|  |
| --- |
| REKAM MEDIS Pasal 46 1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedoktcran 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.  Pasal 47 1. Dokumen rekam medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. 2. Rekarm medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. 3. Ketentuan mengenai rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.  Sumber: UU RI No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran  Last edited by gitahafas on Thu Jun 03, 2010 5:46 am; edited 2 times in total |
|  |
| REKAM MEDIS Rekam Medis Kesehatan menurut Lampiran SK PB IDI No 315/PB/A.4/88 adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis / kesehatan kepada seorang pasien. Isinya adalah: a. Kumpulan bukti bukti dalam bentuk berkas catatan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, hasil pemeriksaan laboratorium, gejala gejala yang timbul. Singkatnya mengenai segala sesuatu yang telah dilakukan di RS selama pasien dirawat, termasuk Informed Consent yang sudah dibubuhi tanda tangan yang dilekatkan pada berkas Rekam Medis tersebut. b. Kegunaan dari Rekam Medis merupakan 'flash back' tentang apa apa saja yang dilakukan selama pasien dirawat di RS tersebut.  Kegunaan Rekam Medis menurut Pasal 70 Permenkes No 749 tahun 1989 adalah: 1. Berkas Rekam Medis milik sarana pelayanan kesehatan. 2. Isi Rekam Medis milik RS, pasien hanya mendapat fotocopi resume. Pasal 11 : Rekam Medis wajib dijaga kerahasiaannya. Pasal 12 : Pemaparan isi Rekam Medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat dengan izin dari pasien.  Isi Rekam Medis: 1. Data Pribadi Nama, nomor KTP, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, alamat sekarang, keluarga terdekat, pekerjaan, nama dokter dan keterangan yang diperlukan untuk identifikasi lainnya  2. Data Finansial Nama / alamat majikan / perusahaan, perusahaan asuransi yang menanggung, tipe asuransi, nomor polis, dsb.  3. Data Sosial Kewarganegaraan / kebangsaan, hubungan keluarga, agama, penghidupan, kegiatan masyarakat dan data data lain mengenai kedudukan sosial pasien.  4. Data Medis Merupakan rekam klinis dari pasien, rekaman pengobatan yang berkesinambungan yang diberikan kepada pasien selama ia dirawat di RS. Data data ini memuat hasil hasil pemeriksaan fisik, riwayat penyakit, pengobatan yang diberikan, laporan kemajuan pengobatan, instruksi dokter, laporan lab klinik, laporan laporan konsultasi, anestesi, operasi, formulir Informed Consent, catatan perawat dan laporan / catatan lain yang terjadi dan dibuat selama pasien dirawat.  Kegunaan Rekam Medis menurut Permenkes No 749 tahun 1989 adalah sebagai: a. Atas dasar apa pasien dirawat dan adakah monitor dan evaluasi pengobatan selama dalam perawatan. b. Data data rekam medis dapat dipakai sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum. c. Data data tersebut kemudian dapat dipakai untuk keperluan penelitian dan pendidikan. d. Data data tersebut dapat dipakai sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan. e. Serta sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.  Semua catatan tulisan dalam Rekam Medis harus dapat dibaca dan lengkap, harus otentik dan diberi tanggal dan waktu, langsung oleh orang yang bertanggung jawab untuk memberi instruksi, memberi atau mengevaluasi pelayanan yang diberikan ( identifikasi dengan nama dan disiplin ilmu, tanda tangan, inisial tertulis atau pemasukan pakai komputer ). Dalam hal dokter memberi instruksi via telepon untuk suatu tindakan medis, harus diterima oleh perawat senior, perawat tersebut harus membaca ulang perintah tersebut dan mencatatnya di rekam medik pasien. Dalam waktu paling lama 24 jam dokter yang memberi perintah harus menandatangani catatan perintah tersebut.  Semua catatan data harus mendokumentasikan: 1. Bukti dari pemeriksaan fisik, termasuk riwayat kesehatan dan dilakukan tidak lebih lama dari 7 hari sebelum masuk rawat atau dalam jangka waktu 48 jam sesudah masuk rumah sakit. 2. Diagnosa masuk rawat. 3. Hasil dari evaluasi konsultasi pasien dan temuan yang cocok dengan staf klinik dan staf lainnya dalam merawat pasien. 4. Dokumentasi komplikasi, infeksi yang timbul di rumah sakit dan reaksi tidak cocok dengan obat dan anestesi. 5. Dijalankan dengan tepat formulir Informed Consent untuk prosedur dan tindakan yang ditentukan oleh staf medis, atau Hukum Federal atau Hukum Negara, apabila cocok, untuk memperoleh persetujuan.  Semua instruksi dokter, catatan perawat, laporan dari tindakan, data medikasi, rodiologi dan hasil laboratorium, serta tanda tanda vital dan informasi lain yang diperlukan untuk memonitor keadaan pasien, harus di dokumentasikan dalam Rekam Medis, termasuk catatan pemulangan pasien dengan hasil masuk rawat, catatan kasus dan catatan pemberian perawatan follow up. Tidak lupa cantumkan diagnosis akhir/Ringkasan Pulang dengan melengkapi Rekam Medis dalam waktu 30 hari sesudah pemulangan pasien.  Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada Rekam Medis, dapat dilakukan pembetulan. Pembetulan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa penghapusan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter., dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. ( Pasal 5 Ayat 5 dan 6 Permenkes No 269 / Menkes / PER / III / 2008.  Sayangnya UU Praktik Kedokteran tidak menyebutkan sampai kapan Rekam Medis ini harus disimpan dalam arsip seorang dokter atau dokter gigi, apalagi penyimpanan arsip seringkali memerlukan penangan khusus yang tidak sesederhana seperti yang kita bayangkan. Tetapi dalam Permenkes No269/ Menkes / Per / III / 2008 Pasal 8 dicantumkan Rekam Medis pasien rawat inap RS wajib disimpan sekurang kurangnya untuk 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Sesudah jangka waktu 5 tahun dilampaui, Rekam Medis tersebut dapat dimusnahkan kecuali Ringkasan Pulang dan Informed Consent, yang masih harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun, terhitung tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. Rekam Medis pada sarana pelayanan kesehatan non RS wajib disimpan sekurang kurangnya untuk jangka waktu 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien tersebut berobat.  Sumber: Buku Quo Vadis Kliniko Mediko Legal Indonesia dan Buku Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Yang Baik di Indonesia |
|  |
| PERNYATAAN IDI TENTANG REKAM MEDIS 1. Rekam medis / kesehatan adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis / kesehatan kepada seorang pasien.  2. Rekam medis / kesehatan meliputi identitas lengkap pasien, catatan tentang penyakit ( diagnosis, terapi dan pengamatan perjalanan penyakit ), catatan dari pihak ketiga, hasil pemeriksaan laboratorium, foto rontgen, pemeriksaan USG, dan lain lainnya serta resume.  3. Rekam medis / kesehatan harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya paling lambat 48 jam setelah pasien pulang atau meninggal.  4. Perintah dokter melalui telepon untuk suatu tindakan medis, harus diterima oleh perawat senior. Perawat senior yang bersangkutan harus membaca ulang catatannya tentang perintah tersebut dan dokter yang bersangkutan mendengarkan pembacaan ulang itu dengan seksama serta mengoreksi bila ada kesalahan. Dalam waktu paling lambat 24 jam, dokter yang memberi perintah harus menandatangani catatan perintah itu.  5. Perubahan terhadap rekam medis / kesehatan harus dilakukan dalam lembaran khusus yang harus dijadikan satu dengan dokumen rekam medis kesehatan lainnya.  6. Rekam medis / kesehatan harus ada untuk mempertahankan kualitas pelayanan profesional yang tinggi, untuk melengkapi kebutuhan informasi locum tennens, untuk kepentingan dokter pengganti yang meneruskan perawatan pasien, untuk referensi masa datang, serta diperlukan karena adanya hak untuk melihat dari pasien.  7. Berdasarkan butir 6 diatas, rekam medis / kesehatan wajib ada di RS, Puskesmas atau balai kesehatan dan praktik dokter pribadi atau praktik berkelompok.  8. Berkas rekam medis / kesehatan adalah milik RS, fasilitas kesehatan lainnya atau dokter praktik pribadi / praktik berkelompok. Oleh karena itu, rekam medis / kesehatan hanya boleh disimpan oleh RS, fasilitas kesehatan lainnya dan praktik pribadi / praktik berkelompok.  9 Pasien adalah pemilik kandungan isi rekam medis / kesehatan yang bersangkutan, maka dalam hal pasien tersebut menginginkannya, dokter yang merawatnya harus mengutarakannya, baik secara lisan maupun secara tertulis.  10 Pemaparan isi kandungan rekam medis / kesehatan hanya boleh dilakukan oleh dokter yang bertanggung jawab dalam perawatan pasien yang bersangkutan. Dan hal ini hanya boleh dilakukan untuk: ( 1 ) Pasien yang bersangkutan. ( 2 ) Atau kepada konsulen. ( 3 ) Atau untuk kepentingan pengadilan. Untuk RS permintaan pemaparan ini untuk kepentingan pengadilan harus ditujukan kepada Kepala RS.  11. Lama penyimpanan berkas rekam medis / kesehatan adalah lima tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau dirawat, dan selama lima tahun itu pasien yang bersangkutan tidak berkunjung lagi untuk berobat. Lama penyimpanan berkas rekam medis / kesehatan yang berkaitan dengan hal hal yang bersifat khusus dapat ditetapkan lain.  12. Setelah batas waktu tersebut pada butir 11, berkas rekam medis / kesehatan dapat dimusnahkan.  13. Rekam medis / kesehatan adalah berkas yang perlu dirahasiakan. Oleh karena itu, sifat kerahasiaan ini perlu selalu dijaga oleh setiap petugas yang ikut menangani rekam medis / kesehatan.  Sumber: Lampiran SK PB IDI No.315/PB/A.4/88  Last edited by gitahafas on Sun Mar 28, 2010 11:47 pm; edited 1 time in total |
|  |
| PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 269/MENKES/PER/III/2008 TENTANG REKAM MEDIS  MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, Menimbang bahwa sebagai pelaksanaan Pasal 47 ayat (3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, perlu mengatur kernbali penyelenggaraan Rekam Medis dengan Peraturan Menteri Kesehatan,  Mengingat  1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495); 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran {Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Penganti Undang- Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan atas Undang- Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548); 4. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2803); 5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637); 6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737); 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta Di Bidang Medik; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/ll/1988 tentang Rumah Sakit; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;  MEMUTUSKA N: Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG REKAM MEDIS. BAB I KETENTUAN UMUM Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan : 1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang ¡dentitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telan diberikan kepada pasien. 2. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. 3. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi. 4. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi. 5. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi. 6. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. 7. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik. 8. Organisasi Protesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk dokter gigi.  BAB II JENIS DAN ISI REKAM MEDIS Pasal 2 (1) Rekam medís 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.  Pasal 3 (1) tsi rekam medís untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memua! : a. identitas pasien; b. tanggal dan waktu; c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayaî penyakjt; d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; e. diagnosis; f. rencana penatalaksanaan; g. pengobatan dan/atau tindakan; h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan j. persetujuan tindakan bila diperlukan.  (2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu nari sekurang-kurangnya memuat : a. identitas pasien; b. tanggal dan waktu; c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; e. diagnosis; f. rencana penatalaksanaan, g. pengobatan dan/atau tindakan; h. persetujuan tindakan bila diperlukan; i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan; j ringkasan pulang (discharge summary), k. ñama dan tanda tangán dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan; I. