

KAJIAN KUALITAS DAN KEMANFAATAN REKAM MEDIS  
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO (RSST)

LAPORAN PENELITIAN

BETA AHLAM GIZELA

## BAB I PENDAHULUAN

### **1.1. Latar Belakang**

Pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan publik. Pelayanan kesehatan dibutuhkan oleh setiap penduduk dengan tidak ada perkecualian pada kelas sosial ekonomi tertentu. Dalam Undang-Undang Kesehatan dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal<sup>1</sup>.

Menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 1, yang dimaksud dengan sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi. Sedangkan yang dimaksud dengan praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan<sup>2</sup>.

Ditinjau dari bentuk praktik dokter, ada dua bentuk, yaitu praktik solo dan praktik bersama. Bentuk praktik bersama dapat berupa klinik atau rumah sakit. Setiap praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien (pasal 2 UU Praktik Kedokteran). Untuk mengendalikannya, dibuatlah pengaturan praktik kedokteran bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi, dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi (pasal 3 UU Praktik Kedokteran)<sup>2</sup>.

Pelayanan kesehatan dalam pelaksanaannya tidak hanya melibatkan dokter sebagai tenaga kesehatan, tetapi juga melibatkan tenaga kesehatan yang lain. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan

di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (pasal 1 UU Kesehatan) <sup>1</sup>.

Tenaga kesehatan yang tersedia di Indonesia masih belum memadai dibandingkan dengan jumlah penduduk yang harus dilayani. Menurut Pusat Data Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) selain kekurangan dokter, Indonesia juga mengalami masalah distribusi <sup>3</sup>. Rata-rata jumlah tenaga kesehatan di kota dan Jawa-Bali lebih besar dibandingkan dengan rata-rata nasional. Sementara jumlah tenaga kesehatan di desa, di Sumatera dan di Kawasan Timur Indonesia masih kurang. Hal ini menunjukkan terjadi kesenjangan antara desa dengan kota, serta kesenjangan antar daerah, atau dengan kata lain pemerataan pelayanan kesehatan belum berjalan <sup>4</sup>.

Oleh karena itu tidak mengherankan apabila kita menjumpai antrian panjang pada tempat pelayanan kesehatan publik. Tempat pelayanan kesehatan publik yang dimaksud adalah tempat pelayanan kesehatan milik pemerintah, yang memberikan pelayanan dengan biaya relatif murah dibandingkan dengan tempat pelayanan kesehatan swasta.

Menurut sebuah laporan penelitian ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit pemerintah, salah satunya disebabkan oleh lamanya waktu tunggu yang dilewati pasien di poliklinik rawat jalan dari pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan <sup>5</sup>.

Dokter adalah seseorang yang karena keilmuannya berusaha mengobati orang-orang yang sakit. Tidak semua orang yang menyembuhkan penyakit bisa disebut dokter. Untuk menjadi dokter biasanya diperlukan pendidikan dan pelatihan khusus dan mempunyai gelar dalam bidang kedokteran. Sedangkan secara harfiah, kata dokter berasal dari bahasa Latin yang berarti “guru” <sup>7</sup>. Dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan dokter adalah dokter dan dokter spesialis lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan <sup>2</sup>.

Profesi Dokter mempunyai suatu bentuk yang unik. Pelayanan yang diberikan tidaklah seperti pelayanan dalam bisnis pada umumnya. Dalam

memberikan pelayanan kesehatan dokter terikat dengan berbagai standar profesi, etik, dan hukum.

Salah satu yang diatur dalam profesi dokter adalah mengenai rekam medis. Ada aturan khusus yang mengatur mengingat pentingnya rekam medis ini. Rekam medis mempunyai beberapa fungsi. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang rekam medis, rekam medis berfungsi sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan <sup>8</sup>.

Rekam medis merupakan potret perjalanan kondisi kesehatan pasien dalam suatu rentang waktu selama pasien melakukan pemeriksaan kesehatan di tempat pelayanan kesehatan tertentu. Seluruh proses interaksi dokter dan pasien terekam dalam rekam medis. Dalam rekam medis akan tergambar perilaku profesional (*professional behaviour*) dokter dalam menangani pasiennya hingga tercapainya tujuan kedokteran (*medical goals*) dan keselamatan pasien (*patient safety*) <sup>9</sup>.

Hubungan dokter dan pasien idealnya merupakan hubungan kerjasama harmonis untuk menghadapi permasalahan kesehatan yang sedang dialami pasien. Dokter membantu pasien untuk dapat keluar dari masalah kesehatan yang dihadapinya. Akan tetapi dalam perjalanannya, permasalahan hukum terkait dengan pelayanan kesehatan terus berkembang. Hal ini tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga di berbagai negara. Beberapa tahun terakhir tuntutan hukum yang dihadapi para dokter bertambah banyak <sup>12</sup>. Lembaga Bantuan Hukum (LBH) mencatat 405 laporan masalah medis dalam kurun waktu tiga tahun terakhir; 73 diantaranya dilaporkan ke kepolisian. Komisi Nasional Hak Asasi Manusia (Komnas HAM) mencatat selama periode Juni-Oktober 2006 terdapat 7% dari 1365 kasus pengaduan yang diterima terkait dengan hak atas kesehatan dan lingkungan hidup <sup>13</sup>. Di Amerika Serikat kecenderungan tuntutan hukum kepada dokter telah terjadi lebih dahulu. Tercatat sekitar tahun 1970-1980 mulai terjadi peningkatan tuntutan hukum terhadap dokter. Surat kabar setempat, Dallas Morning News, melaporkan salah satu kondisi ekstrim terjadi di Texas, negara

bagian Amerika, dalam satu tahun terakhir lebih dari 50% dokter mengalami tuntutan hukum. Keadaan itu diikuti dengan peningkatan klaim asuransi malpraktek sejak tahun 1990-an <sup>14</sup>. Sedangkan di Jepang peningkatan jumlah tuntutan hukum terhadap dokter terjadi setelah tahun 1999, yaitu dari 14 kasus pertahun sebelum tahun 1998 menjadi sekitar 35 kasus pertahun setelah tahun 1999 <sup>15</sup>.

Menghadapi kondisi tersebut, tidak bisa dihindari dibutuhkan suatu bukti otentik yang dapat menjadi dasar bagi penyelesaian masalah etik maupun hukum yang terjadi antara dokter dan pasien. Sesuai dengan fungsinya, rekam medis disamping sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien juga adalah sebagai alat bukti. Rekam medis dengan kualitas yang baik tentunya akan dapat berfungsi dengan lebih baik, sehingga kemanfaatannya bagi pasien juga lebih optimal.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Uraian ringkas dalam latar belakang masalah di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pengembangan rekam medis elektronik di RSST?
2. Bagaimana pelaksanaan rekam medis elektronik di RSST?
3. Bagaimana kualitas rekam medis di RSST?
4. Bagaimana kemanfaatan rekam medis di RSST dalam meningkatkan tercapainya tujuan kedokteran (*medical goals*) dan keselamatan pasien (*patient safety*)?

