadi pasien, diagnosis medis, riwayat kesehatan, catatan pemeriksaan, dan catatan pengobatan (Permenkes 269, 2008). Sesuai arahan Menteri Kesehatan, rekam medis sangat dirahasiakan. Meskipun dokter, dokter gigi, profesional kesehatan tertentu, otoritas manajemen, dan administrator rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menjaga privasi informasi medis, penting untuk dipahami bahwa tanggung jawab ini tidak mutlak dan tunduk pada batasan tertentu. Kerahasiaan yang ketat harus ditegakkan sehubungan dengan informasi yang berkaitan dengan identifikasi, diagnosis, riwayat kesehatan, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan (Firdaus, 2012). Rumah Sakit secara hukum berkewajiban untuk menjaga kerahasiaan pasien dan menghormati standar privasi mereka, karena informasi pasien dianggap rahasia (Siswati dan Dindasari, 2019).

Rekam medis Kementerian Kesehatan RI tahun 2006 (DepKes RI, 2006) menyediakan dua kategori informasi utama. Kategori berikut disertakan :

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan.

Secara khusus, frasa tersebut berkaitan dengan dokumentasi tertulis yang ditemukan dalam rekam medis dan dihasilkan selama pemeriksaan medis, pengobatan, observasi, atau wawancara pasien.

2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan

Berkenaan dengan identitas pribadi seseorang, yang mencakup rincian seperti nama dan alamat, serta informasi non-medis yang penting. Informasi tersebut di atas terdapat pada halaman awal berkas rekam medis baik rawat jalan maupun rawat inap. Dokumen ini memberikan ringkasan singkat riwayat klinis pasien, serta gambaran umum informasi masuk dan keluar pasien.

Informasi ini dapat diungkapkan atas permintaan eksplisit pasien atau demi kesejahteraan pasien. Selain itu, informasi ini dapat diungkapkan atas permintaan aparat penegak hukum, berdasarkan perolehan perintah pengadilan, atau dapat juga dibagikan atas permintaan lembaga atau lembaga lain.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 Tahun 2008, khusus pasal 10 ayat 3 tentang rekam medis, pemeriksaan rekam medis harus dilakukan secara tertulis dan ditujukan kepada kepala fasilitas kesehatan. Dokter dan dokter gigi secara tegas dilarang membagikan informasi apapun dari rekam medis kepada masyarakat umum tanpa izin jelas dari pasien. Setiap dokter diwajibkan untuk menjaga kerahasiaan yang ketat sehubungan dengan semua informasi pasien, bahkan setelah pasien meninggal. Oleh

karena itu, untuk menjaga kerahasiaan informasi yang dimasukkan ke dalam rekam medis, dilakukan tindakan sebagai berikut:

1. Akses terhadap fasilitas penyimpanan dokumen rekam medis hanya terbatas pada petugas rekam medis saja.
2. Dilarang keras mengutip sebagian atau keseluruhan rekam medis milik suatu badan atau perorangan, kecuali dengan tegas diperbolehkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Perawat ruangan bertanggung jawab mengelola dan menjamin kerahasiaan rekam medis selama perawatan pasien.

Karena sifat sensitif dari informasi pribadi yang disertakan dalam berkas rekam medis, maka sangat penting untuk menjamin keamanannya dengan menempatkan setiap formulir dalam folder atau binder. Hal ini menjamin bahwa setiap folder berisi data dan spesifik mengenai layanan yang diperoleh setiap pasien. Memahami sifat rahasia rekam medis sangat penting karena berkaitan langsung dengan hak pasien. Penyebaran rekam medis yang tidak sah dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien.

2.2.2 Keamanan Berkas Rekam Medis

Keamanan merupakan faktor penting untuk dipertimbangkan dalam domain pengarsipan. Oleh karena itu, perlu diterapkan protokol keamanan yang jelas untuk menjamin penanganan rekam medis yang aman. Salah satu upaya yang efektif adalah dengan membangun ruang rekam medis yang aman, yang dapat memberikan perlindungan terhadap potensi risiko seperti kehilangan, kelalaian, dan bencana membahayakan isi rekam medis (Siswati, Ayu Dindasari 2019).