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.  (3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat : a. identitas pasien; b. kondísi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan; c. identitas pengantar pasien; d. tanggal dan waktu; e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; g. diagnosis; h. pengobatan dan/atau tindakan; i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut; j. ñama dan tanda tangán dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan; k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan I. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.  (4) Isi rekam medís pasien dalam keadaan bencana. selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan : a. jenis bencana dan lokasi dimana pasien dítemukan; b. kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan c identitas yang menemukan pasien;  (5) Isi rekam medís untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan. (6) Pelayanan yang díberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medís sesuai ketentuan sebagaimana diatur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.  Pasal 4 (1) Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam Pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. (2) Isi ríngkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat : a. identitas pasien; b. diagnosis masuk dan ¡ndikasi pasien dirawat; C. ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir. pengobatan dan tindak lanjut; dan d. ñama dan tanda tangán dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.  BAB III TATA CARA PENYELENGGARAAN Pasal 5 (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib rnembuat rekam medis. (2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. (3) Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah díberikan kepada pasien. (4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi ñama, waktu dan tanda tangán dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung, (5) Dalam hai terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. (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 tertentu yang bersangkutan.  Pasal 6 Dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.  Pasal 7 Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dafam rangka penyelenggaraan rekam medis.  BAB IV PENYIMPANAN, PENIUSNAHAN, DAN KERAHASIAAN Pasal 8 (1) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. (2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. (3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. (4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan, ayat (3), dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.  Pasal 9 (1) Rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. (2) Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.  Pasal 10 (1) 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. (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hai : a. untuk kepentingan kesehatan pasien; b. memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan; c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri; d permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.  Pasal 11 (1) Penjelasan tentang ¡si rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan. (2) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.  BAB V KEPEMILIKAN, PEMANFAATAN DAN TANGGUNG JAWAB Pasal 12 (1) Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan (2) Isi rekam medis merupakan milik pasien (3) Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis. (4) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.  Pasal 13 (1) Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai: a. pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien; b. alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi; c. keperluan pendidikan dan penelitian; d dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan; dan e. data Statistik kesehatan (2) Pemanfaatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya. (3) Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.  Pasal 14 Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.  BAB VI PENGORGANISASIAN Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan organisasi dan tata kerja sarana pelayanan kesehatan.  BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN Pasal 16 (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan organisasi protesi terkait melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan peraturan ini sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.  Pasal 17 (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dapat mengambil tindakan administratif sesuai dengan kewenangannya masing-masing. (2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa teguran lisan, teguran tertulis sampai dengan pencabutan izin.  BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN Pasal 18 Dokter, dokter gigi, dan sarana pelayanan kesehatan harus menyesuaikan dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan ini paling lambat 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan  BAB IX KETENTUAN PENUTUP Pasal 19 Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.  Pasal 20 Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia,  Ditetapkan di Jakarta pada tanggal 12 Maret 2008 MENTERI KESEHATAN, Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K) |
|  |
| ASPEK HUKUM REKAM MEDIS Rekam Medis adalah: 1. Kompendium ( ikhtisar ) yang berisi informasi tentang keadaan pasien selama dalam perawatan penyakitnya atau selama dalam pemeliharaan kesehatannya ( Waters & Murphy ). 2.Rekam medis / kesehatan adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis / kesehatan kepada seorang pasien. ( I D I ). 3. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang ¡dentitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telan diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. ( Permenkes No.749.a/Menkes/Per/XII/1989 Pasal 1 a ). 4. Berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. ( Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran ).  Jika dilihat bahwa Rekam Medis dibuat oleh dan utamanya untuk menunjang kepentingan health care provider, maka tentunya berkas tersebut milik health care provider, walaupun pasien juga dapat ikut memanfaatkannya. Pemikiran tersebut sesuai dengan Pasal 10 ayat (1) Permenkes No 749.a tahun 1989 dan dikuatkan dalam UU No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Pasien dapat memiliki isi Rekam Medis tetapi hanya berupa salinan setelah melalui proses pengajuan tertulis kepada pihak pelayanan kesehatan. Pengajuan tertulis ini tidak ditafsirkan sebagai hal untuk mempersulit pasien, akan tetapi ini merupakan prosedur yang harus ditempuh, sebagai bukti kelak bahwa telah terjadi transaksi atas kepemilikan Rekam Medis dengan segala konsekuensinya, termasuk kerahasiaan medik sudah tidak menjadi tanggung jawab sepenuhnya petugas dan atau sarana pelayanan kesehatan. Semakin lengkap suatu Rekam Medis semakin baik itikad seorang petugas dalam merawat pasien dan semakin kuat dalam kedudukan hukum dari petugas itu sendiri.  Sumber: Hukum Kesehatan Pengantar Menuju Perawat Profesional, Ns.Ta'adi, S.Kep, M.HKes |
|  |
| 10 August 2006 Hak Pasien Terhadap Informasi Kesehatan Mereka \*)  Oleh : Rano I S  Apa saja hak pasien terhadap berkas rekam medis mereka berkaitan dengan informasi kesehatan yang terkandung didalamnya ?. The Medical Records Institute merumuskan hak-hak pasien tersebut seperti berikut ini :  1. Hak privasi – pasien memiliki hak untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan mereka. Informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis harus dijaga kerahasiaan dan keamanannya. Penggunaan rekam medis berbasis komputer / elektronik selayaknya harus lebih terjaga kerahasiaan dan keamanannya dibandingkan dengan rekam medis berbasis kertas.  2. Hak untuk mengakses / melihat informasi kesehatan pribadi Meskipun perdebatan tentang kepemilikan rekam medis masih sering diperdebatkan, namun secara umum telah mulai disepakati bahwa pihak provider (rumah sakit, klinik, dll) berhak atas kepemilikan rekam medis secara fisik. Fisik atau media rekam medis ini dapat berupa lembaran berkas atau media penyimpanan di komputer. Isi / kandungan informasi dari rekam medis dimiliki secara bersama oleh pihak provider dan pasien. Beberapa provider mungkin belum siap untuk mengijinkan pasiennya melihat / mengakses berkas rekam medisnya atau melayani permintaan fotokopi untuk itu. Namun secara umum, pihak provider akan melayani kebutuhan hak pasien ini. Jadi, pasien berhak melihat, mengakses, atau meminta fotokopi / salinan dari berkas rekam medis mereka. Tentu saja hal ini akan berkaitan dengan konsekuensi adanya biaya penggantian fotokopi dan pengelolaannya. Hak untuk memasukkan / menambahkan catatan dalam rekam medis Pelaksanaan hak ini tentu melalui prosedur dan alur yang telah ditentukan oleh pihak provider, misalnya melalui unit atau komite yang bersangkutan. Pasien memiliki hak untuk menambahkan catatan atau menambahkan penjelasan kedalam berkas rekam medis mereka.  3. Hak untuk tidak mencantumkan identitas (anonim) Hak ini berlaku apabila pasien tersebut membayar sendiri biaya pelayanan kesehatannya (tidak melalui penjaminan atau asuransi). Dalam hal ini pasien berhak untuk menutup / menjaga informasi dirinya selama pelayanan kesehatan (termasuk juga rencana kesehatannya). Beberapa informasi hanya boleh dibuka untuk kepada dokter atau pihak tertentu saja dengan pernyataan tertulis dan spesifik dari pasien yang bersangkutan.  4. Hak untuk mendapatkan riwayat kehidupan medis yang baru Beberapa pasien akan merasa terperangkap dalam diagnosis medis tertentu atau catatan tertentu dalam rekam medis mereka, misalnya saja pasien kesehatan mental. Pasien memiliki hak untuk memulai kehidupan medis yang baru dengan mulai membuat rekam medis yang baru. |
|  |
| REKAM MEDIS ( MEDICAL RECORD ) Dahulu masalah rekam medis tidak begitu diperhatikan. Pencatatan medis di tempat praktik dokter dengan menggunakan Kartu Pasien, atau catatan di rumah sakit yang dahulu dipakai dan dinamakan 'Status", sudah biasa dilakukan, namun belum sampai menimbulkan persoalan hukum. Lagipula kepentingannya tidak begitu dirasakan, karena tuntutan yang dilakukan terhadap dokter atau rumah sakit dapat dikatakan di Indonesia hampir tidak ada. Pada waktu itu penyimpanan Status pasien belum serapih sekarang, dengan penomoran yang dapat dicari kembali.  Namun situasi dan kondisi kini sudah berubah, pesatnya perkembangan sains dan teknologi, persentase pertambahan penduduk yang kian berlipat ganda, gejala materialisme dan hedonisme, kesemuanya ini mempengaruhi cara berpikir masyarakat, termasuk pasien dan juga dokternya. Hal ini memberikan dampaknya pula terhadap hubungan dokter-pasien, yang dahulu bersifat paternalistik, kini berubah menjadi impersonal. Hubungan terapeutik antara dokter-pasien mengalami erosi, sehingga kini pasien tak segan segan untuk menuntut dokternya karena ada dugaan bahwa dokter itu telah berbuat kelalaian.  Dewasa ini hukumpun harus turut mengatur bidang yang tadinya tidak tersentuh ini, yaitu bidang medis, Diantara produk Hukum Medis yang sudah diterbitkan adalah antara lain mengenai Medical Records yang diterjemahkan dengan Rekam Medis sebagaimana diatur didalam Peraturan Menteri Kesehatan No 749a tahun 1989. Secara yuridis, sejak berlakunya Permenkes tersebut maka pelaksanaan Rekam Medis dengan membuat catatan catatan data pasien sudah merupakan suatu keharusan, sudah menjadi kewajiban hukum. Dengan banyaknya perusahaan asuransi di bidang kesehatan, masuknya wisatawan asing, investasi warga asing di INdonesia, bertambah pula hubungan internasional, Akreditasi dan Quality Assurance, maka sebaiknya dari sekarang profesi kedokteran sudah membiasakan diri untuk membuat catatan catatan data medis pasien dengan lengkap.  Hal ini disebabkan karena suatu Rekam Medis yang teratur, rapih dan dibuat secara kronologis dengan baik dan lengkap, akan merupakan bukti yang kuat di pengadilan. Catatan di dalam Rekam Medis harus pula jelas tulisannya dan dapat dibaca kembali oleh orang lain. Tanpa dipenuhinya syarat syarat ini, maka sebuah rumah sakit akan sukar mengadakan pembelaan dirinya didepan pengadilan dalam suatu gugatan malpraktek medis. Selain itu suatu Rekam Medis yang tak terbaca memberikan bukti buruk kepada Pengadilan, dan dapat melemahkan pembelaan rumah sakit dan dokternya.  