Butir 1-4 akan dirangkum dalam bentuk kuesioner yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan memberikan informasi mengenai kualitas rekam medis.

5. Bagaimana kemanfaatan rekam medis di RSST dalam pembuktian kasus etik dan hukum?

Butir 5 diharapkan dapat terjawab dengan penelitian kualitatif.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui pengembangan rekam medis elektronik di RSST.

2. Mengkaji pelaksanaan rekam medis di RSST.
3. Mengkaji kualitas rekam medis di RSST dan manfaat untuk meningkatkan tercapainya tujuan kedokteran (*medical goals*) dan keselamatan pasien (*patient safety*).
4. Mengkaji otentisitas rekam medis di RSST.
5. Melakukan evaluasi kemanfaatan rekam medis di RSST dalam pembuktian kasus etik dan hukum.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Penelitian yang akan dilakukan diharapkan dapat memberikan wawasan dalam dunia kedokteran, khususnya meliputi:

- Secara akademik, penelitian ini memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu bioetika pada penerapan teknologi dalam bidang kesehatan, khususnya dalam sistem pendokumentasian rekam medis.
- Secara praktis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memperbaiki pengelolaan rekam medis di RSST, sehingga kemanfaatannya bagi masyarakat pasien dapat optimal, serta memberikan perlindungan hukum yang cukup bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **2.1. Transaksi Terapeutik**

##### **2.1.1. Definisi Transaksi Terapeutik**

Dalam suatu transaksi bisnis, sikap komersial merupakan suatu ciri khas. Mencari untung termasuk dalam definisi bisnis. Bisnis bukan hanya karya amal. Kalau tidak membawa keuntungan, bisnis akan dihentikan. Dengan kata lain, bisnis tidak dilakukan dengan sikap altruistik, tetapi dengan motif kepentingan diri<sup>16</sup>.

Perbedaan transaksi antara bisnis dengan medis adalah bahwa hubungan dalam dunia medis tidak dijiwai oleh motif kepentingan diri, tetapi mempunyai orientasi moral yang lain<sup>18</sup>. Hubungan ini menjadi sangat unik karena adanya semangat kemanusiaan yang mendasar, sebagaimana dilafalkan dalam Sumpah Dokter Indonesia: “Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan”<sup>19</sup>. Walaupun demikian tidak berarti bahwa profesi medis sama dengan karya amal. Profesi bisnis dan profesi medis diwarnai oleh tata nilai sendiri-sendiri. Profesi bisnis bersifat komersial, sedangkan profesi medis bersifat humaniter. Memang keduanya terikat dengan prinsip etis “tidak merugikan”. Tetapi prinsip etis paling penting bagi profesi kedokteran adalah “berbuat baik”, sedangkan prinsip etis paling hakiki bagi profesi bisnis adalah kejujuran (menepati janji, dan sebagainya)<sup>16</sup>.

Dalam bidang kedokteran, hubungan dokter dan pasien sebagai dua pihak yang bersepakat untuk mencapai suatu tujuan tertentu disebut sebagai transaksi terapeutik. Transaksi berarti perjanjian atau persetujuan yakni hubungan timbal balik antara dua pihak yang bersepakat dalam suatu hal. Terapeutik merupakan terjemahan dari kata *therapeutic* yang berarti bidang pengobatan. Ini tidak sama dengan *therapy* yang berarti pengobatan. Persetujuan yang terjadi antara dokter dan pasien lebih luas dari pengobatan, mencakup diagnostik, preventif, rehabilitatif maupun promotif, oleh karena itu persetujuan ini disebut transaksi terapeutik<sup>20</sup>.

Ciri hubungan dokter dengan pasien berbeda dengan hubungan pebisnis dengan pelanggan atau mitra bisnis. Hubungan dokter dengan pasien berupa *covenant*, bukan *contract*. *Convenant* berarti akad, yang menunjukkan bahwa hubungan dokter dengan pasiennya melebihi status kontrak. Dokter wajib merasa peduli (*caring*) dengan pasien. Peranan dokter tidak dipatok sampai batas yang dapat ditetapkan sebelumnya. Selain itu, dalam hubungan dokter pasien, kedudukan pasien bukanlah konsumen, yang dapat bebas memilih apa saja yang dikehendakinya, selama dia dapat membayar. Karena kondisi kesehatannya dan mendesaknya akan pertolongan medis untuk melepaskan diri dari penderitaannya, pasien tidak mempunyai keleluasaan sebagaimana konsumen.<sup>(16)</sup> Tersedianya pertolongan segera sering kali merupakan pilihan antara hidup dan mati. Mayoritas masyarakat tidak menikmati status konsumen di bidang kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan tidak merupakan komoditas ekonomi semata. Pembeda terakhir adalah dokter dapat memberikan upaya maksimalnya saja. Dalam perjanjian hukum perdata termasuk dalam kategori perikatan berdasarkan daya upaya, berbeda dengan kontrak bisnis yang termasuk dalam kategori perikatan berdasarkan hasil kerja<sup>21</sup>.

Menurut ketentuan hukum, transaksi terapeutik berlaku sebagai undang-undang. Artinya masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipatuhi. Dokter wajib memberikan prestasinya sedangkan pasien wajib memberikan kontra-prestasi. Jika salah satu pihak tidak memenuhi kewajibannya, maka pihak yang dirugikan dapat menuntut atau menggugat pihak lainnya<sup>27</sup>.

Hubungan dokter dan pasien dalam perjanjian hukum perdata termasuk dalam kategori perikatan berdasarkan usaha maksimal (*inspanningsverbinten*). Disebut demikian karena dalam bidang pengobatan, tidak mungkin dokter menjamin upaya pengobatan akan selalu berhasil sesuai yang diinginkan pasien atau keluarganya. Hal ini berbeda dengan ikatan yang termasuk kategori perikatan berdasarkan hasil kerja (*resultaatsverbinten*)<sup>20</sup>.

### **2.1.2. Medikoetikolegal**

Etika dan hukum mempunyai tujuan yang sama, yaitu untuk mengatur tertib dan tentramnya pergaulan hidup dalam masyarakat. Akan tetapi, pengertian etika dan hukum berbeda. Etika berasal dari bahasa Yunani *ethikos*, *ethos ethikos*, *ethos* yang berarti adat, kebiasaan, praktik<sup>28,29</sup>. Etika merupakan kajian mengenai moralitas-refleksi terhadap moral secara sistematis dan hati-hati dan analisis terhadap keputusan moral dan perilaku kelompok profesi tertentu dalam memberikan pelayanan jasa kepada masyarakat<sup>20,30</sup>.

Etika kedokteran merupakan analisis pilihan dalam kedokteran. Etika kedokteran mencakup pilihan yang dibuat tidak hanya oleh dokter tetapi juga oleh tenaga medis lainnya<sup>32</sup>. Etika kedokteran memiliki sejarah yang panjang<sup>33</sup>, mulai dari sumpah Hipokrates sampai etika kedokteran modern seperti kode etik dari *American Medical Association (AMA)*<sup>34</sup>.

