

KAJIAN YURIDIS PEMAKAIAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RUMAH SAKIT

Cinthia Mutiara Hapsari, Ary Subiyantoro

Dosen Akademi Manajemen Administrasi Yogyakarta

ABSTRACT

Background: A hospital was a part of a whole system health services which aims to carry out health services, these services through the effort to healing patients .In order to support these health services then required health information of the members of the data that is neither of the patients medical record.

Objective:to determine the usage of electronic medical record in hospital.

Method:The method used in this research was normative yuridis. The data presented in the form of the patient medical record manually and electronic medical record , and the data it is very important to the hospital .Because of that , needed there is research on how the comparison between medical record manuals by electronic medical record if record of profit and weaknesses and how in terms of safety data storage electronic medical record compared to manual medical record and assess whether electronic medical record can be used as an instrument the evidence in the investigation in the provision of health services related to not repeat this research with methods of juridical normative.

Result: This research gained an electronic medical record. The results showed that has certain excellence that more so than with manual medical .Medical can also record it becomes a tool the evidence in the investigation in a similar way manual medical record.

Conclusion: The conclusion of this research was the usage of electronic medical record is more savety, accurate and effective in hospital

Key word: medical record, electronic medical record

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan melaksanakan pelayanan kesehatan, pelayanan tersebut melalui upaya penyembuhan pasien. 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. (Djojodiroto, 1997)

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 melanggar nya 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 Sakit, beberapa bagian yang memerlukan rekam medis adalah Unit Rawat Inap, Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Jalan. (Aditama, 2010)

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: Memiliki dan mengelola data statistik, sehingga dapat menghasilkan data informasi yang *up to date*; 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 merupakan landasan hukum untuk semua tenaga medis dan paramedis di Rumah

Sakit yang terlibat di dalam proses penyelenggaraan rekam medis dapat melaksanakannya. (Depkes RI, 1997).

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

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

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, para ahli manajemen informasi kesehatan, para praktisi hukum dan para arsiparis (profesi kearsipan). (Karjono; 2005)

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.

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?

METODE PENELITIAN

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. (Soekanto dan Sri Marmuji; 1990).

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.

Sumber dan Jenis Data

Bahan hukum primer, yaitu : 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 133 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.

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.

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.

Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data bersandar pada data sekunder, yaitu dengan cara studi pustaka, studi dokumenter, dan masalah-masalah hukum yang telah dibukukan.

Teknik Analisis Data

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.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perbandingan antara Rekam Medis Manual dan Rekam Medis Elektronik

Secara global jika dibandingkan dengan elektronik 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.

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

- 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
- 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
- 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
- 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) Rekam medis elektronik memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan karena dapat dengan mudah dilakukan back up. (R. Hatta, 2010)

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

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

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
- 5) Memerlukan terlalu banyak langkah untuk menyelesaikan tugas sederhana
- 6) Dekstop di ruang pemeriksaan mengganggu arah posisi duduk dokter dan pasien

7) Keamanan dekstop di ruang periksa tidak terjamin apabila pengunjung membawa anak-anak yang sangat aktif. (Fuad, 2005)

Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

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 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*).

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.

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

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.

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 memasukkan 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 memasukkan 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 pemeriksaan 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.

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.
- 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.

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 pengolahan rekam medis yaitu dengan melakukan beberapa kegiatan, seperti kodifikasi, 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.

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 dipertanggung jawabkan 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 : Informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik, dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah

a. 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.

b. 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.

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.

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.

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).

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 medis 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.

KESIMPULAN

1. Keunggulan rekam medis elektronik dibandingkan rekam medis manual adalah: Mempermudah mencari data dan dokumen pasien; Mempermudah menampilkan bentuk pelaporan; Lebih cepat dan tepat dalam pengambilan keputusan; 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; Sumber daya manusia dalam penggunaan rekam medis elektronik akan berkurang; Penggunaan kertas dalam rekam medis elektronik dapat dihemat, karena rekam medis elektronik menghasilkan *paperless* atau bisa juga *lesspaper*; Kerahasiaan rekam medis elektronik sangat terjamin dan memiliki tingkat keamanan yang lebih tinggi karena dilindungi dengan sandi sehingga petugas medis tertentu yang dapat membukanya. Penyalinan atau pencetakan rekam medis elektronik dapat dibatasi sehingga hanya petugas medis tertentu yang dapat menyalin atau mencetak; Rekam medis elektronik memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan karena dapat dengan mudah dilakukan back up.

2. Keamanan data rekam mediselektronik

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 Elekteronik 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.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra. 2010. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta. Departemen Kesehatan RI. 2006. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Indonesia*, Revisi II, Jakarta.
- Djojodibroto, Darmanto. 1997. *Kiat Mengelola Rumah Sakit*, Jakarta.
- Fuad, Ihsan. (2005). *Dasar-dasar Kependidikan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Karjono, *Kontroversi*. 2005. *Aspek Hukum Rekam Medis*, Suara Badar XI.
- R. Hatta, Gemala. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta.
- Soekanto, Soerjono. 1986. *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta.
- Peraturan PerUndang-Undangan**
- Kepmenkes Nomor 034 Tahun 1972 tentang Perencanaan dan Peme liiharaan Rumah Sakit
- Kepmenkes Nomor 1333 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
- Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- Permenkes No 269 th 2008 Tentang Rekam Medis
- Permenkes Nomor 269 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