Suatu Rekam Medis yang baik memungkinkan rumah sakit untuk mengadakan rekonstruksi yang baik mengenai pemberian pelayanan kepada pasien serta memberikan gambaran untuk dinilai, apakah perawatan dan pengobatan yang diberikan dapat diterima atau tidak dalam situasi dan keadaan demikian. Medical Record harus diisi dengan segera dan secara langsung pada saat dilakukan tindakan dan pada pemberian instruksi oleh dokter. Atau oleh perawat pada saat dilakukan observasi setelah timbul suatu gejala atau suatu perubahan, dan sewaktu melakukan tindakan. Jika hal ini tidak ditaati, bisa terkena tuntutan kelalaian.  Rekam Medis yang lengkap memuat 4 macam data data seperti: 1. Data Pribadi Nama, nomor KTP, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, alamat sekarang, keluarga terdekat, pekerjaan, nama dokter dan keterangan yang diperlukan untuk identifikasi lainnya  2. Data Finansial Nama / alamat majikan / perusahaan, perusahaan asuransi yang menanggung, tipe asuransi, nomor polis, dsb.  3. Data Sosial Kewarganegaraan / kebangsaan, hubungan keluarga, agama, penghidupan, kegiatan masyarakat dan data data lain mengenai kedudukan sosial pasien.  4. Data Medis Merupakan rekam klinis dari pasien, rekaman pengobatan yang berkesinambungan yang diberikan kepada pasien selama ia dirawat di RS. Data data ini memuat hasil hasil pemeriksaan fisik, riwayat penyakit, pengobatan yang diberikan, laporan kemajuan pengobatan, instruksi dokter, laporan lab klinik, laporan laporan konsultasi, anestesi, operasi, formulir Informed Consent, catatan perawat dan laporan / catatan lain yang terjadi dan dibuat selama pasien dirawat.  Rekam Medis sebenarnya sangat berguna untuk dipergunakan memenuhi beberapa keperluan, antara lain: - Dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien. - Bahan pembuktian dalam perkara hukum. - Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan. - Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan. - Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.  Rumah sakit harus mempunyai bagian pelayanan Rekam Medis yang bertanggung jawab terhadap rekam medis, Suatu rekam medis harus dibuat untuk setiap orang yang diperiksa atau diobati di rumah sakit, baik rawat inap maupun rawat jalan. Organisasi Rekam Medis harus sesuai dengan luas dan kompleksnya pelayanan yang diberikan. Rumah sakit harus memakai karyawan yang adekuat untuk menjamin kelengkapan, dan pencarian kembali dari catatan tersebut. Rekam Medis harus ditulis dengan akurat, segera dilengkapi, dengan baik di isi dan disimpan dan dapat dicari dan diambil kembali. Rekam Medis harus disimpan dalam keadaan asli atau secara legal dapat diproduksikan kembali, untuk jangka waktu paling sedikit selama 5 tahun. Rumah sakit harus mempunyai sistim pengkodean dan indeks untuk Rekam Medis. Sistim itu harus memungkinkan untuk dengan cepat dapat dicari kembali berdasarkan diagnosis dan prosedur, sehingga memungkinkan menunjang evaluasi penelitian. Rumah sakit harus mempunyai prosedur untuk menjamin kerahasiaan data pasien. Informasi atau pengkopian dari Rekam Medis hanya dapat dilakukan oleh orang orang yang berwenang, dan rumah sakit harus menjaga sehingga orang orang yang tidak berwenang tidak mempunyai akses kepada atau mengubah data pasien. Rekam Medis asli harus wajib dibuka oleh rumah sakit hanya berdasarkan hukum federal, perintah pengadilan atau dengan surat perintah dari petugas pengadilan. Rekam Medis harus memuat informasi untuk justifikasi masuk rawat dan penerusan perawatannya di rumah sakit, menunjang diagnosis, dan menguraikan kemajuan pasien dan respons terhadap pengobatan dan pelayanan. Semua catatan tulisan harus dapat dibaca dan lengkap, dan harus otentik dan diberi tanggal langsung oleh orang yang bertanggung jawab untuk memberi instruksi ( diidentifikasi dengan nama dan disiplin ), memberi atau mengevaluasi pelayanan yang diberikan. Penulis catatan harus ada identifikasinya dan harus sah dengan penulisannya. Identifikasi harus termasuk tanda tangan, inisial, tertulis atau pemasukan pakai komputer. Semua catatan data harus mengdokumentasikan sebagai berikut: 1. Bukti dari pemeriksaan fisik, termasuk riwayat kesehatan, dan dilakukan tidak lebih lama dari 7 hari sebelum masuk rawat dan atau dalam jangka waktu 48 jam sesudah masuk rumah sakit. 2. Diagnosis masuk rawat. 3. Hasil dari evaluasi konsultasi pasien dan temuan yang cocok dengan staf klinik dan staf lainnya dalam merawat pasien. 4. Dokumentasi dari komplikasi, infeksi yang timbul di rumah sakit dan reaksi tidak cocok dengan obat dan anestesi. 5. Dijalankan dengan tepat formulir Informed Consent untuk prosedur dan tindakan yang ditentukan oleh staf medis, atau hukum federal, atau hukum negara, apabila cocok, untuk memperoleh persetujuan pasien tertulis. 6. Semua instruksi dokter, catatan perawat, laporan dari tindakan, data medisasi, radiologi, dan hasil laboratorium, dan tanda tanda vital dan informasi lain yang diperlukan untuk memonitor keadaan pasien. 7. Catatan pemulangan pasien dengan hasil masuk rawat, catatan kasus dan catatan pemberian perawatan follow-up. 8. Diagnosis akhir dengan melengkapi Rekam Medis dalam jangka waktu 30 hari sesudah pemulangan pasien.  Berkas Rekam Medis merupakan kumpulan bukti bukti dalam bentuk berkas catatan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, hasil laboratorium, gejala gejala yang timbul, singkatnya mengenai segala sesuatu yang telah dilakukan di rumah sakit selama pasien dirawat. Termasuk bukti persetujuan pasien dalam bentuk formulir Informed Consent yang sudah dibubuhi tandatangan dan yang dilekatkan pada berkas Rekam Medis tersebut.  Berkas Rekam Medis yang dipelihara dan dilakukan dengan baik, niscaya akan bisa memberi gambaran balik ( flash back ) tentang apa apa saja yang telah dilakukan selama pasien dirawat di rumah sakit itu. Berkas Rekam Medis adalah milik rumah sakit yang tidak boleh dibawa keluar rumah sakit oleh siapun, termasuk dokter dan pasiennya sendiri juga. Pasien dapat meminta fotokopinya dan membayar biayanya. Berkas asli harus tetap ada di rumah sakit. Jika ada pihak ketiga misalnya asuransi minta data data pasien kepada rumah sakit atau dokternya, maka hal ini hanya boleh diberikan dengan adanya Surat Persetujuan tertulis dari pasien.  Sumber: - Buku Informed Consent J.Guwandi S.H - Buku Rahasia Medis J.Guwandi S.H |
|  |
| Implementasi Undang-Undang Praktik Kedokteran Yang terkait dengan Masalah Rekam Medis link\_forensik\_ku.webs.com/hukumkesehatan.htm -  Budi Sampurna Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikoelgal Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jl. Salemba Raya No 6 Jakarta Pusat Telp: 3106976. Fax : 3154626   Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diundangkan untuk mengatur praktik kedokteran dengan tujuan agar dapat memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.  Pada bagian awal, Undang-Undang No 29/2004 mengatur tentang persyaratan dokter untuk dapat berpraktik kedokteran, yang dimulai dengan keharusan memiliki sertifikat kompetensi kedokteran yang diperoleh dari Kolegium selain ijasah dokter yang telah dimilikinya, keharusan memperoleh Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia dan kemudian memperoleh Surat ijin Praktik dari Dinas Kesehatan Kota / Kabupaten. Dokter tersebut juga harus telah mengucapkan sumpah dokter, sehat fisik dan mental serta menyatakan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.  Selain mengatur persyaratan praktik kedokteran di atas, Undang-Undang No 29/2004 juga mengatur tentang organisasi Konsil Kedokteran, Standar Pendidikan Profesi Kedokteran serta Pendidikan dan Pelatihannya, dan proses registrasi tenaga dokter.  Pada bagian berikutnya, Undang-Undang No 29/2004 mengatur tentang penyelenggaraan praktik kedokteran. Dalam bagian ini diatur tentang perijinan praktik kedokteran, yang antara lain mengatur syarat memperoleh SIP (memiliki STR, tempat praktik dan rekomendasi organisasi profesi), batas maksimal 3 tempat praktik, dan keharusan memasang papan praktik atau mencantumkan namanya di daftar dokter bila di rumah sakit. Dalam aturan tentang pelaksanaan praktik diatur agar dokter memberitahu apabila berhalangan atau memperoleh pengganti yang juga memiliki SIP, keharusan memenuhi standar pelayanan, memenuhi aturan tentang persetujuan tindakan medis, memenuhi ketentuan tentang pembuatan rekam medis, menjaga rahasia kedokteran, serta mengendalikan mutu dan biaya.  Pada bagian ini Undang-Undang juga mengatur tentang hak dan kewajiban dokter dan pasien. Salah satu hak dokter yang penting adalah memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, sedangkan hak pasien yang terpenting adalah hak memperoleh penjelasan tentang penyakit, tindakan medis, manfaat, risiko, komplikasi dan prognosisnya dan serta hak untuk menyetujui atau menolak tindakan medis.  Pada bagian berikutnya Undang-Undang No 29/2004 mengatur tentang disiplin profesi. Undang-Undang mendirikan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia yang bertugas menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter. Sanksi yang diberikan oleh MKDKI adalah berupa peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan STR dan/atau SIP, dan kewajiban mengikuti pendidikan dan pelatihan tertentu.  Pada akhirnya Undang-Undang No 29/2004 mengancam pidana bagi mereka yang berpraktik tanpa STR dan atau SIP, mereka yang bukan dokter tetapi bersikap atau bertindak seolah-olah dokter, dokter yang berpraktik tanpa membuat rekam medis, tidak memasang papan praktik atau tidak memenuhi kewajiban dokter. Pidana lebih berat diancamkan kepada mereka yang mempekerjakan dokter yang tidak memiliki STR dan/atau SIP.  Undang-Undang No 29/2004 baru akan berlaku setelah satu tahun sejak diundangkan, bahkan penyesuaian STR dan SIP diberi waktu hingga dua tahun sejak Konsil Kedokteran terbentuk.  Beberapa peraturan lanjutan tampaknya harus dibuat oleh Konsil Kedokteran dan/atau Menteri Kesehatan untuk memperjelas ketentuan yang belum jelas, yaitu tentang perijinan yang dikaitkan dengan tempat dan jam praktik, “penempatan dokter” yang masih dikaitkan dengan ijin praktek – meskipun ketentuan WKS telah dicabut, peraturan ijin praktik medis untuk perawat di Balai Pengobatan, standar profesi, ketentuan kelengkapan rekam medis, manfaat informed consent, tanggungjawab hukum dan lain-lain.  Ketentuan yang berkaitan dengan masalah rekam medis Dalam UU No 29/2004 terdapat beberapa ketentuan yang berhubungan dengan penyelenggaraan rekam medis, yaitu tentang Standar Pelayanan, Persetujuan Tindakan Kedokteran, Rekam medis, Rahasia Kedokteran dan Kendali mutu dan kendali biaya. Sebagian besar ketentuan hukum tersebut adalah ketentuan yang telah diterbitkan dalam bentuk peraturan perundangundangan lain. Di bawah adalah ketentuan tersebut:  1. Pasal 44 ayat (1) menyatakan bahwa “dokter dan dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran dan kedokteran gigi”.  2. Pasal 45 ayat (5) menyatakan bahwa “setiap tindakan kedokteran dan kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan”  3. Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa “setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”.  4. Pasal 46 ayat (2) menyatakan bahwa “rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan”  5. Penjelasan pasal 46 ayat (3) menyatakan bahwa : “yang dimaksud dengan petugas adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Apabila dalam pencatatan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik, kewajiban membubuhi tandatangan dapat diganti dengan menggunakan nomor identitas pribadi (personal identification number)  6. Pasal 47 ayat (2) menyatakan bahwa “rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan”.  7. Pasal 49 ayat (2) menyatakan bahwa “dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medis”, dengan penjelasan bahwa “yang dimaksud dengan audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis”.  8. Pasal 79 menyatakan bahwa “Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000.00 (lima puluh juta rupiah) setiap dokter dan dokter gigi yang (b) dengan sengaja tidak membuat rekam medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1)”  Memang masih banyak ketentuan hukum lain di dalam UU no 29/2004 di bidang pelayanan rekam medik yang juga penting, namun uraian ayat-ayat di atas sangat berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medis yang saat ini sedang dijadikan isu utama.  