Dokter adalah salah satu kelompok pekerjaan profesi yang etika profesinya (etika kedokteran) merupakan etika yang tertua. Menurut Beauchamp dan Childress, dalam praktik kedokteran, dikenal empat prinsip dasar moral, yaitu<sup>35,36</sup>:

1) *Respect for patient autonomy*

*Autonomy* berasal dari kata *autos* yang berarti sendiri dan *nomos* yang berarti peraturan. Pada prinsip ini, semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu mengingat dan menghormati hak pasien dalam menentukan nasibnya sendiri serta menjaga kerahasiaan pasien. Dalam setiap pembuatan keputusan medis, pasien harus dilibatkan dan keputusan tersebut dibuat berdasarkan kebutuhan, keinginan, kemampuan dan keselamatan pasien.

2) *Beneficience*

Setiap tenaga kesehatan dalam setiap tindakannya bertujuan untuk kesejahteraan pasien, bertindak demi keuntungan orang lain dan bukan demi keuntungan diri sendiri. Menurut prinsip ini, tugas/kewajiban utama seorang dokter adalah memberi pelayanan terbaik kepada pasien sesuai kebutuhannya.

3) *Non-maleficience*

Prinsip ini menegaskan bahwa setiap tenaga kesehatan berkewajiban untuk menjauhkan pasien dari segala hal yang dapat mencelakakannya. Untuk itu,

dokter harus menerapkan ilmu dan ketrampilan yang tepat dalam menangani pasien termasuk menambah ilmu pengetahuan dan mengembangkan ilmu kedokteran sesuai dengan kemajuan jaman.

#### 4) *Justice*

Seorang tenaga kesehatan harus memperlakukan setiap orang secara adil. Adil pada konteks ini meliputi : *fairness, rightness* (memperlakukan seseorang sesuai haknya), *equity or integrity*. Adil tidak hanya sama dan merata tetapi juga memperhatikan prioritas sesuai tingkat kepentingannya masing-masing.

Etika kedokteran dilandaskan atas norma-norma etik yang mengatur hubungan manusia umumnya, dan dimiliki asas-asasnya dalam falsafah masyarakat yang diterima dan dikembangkan terus. Di Indonesia, asas yang dimaksud adalah Pancasila sebagai landasan Idiil dan Undang-Undang Dasar 1945 sebagai landasan struktural. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) telah merumuskan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang disusun dalam empat kelompok, yaitu: kewajiban umum, kewajiban dokter terhadap pasien, kewajiban dokter terhadap teman sejawat dan kewajiban dokter terhadap diri sendiri <sup>37</sup>.

Hukum adalah peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh suatu kekuasaan, dalam mengatur pergaulan hidup dalam masyarakat. Hukum kesehatan menurut Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI), adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hal ini berhubungan dengan hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspeknya, organisasi, sarana, pedoman standar pelayanan medik, ilmu pengetahuan kesehatan serta sumber-sumber hukum lainnya <sup>20</sup>. Hukum Kedokteran adalah bagian dari Hukum Kesehatan, yaitu yang berkaitan dengan pelayanan kedokteran (*medical service*), contohnya adalah Undang-Undang Praktik Kedokteran (UUPK) No. 29 Tahun 2004. Sedangkan contoh dari hukum kesehatan adalah Undang-Undang Kesehatan No.35 Tahun 2009. Undang-Undang Praktik Kedokteran (UUPK) No. 29 Tahun 2004 disusun

dengan tujuan dapat mengatasi permasalahan yang berkaitan dalam praktik kedokteran<sup>38</sup>.

Perpaduan antara etik dan hukum dikenal dengan sistem etikolegal. Sistem etikolegal didefinisikan sebagai rangkaian sistem administratif pertanggungjawaban etik (*responsibility*), disiplin (*accountability*) dan hukum (*liability*) tenaga kesehatan yang merupakan aktor utama sumberdaya kesehatan untuk diubah terencana dan bertahap dalam rangka mencapai keseimbangan nilai kesehatan dari tujuan-tujuan kedokteran, keselamatan pasien, dan kemartabatan profesi melalui proses transformasi hukum sebagai cermin kontrak sosial kepada masyarakat melalui upaya kesehatan perorangan yang dilakukannya<sup>39</sup>.

Sistem etikolegal digerakkan untuk lebih menciptakan lingkungan kondusif terbentuknya dokter sebagai profesional sejati yang mampu mengendalikan diri sendiri (*responsibility*) melalui proses belajar sepanjang hayat yang selayaknya menimbulkan kebijakan diri (*wisdom*). Oleh karena itu sebagai aktor utama pelayanan kesehatan dokter diharapkan akan menggunakan keutamaan diri (*virtues*) dalam menjalankan kewajiban dan kewenangan profesionalnya (*accountability* dan *liability*), khususnya dalam menangani semua isu-isu dan permasalahan etikolegal yang senantiasa tiada akhir. Sistem etikolegal merupakan sarana untuk mempertajam profesionalisme tenaga kesehatan agar tetap terpercaya dan handal sehingga senantiasa dibutuhkan masyarakat<sup>39</sup>.

Dalam sistem upaya kesehatan perorangan tersebut digunakan trias rasa tanggung jawab subjek pelaku yakni tenaga kesehatan sebagai unsur masukan. Sebagai masukan tenaga kesehatan tersebut setelah mengalami proses hukum sebagai perekayasa masyarakat (*law as a social engineering*) akan menjadi keluaran, berupa dinamika nilai kesehatan (tataran mikro atau makro), yakni berimbangny trias: tujuan kedokteran (*medical goals*), keselamatan pasien (*pastient safety*), dan martabat keluhuran profesi (*professional dignity*)<sup>39</sup>.

## **2.2. Rekam Medis**

### **2.2.1. Definisi Rekam Medis**

Rekam medis oleh Waters dan Murphy didefinisikan sebagai kompendium berisi informasi tentang keadaan pasien selama dalam perawatan penyakitnya atau selama dalam pemeliharaan kesehatannya. Ikatan Dokter Indonesia mendefinisikannya sebagai rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medik/kesehatan kepada seorang pasien <sup>44</sup>.

Menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, pengertian rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien <sup>2,8</sup>.

Pelayanan kesehatan atau pengobatan yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi harus didokumentasikan dalam rekam medis sebagaimana diatur dalam ayat 1 pasal 46 UU Praktik Kedokteran. Selanjutnya dinyatakan bahwa rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan (ayat 2). Dinyatakan juga (ayat 3) bahwa setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan. Dalam pasal 47 dinyatakan bahwa dokumen rekam medis merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isinya milik pasien, yang harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan <sup>2</sup>.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan organisasi dan tata kerja sarana pelayanan kesehatan. Sementara tanggung jawab pembinaan dan pengawasan merupakan tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan <sup>8</sup>.

Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Sarana pelayanan kesehatan berhak

untuk merancang desain rekam medis, menetapkan aturan tentang rekam medis, menguasai berkas rekam medis, menggunakan isi rekam medis untuk kepentingannya, memusnahkan rekam medis yang sudah kadaluwarsa, menyerahkan berkas rekam medis yang sudah kadaluwarsa kepada pasien, karena tidak menutup kemungkinan rekam medis tersebut sangat berguna sebagai acuan diluar masa kadaluwarsa. *Health care provider* berkewajiban untuk menyimpan berkas dengan baik sebab didalamnya terdapat data tentang pasien yang sewaktu-waktu diperlukan, menjaga dari kerusakan atau kehilangan, melaporkan berita acara pemusnahan berkas kepada Dirjen Pelayanan Medik, memberikan isi rekam medis kepada pasien jika diminta baik dalam bentuk lisan, salinan pada lembaran kertas, fotokopi baik full kopi atau sebagian, memberikan isi rekam medis kepada pihak lain jika syarat yuridisnya terpenuhi yaitu ada ijin dari pasien yang bersangkutan, memberikan isi rekam medis kepada penegak hukum jika syarat yuridisnya terpenuhi <sup>44,8</sup>.

Mengingat isi rekam medis merupakan data tentang pasien, maka konsekuensinya pasien berhak mengetahui isi rekam medis, menggunakan isi rekam medis untuk berbagai kepentingan, memberi persetujuan atau menolak memberikan persetujuan kepada pihak lain yang ingin memanfaatkannya, baik individu atau lembaga, kecuali yang telah diatur dalam peraturan perundangan, yaitu untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan, permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri, permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan, serta untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. Yang dimaksud dengan isi rekam medis dalam peraturan perundangan adalah dalam bentuk ringkasan rekam medis <sup>8,2</sup>.

### **2.2.2. Isi Rekam Medis**

Rekam medis harus memuat beberapa hal. Rekam medis terdiri dari dua komponen, yaitu catatan dan dokumen. Catatan merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan

pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya. Sedangkan dokumen merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya <sup>45</sup>.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis diatur secara rinci berbagai catatan dan dokumen yang harus ada. Dalam peraturan tersebut dibedakan antara rekam medis pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan rawat sehari, pasien gawat darurat, dan pasien dalam keadaan bencana <sup>8</sup>.

Rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, odontogram klinik (untuk pasien kasus gigi), dan persetujuan tindakan bila diperlukan <sup>8</sup>.

Rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang (*discharge summary*), nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan khusus untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik<sup>8</sup>.

Rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, pengobatan dan/atau tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut,

nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien <sup>8</sup>.

Rekam medis pasien adalah dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan di atas ditambah dengan jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan, kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal, serta identitas orang yang menemukan pasien <sup>8</sup>.

Untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis isi rekam medis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan <sup>8</sup>.

### **2.2.3. Manfaat Rekam Medis**

Pada hakekatnya rekam medis merupakan sumber data yang dapat dimanfaatkan untuk berbagai macam kepentingan. Mengingat data tersebut bersifat rahasia maka dalam hal penarikan, pemaparan ataupun penggunaan data untuk berbagai macam kepentingan perlu memperhatikan aspek hukumnya.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis dapat dipakai sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, serta sebagai sumber data statistik kesehatan <sup>8</sup>.

Rekam medis memiliki manfaat yang sama penting dalam kepentingan medis dan hukum. Jika rekam medis tidak dibuat dan disimpan secara adekuat akan membawa kesulitan dalam perawatan pasien, yang pada akhirnya akan menyebabkan hasil yang merugikan pasien, dan hal itu merupakan suatu kelalaian<sup>9</sup>.

Pemanfaatan rekam medis untuk berbagai kebutuhan dilakukan dengan mengikuti aturan yang ketat, mengingat sifat kerahasiaan dari rekam medis. Amanat yang harus dipegang oleh dokter terkait dengan kerahasiaan rekam medis

meliputi, menyimpan seluruh rekam medis pasien secara aman, mengisi rekam medis dengan penuh kehati-hatian, membuka rekam medis hanya atas persetujuan tertulis dengan didahului diskusi yang baik tentang kepentingan pembukaan informasi kecuali jika untuk kepentingan hukum, mempertimbangkan secara profesional mengenai kerahasiaan jika pasien membahayakan dirinya atau orang lain, mempertimbangkan secara profesional untuk mempertimbangkan kerahasiaan jika pasien di bawah umur misalnya kepada orang tua atau walinya, hanya menggunakan materi klinik dalam kegiatan mengajar dan penulisan ilmiah<sup>24,9</sup>.