Langkah-langkah keamanan arsip diterapkan untuk menjaga artefak arsip dari kehilangan dan mencegah akses tidak sah terhadap informasi yang

dikandungnya. Petugas kearsipan harus memiliki pengetahuan yang tepat tentang arsip-arsip yang penting bagi organisasinya, arsip-arsip yang tidak terlalu penting, dan arsip-arsip yang sangat dirahasiakan.

Tindakan keamanan mencakup berbagai metode, termasuk namun tidak terbatas pada:

1. Arsiparis harus mempunyai kemampuan menjaga kerahasiaan.
2. Perlu adanya pengendalian dalam peminjaman arsip. Misalnya, peminjaman arsip hanya dapat dilakukan pada petugas atau satuan kerja yang bertanggung jawab menyelesaikan dokumen.
3. Hanya arsiparis yang diperbolehkan mengeluarkan arsip dari lokasinya karena adanya larangan terhadap orang lain.
4. Arsip disimpan di tempat yang aman untuk mencegah pencurian.
5. Melaksanakan pemasangan kamera pengawas atau televisi sirkuit tertutup (CCTV) baik di dalam maupun di luar unit rekam medis.

2.2.3 Pelepasan Informasi Medis

Pengungkapan informasi rekam medis melibatkan penyediaan versi ringkas rekam medis pasien kepada pihak ketiga, namun hanya jika ada izin tertulis dari pasien. Informasi medis ini berharga untuk tujuan pendidikan, asuransi, dan penegakan hukum. Kepatuhan terhadap undang-undang saat ini diperlukan ketika mengungkapkan informasi medis. Jika pedoman tidak dipatuhi, informasi medis dapat diakses oleh orang yang tidak berwenang, sehingga menimbulkan risiko bagi pasien dan institusi. Oleh karena itu, tenaga kesehatan bertanggung jawab atas kemungkinan terjadinya pemalsuan, kehilangan, atau akses tidak sah terhadap rekam medis. Mendapatkan persetujuan dan otorisasi yang jelas dari pasien merupakan tindakan efektif untuk mencegah terjadinya hal ini dalam keterbukaan

informasi medis. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 36 Tahun 2012, segala informasi yang dapat mengungkapkan rahasia kedokteran, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan pasien, perawatan, pengobatan, penyembuhan administratif, atau pembayaran asuransi, harus diperoleh dengan persetujuan pasien. Pengungkapan informasi medis kepada institusi pendidikan, penyedia asuransi, dan lembaga penegak hukum harus mematuhi protokol yang relevan dan bergantung pada persetujuan dari dokter masing-masing. Persetujuan tertulis dari pasien tidak diperlukan untuk pelepasan informasi medis untuk tujuan pendidikan. Namun, persetujuan tertulis dari rumah sakit diperlukan. Dalam hal pelepasan informasi medis untuk tujuan asuransi, informasi dapat diberikan jika ada surat kuasa atau persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien, sebagaimana dinyatakan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2006. Untuk proses di kepolisian dan pengadilan, jika ada permintaan untuk menunjukkan rekam medis di pengadilan, pengadilan harus diberikan fotokopi dokumen medis tertentu yang tidak berubah. Rumah sakit dapat menghasilkan *file* digital rekam medis, mengautentikasinya melalui pejabat yang berwenang, khususnya manajemen rumah sakit, dan selanjutnya mengirimkannya ke bagian Tata Usaha Pengadilan (Depkes, 2006).