Permenkes 749a tahun 1989 tentang Rekam medis dalam pasal 15 dan 16 menyebutkan butir-butir minimal yang harus dimuat dalam rekam medis, misalnya untuk pasien rawat inap setidaknya memuat informasi tentang identitas pasien, anamnesis, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, persetujuan tindakan medik, catatan perawatan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan dan resume akhir dan evaluasi pengobatan. Sayang sekali bahwa format dan seberapa jauh “kelengkapan” isi rekam medis tidak atau belum diuraikan disuatu peraturan pun.  Kewajiban pengadaan rekam medis Kewajiban pengadaan rekam medis bagi setiap sarana pelayanan kesehatan sudah diberlakukan sejak 1989 melalui permenkes no 749a, termasuk ke dalamnya adalah pengisian rekam medis dengan akurat, lengkap dan tepat waktu. Namun demikian sanksi administratif yang diberlakukan pada Permenkes diubah menjadi sanksi pidana pada UU Praktik Kedokteran. Harapan pembuat UU adalah agar para klinisi menjadi lebih bertanggungjawab dalam mengisi rekam medis.  Dokter yang merawat pasien bertanggungjawab atas kelengkapan dan keakurasian pengisian rekam medis. Di dalam praktik memang dapat saja pengisian rekam medis dilakukan oleh tenaga kesehatan lain (perawat, asisten, residen, co-ass), namun dokter yang merawat pasienlah yang memikul tanggungjawabnya. Perlu diingat bahwa kelengkapan dan keakuratan isi rekam medis sangat bermanfaat, baik bagi perawatan dan pengobatan pasien, bukti hukum bagi rumah sakit dan dokter, maupun bagi kepentingan penelitian medis dan administratif.  Petugas rekam medis atau profesional manajemen informasi kesehatan wajib berupaya untuk memastikan bahwa pendokumentasian dilakukan dengan baik, pengkodean dilakukan dengan benar, menyampaikan informasi kesehatan hanya dengan prosedur yang sah, mengolah data rekam medis dengan baik, memanfaatkan data rekam medis untuk kepentingan pengendalian mutu layanan kesehatan, dan menyadari bahwa komputerisasi rekam medis sangat membantu segala upaya pengelolaan tetapi memiliki dampak lebih terbuka sehingga aspek kerahasiaan menjadi tertantang.  Dokumentasi yang dianggap tidak dapat diterima adalah melakukan pencatatan mundur dan pengubahan catatan disesuaikan dengan hasil layanan yang terjadi. Fraud dan abuse di bidang pendokumentasian dan pengkodean harus bisa dicegah, seperti mengkode sedemikian rupa agar pembayaran menjadi lebih besar, misrepresentasi atau untuk tujuan menghindari konflik.  Kewajiban menjaga informasi kesehatan sebagai rahasia Kerahasiaan rekam medis diatur di dalam UU Praktik Kedokteran pasal 47 ayat (2) sebagaimana disebutkan di atas. UU tersebut memang hanya menyebut dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana yang wajib menyimpannya sebagai rahasia, namun PP no 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran tetap mewajibkan seluruh tenaga kesehatan dan mereka yang sedang dalam pendidikan di sarana kesehatan untuk menjaga rahasia kedokteran.  Lebih lanjut UU Praktik Kedokteran memperkuat peraturan sebelumnya yang menyatakan bahwa berkas RM adalah milik sarana kesehatan sedangkan isi RM milik pasien. Pernyataan tersebut sering mengakibatkan kesulitan dalam mengartikannya. Di AS umumnya berlaku pemahaman bahwa “the medical record, as a medium, is owned by the health-care provider, with the patient possessing a limited property interest in the health information contained therein” [1]  Selanjutnya, pasal 1 PP 10 tahun 1966 yang menyatakan bahwa ”yang dimaksud dengan rahasia kedokteran adalah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaannya dalam lapangan kedokteran” sehingga tidak ada sedikitpun yang bukan rahasia. Namun umumnya para praktisi menyederhanakannya dengan menyatakan bahwa merahasiakan berarti tidak menyebut identitas (dalam arti luas) bila berbicara tentang “riwayat medik” dan begitu pula sebaliknya.  Selanjutnya UU Praktik Kedokteran memberikan peluang pengungkapan informasi kesehatan secara terbatas, yaitu dalam pasal 48 ayat (2): 1. untuk kepentingan kesehatan pasien 2. untuk memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum 3. permintaan pasien sendiri 4. berdasarkan ketentuan undang-undang  Sedangkan pasal 12 Permenkes 749a menyatakan bahwa: (1) pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan ijin tertulis pasien. (2) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa seijin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.  Dalam hal ini kesulitan masih dapat terjadi karena belum ada peraturan yang merinci bagaimana tata cara penyerahan informasi kesehatan, baik kepada pasien maupun kepada pihak ketiga.  Oleh karena pasien adalah pemilik ”isi rekam medis”, maka sarana kesehatan dapat menyerahkan dengan lebih tidak ragu-ragu, yaitu dapat dalam bentuk fotokopi rekam medis ataupun dalam bentuk surat keterangan yang memuat resume perjalanan penyakit dan perawatannya selama di sarana kesehatan tersebut. Rekam medis asli hanya dapat dibawa keluar sarana kesehatan atas perintah pengadilan.  Sedangkan kepada pihak ketiga, setelah memperoleh persetujuan pasien, informasi yang disampaikan harus memenuhi prinsip ”need to know”, yaitu minimal tapi mencukupi, relevan dan akurat.  Di bidang keamanan rekam medis, Permenkes No 749a/MENKES/ PER/XII/1989 menyatakan dalam pasal 13, bahwa pimpinan sarana kesehatan bertanggungjawab atas (a) hilangnya, rusaknya, atau pemalsuan rekam medis, (b) penggunaan oleh orang / Badan yang tidak berhak. Peluang menyimpan dalam bentuk elektronik juga dinyatakan dalam UU Praktik Kedokteran, dengan memberikan isyarat keharusan menggunakan PIN. Dalam hal ini para praktisi harus segera menyikapi dengan membuat rambu-rambu ketentuan sedemikian agar privasi, kerahasiaan dan keamanan harus tetap terjaga.  [1] McWay DC. Legal Aspects of Health Information Management. Albany: Delmar Publisher, 1997: 86  Kewajiban menganalisis dan audit medis UU Praktik Kedokteran mewajibkan dokter dan dokter gigi, atau dalam hal ini juga sarana kesehatannya, untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya. Dalam rangka melakukan kedua tugas tersebut perlu dilakukan analisis rekam medis. Berbagai kegiatan dapat dilakukan dalam menunjang tugas-tugas di atas, misalnya audit (analisis kualitatif dan kuantitatif) rekam medis, analisis berbagai angka kesehatan, laporan kasus, incident report, dan audit medis.  Audit rekam medis berbeda dengan audit medis. Walaupun ada persamaan berkas yang diaudit yaitu berkas rekam medis, namun ada perbedaan prinsip antara audit medis dengan audit rekam medis. Audit rekam medis dilakukan oleh sub komite rekam medis dan atau penanggung jawab unit kerja rekam medis, yang terkait dengan kelengkapan pengisian rekam medis, sedangkan audit medis dilakukan oleh staf medis dengan melihat diagnose dan pengobatan yang terdokumentasi dalam rekam medis tersebut dan menganalisisnya apakah telah sesuai dengan standar atau belum. [1]  Departemen Kesehatan saat ini juga sedang merevisi buku Pedoman Rekam Medis, yang didalamnya juga memuat tatacara menganalisis rekam medis.  [1] draft Pedoman Audit Medis di RS, Departemen Kesehatan, 20 Sept 2004  Kesimpulan Sebagian besar ketentuan tentang rekam medis dalam UU Praktik Kedokteran telah diatur dalam peraturan-peraturan sebelumnya, sebagian kecil lainnya merupakan penguatan ketentuan sebelumnya dan penambahan ketentuan yang sebelumnya belum ada. Keseluruhan ketentuan tersebut ditujukan untuk melindungi pasien, meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan kepastian hukum.  Last edited by gitahafas on Sat Jun 26, 2010 8:59 pm; edited 1 time in total |
|  |
| link\_forensik\_ku.webs.com/hukumkesehatan.htm -  Fungsi dan Tujuan rekam medis Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) melalui Pedoman Akreditasi untuk rumah sakitnya menetapkan tujuan rekam medis adalah o Sebagai dasar pemberian pelayanan dan evaluasi terapi yang berkesinambungan o Sebagai pelengkap evaluasi medis pasien, terapi dan perubahan kondisi pasien saat pasien berada dalam perawatan di rumah sakit, gawat darurat o Untuk mendokumentasikan komunikasi yang terjadi antara dokter-dokter yang bertanggung jawab memberikan pelayanan medis kepada pasien o Sebagai alat bantu hukum bagi pasien, rumah sakit dan dokter. o sebagai data yang dapat digunakan untuk pendidikan dan penelitian.  Ada 2 tipe rekam medis : 1)rekam medis rumah sakit dan 2) rekam medis pada praktek dokter.  Rekam medis rumah sakit Rekam medis rumah sakit adalah rekam medis yang lengkap, terkini yang memuat riwayat pasien, kondisi terapi dan hasil perawatan. rekam medis digunakan untuk mendokementasikan secara kronolagis terapi yang diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga digunakan untuk merencanakan evaluasi terapi pasien dan sebagai alat komunikasi antar dokter dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya di rumah sakit. Pengawas medis dan perawatan melakukan audit kualitas pelayanan kesehatan dengan mengevaluasi terapi yang dituliskan dalam rekam medis, yang kemudian dibandingkan dengan standar prosedur yang berlaku.  Rekam medis rumah sakit adalah bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum, rekam medis yang baik dapat membantu rumah sakit atau dokter merekonstruksi kembali urutan terapi dan menunjukan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat diterima dalam kondisi yang ada pada saat itu.  Rekam medis juga bisa menjadi bukti yang dapat memberatkan rumah sakit maupun dokter. Untuk itu format dan pengisisan harus dibuat secara hati-hati dan harus relevan dengan keadaan pasien.Semua perubahan yang ada dibuat secara kronolagis dengan dilengkapi penjelasan tentang alasan perubahan. Sekali rekam medis selesai dibuat komponen-komponen yang ada tidak boleh diubah, dihilangkan dan ditambahkan. Segala usaha untuk mengubah rekam medis biasanya dilakukan untuk kepentingan pribadi semata.  JCAHO menetapkan bahwa rekam medis dari rumah sakit yang terakreditasi memuat informasi yang cukup untuk menetapkan diagnosis, terapi dan hasil terapi secara akurat.  Rekam medis tiap-tiap rumah sakit sangat bervariasi, tergantung dari karakteristik dari tiap rumah sakit.Tetapi pada umumnya rekam medis rumah sakit terdiri dari dua bagian, Bagian informasi umum dan informasi klinis. Informasi yang minimal harus ada ditetapkan oleh pewawas rumah sakit wilayah atau standar akreditasi, dan peraturan-peraturan yang ditetapkan untuk rumah sakit dan para staf medis.  Untuk memenuhi ketentuan federal sebuah rumah sakit harus memasukkan informasi pasien pada rekam medis yang terdiri dari data identifikasi, keluha utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat sebelumnya, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, diagnosis kerja, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan foto rontgen, hasil konsultasi spesialis, prosedur terapu, ringkasan saat pulang dan temuan pada atopsi.  Rekam medis dokter praktek Tujuan dan fungsi rekam medis pasien untuk dokter praktek sama dengan tujuan dan fungsi rekam medis pada rumah sakit.  Umumnya tidak ada format panduan khusus yang mengatur komponen-komponen apa saja yang harus ada dalam rekam medis pada praktek dokter. Tetapi Sebagai acuan, rekam medis harus berisiinformasi mengenai terapi yang diberikan kepada pasien di manapun selain di rumah sakit dengan detail dan lengkap. Instruksi-instruksi yang diberikan kepada pasien melalui telepon juga harus direkam, Dokter juga harus mencatat setiap telepon yang diterima. Pencatatan korespondensi melalui telepon harus dipisahkan dari rekam medis pasien.  Seorang dokter sebagai dokter prakte memiliki kewajiban untuk melengkapi rekam medis dan memberikan salinanya kepada dokter berikutnya yang bertanggung jawab terhadap pasien. Tetapi dokter tidak dibenarkan memberikan rekam medis pasien kepada petugas kesehatan yang tidak berkualifikasi dan dukun.   Standar Rekam Medis Ada beberapa standar penyimpanan rekam medis yang diterima oleh organisasi profesional juga oleh pengadilan. Dokter harus memeriksa bahwa dalam setiap lembaran tercantum nama dan materi identifikasi pasien yang terisi dengan baik.  Pengisian harus jelas, tidak membingungkan. Rekam medis harus akurat, adekuat, tepat, faktual dan relevan. Untuk dapat memberikan pelayanan sesuai standar seorang dokter harus melakukan pencatan sesering mungkin.  Baik dokter maupun perawat harus memiliki rencana perawatan yang terpisah namun saling melengkapi. Setiap tindakan yang dilakukan harus tercatat sejak kedatangan awal pasien. Semakin darurat keadaan pasien maka rekam medis harus ditulis sesegera mungkin.  