#### **2.2.4. Kualitas Rekam Medis**

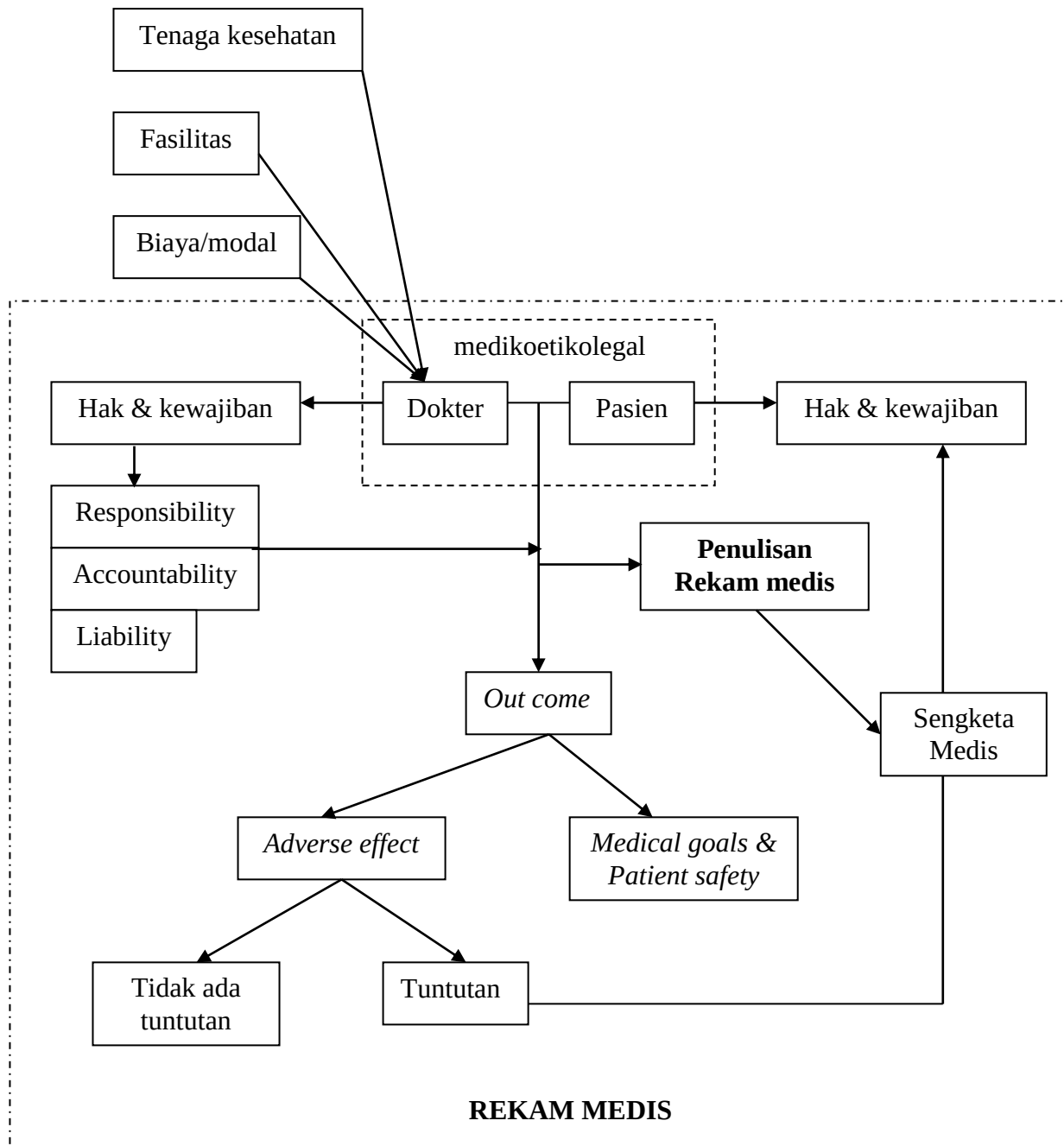
Selaras dengan manfaat rekam medis yang telah diuraikan sebelumnya, penting kiranya menjaga kualitas rekam medis. Kualitas rekam medis dapat ditinjau dari dua sudut pandang, yaitu secara medis dan hukum. Keduanya menuntut rekam medis harus akuntabel<sup>9</sup>. Secara medis, rekam medis yang baik akan mendukung terlaksananya perawatan dan pengobatan pasien dengan baik. Sedangkan secara hukum rekam medis harus dijamin otentisitasnya.

Setiap rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Hal ini ditujukan agar seluruh informasi tercatat dengan baik serta tidak saling tumpang tindih dengan pasien yang lain<sup>8</sup>.

Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Jika terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan, dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan<sup>8</sup>.

Otentisitas rekam medis menjadi hal yang disoroti manakala terjadi *adverse effect* (KTD-kejadian yang tidak diharapkan) dari sebuah tindakan medis. Untuk kepentingan etik dan hukum, rekam medis menjadi sebuah sumber data yang digunakan dalam upaya membuktikan ada tidaknya unsur pelanggaran etik dan hukum, sehingga dapat terpenuhi rasa keadilan bagi semua pihak.

### 2.3. Kerangka Teori



### BAB III

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods design: Quantitative method leading to qualitative result*. Penelitian terdiri dari dua tahap yang merupakan satu kesatuan yang saling menguatkan. Penelitian diawali dengan penelitian kuantitatif untuk melihat kualitas rekam medis pada penerapan rekam medis di RSST. Dari penelitian kuantitatif ini akan diperoleh informasi dasar yang kemudian dipertajam dan digali lebih lanjut kemafaatan rekam medis dalam pembuktian hukum dengan penelitian kualitatif melalui *in-depth interview* terhadap beberapa narasumber, serta *focus group discussion* dengan petugas pelaksana rekam medis elektronik di lapangan.

#### **3.1. Penelitian Kuantitatif**

##### **3.1.1. Desain Penelitian**

Penelitian kuantitatif dilakukan dengan desain penelitian observasional. Peneliti melakukan pengukuran tanpa melakukan intervensi. Pengukuran dilakukan satu kali (*cross sectional*) untuk melihat gambaran umum tentang penerapan rekam medis di RSST, khususnya mengenai kualitas rekam medis yang ditinjau dari kepentingan tujuan kedokteran dan keselamatan pasien, serta dari otentisitas rekam medis.

##### **3.1.2. Tempat dan Waktu**

Penelitian dilakukan di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian dilakukan mulai Februari sampai dengan bulan Oktober 2016.

##### **3.1.3. Sumber Data**

Data dalam penelitian diambil dari petugas kesehatan dan dari rekam medis pasien.

#### 3.1.4. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang mendapatkan perawatan RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro.

Sampel diambil dari unit rawat darurat dan unit rawat inap, serta pasien dengan tindakan berisiko tinggi. Sampel dipilih secara *computerized random sampling*.

#### 3.1.5. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

Kriteria inklusi: Rekam Medis unit rawat darurat dan unit rawat inap, serta pasien dengan tindakan berisiko tinggi.

Kriteria eksklusi: Rekam Medis yang belum kembali ke Unit Rekam Medis.

#### 3.1.6. Besar Sampel

Tiap bagian dilakukan pengambilan data terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap. Besar sampel dihitung menggunakan *Repeated simple sampling* dengan rumus <sup>62</sup>:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \quad \text{atau} \quad n = \frac{4pq}{d^2}$$

Keterangan:

n adalah besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini

P adalah proporsi dalam populasi

z adalah *standard score* untuk  $\alpha$  yang dipilih

d adalah ketelitian (*error*)

q adalah 1-p

#### 3.1.7. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berbentuk kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah jenis dikotomus, yaitu dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner Kulalitas Rekam

Medis yang diisi sendiri oleh tenaga kesehatan, dilengkapi dengan *check list* yang diisi oleh peneliti untuk analisis dokumen <sup>63</sup>.

### **3.1.8. Teknik Pembuatan Alat Ukur**

Untuk mengukur kualitas rekam medis digunakan parameter sesuai dengan dasar hukum tentang rekam medis yaitu Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Kuesioner dibuat untuk rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Dipilih bentuk dikotomus dengan pilihan jawaban "ya" dan "tidak" karena variabel penelitian bersifat diskrit, atau disebut juga variabel nominal atau variabel kategorik karena hanya dapat dikategorikan atas dua kutub yang berlawanan, yakni "ya" dan "tidak" <sup>63</sup>.

### **3.1.9. Cara Kerja**

#### **I. Persiapan**

##### **1. Penelusuran pustaka**

Penelusuran pustaka dilakukan untuk mengumpulkan bukti ilmiah terdahulu terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Dari penelusuran pustaka yang dilakukan dirumuskan suatu kerangka konsep dan kerangka teori yang melandasi penelitian ini. Setelah kerangka konsep dan kerangka teori dibangun, disusun berbagai pertanyaan penelitian yang kemudian dirinci dalam suatu kuesioner. Pertanyaan dalam kuesioner yang membutuhkan penjelasan lebih jauh dirumuskan dalam pedoman *in-depth interview* dan *focus group discussion*.