2.3 Aspek Hukum Kerahasiaan Rekam Medis

Pemenuhan persyaratan hukum mengenai kerahasiaan dalam penyebaran informasi medis sering diabaikan dan kurang mendapat perhatian dalam layanan kesehatan. Kurangnya penjagaan kerahasiaan informasi medis pasien dapat mengakibatkan perselisihan medis yang timbul antara pihak-pihak yang terlibat dalam pemberian layanan kesehatan. Melepaskan informasi medis pasien yang melanggar peraturan perundang-undangan terkait dapat

menimbulkan akibat dan tanggung jawab hukum, termasuk potensi sanksi hukum pidana, perdata, dan administrasi negara (Indra Narendra, Hesti Indra Ratna Dewi, 2020).

Hukum kesehatan mencakup seluruh peraturan dan standar, termasuk penerapan hukum perdata dan pidana, yang berkaitan dengan interaksi hukum di bidang pelayanan kesehatan, sebagaimana dikemukakan oleh Harie Saktian Yusuf dan Imas Masturoh pada tahun 2015. Keamanan, privasi, kerahasiaan, dan keselamatan merupakan hal yang penting. Mekanisme yang menjaga data dan informasi dalam catatan kesehatan, baik dalam format kertas atau elektronik. Penting bagi seluruh pemangku kepentingan dalam industri layanan kesehatan, seperti dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan profesional kesehatan lainnya, termasuk petugas rekam medis dan pihak lain yang mencari data atau informasi, untuk menjunjung tinggi kerahasiaan dan perlindungan data atau informasi pasien.

Dalam bidang pelayanan kesehatan, konsep privasi, kerahasiaan, dan keamanan diakui secara luas.

1. Privasi mengacu pada hak individu untuk mengelola aksesibilitas informasi mengenai rekam medis pribadinya.
2. Kerahasiaan mengacu pada tindakan mengamankan informasi pribadi dan catatan medis pasien untuk melindungi privasi mereka dan menjamin keamanan informasi dan layanan mereka. Informasi ini khusus ditujukan untuk profesional kesehatan yang berwenang di bidang layanan kesehatan.
3. Keamanan adalah terpeliharanya privasi seseorang dan terpeliharanya kerahasiaan rekam medis. Sederhananya, langkah-langkah keamanan membatasi akses terhadap rekam medis hanya kepada pengguna yang telah diberi izin. Keamanan, dalam konteks yang lebih luas, mencakup

pengamanan informasi layanan kesehatan dari segala bahaya, kehilangan, atau modifikasi data yang disebabkan oleh entitas yang tidak berwenang. (Hatta. 2009).

Salah satu upaya perlindungan hukum yang paling umum digunakan dan berdampak besar bagi pasien, termasuk dokter dan petugas kesehatan, adalah pemberian kompensasi atas kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis, sebagaimana diamanatkan oleh peraturan hukum yang ada. Hal ini terjadi karena pasien memiliki pengetahuan tentang hukum dan ingin menjaga hak mereka untuk memulai proses hukum atas tindakan kelalaian atau kesalahan. (Rosari. 2010).

2.4 Pihak yang Terlibat dalam Pelepasan Informasi Medis

Individu atau badan yang terlibat dalam proses pengungkapan informasi medis adalah:

1. Kepala Rumah Sakit dan Kepala Diklat.
2. Kepala Rekam Medis dan Bagian Rekam Medis.
3. Dokter dan Tenaga Medis.

Kepala bagian rekam medis atau bagian rekam medis bertugas mengawasi keluarnya informasi medis pasien. Hal ini mencakup penanganan permintaan klaim asuransi, data pendidikan atau penelitian, serta permintaan informasi medis dan pelepasan informasi untuk penegakan hukum dan tujuan hukum. Praktisi medis dan tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk membocorkan rekam medis pasien ketika dimintai klaim asuransi, surat keterangan medis, dan pertanyaan hukum dari polisi dan pengadilan (Abidin & Yunengsih, 2021).

Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan membawahi administrasi persetujuan pendidikan dan penelitian di dalam rumah sakit. Meski demikian,

keterbukaan informasi rekam medis hanya diperbolehkan di bawah pengawasan kepala fasilitas pelayanan kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/PerMenkes/III/2008 Bab V Pasal 14. Peraturan ini mengamanatkan bahwa pimpinan pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas segala kehilangan, kerusakan, pemalsuan, atau penggunaan rekam medis tanpa izin.