Pada saat pasien pulang dokumentasi harus dapat menunjukkan bahwa pemulangan pasien sudah sesuai medis dengan mencantumkan rencana tindak lanjut dan mengajarkan pada pelaku rawat cara pemberian obat setelah pulang. Pencatatan pada saat transfer pasien juga dilakukan dengan cara serupa.  Saat ini banyak rumah sakit memiliki sekretaris bangsal atau pekerja yang mentranskripsikan perintah. Perintah verbal itu legal namun sangat beresiko. Perintah verbal secara langsung atau melalui telepon oleh dokter harus dikonfirmasi dalam 24 jam dan dicatat “ sudah dibaca dan sudah dilakukan “ beserta waktu dan jam saat tindakan dilakukan.  Rekam medis dapat digunakan pada pengadilan yang memperlihatkan proses kerja penyedia pelayanan medis. Rumahsakit harus bertanggungjawab apabila melakukan pencatatn rekam medis yang buruk.  Informasi Secara umum rekam medis pasien harus memuat : 1. Keluhan utama atau keluhan 2. Informasi riawayat alergi, pengobatan, sensivitas terhadap obat dan vis-a-vis yang signifikan 3. Riwayat sosial termasuk penyalahgunaan obat dan alkohol. Masalah emosional pasien dan keluarga. 4. Riwayat penyakit dahulu termasuk riwayat operasi dan luka. 5. Pemeriksaan fisik termasuk semua temuan yang positif dan negatif. 6. Semua prosedur diagnostik 7. Semua hasil pemeriksaan laboraorium dan rontgen termasuk tanggal permintaan, pemeriksaan dan hasil. Begitu juga dengan pemeriksaan mikroskopik. 8. Catatan perkembangan penyakit psien 9. Diagnosis provisional yang merefleksikan keadaan awal pasien saat diperiksa oleh dokter sebelumnya. 10. Laporan hasil konsultasi tertulis dan ditandatangani oleh konsultan 11. Obat yang diresepkan, terapi yang disediakan dan spesimen yang diambil termasuk dimana spesimen tersebut diperiksa. 12. Respon terhadap terapi yang diberikan. 13. Catatan tentang kurangnya kerjasama psien dalam pengobatan, tidak mengikuti nasehat, dan jarang menepati janji untuk konsultasi berikutnya termasuk peringatan yang telah diberikan melalui telepon dan surat. 14. Informed consent yang telah ditandatangani tentang prosedur yang dilakukan, terapi dan pembedahan. 15. Tanggal dan identitas dokter tempat berkonsultasi termasuk hasil konsultsi. 16. Catatan tentang keluhan pasien, responnya dan tanggal kejadian 17. Diagnosis akhir berdasarkan terminologi yang berlaku. 18. Resume saat passien keluar dari rumah sakit termasuk temuan dan kejadian yang signifikan saat pasien masuk dan saat pasien keluar. 19. Hasil autopsi yang jelas dan lengkap 20. Resume kronologis dari pencatatan yang dilakukan terhadap pasien yang diletakkan pada bagian terdepan dari rekam medis.  Catatan keperawatan harus mencantumkan 1. Lembar persetujuan yang ditandatangani tentang tindakan yang akan dilakukan 2. catatan khusus tentang hal-hal tertentu seperti larangan makan peroral, alergi, kecatatan, hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen serta status pasien saat masuk ke ruang operasi. 3. catan tentang cairan intravena yang diberikan sebelum operasi, saat operasi termasuk darah, produk darah dan obat-obatan 4. Lokasi grounding dari alat elektrosurgical. 5. Tipe prep dan kondisi kulit 6. Catatan tentang pembuangan sisa alat, jaringan atau implan 7. Identifikasi semua peralatan seperti kateter, drain, protese bedah, termasuk nomor seri, jumlah dan tipenya. 8. Penghitungan alat, jarum dan spon  Keakuratan Rekam medis yang akurat sangat dibutuhkan kalau tidak pasien akan sangat dirugikan.  Koreksi dan Pengalihan Pada dasarnya tindakan koreksi sangat dihindari namun sebagai manusia kita tidak terlepas dari kesalahan. Koreksi yang dilakukan jangan sampai meninggalkan keraguan untuk penggunaan berikutnya.  Bila terjadi kesalahan dalam penulisan maka bagian yang salah digarisbawahi dengan satu garis diberi tanggal dan waktu serta alasan penggantian. Kemudian cataatn baru dituliskan pada tempat kosong disebelahnya. Bagian yang salah ataupun halaman yang salah tidak boleh dibuang.  Apabila pasien minta penggantian rekam medis maka dokter yang bersangkutan harus mendiskusikannya dengan pasien dimana harus dicantumkan bahwa penggantian tersebut atas permintaan pasien.  Bila mungkin seorang dokter atau perawat supervisor harus mengoreksi bagian yang salah yang tidak diketahui sebelumnya kemudian mencantumkan tandatangan, waktu dan tanggal serta alasan koreksi dekat bagian yang dikoreksi. Bagian yang salah tidak boleh dihapus.  Penulisan yang Tidak pada Tempatnya Seorang dokter tidak boleh menuliskan perasaan pribadinya tentang si pasien. Apabila sudah dituliskan maka tidak boleh diganti atau dihapus kecuali dengan mencantumkan alasannya selanjutnya dilakukan seperti penjelasan sebelumnya.  Legalitas dan Kejelasan Rekam medis harus ditulis dengan bahasa yang jelas dan kata-kata yang dapat dimengerti oleh semua staf yang berkaitan dengan pasien. Catatan bisa tertulis ataupun diketik dengan jelas. Penulis harus mencantumkan nama, jabatan dan tandatangannya setelah menulis. Penggunaan cap nama juga dibenarkan.  Adekuat, rekam medis harus mencantumkan jumlah yang adekuat tentang terapi yang diberikan pada pasien untuk menilai apakah terapi yang diberikan sudah memenuhi standar prosedur. Kalau tidak rumah sakit bisa dianggap melalaikan pasiennya.  Waktu, rekam medis harus segera diselesaikan beberaa hari setelah pasien pulang. Tidak ada standar yang baku, beberapa rumah sakit memakai batasan 15 hari setelah pasien pulang.  Lengkap, data yang ditambahkan pada rekam medis setelah pasien pulang biasanya dianggap tidak kredibel lagi. Bahkan beberapa perusahaan asuransi tidak mempertimbangkan data-data yang diisi setelah pasien pulang.  Autorisasi Penulisan rekam medis seharusnya dilakukan oleh dokter begitu juga pada catatan keperawatan harus ditulis oleh perwat supervisor. Namun pencatatan boleh dilakukan oleh staf atau koass atau perawat yang sedang dalam tahap belajar asalkan dikonfirmasi oleh dokter atau perawat berlisensi yang merawat pasien dalam waktu 24 jam.  Dokumentasi yang Sesuai Untuk menjamin semua rekam medis didokumentasikan dengan baik maka semua instruksi harus tertulis, Catatan atau tindakan yang dilakukan harus dimengerti oleh perawat dan keluarga pasien. Dokter juga harus mencantumkan tandatangannya yang menyatakan bahwa ia menyetujui tindakan yang dilakukan.  Privasi dan Konfidensialitas Karena rekam medis sering memuat beberapa hal yang sangat pribadi dari pasien maka privasi dan konfidensialitasnya harus terjaga. Rekam medis pasien hanya boleh di paparkan untuk kepentingan sensus dan persidangan.  Laporan Insiden Menurut American Hospital Association (AHA), yang dimaksud dengan insiden adalah setiap kejadian yang tidak sesuai dengan prosedur rutin sebuah rumah sakit atau tatalaksana standar seorang pasien. Dapat berupa kecelakaan atau setiap tindakan yang dapat berakhir pada kecelakaan. Rumah sakit menggunakan laporan insiden dalam program pencegahan kecelakaan untuk memberikan nasihat kepada pengacara mereka dan untuk menyiapkan pembelaan terhadap tuntutan yang mungkin muncul dari sebuah insiden.  Laporan insiden tergolong ke dalam hal yang tidak dapat dipercaya dalam suatu pembuktian. Bukti laporan kejadian ini biasanya tidak disertakan dalam pengadilan kecuali memenuhi syarat tertentu. Syarat tersebut adalah : 1) Laporan tersebut dibuat mengikuti standar yang ada, 2) Dibuat saat atau dekat dengan waktu kejadian, 3) Sumber informasi, metode, dan waktu pembuatan dapat dipercaya.  Kebanyakan rumah sakit berupaya melindungi laporan insiden ini agar tidak diketemukan oleh pengacara yang hendak menuntut. Perlindungan ini biasanya berupa : 1) laporan tersebut diletakkan terpisah dari dokumen lain dan berlabel “rahasia” 2) Akses terhadap laporan tersebut sangat terbatas. 3) Laporan dibuat dalam susunan standar dengan tujuan utama mengajukan atau pembelaan dari tuntutan hukum. 4) Laporan tersebut diserahkan kepada dewan rumah sakit dalam proses yang sistematis.  Laporan insiden tidak dapat berisi opini, hanya dapat berisi fakta yang menyangkut kejadian yang dilaporkan.  Kepemilikan dan Akses Pada tahun – tahun belakangan ini, status hukum dari rekam medis telah berubah namun tidak merubah hak kepemilikan dari seorang pasien terhadap rekam medis tersebut. Ketika seorang pasien menginginkan duplikat dari rekam medisnya, ia berhak mendapatkan semuanya. Pasien dapat memfotokopi rekam medisnya, namun rekam medis Asli harus tetap berada di tangan rumah sakit. Walaupun hak pasien untuk melihat dan membuat duplikat dari rekam medisnya adalah mutlak, namun hal tersebut harus masuk akal. Bila sebuah permohonan yang rasional diajukan, maka seorang pasien dapat melihat atau bahkan membuat duplikat dari rekam medisnya pada waktu yang ditentukan. Pada saat tersebut pasien harus diawasi oleh dokternya. Harus pula diingat bahwa seorang pasien dapat menggunakan surat perintah pengadilan untuk mendapatkan rekam medisnya.  Pasien dapat memberikan haknya kepada seseorang untuk melihat rekam medisnya, namun harus dalam bentuk tertulis. Bukti tersebut dianggap valid bila ditandatangani pasien, memuat informasi yang akan diminta secara spesifik, tercantum nama pelayan kesehatan yang akan dimintai rekam medis, berisi identitas jelas dari orang yang meminta informasi, dan jangka waktu berlakunya ijin tersebut.  Kontrol terhadap Rekam Medis Transfer. Seorang dokter berkewajiban secara etik untuk bekerjasama dan menyerahkan rekam medis pasiennya kepada dokter lain yang melanjutkan pengobatan pasiennya.  Kehilangan. Kehilangan beberapa bagian atau seluruh bagian dari suatu rekam medis, kecuali dapat dijelaskan dengan baik untuk membuktikan tidak ada kesengajaan, dianggap bahwa kehilangan tersebut adalah suatu kesengajaan dan untuk tujuan tertentu.  Perlindungan dan penyimpanan. Seorang dokter berhak untuk menjaga dan memyimpan rekam medis dalam waktu tertentu dimana suatu tuntutan hukum dapat diajukan.  Penyimpanan RM Meningkatnya kompleksitas pelayanan kesehatan menyebabkan pentingnya dilakukan penyimpanan terhadap rekam medik yang ada.  Segi Hukum Mengenai Rekam Medik Di kebanyakan negara, tidak terdapat pengaturan penyimpanan yang spesifik terhadap rekam medik. Setiap wilayah tertentu dapat menetapkan peraturan penyimpanan tertentu, sebagai contoh, di Maryland disebutkan bahwa kecuali pasien telah diberitahukan, penyedia jasa pelayanan kesehatan tidak boleh memusnahkan rekam medik atau hasil laboratorium atau foto sinar-X seseorang setidaknya hingga 5 tahun setelah rekam medik tersebut dibuat. Sedangkan pada kasus pasien anak, rekam medik tidak boleh dimusnahkan hingga pasien tersebut mencapai usia dewasa ditambah 3 tahun setelahnya, atau hingga 5 tahun sejak rekam medik dibuat, kecuali apabila orangtua atau wali dari anak telah diberitahukan.  Demikian pula di kebanyakan negara bagian, tidak terdapat pengaturan penyimpanan yang spesifik terhadap catatan kesehatan seseorang. Periode penyimpanan bervariasi di tiap wilayah. Beberapa mengharuskan agar data tersebut dipertahankan secara permanen, sedangkan beberapa yang lain hanya mempertahankan selama periode tertentu, yaitu sebatas tenggang waktu pengajuan gugatan menyangkut kontrak atau adanya perbuatan melanggar hukum. Di California, sebagai contoh, dokumen yang mengandung “rekam medik” harus disimpan setidaknya selama 7 tahun dan untuk pasien anak dipertahankan hingga anak berumur 18 tahun atau dalam kebanyakan kasus tidak kurang dari 7 tahun.  Hukum negara mengenai tenggang waktu pengajuan gugatan (limitasi) Hukum negara mengenai tenggang waktu pengajuan gugatan untuk warganegara sipil, baik dewasa maupun anak, yang mengajukan klaim, harus dipertimbangkan dalam peraturan/kebijakan penyimpanan rekam medik. Beberapa negara bagian memiliki hukum mengenai limitasi yang terpisah untuk dewasa dan anak mengenai masalah malpraktek.  Karena peraturan limitasi ini memulai suatu periode waktu dimana suatu gugatan dapat dikemukakan, maka penyedia jasa pelayanan kesehatan harus waspada dalam masa periode tersebut. Rekam medik tidak boleh dimusnahkan sebelum periode tersebut kadarluwarsa.  Terdapatnya pencederaan yang bersifat laten dapat memperpanjang tenggang waktu pengajuan gugatan hingga pencederaan tersebut dapat diketahui.  Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) Menurut JCAHO, kurun waktu dimana rekam medik harus dipertahankan bergantung pada kebutuhan untuk kelanjutan pelayanan kesehatan pada pasien dan untuk tujuan penelitian, atau pendidikan, dan atau untuk hukum dan peraturan.  