##### **2. Pembuatan instrumen penelitian**

##### **3. Penghitungan besar sampel dan pemilihan sampel**

#### **II. Pelaksanaan**

##### **1. Pengambilan data**

##### **2. Manajemen data**

##### **3. Analisis data**

### 3.1.10. Identifikasi Variabel

Variabel yang dinilai dalam penelitian ini meliputi:

1. Pendokumentasian dan penyimpanan rekam medis.
2. Kemudahan dan ketersediaan rekam medis saat dibutuhkan.
3. Besaran biaya.
4. Kelengkapan isi rekam medis.
5. Kemudahan pengisian rekam medis.
6. Proses perubahan atau penambahan isi rekam medis.
7. Kerahasiaan medis.
8. Keabsahan rekam medis sebagai alat bukti.

### 3.1.11. Rencana Manajemen dan Analisis data

Sesuai dengan data yang diperoleh dalam penelitian ini, yaitu data rekam medis, pendekatan yang digunakan adalah dengan *content analysis* atau kajian isi. Definisi dari kajian isi adalah teknik apa pun yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan, dan dilakukan secara objektif dan sistematis<sup>64</sup>.

Guba dan Lincoln menguraikan prinsip dasar kajian isi yang meliputi; *Pertama*, dan yang terpenting ialah proses mengikuti aturan. Setiap langkah dilakukan atas dasar aturan dan prosedur yang disusun secara eksplisit. Aturan itu harus berasal dari kriteria yang ditentukan dan prosedur yang ditetapkan. Analisis berikutnya yang akan mengadakan pengkajian harus menggunakan aturan yang sama, prosedur yang sama, dan kriteria yang juga sama sehingga dapat menarik kesimpulan yang sama pula. *Kedua*, kajian isi adalah proses sistematis. Hal ini berarti dalam rangka pembentukan kategori sehingga memasukkan dan mengeluarkan kategori dilakukan atas dasar aturan yang taat asas. Jadi apabila aturan telah ditetapkan, hal itu harus diterapkan dengan prosedur yang sama, terlepas dari apakah menurut analisis atau tidak. *Ketiga*, kajian isi merupakan proses yang diarahkan untuk menggeneralisasi. *Keempat*, kajian isi mempersoalkan isi yang termanifestasikan. Jadi jika peneliti akan menarik

kesimpulan harus berdasarkan isi suatu dokumen yang termanifestasikan. *Kelima*, kajian isi menekankan analisis secara kuantitatif, namun hal itu dapat pula dilakukan bersama analisis kualitatif <sup>64</sup>.

Tahap selanjutnya, data yang diperoleh dari studi kuantitatif dikodifikasi dan diskoring, untuk kemudian dibuat tabulasi dan dianalisis dengan uji beda proporsi. *Software* yang digunakan untuk analisis ini adalah STATA.

### 3.1.12. Definisi Operasional

Dalam penelitian ini digunakan variabel penelitian dan skala pengukuran sebagai berikut:

| Variabel   |                                          | Skala   |
|------------|------------------------------------------|---------|
| Bebas      | Pendokumentasian rekam medis             | Nominal |
|            | Penyimpanan rekam medis                  | Nominal |
|            | Ketersediaan rekam medis                 | Nominal |
|            | Kelengkapan isi rekam medis              | Nominal |
|            | Kemudahan pengisian rekam medis          | Nominal |
|            | Proses perubahan rekam medis             | Nominal |
|            | Kerahasiaan rekam medis                  | Nominal |
|            | Keabsahan rekam medis sebagai alat bukti | Nominal |
| Tergantung | Kualitas rekam medis                     | Nominal |

#### - Pendokumentasian dan penyimpanan rekam medis

Pendokumentasian dan penyimpanan rekam medis meliputi waktu pengisian rekam medis, petugas pengisi rekam medis, pendelegasian tertulis untuk staf diluar dokter yang bertugas mengisi rekam medis, model penyimpanan rekam medis.

#### - Ketersediaan rekam medis saat dibutuhkan

Ketersediaan rekam medis saat dibutuhkan meliputi kemudahan pencarian rekam medis dan kecepatan pencariannya.

#### **- Kelengkapan isi rekam medis**

Kelengkapan isi rekam medis meliputi kelengkapan unsur catatan dan dokumen dalam rekam medis. Kelengkapan isi rekam medis sangat menentukan *patient safety*. Selain itu juga terekam *professional dignity*. Terdapat sedikit perbedaan dalam isi rekam medis rawat jalan dan rawat inap.

Catatan dalam rekam medis berupa :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis yang mencakup keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan
- h. Tindakan
- i. Pelayanan lain
- j. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan (bagi pasien rawat inap)
- k. Ringkasan pulang (bagi pasien rawat inap)
- l. Identitas dan tanda tangan dokter, atau petugas kesehatan

Dokumen dalam rekam medis berupa:

- a. Radiologi
- b. Hasil laboratorium
- c. Keterangan lain (konsul, informed consent)

#### **- Kemudahan pengisian rekam medis**

Kemudahan pengisian rekam medis yang digunakan.

#### **- Proses perubahan rekam medis**

Proses perubahan rekam medis meliputi perubahan data, petugas yang memiliki melakukan perubahan, ketersediaan catatan sebelum perubahan.

#### **- Kerahasiaan medis rekam medis**

Kerahasiaan rekam medis meliputi keterjangkauan akses rekam medis oleh berbagai pihak.

#### **- Keabsahan rekam medis sebagai alat bukti**

Keabsahan rekam medis sebagai alat bukti meliputi ketersediaan data dan pengalaman penggunaan rekam medis sebagai alat bukti untuk suatu kasus etik atau hukum.

### **3.1.13. Masalah Etika**

Permasalahan etika untuk penelitian ini lebih mengarah kepada etika institusional, karena menyangkut penerapan suatu kebijakan dalam pelayanan publik. Penelitian ini tidak bersifat eksperimental dan intervensi terhadap individu. Sebelum berjalannya penelitian akan diajukan persetujuan etik (*ethical clearance*). Untuk pengambilan data di Rumah Sakit akan dimintakan persetujuan tertulis dari Rumah Sakit tempat dilakukan penelitian, dan data yang diperoleh akan dirahasiakan sesuai batasan yang berlaku <sup>65</sup>.

## **3.2. Penelitian Kualitatif**

### **3.2.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode eksplorasi dengan pendekatan kualitatif menggunakan *indepth interview* dan *focus group discussion*.

### **3.2.2. Tempat dan Waktu**

Penelitian dilakukan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro mulai bulan Februari sampai dengan bulan Oktober 2016, mengikuti penelitian kuantitatif yang dilakukan.

### **3.2.3. Sumber Data**

Data yang diambil merupakan data primer. Data diambil dari responden langsung, yaitu dengan *focus group discussion* tenaga kesehatan di lokasi penelitian, dan *indepth interview* terhadap pakar di bidang etik dan hukum.