2.5 Standar Prosedur Operasional (SPO) Proses Pelepasan Informasi Medis

Prosedur Operasi Standar (SOP) memainkan peran penting dalam penyampaian informasi medis. Segala informasi kesehatan yang tersimpan dalam berkas rekam medis bersifat rahasia dan tidak boleh disalahgunakan oleh pasien, pihak rumah sakit, atau pihak ketiga manapun, termasuk asuransi jasa ratarja. Selain berfungsi sebagai landasan bagi pelepasan informasi medis, SPO juga memfasilitasi komunikasi antara pasien, rumah sakit, dan pihak ketiga untuk memastikan bahwa proses pelepasan informasi medis mematuhi aturan yang relevan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa tidak ada pihak yang terkena dampak negatif ketika informasi medis diungkapkan, sehingga meminimalkan tingkat kebocoran informasi medis. Athiyyah Yumna dan Feby Erawantini, 2021.

Disampaikan Dirjen Yanmed, keterbukaan rekam medis harus mematuhi protokol terkait agar dapat dibagikan kepada pihak ketiga. Hal ini memerlukan surat kuasa atau persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien (Setiatin, S., & Kartikaningrum, 2021).

Standar operasional prosedur (SOP) keterbukaan rekam medis kepada pihak eksternal yang dijabarkan Siswati, Adinda, dan Agnesia pada tahun 2018 meliputi:

- a) Menerima permintaan resmi untuk mengeluarkan informasi medis dari pasien atau perintah pengadilan.
- b) Ketika mengungkapkan rekam medis, pasien atau orang yang berwenang dengan persetujuan tertulis, atau keluarga pasien, yang mempunyai kewenangan hukum, boleh mencatat atau membuat salinan informasi tersebut.
- c) Semua permintaan pelepasan informasi medis harus didokumentasikan dalam log permintaan pelepasan informasi medis.
- d) Jika pasien berusia di bawah 14 tahun, orang tua atau walinya haruslah badan hukum yang disebutkan dalam permintaan pemberian informasi tertulis.
- e) Memberikan dokumen asli yang menunjukkan hubungan antara orang yang mengajukan permintaan dan pasien.
- f) Petugas rekam medis memilih dan membuat formulir yang sesuai berdasarkan permintaan khusus yang dibuat oleh pihak yang mengajukan permintaan. Petugas kemudian mencatat informasi tersebut di buku ekspedisi dan mendapatkan tanda tangan pasien sebagai bukti.

2.6 Syarat Bukti Fisik Persetujuan Pelepasan Informasi Rekam Medis

Berdasarkan penjelasan di atas dapat dipahami bahwa informasi yang terdapat dalam rekam medis dapat diungkapkan, namun pengungkapan informasi tersebut memerlukan persetujuan dan izin tertulis dari pemilik rekam medis, baik pasien maupun kuasanya. Tujuannya adalah untuk menjaga hak privasi pasien dan melindungi fasilitas pelayanan kesehatan dari tindakan hukum guna menjaga kerahasiaan informasi rekam medis pasien.

Tanda tangan pasien sebagai pemilik sah informasi rekam medis harus diberikan bersamaan dengan izin atau persetujuan tertulis atas penyebaran

informasi tersebut. Selain itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan dalam Manual Rekam Medisnya bahwa ketika meminta pengungkapan informasi, permintaan tersebut harus mencakup hal-hal berikut:

1. Nama lengkap pasien, alamat tempat tinggal, dan tanggal lahir.
2. Identifikasi individu atau organisasi yang akan mengajukan permintaan informasi.
3. Alasan dan perlunya informasi yang dicari.
4. Luas dan karakteristik informasi yang akan diungkapkan, termasuk jadwal tanggal rilis.
5. Dieksekusi oleh pasien atau wali sahnya (misalnya orang tua atau anak).