JCAHO menganjurkan rumah-rumah sakit untuk mempertahankan rekam medik sebagai standar akreditasi. Dalam ketiadaan peraturan periode penyimpanan tertentu di suatu negara, penahanan rekam medik lebih ditentukan oleh kesepakatan yang dianjurkan oleh JCAHO.  Rekomendasi AHA dan AMRA Penyedia jasa pelayanan kesehatan dapat mempertimbangkan rekomendasi dari asosiasi profesional mengenai usia penyimpanan rekam medik. Sebagai contoh, dua asosiasi, AHA dan AMRA, merekomendasikan rekam medik pasien, baik asli maupun hasil reproduksi, harus dipertahankan hingga 10 tahun. Periode dihitung mulai dari kunjungan terakhir pasien. Kedua asosiasi ini juga lebih lanjut menganjurkan bahwa setelah 10 tahun, rekam medik tersebut dapat dimusnahkan kecuali dilarang oleh hukum atau peraturan tertentu di negara bersangkutan, atau dalam hal beberapa informasi harus tetap disimpan oleh institusi tersebut untuk keperluan tertentu.  Rekam Medik pada Pengguna Alkohol dan Penyalahgunaan Obat Peraturan pemerintah melindungi kerahasiaan dari data perawatan pasien pengguna alkohol atau penyalahguna obat. Bagaimanapun, peraturan menghendaki agar rekam medik tersebut disimpan dalam ruangan yang aman, terkunci dalam lemari, atau lemari besi, atau perangkat lain serupa. Sebagai tambahan, bila suatu program menghentikan kegiatan operasinya atau rekam medik tersebut dibutuhkan oleh program yang lain, maka identitas pasien harus ditinggalkan atau data tersebut dimusnahkan, kecuali pasien memberikan pernyataan persetujuan tertulis untuk memindahkan datanya atau terdapat permintaan yang sah menurut hukum agar data tersebut disimpan unuk periode waktu yang tertentu. Data-data tersebut harus dilabeli dengan nama dari program dan surat permintaan dari pengadilan untuk penyimpanan dan harus dimusnahkan sesegera mungkin setelah periode penyimpanan tersebut berakhir.  Program perawatan methadone mengharuskan data pasien mencakup tanggal, jumlah, tanda dan kode dari obat yang digunakan, dipertahankan hingga 3 tahun dari sejak tanggal perawatan selesai. Demikian pula, pada pasien dengan terapi ketergantungan narkotik, rumah sakit harus menyimpan data secara lengkap mencakup tanggal, jumlah, dan kode dari obat yang disalahgunakan, setidaknya untuk 3 tahun.  Diskriminasi Usia Penyimpanan Rekam Medik Pegawai Dibawah akta mengenai diskriminasi usia penyimpanan rekam medik pada pegawai, diantara rekam-rekam medik yang lain, hasil dari pemeriksaan fisik seorang pegawai, dimana pemeriksaan tersebut merupakan pertimbangan dari sang atasan sehubungan dengan kegiatan yang dilakukan oleh personel, maka dipertahankan untuk satu tahun.  Rekam Medik Pegawai Data kesehatan pegawai seharusnya dipertahankan sesuai dengan peraturan pemerintah atau kebutuhan penggugatan. Beberapa hukum negara menjamin pegawainya dan serikat, hak untuk menampilkan dan menyalin rekam mediknya.  Kematian yang Salah Karena kematian yang salah adalah suatu kasus yang dipermasalahkan, maka setiap negara memiliki periode waktu tersendiri dalam masalah gugatan. Oleh sebat itu, tenggang waktu pengajuan gugatan di suatu negara harus disesuaikan dengan jangka waktu penyimpanan rekam medik seseorang.  Malpraktek Merupakan suatu keharusan, terpisah dari adanya mandat mengenai penggugatan, bahwa seorang dokter harus menyimpan rekam medik pasien selama ancaman malpraktek ada. Tenggang waktu pengajuan gugatan di tiap negara menentukan lamanya jangka waktu seorang dokter rentan terhadap tuntutan hukum atas malpraktek. Dalam periode rentan ini, seorang dokter harus melengkapi rekam medik tersebut dengan baik dan akurat sehingga dapat menhindar dari tuntutan malpraktek yang ada.  Seluruh rekam medik yang merupakan subjek dari kecelakaan yang dapat membawa pada litigasi dan seluruh rekam medik yang pernah diminta oleh jaksa atau agen administratif lainnya harus dikecualikan dari kebijakan penyimpanan pada umumnya. Data-data ini sebaiknya tidak dimusnahkan hingga seluruh masalah tersebut diselesaikan.  Rekam medik di Rumah Sakit Rumah-rumah sakit biasanya menyimpan rekam medik untuk periode yang telah ditentukan oleh hukum atau peraturan negara atau disesuaikan dengan institusi masing-masing. Sebuah rumah sakit bagaimanapun harus menyimpan film radiografi sebagai bagian dari rekam medik yang teratur untuk periode 5 tahun; film radiografi yang pernah diperkarakan di pengadilan yang terjadi sebelum periode 5 tahun tersebut berakhir, harus disimpan hingga perkara selesai atau untuk periode 12 tahun sejak tanggal film tersebut dibuat.  Peratuan pemerintah yang mengatur program pelayanan kesehatan membutuhkan partisipasi dari rumah sakit untuk menyimpan rekam medik selama periode tertentu dan tidak kurang dari waktu yang telah ditentukan oleh batas tenggang waktu pengajuan gugatan. Rekomendasi AMA untuk penyimpanan rekam medik ini setidaknya 10 tahun.  Dalam ketiadaan peraturan atau gugatan, penyimpanan rekam medik di rumah sakit dapat mengacu pada batas masa tenggang waktu pengajuan gugatan untuk kejahatan melanggar hukum.  Rekam Medik Publik Occupational Safety and Health Administration (OSHA) menganjurkan agar penyedia pelayanan kesehatan mendokumentasikan cedera dan penyakit dari para pekerja, yang meliputi jumlah, ringkasan deskriptif cedera, data-data yang menunjang jenis cedera dan penyakit, dan suatu kesimpulan tahunan. Semua dokumen tersebut harus disimpan selama 5 tahun sejak dari akhir tahun laporan tersebut dibuat. Rekam medis yang berisi adanya pajanan zat toksik atau bahaya potensial fisik lainnya pada pekerja tertentu harus dipertahankan hingga 30 tahun.  Ketentuan negara Setiap negara memiliki kebutuhan tersendiri terhadap penyimpanan data kesehatan dari pekerjanya. Data seperti tersebut harus disimpan setidaknya selama batas tenggang waktu pengajuan gugatan untuk kompensasi pegawai atau klaim keselamatan pekerja, meski peraturan dari pemerintah hanya membutuhkan periode yang lebih pendek.  Departemen Kesehatan dan Pelayanan Masyarakat Seluruh catatan mengenai dana, program, statistik dan data lainnya dari seorang penerima dana kesehatan dari Departemen Kesehatan atau Pemerintah, rekam mediknya harus disimpan setidaknya selama 3 tahun dari tanggal pemberian bantuan. Lebih lanjut, bila terdapat gugatan, audit badan pemerintah, negosiasi, atau hal lainnya yang berkaitan dengan rekam medik tersebut, maka penyimpanan rekam medik tersebut harus diperpanjang hingga gugatan tuntas atau lebih dari 3 tahun.  Rekam Medik Asuransi Kesehatan oleh Pemerintah Dipertahankan selama 5 tahun. Kondisi dari partisipasi para pengguna asuransi kesehatan juga turut menentukan variasi kebutuhan dari RS untuk mempertahankan suatu rekam medik dalam jangka waktu tertentu. Sebagai contoh, hasil radiologis harus dipertahankan selama 5 tahun, demikian pula dengan hasil laboratorium. Hasil patologi harus dipertahankan selama sedikitnya 10 tahun.  Sistem asuransi kesehatan dari pemerintah ini juga memiliki ketentuan khusus bagi rekam medik untuk fasilitas-fasilitas tertentu, seperti: (1) Fasilitas perawatan jangka panjang, rekam medik harus disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun setelah pasien sudah menyelesaikan perawatannya, atau 3 tahun setelah pasien mencapai usia dewasa bagi pasien anak. (2) Agen perawatan kesehatan di rumah, yaitu 5 tahun setelah laporan pembiayaan bulan terakhir (3) Fasilitas rehabilitasi rawat jalan, yaitu 5 tahun setelah pasien keluar dari rumah sakit (4) Agen rehabilitasi dan klinik rehabilitasi, yaitu 5 tahun setelah pasien menyelesaikan pengobatan atau 3 tahun setelah pasien anak beranjak dewasa. (5) Pelayanan penyakit ginjal tahap akhir, yaitu 5 tahun setelah pasien keluar dari tempat penyedia jasa pelayanan kesehatan tersebut atau 3 tahun setelah pasien anak beranjak dewasa.  Beberapa hukum di negara lebih menganjurkan agar rekam medik disimpan secara permanen, namun beberapa menganjurkan agar rekam medik disimpan hanya untuk jangka periode tertentu selama mereka masih mungkin untuk disimpan. Di beberapa negara juga ditegaskan bahwa data-data tersebut tidak boleh dimusnahkan tanpa persetujuan dari agen pemerintah.  Penghancuran rekam medik Penghancuran rekam medik yang tepat harus dipegang dalam cara yang mengoptimalkan kerahasiaan isinya. Menyobek atau membakar dokumen mungkin akan memberikan perlindungan yang terbesar. Rekaman harus disimpan sesuai nama pasien, rekaman pemusnahan, tanggal pemusnahan, dan orang yang memusnahkan rekam medik. Hal itu mungkin dipertimbangkan untuk menghubungi pasien dalam kemajuan penghancuran. Kebutuhan keadaan tertentu telah ditulis sebelumnya.  Komputerisasi RM Kemajuan komputerisasi telah membuat beberapa kemungkinan masalah hukum. Studi mengenai kemungkinan untuk pelaksanaan sistem pencatatan otomatis harus dimulai dengan analisa keadaan pengaturan perizinan rumah sakit, pengelolaan dalam pembuatan, pemeliharaan dan pembuktian rekam medik. JCAHO menghargai komputerisasi rekam medik.  Ketika suatu rumah sakit melakukan perjanjian dengan perusahaan komputer untuk mengotomatiskan sistem rekam medik, tiga pokok persoalan yang harus disadari : kerahasiaan, kebebasan dan keamanan. Dalam pendapat AMA, terdapat pelanggaran etika kedokteran dalam pembuatan masukan rekaman ke dalam sistem komputer yang data dasarnya dapat lebih dari satu pemakai, kecuali ukuran keamanan yang benar diambil. Untuk melindungi rumah sakit dari biaya pelanggaran hukum dan etik, hal itu penting untuk membentuk sistem keamanan yang dapat mencegah pengungkapan yang tidak sah tentang informasi medik.  Sistem komputer harus memiliki sistem verifikasi dengan jalan dokter dapat membuktikan masukan dan mendapat kembali catatan. Sistem ini harus dibentuk jadi dokter selain dokter yang hadir dapat mempunyai jalan hanya dengan persetujuan pasien atau perwakilan hukum pasien. Sistem harus dibangun aman untuk mencegah pencurian atau penyalahgunaan informasi.  Dua pokok hukum primer ketika rumah sakit memutuskan untuk memakai sistem pencatatan medik komputerisasi. Pertama, Apakah terdapat jasa pelayanan kesehatan, yang catatan pasien diurutkan dan disimpan secara mekanik, menghasilkan rekam medik yang ditetapkan oleh hukum dan peraturan? Kedua, Apakah sistem dimana catatan disimpan memenuhi harapan pasien yang tetap dijaga kerahasian? Pokok hukum yang penting lainnya- masalah dapat dibuktikan, pokok perjanjian, dan bahan komputer yang paten dan masalah kepemilikan harus juga dianalisa sebelum rumah sakit mengkomputerisasi sistem pencatatan.  Walaupun masalah pembacaan dapat menjadi masalah, pembuktian keaslian catatan pasien mungkin membuktikan sulit. Saat ini, terdapat proses baru untuk identifikasi pengguna termasuk perkembangan cetakan suara dan menggunakan kata sandi yang akan mengurangi masalah pembuktian keaslian dengan memastikan hanya orang tertentu yang mempunyai jalan masuk ke rekam medik pasien.  Rintangan hukum yang lain dalam penggunaan rekam medik komputerisasi adalah masalah kerusakan. Pengaman dapat dibangun kedalam proses untuk mencegah kerusakan. Kebanyakan undang-undang memerintahkan catatan pasien ditulis atau diketik oleh dan ditandatangani oleh dokter. Sitem komputer oleh karena itu harus dimodifikasi untuk memuaskan persyaratan menurut undang-undang.  Problem Oriented Medical Record Rekam medik berdasarkan masalah (Problem-oriented medical record/POMR) adalah metode standar yang digunakan untuk memasukan data pasien pada banyak institusi. Adanya bagian SOAP, yang termasuk subjektif, objektive, pengkajian dan perencanaan, menyediakan inti yang baik mengenai suatu informasi yang telah teruji oleh waktu. Namun hal itu tidak menyediakan pemahaman yang cukup baik ke dalam proses pikir para dokter dan usaha diagnostiknya. Praktek rumah sakit dalam memberi rangkuman harus diperluas ke kantor dan klinik, mungkin hanya setiap bulan atau tahun berdasarkan pada kategori. Kasus yang tidak umum harus dicatat dengan rekam medik SOAP.  Dalam usaha untuk menemukan metode yang dapat digunakan agar dokter dapat mencatat informasi yang lebih banyak dengan waktu yang lebih singkat, dibuat suatu condition diagram (CD). Ini adalah cara yang lebih praktis untuk mencatat suatu informasi dengan menghindari pencarian yang sulit pada berlembar-lembar catatan narasi untuk menemukan informasi yang penting. Diagram ini berdasar pada konsep diagram yang terdiri dari kalimat-kalimat: semua bagian dari setiap kalimat memiliki tempat pada diagram dan dapat dibuat diagram dengan cara yang sama oleh siapapun.  