#### 3.2.4. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah kelompok tenaga kesehatan. Sampel yang digunakan adalah sample bertujuan (*purposive sampling*), yaitu pemilihan yang didasarkan kemampuan sampel dalam memberikan informasi yang relevan dan memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian.

Sampel bertujuan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- *Rancangan sampel yang muncul*: sampel tidak dapat ditentukan atau ditarik terlebih dahulu.
- *Pemilihan sampel secara berurutan*: Tujuan memperoleh variasi sebanyak-banyaknya hanya dapat dicapai apabila pemilihan satuan sampel dilakukan jika satuannya sebelumnya sudah dijaring dan dianalisis. Setiap satuan berikutnya dapat dipilih untuk memperluas informasi yang telah diperoleh terlebih dahulu sehingga dapat dipertentangkan atau diisi adanya kesenjangan informasi yang ditemui. Darimana atau dari siapa ia mulai tidak menjadi persoalan, tetapi bila hal itu sudah berjalan, maka pemilihan berikutnya bergantung kepada apa keperluan peneliti. Teknik sampling bola salju (*snow ball*) bermanfaat dalam hal ini, yaitu mulai dari satu menjadi makin lama makin banyak.
- *Penyesuaian berkelanjutan dari sampel*: pada mulanya setiap sampel dapat sama kegunaannya. Namun, sesudah semakin banyak informasi yang masuk dan makin mengembangkan hipotesis kerja, akan ternyata bahwa sampel makin dipilih atas dasar fokus penelitian.
- *Pemilihan berakhir jika sudah terjadi pengulangan*: pada sampel bertujuan seperti ini jumlah sampel ditentukan oleh pertimbangan-pertimbangan informasi yang diperlukan. Jika maksudnya memperluas informasi, dan jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijaring, maka penarikan sampel pun sudah dapat diakhiri. Jadi, kuncinya di sini ialah jika sudah mulai terjadi pengulangan informasi, maka penarikan sampel sudah harus dihentikan<sup>64</sup>.

#### 3.2.5. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi untuk kelompok tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit dalam penelitian ini adalah dokter, dokter gigi, perawat, dan petugas rekam medis.

### **3.2.6. Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara berupa pertanyaan terbuka terkait dengan penjelasan secara lebih operasional terhadap hal-hal yang telah diteliti dalam penelitian kuantitatif.

### **3.2.7. Cara Kerja**

#### **I. Persiapan**

##### **1. Analisis hasil penelitian kuantitatif**

Dari penelitian kuantitatif yang dilakukan dirumuskan pertanyaan yang membutuhkan penjelasan lebih jauh dalam pedoman wawancara untuk *focus group discussion* dan *indepth interview*.

##### **2. Pembuatan instrumen penelitian**

##### **3. Pemilihan sampel**

#### **II. Pelaksanaan**

##### **1. Pengambilan data**

Dilakukan *focus group discussion* terhadap tenaga kesehatan. Seluruh proses *focus group discussion* dan *indepth interview* direkam dalam alat perekam dan catatan penelitian.

##### **2. Manajemen data**

##### **3. Analisis data**

### **3.2.8. Rencana Manajemen dan Analisis Data**

Data dari studi kualitatif diproses dengan transkrip data, *koding* data, kategorisasi data, penyimpulan sementara, triangulasi, dan penyimpulan akhir.

Transkrip data dilakukan dengan memasukkan rekaman (suara dan tulisan) dari penelitian dalam bentuk tulisan dengan model kartu. Transkrip data kemudian dibaca secara teliti dan hati-hati, untuk kemudian ditentukan kata

kuncinya, dan dilakukan *koding* data. Langkah selanjutnya adalah mengelompokkan data yang serupa berdasarkan kata kuncinya untuk dibuat kategori. Kategorisasi data dilakukan secara berulang untuk mencegah kemungkinan kesalahan memasukkan data dalam kategori tertentu. Data yang sudah masuk dalam kategori tertentu bisa dipindah ke dalam kategori yang lain jika dipandang lebih sesuai. Setelah proses ini dapat dilakukan penyimpulan sementara. Sementara penyimpulan akhir dilakukan setelah proses triangulasi, yaitu proses *cross check* dari sumber data, metode, dan teori.

Kategorisasi merupakan langkah yang penting sekali dan harus mengikuti aturan-aturan tertentu. Ada lima aturan yang ada, yaitu: *pertama*, kategori harus berkaitan dengan masalah dan tujuan penelitian. *Kedua*, kategori itu harus *tuntas*, artinya setia data dapat ditempatkan pada salah satu kategorinya. *Ketiga*, kategori harus *tidak saling tergantung*, artinya tidak boleh ada satu isi data yang bisa masuk ke dalam lebih dari satu kategori. *Keempat*, kategori harus *bebas*. Pemasukan data dengan cara apapun tidak boleh mempengaruhi klasifikasi data lainnya. *Kelima*, kategori harus diperoleh atas dasar prinsip klasifikasi tunggal. Jika ada derajat analisis yang tingkatannya berbeda hendaknya dipisahkan <sup>64</sup>.

### **3.2.9. Masalah Etika**

Persetujuan etik untuk penelitian ini diajukan bersamaan dengan persetujuan etik penelitian kuantitatif yang telah diuraikan sebelumnya.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### IV.1. SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Pengambilan data dilakukan pada bulan Mei-Juli 2016. Data yang diambil merupakan sampel rekam medis pasien tindakan medis berisiko tinggi di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, berkisar bulan Oktober 2015-Maret 2016.

Berdasarkan observasi dan wawancara yang penulis lakukan terhadap Kepala Ruang Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, tidak terdapat ketentuan tertulis yang memuat daftar tindakan medis berisiko tinggi seperti yang penulis cantumkan pada bab tinjauan pustaka yang bersumber dari Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kecamatan Mandau Kabupaten Bengkalis Nomor 75/KPTS/XI/2014. Selama ini, para tenaga medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro terutama di SMF Obstetri dan Ginekologi, mengacu pada pemahaman dan pengetahuan petugas medis terhadap penggolongan tindakan medis. Sehingga, penentuan mengenai sebuah tindakan tergolong risiko tinggi atau tidak hanya berdasarkan expert opinion seperti yang penulis dapatkan dari hasil wawancara. Dari tanya jawab ini, penulis mendapat informasi mengenai beberapa tindakan yang tergolong risiko tinggi dan membutuhkan informed consent tertulis, yaitu semua pasien rawat inap, tindakan induksi, tindakan terminasi dengan indikasi medis, pemasangan alat kontrasepsi (IUD/implan/suntik DMPA), ekstrasi alat kontrasepsi, cryotherapy, LEEP, biopsi, kolposkopi, cauter cervix, eksplorasi cavum uteri, kuretase, dan histerektomi. Hal

ini tentu dapat menjadi evaluasi bagi pihak rumah sakit untuk bisa menerbitkan ketentuan tertulis mengenai daftar tindakan medis risiko tinggi yang

membutuhkan informed consent tertulis, sehingga meminimalisasi kelalaian tenaga medis dalam melakukan informed consent terhadap pasien.