Kondisi pasien diletakkan pada tengah diagram . Tanda panah yang berasal dari kotak ini yang mendeskripsikan pasien diletakkan di sebelah kiri dan dua kemungkinan hasil yang dapat terjadi pada sebelah kanan. Di atas kotak condition diletakkan data terkait yang penting yang dapat menuntun diagnosis, tepat di bawahnya dokter dapat mendata dignosis diferensial atau kondisi yang potensial terjadi. Kuadran kiri atas mendata faktor-faktor yang dpat menginduksi terjadinya kondisi. Kuadran kanan atas adalah untuk mendata komplikasi dan kuadran kanan bawah utuk rencana pengobatan.  Pengalaman telah menunjukkan bahwa penggunaannya meningkatkan performa dokter dan mahasiswa kedokteran yang menggunakan CD membuat kesalahan yang lebih sedikit dalam mendiagnosis dan memiliki dokumen yang lebih baik daripada mereka yang menggunakan POMR.  AUTOAUTHENTICATION DARI SUATU REKAM MEDIK Istilah autoauthentication mengacu kepada suatu sistem yang memungkinkan suatu rekam medik dapat secara otomatis ditandatangani/disahkan atas nama sang dokter tanpa jaminan bahwa rekam medik tersebut telah dilihat atau setidaknya dikoreksi oleh sang dokter setelah penyalinan. Secara tipikal, pada prosedur autoauthentication dilakukan pengiriman salinan laporan kepada dokter dengan dibubuhi tanda tangan elektronik. Laporan dapat dianggap lengkap apabila dokter tidak meminta koreksi dalam periode waktu tertentu. Walaupun sistem autoauthentication memasukkan penggunan tanda tangan elektronik, istilah tersebut tidak sama, karena beberapa sarana kesehatan mengizinkan tanda tangan kesehatan hanya setelah dokter benar-benar telah mengoreksi laporan tersebut.  Regulasi dan Akreditasi Autoauthentication dari suatu rekam medik tanpa verifikasi tentang kelengkapan dan akurasinya oleh dokter dilarang oleh Health Care Financing Administration (HCFA), the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) dan banyak departemen kesehatan lainnya. HCFA dan kelompok permintaan validasi yang terkait diagnostik secara jelas mengizinkan tanda tangan elektronik, tapi terlihat tidak autoauthentication, karena mmbutuhkan membutuhkan penulis untuk menyalin laporan sebelum tanda tangan dibubuhkan. HCFA-Region IX (membawahi Arizona, Kalifornia, Hawai dan Nevada) telah menyatakan bahwa itu menginterpetasikan kondisi medik dari partisipasi untuk melarang autoauthentication.  Standar JCAHO juga memperbolehkan keotentikan suatu rekam medik menggunakan tanda tangan elektronik, tetapi juga membutuhkan dokter untuk menambahkan tanda tangannta setelah mengoreksi kembali laporannya. JCAHO telah mengkonfirmasi bahwa satndarnya melarang autoauthentication dari suatu rekam medis. Beberapa negara telah mengimplementasikan hukum dan regulasi yang serupa. Sebagai contoh, di Kalifornia, the State Department of Health Services (SDHS) telah mengadopsi peraturan yang memperbolehkan penggunaan tanda tangan elektronik, tetapi peraturan ini menekankan bahwa hanya dokter yang bertanggung jawab yang mnggunakan tanda tangan tersebut. Pada bulan Maret 1993, SDHS mengkonfirmasi dalam memorandum internak kepada kantor distrik pada Licensing and Certification Branch bahwa sistem otentikasi elektronik yang tidak memerlukan dokter untuk memverikasi informasi di dalam laporan setelah laporan tersebut disalin adalah suatu sistem autoauthenticationI, tidak dapat diterima. Dalam kata lain, keotentikan tidak dapat dilakukan dengan default (contohnya kegagalan seorang dokter untuk mengoreksi salinan laporan ). Sesuai dengan kebijaksanaan ini, SDHS telah mengabarkan perintah pemberhentian pada rumah sakit Kalifornia yang telah menggunakan sistem autoauthentication.  Last edited by gitahafas on Sat Jun 26, 2010 9:00 pm; edited 1 time in total |
| REKAM MEDIS Ferryal Basbeth Bagian Forensik & Medikolegal FKUI Jakarta link\_forensik\_ku.webs.com/hukumkesehatan.htm -  Pendahuluan Dalam pelayanan kedokteran di tempat praktek maupun di Rumah Sakit yang standar, dokter membuat catatan mengenai berbagai informasi mengenai pasien tersebut dalam suatu berkas yang dikenal sebagai Status, Rekam Medis, Rekam Kesebatan atau Medical Record. Berkas ini merupakan suatu berkas yang memiliki arti penting bagi pasien, dokter, tenaga kesebatan serta Rumab Sakit. Dalam tulisan ini akan dibahas mengenai Rekam Medis serta aspek medikolegalnya.   Definisi Rekam Medis Definisi Rekam Medis dalam berbagai kepustakaan dituliskan dalam berbagai pengertian, seperti dibawab ini: 1. Menurut Edna K Huffman: Rekam Medis adalab berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleb seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan.  2. Menurut Permenkes No. 749a/Menkes!Per/XII/1989: Rekam Medis adalah berkas yang beiisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, basil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang diterima pasien pada sarana kesebatan, baik rawat jalan maupun rawat inap.  3. Menurut Gemala Hatta Rekam Medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleb para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.  4. Waters dan Murphy : Kompendium (ikhtisar) yang berisi informasi tentang keadaan pasien selama perawatan atau selama pemeliharaan kesehatan”.  5. IDI :Sebagai rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medik/kesehatan kepada seorang pasien.  Isi Rekam Medis Isi Rekam Medis merupakan catatan keadaan tubuh dan kesehatan, termasuk data tentang identitas dan data medis seorang pasien. Secara umum isi Rekam Medis dapat dibagi dalam dua kelompok data yaitu:  1. Data medis atau data klinis: Yang termasuk data medis adalah segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta basilnya, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, ronsen dsb. Data-data ini merupakan data yang bersifat rabasia (confidential) sebingga tidak dapat dibuka kepada pibak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut.  2. Data sosiologis atau data non-medis:  Yang termasuk data ini adalah segala data lain yang tidak berkaitan langsung dengan data medis, seperti data identitas, data sosial ekonomi, alamat dsb. Data ini oleh sebagian orang dianggap bukan rahasia, tetapi menurut sebagian lainnya merupakan data yang juga bersifat rahasia (confidensial).   Penyelenggaraan Rekam Medis Penyelenggaraan Rekam Medis pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut. Berdasarkan data pada Rekam Medis tersebut akan dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya atau tidak, serta apakah sudah sesuai standar atau tidak. Untuk itulah, maka pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan merasa perlu mengatur tata cara penyelenggaraan Rekam Medis dalam suatu peraturan menteri keehatan agar jelas rambu-rambunya, yaitu berupa Permenkes No.749a1Menkes/Per/XII/1989.  Secara garis besar penyelenggaraan Rekam Medis dalam Permenkes tersebut diatur sebagai berikut: I. Rekam Medis harus segera dibuat dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan (pasal 4). Hal ini dimaksudkan agar data yang dicatat masih original dan tidak ada yang terlupakan karena adanya tenggang waktu.  2. Setiap pencatatan Rekam Medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas pelayanan kesehatan. Hal ini diperlukan untuk memudahkan sistim pertanggung-jawaban atas pencatatan tersebut (pasal 5).  3. Jika terdapat kesalahan pencatatan, maka pembetulan catatan yang salah harus dilakukan pada tulisan yang salah dan diparaf oleh petugas yang bersangkutan (pasal 6 ayat 1). Secara lebih tegas ayat 2 dari pasal yang sama menyatakan bahwa penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.   Kepemilikan Rekam Medis Pada saat seorang pasien berobat ke dokter, sebenamya telah terjadi suatu hubungan kontrak terapeutik antara pasien dan dokter. Hubungan tersebut didasarkan atas kepercayaan pasien bahwa dokter tersebut mampu mengobatinya, dan akan merahasiakan semua rahasia pasien yang diketahuinya pada saat hubungan tersebut terjadi. Dalam hubungan tersebut se«ara otomatis akan banyak data pribadi pasien tersebut yang akan diketahui oleh dokter serta tenaga kesehatan yang memeriksa pasien tersebut. Sebagian dari rahasia tadi dibuat dalam bentuk tulisan yang kita kenal sebagai Rekam Medis. Dengan demikian, kewajiban tenaga kesehatan untuk menjaga rahasia kedokteran, mencakup juga kewajiban untuk menjaga kerahasiaan isi Rekam Medis.  Pada prinsipnya isi Rekam Medis adalah milik pasien, sedangkan berkas Rekam Medis (secara fisik) adalah milik Rumah Sakit atau institusi kesehatan. Pasal 10 Permenkes No. 749a menyatakan bahwa berkas rekam medis itu merupakan milik sarana pelayanan kesehatan, yang harus disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien berobat. Untuk tujuan itulah di setiap institusi pelayanan kesehatan, dibentuk Unit Rekam Medis yang bertugas menyelenggarakan proses pengelolaan serta penyimpanan Rekam Medis di institusi tersebut. Karena isi Rekam Medis merupakan milik pasien, maka pada prinsipnya tidak pada tempatnya jika dokter atau petugas medis menolak memberitahu tentang isi Rekam Medis kepada pasiennya, kacuali pada keadaan-keadaan tertentu yang memaksa dokter untuk bertindak sebaliknya. Sebaliknya, karena berkas Rekam Medis merupakan milik institusi, maka tidak pada tempatnya pula jika pasien meminjam Rekam Medis tersebut secara paksa, apalagi jika institusi pelayanan kesehatan tersebut menolaknya.   Kegunaan Rekam Medis Permenkes no. 749a tahun 1989 menyebutkan bahwa Rekam Medis memiliki 5 ,manfaat yaitu: 1. Sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien. 2. Sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum 3. Bahan untuk kepentingan penelitian c 4. Sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan 5. Sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.   Dalam kepustakaan dikatakan bahwa rekam medis memiliki 6 manfaat, yang untuk mudahnya disingkat sebagai ALFRED, yaitu: 1Adminstratlve value: Rekam medis merupakan rekaman data adminitratif pelayanan kesehatan. 2 Legal value: Rekam medis dapat.dijadikan bahan pembuktian di pengadilan 3. Fmanclal value: Rekam medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien 4. Research value: Data Rekam Medis dapat dijadikan bahan untuk penelitian dalam lapangan kedokteran, keperawatan dan kesehatan.  5. Education value: Data-data dalam Rekam Medis dapat bahan pengajaran dan pendidikan mahasiswa kedokteran, keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya. 6. Documentation value: Rekam medis merupakan sarana untuk penyimpanan berbagai dokumen yang berkaitan dengan kesehatan pasien.   PENGGUNAAN REKAM MEDIS UNTUK PENINGKATAN MUTU Dalam audit medis, umumnya sumber data yang digunakan adalah rekam medis pasien, baik yang rawat jalan maupun yang rawat inap. Rekam medis adalah sumber data yang paling baik di rumah sakit, meskipun banyak memiliki kelemahan. Beberapa kelemahan rekam medis adalah sering tidak adanya beberapa data yang bersifat sosial-ekonomi pasien, seringnya pengisian rekam medis yang tak lengkap, tidak tercantumnya persepsi pasien, tidak berisi penatalaksanaan “pelengkap” seperti penjelasan dokter dan perawat, seringkali tidak memuat kunjungan kontrol pasca perawatan inap, dll.  Dampak dari audit medis yang diharapkan tentu saja adalah peningkatan mutu dan efektifitas pelayanan medis di sarana kesehatan tersebut. Namun di samping itu, kita juga perlu memperhatikan dampak lain, seperti dampaknya terhadap perilaku para profesional, tanggung-jawab manajemen terhadap nilai dari audit medis tersebut, seberapa jauh mempengaruhi beban kerja, rasa akuntabilitas, prospek karier dan moral, dan jenis pelatihan yang diperlukan  Aspek legal terpenting dari audit medis adalah penggunaan informasi medis pasien, yang tentu saja terkait dengan kewajiban menyimpan rahasia kedokteran. Pada Permenkes RI tentang rekam medis disebutkan bahwa salah satu tujuan dari rekam medis adalah untuk riset dan sebagai data dalam melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan medis. Permenkes ini juga memberikan peluang pembahasan informasi medis seseorang pasien di kalangan profesi medis untuk tujuan rujukan dan pengembangan ilmiah. Demikian pula Asosiasi dokter sedunia (WMA, Oktober 1983) menyatakan bahwa penggunaan informasi medis untuk tujuan riset dan audit dapat dibenarkan.  It is not a breach of confidentiality to release or transfer confidential health care information required for the purpose of conducting scientific researchs, management audits, financial audits, program evaluations, or similar studies, provided the information released does not identify, directly or indirectly, any individual patient in any report of such research, audit or evaluation, or otherwise disclose patient identities in any manner (Statement of World Medical Association, 1983).  Ketentuan model yang diajukan oleh the American Medical Record Association menyatakan bahwa informasi medis dapat dibuka dalam hal : (a) memperoleh otorisasi tertulis dari pasien, (b) sesuai dengan ketentuan undang-undang, (c) diberikan kepada sarana kesehatan lain yang saat ini menangani pasien, (d) untuk evaluasi perawatan medis, (e) untuk riset dan pendidikan sesuai dengan peraturan setempat. (2)  Di pihak lain, audit medis yang mereview rekam medis dapat saja menemukan kesalahan-kesalahan orang, kesalahan prosedur, kesalahan peralatan dan lain-lain, sehingga dapat menimbulkan rasa kurang nyawan bagi para profesional (dokter, perawat, dan profesi kesehatan lain). Oleh karena itu perlu diingat bahwa audit medis bertujuan untuk mengevaluasi pelayanan medis dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan bukan untuk mencari kesalahan dan menghukum seseorang. Tindakan manajemen yang diusulkan oleh panitia untuk mengoreksi perilaku dan atau kapasitas perorangan harus dilakukan secara bijaksana sehingga tidak terkesan sebagai sanksi hukuman. Boleh dikatakan bahwa audit medis tidak mencari pelaku kesalahan (liable person/parties), melainkan lebih ke arah menemukan risiko yang dapat dicegah (avoidable risks) – sehingga arahnya benar-benar menuju peningkatan kualitas dan safety.  Dengan demikian dalam melaksanakan audit medis perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :  1.Semua orang / staf yang turut serta dalam audit medis adalah mereka yang telah disumpah untuk menjaga kerahasiaan kedokteran sebagaimana diatur dalam pasal 3 Peraturan Pemerintah No 10 tahun 1966, dikenal memiliki integritas yang tinggi dan memperoleh penunjukan resmi dari direksi.  2.Semua formulir data yang masuk dalam rangka audit medis tetap memiliki tingkat kerahasiaan yang sama dengan rekam medis, termasuk seluruh fotokopi dan fax.  3.Harus disepakati tentang sanksi bagi pelanggaran atas rahasia kedokteran ini, misalnya penghentian penugasan / akses atas rekam medis, atau bahkan penghentian hubungan kerja.  4.Seluruh laporan audit tidak diperkenankan mencantumkan identitas pasien, baik secara langsung maupun tidak langsung.  5.Seluruh hasil audit medis ditujukan untuk kepentingan perbaikan pelayanan medis di rumah sakit tersebut, tidak dapat dipergunakan untuk sarana kesehatan lain dan tidak digunakan untuk menyalahkan atau menghukum seseorang atau satu kelompok orang.  6.Seluruh hasil audit medis tidak dapat dipergunakan sebagai bukti di pengadilan (dalam keadaan tertentu, rekam medis tetap dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan)  PENYIMPANAN REKAM MEDIS Pasal 10 Pennenkes No. 749a menyatakan secara tegas bahwa Rekam Medis harus disimpan sekurang-kurangnya selama 5 tahun terhitung sejak saat pasien terakhir berobat. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain, masa penyimpanan ini tennasuk singkat. Di negara bagian Califonnia Amerika Serikat, penyimpanan rekam medis adalah 7 tahun sejak terakhir kali pasien berobat. Untuk pasien anak-anak, penyimpanan berkasnya bahkan sampai yang bersangkutan berusia 21 tahun , dan kalau perlu bahkan sampai 28 tahun. Di Pensylvania masa penyimpanannya lebih lama yaitu sampai 15 tahun, bahkan di negara Israel sampai 100 tahun. Dalam rangka penghematan ruangan penyimpanan, ada beberapa negara yang membolehkan berkas, yang berusia lebih dari 3 tahun dari saat terakhir pasien berobat, dialihkan menjadi berkas dalam microfilm.  Khusus untuk kasus-kasus yang menjadi perkara di pengadilan, American Medical Record Association dan American Hospital Association membuat pengaturan lebih lanjut dalam Statement on Preservation of Patient Medical Record in Health Care Institution. Dalam aturan tersebut dikatakan bahwa pada kasus biasa berkas Rekam Medis disimpan sampai 10 tahun terhitung dari saat pasien terakhir berobat. Sedang pada kasus yang diperkarakan di pengadilan, penyimpanan berkas Rekam Medisnya  lebih lama lagi yaitu 10 tahun kemudian terhitung sejak perkara terakhimya selesai. "Berkas yang terlah habis masa penyimpannya dapat dimusnahkan, kecuali jika ada halangan oleh peraturan lain.  KOMPUTERISASI REKAM MEDIS Pemanfaatan komputer sebagai sarana pembuatan dan pengiriman informasi medis merupakan upaya yang dapat mempercepat dan mempertajam 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 orang yang tidak berhak, maka dapat terjadi masalah hukum dan tanggung-jawab harus ditanggung oleh dokternya atau oleh rumahsakitnya. Untuk itu maka standar pelaksanaan pembuatan dan penyimpanan rekam medis yang selama ini berlaku bagi berkas kertas harus pula diberlakukan pada berkas elektronik. Umumnya komputerisasi tidak mengakibatkan rekam medis menjadi paperless, tetapi hanya menjadi less paper. 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 dimasukkan 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 memindahtangankan informasi tersebut kepada orang lain. 4.Data yang telah “tua” dapat dihapus setelah memberitahukan kepada dokter dan pasiennya (atau ahli warisnya). 5.Terminal yang on-line hanya dapat digunakan oleh orang yang berwenang.  Rekam medis yang berbentuk kertas umumnya disimpan di Bagian Rekam Medis. Orang yang akan mengaksesnya harus menunjukkan kartu pengenal atau surat ijin dari direksi atau pejabat yang ditunjuk. Tetapi, sekali rekam medis ini keluar dari “sarangnya”, petugas rekam medis tidak dapat lagi mengendalikannya. Mungkin saja rekam medis ini dikopi, diedarkan, dll.  Komputerisasi rekam medis 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 sedemikian rupa, sehingga orang tertentu hanya bisa mengakses rekam medis sampai batas tertentu. Misalnya seorang petugas registrasi hanya bisa mengakses identitas umum pasien, seorang dokter hanya bisa mengakses seluruh data milik pasiennya sendiri, seorang petugas “billing” hanya bisa mengakses informasi khusus yang berguna untuk pembuatan tagihan, dll. Bila si dokter tidak mengisi sendiri data medis tersebut, ia harus tetap memastikan bahwa pengisian rekam medis yang dilakukan oleh petugas khusus tersebut telah benar.  Sistem juga harus dapat mendeteksi siapa dan kapan ada orang yang mengakses sesuatu data tertentu (footprints). Di sisi 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 keperluan penelitian. Kopi rekam medis juga hanya boleh dilakukan di kantor rekam medis sehingga bisa dibatasi peruntukannya. Suatu formulir “perjanjian” dapat saja dibuat agar penerima kopi berjanji untuk tidak membuka informasi ini kepada pihak-pihak lainnya.  Pengaksesan rekam medis juga 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”.  Masalah hukum lainnya adalah apakah rekam medis elektonik tersebut masih dapat dikategorikan sebagai bukti hukum dan bagaimana pula dengan bentuk elektronik dari informed consent ? Memang kita menyadari bahwa berkas elektronik juga merupakan bukti hukum, namun bagaimana membuktikan ke-otentik-annya? Bila di berkas kertas selalu dibubuhi paraf setiap ada perubahan, bagaimana dengan berkas elektronik?  Di sisi lain, komputerisasi mungkin memberikan bukti yang lebih baik, yaitu perintah jarak jauh yang biasanya hanya berupa per-telepon (tanpa bukti), maka sekarang dapat diberikan lewat email yang diberi “signature”.  Aspek Medikolegal Diantara semua manfaat Rekam Medis , yang terpenting adalah aspek legal Rekam Medis. Pada kasus malpraktek medis, keperawatan maupun farmasi, Rekam Medis merupakan salah satu bukti tertulis yang penting. Berdasarkan informasi dalam Rekam Medis, petugas hukum serta Majelis Hakim dapat menentukan benar tidaknya telah terjadi tindakan malpraktek, bagaimana terjadinya malpraktek tersebut serta menentukan siapa sebenarnya yang bersalah dalam perkara tersebut.  Dibawah ini diberikan beberapa ilustrasi kasus yang menunjukkan bagaimana Rekam Medis digunakan dalam pembuktian kasus malpraktek: Kasus Collins vs Westlake Community Hospital, 1974 Pada kasus ini pasien menggugat staf perawat di RS, yang menurutnya telah lalai dalam mengawasi kondisi dan sirkulasi peredaran darah pada kakinya selama dipasangi spalk kayu sehingga kakinya menjadi busuk dan harus diamputasi. Pengadilanmemeriksa Rekam Medis dan dalam catatan perawat tidak didapatkan adanya catatan perawatan selama 7 jam yang kritis, menunjukkan adanya unsur kclalaian perawat.   Kasus Wagner vs Kaiiser Foundation Hospital, 1979 Seorang pasien mengalami kerusakan otak setelah menjalani operasi mata. Hal ini diduga terjadi akibat kelalaian perawat dalam pengawasan jumlah dan kedalaman pemapasan selama pasien berada dalam ruang pulih sadar (recovery room ), sesaat setelah operasi selesai dilaksanakan. Dalam pembuktian di pengadilan didapatkan bahwa tidak didapatkan adanya catatan mengenai pengawasan tersebut pada kartu pencatatan yang sudah disediakan di recovery room. Dalam putusannya, Majelis Hakim menyalahkan petugas kesehatan tersebut karena menurutnya jika pengawasan jumlah dan kedalaman pemapasan dilakukan dengan baik, maka akan dapat segera diketahui komplikasi yang terjadi dan karenanya masih ada waktu untuk memberikan oksigen untuk mencegah kerusakan otak.  Kasus Fatuck vs Hillside Hospital, 1975 Pada kasus ini seorang psikiater memberi instruksi kepada perawat untuk mengecek seorang pasien penyakit jiwa setiap 15 menit. Ternyata pasien tersebut melarikan diri dan berhasil bunuh diri. Dalam pembuktian di pengadilan, pada Rekam Medis(yaitu dalam catatan perawatan) tidak dijumpai adanya laporan observasi setiap 15 menit. Majelis hakim menyimpulkan bahwa berdasarkan Rekam Medis dalam kasus ini telah ada bukti kuat adanya kelalaian (prima facie case of negligence).  Aspek medikolegal lain dari Rekam Medis adalah ketika seorang petugas kesehatan dituntut karena membuka rahasia kedokteran (isi Rekam Medis) kepada pihak ketiga tanpa izin pasien atau bahkan menolak memberitahukan isi rekam medis (yang merupakan milik pasien) ketika pasien menanyakannya. Seorang tenaga kesehatan dapat secara sengaja membuka rahasia pasien (isi Rekam Medis) dengan cara menyampaikannya secara langsung kepada orang lain. Akan tetapi ia dapat juga membukanya secara tidak sengaja, yaitu ketika ia membicarakan keadaan pasien dengan petugas kesehatan lain di depan umum atau jika ia menaruh Rekam Medis secara sembarangan sehingga orang yang tidak berkepentingan dapat melihatnya. Untuk tindakan membuka rahasia ini petugas kesehatan dapat dikenakan sanksi pidana, perdata maupun administrative. Secara pidana membuka rahasia kedokteran diancam pidana melanggar pasal 322 KUHP dengan ancaman hukuman selama-lamanya 9 bulan penjara. Secara perdata, pasien yang merasa dirugikan dapat meminta ganti rugi berdasarkan pasal 1365 jo 1367 KUH Perdata. Secara administratif, PP No.10 tahun 1966 menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang membuka rahasia kedokteran dapat dikenakan sanksi admninistratif, meskipun pasien tidak menuntut dan telah memaafkannya.  Setiap pelayanan kesehatan , berdasarkan Permenkes No. 749a tahun 1989 diwajibkan untuk memiliki Rekam Medis. Rekam Medis merupakan cerminan mutu pelayanan institusi pelayanan kesehatan. Rekam Medis memiliki 6 manfaat yaitu sebagai nilai administrative, nilai legal, nilai finansial, nilai riset, nilai edukasi serta nilai dokumentatif Sebagai suatu catatan mengenai seorang pasien, maka isi Rekam Medis merupakan rahasia kedokteran yang harus dirahasiakan terhadap pihak ketiga dan merupakan milik pasien. Sebaliknya, secara fisik Rekam Medis merupakan berkas milik institusi perlayanan kesehatan sehingga pasien tidak dapat seenaknya meminjam Rekam Medis dari RS. Sementara itu secara hukum Rekam Medis merupakan salah satu data yang dapat digunakan dalam pembuktian kasus malpraktek di pengadilan. Di lain pihak, sebagai salah satu dokumentasi keadaan pasien, isi Rekam Medis merupakan rahasia kedokteran yang harus dijaga kerahasiannya oleh setiap tenaga kesehatan. Pembukaan isi Rekam Medis secara melanggar hukum dapat menyebabkan tenaga kesehatan yang bersangkutan dikenakan sanksi pidana, perdata, maupun administratif.. |