Dari keseluruhan tindakan medis yang dilakukan, penulis mengambil sampel tiap tindakan secara random dan didapatkan sejumlah 100 sampel. Jumlah sampel dari masing – masing tindakan dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1. Daftar sampel tindakan medis berisiko tinggi SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam penelitian ini**

| Nama tindakan              | Jumlah     |
|----------------------------|------------|
| <i>Sectio caesar</i>       | 23         |
| Partus pervaginam spontan  | 19         |
| Kistektomi / Salfingektomi | 20         |
| Biopsi ca cervix           | 15         |
| Kuretase                   | 12         |
| Histerektomi / Miomektomi  | 11         |
| <b>Total</b>               | <b>100</b> |

Kualitas rekam medis dapat dilihat dari dua sisi, yaitu medis dan hukum. Dari sisi medis, kualitas dapat ditinjau melalui kelengkapan isi di dalamnya. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis sangatlah penting untuk diperhatikan karena salah satu kegunaan dari berkas rekam medis merupakan bahan tanda bukti tertulis dari sisi hukum (Depkes RI, 1991).

Kategori lengkap atau tidaknya suatu rekam medis ditentukan sebagai berikut:

- Baik, apabila kelengkapan isi rekam medis memenuhi >90% kriteria yang tercantum dalam Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 3 ayat (1).
- Kurang baik, apabila kelengkapan isi rekam medis memenuhi 75-90% kriteria yang tercantum dalam Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 3 ayat (1).
- Buruk, apabila kelengkapan isi rekam medis memenuhi <75% kriteria yang tercantum dalam Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 3 ayat (1).

Berdasarkan definisi di atas, didapatkan hasil pengumpulan data kualitas rekam medis dari sisi medis yang disajikan dalam tabel 2.

Tabel 2. Kualitas medis rekam medis pasien SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

| Kualitas Medis | (%) |
|----------------|-----|
| Baik           | 79  |
| Kurang baik    | 18  |
| Buruk          | 3   |
| Jumlah         | 100 |

Dari 100 sampel rekam medis yang diambil, 79 dapat dikategorikan memiliki kualitas baik. Sedangkan 18 rekam medis lainnya masuk ke dalam kategori kurang baik, dan 3 sisanya termasuk ke dalam kategori buruk. Hasil ini menunjukkan bahwa secara mayoritas kualitas rekam medis dari sisi medis sudah tergolong baik.

Tentunya, penilaian kualitas rekam medis berhubungan sangat erat dengan kelengkapan pengisian komponen di dalamnya. Rincian mengenai komponen rekam medis mana saja yang banyak terisi dapat dilihat pada tabel 3.

Dapat kita lihat bahwa komponen yang paling banyak terlewatkan adalah poin penyertaan persetujuan tindakan medis. Di sisi lain, ada beberapa komponen yang terisi penuh dari 100 sampel yang ada, yaitu identitas pasien, hasil anamnesis yang memuat keluhan dan riwayat penyakit, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, serta pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu. Identitas pasien dapat terisi penuh karena RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten telah menerapkan sistem labelling menggunakan komputer sehingga mencakup pemberian identitas seluruh berkas rekam medis.

Ketidaklengkapan dalam pengisian berkas rekam medis dapat disebabkan dan dipengaruhi oleh banyak hal. Beberapa di antaranya adalah keterbatasan waktu dan ketidakdisiplinan dalam pengisian rekam medis (Pamungkas et al., 2010). Beban kerja yang tinggi untuk seorang dokter membuat waktu yang dimiliki

sangat terbatas, dan waktu yang terbatas ini semakin mengurangi kesempatan dokter/tenaga kesehatan untuk melengkapi rekam medis milik pasien.

**Tabel 3. Rincian data pengisian komponen rekam medis SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten**

| No | Komponen yang diamati                                        | %<br>(N = 100) |
|----|--------------------------------------------------------------|----------------|
| 1  | Identitas pasien                                             | 100            |
| 2  | Tanggal dan waktu pelayanan kesehatan diberikan              | 98,0           |
| 3  | Hasil anamnesis, memuat keluhan dan riwayat penyakit         | 100            |
| 4  | Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik                  | 99,0           |
| 5  | Diagnosis                                                    | 96,0           |
| 6  | Rencana penatalaksanaan                                      | 97,0           |
| 7  | Pengobatan dan/atau tindakan                                 | 97,0           |
| 8  | Persetujuan tindakan bila diperlukan                         | 91,0           |
| 9  | Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan                | 100            |
| 10 | Ringkasan pulang (discharge summary)                         | 99,0           |
| 11 | Nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan          | 95,0           |
| 12 | Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu | 100            |

Faktor internal dari dokter/tenaga kesehatan pun juga berpengaruh, yakni ketidakdisiplinan karena kurangnya kesadaran dan tanggung jawab dokter dalam pengisian rekam medis yang baik.

Hal ini semakin diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Meliala, menyebutkan bahwa pengisian rekam medis hanya diisi sesuai rutinitas yang terjadi sehingga menyebabkan kecenderungan pengisian hanya pada kolom-kolom tertentu saja. Pernyataan ini selaras dengan hasil yang diperoleh dari pengambilan data, yaitu hanya 4 komponen saja yang benar-benar terisi lengkap dari 100 sampel yang ada. Padahal, komponen-komponen yang wajib diisi dalam rekam medis telah diatur sedemikian rupa dalam Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Akibatnya, dokumen yang tidak lengkap akan menghambat pelaksanaan kinerja petugas rekam medis dan

bisa menjadi beban petugas dalam proses pengolahan data (Hastuti et al., 2009). Hal ini juga dapat menyebabkan berkurangnya kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Kualitas baik buruknya suatu rekam medis tidak hanya dipandang dari sisi kelengkapan, namun juga keabsahan dokumen tersebut yang dinilai dari otentisitasnya. Untuk itu, kualitas rekam medis didasarkan pada kategori di bawah ini:

a. Baik, apabila memenuhi poin i dan ii:

i. Pada rekam medis terdapat pencantuman secara lengkap seluruh komponen: tanggal dan waktu pelayanan kesehatan, serta nama dan tanda tangan dokter atau petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan.

ii. Jika terdapat kesalahan informasi, koreksi atau pembetulan kesalahan dilakukan dengan memberi coretan tanpa menghilangkan catatan asli disertai dengan paraf dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang.

b. Buruk, apabila memenuhi kriteria poin i dan ii:

i. Pada rekam medis tidak tercantum salah satu atau lebih komponen: tanggal dan waktu pelayanan kesehatan, serta nama dan tanda tangan dokter atau petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan.

ii. Jika terdapat kesalahan informasi, koreksi atau pembetulan kesalahan dilakukan dengan menghilangkan catatan asli sampai tidak terbaca disertai dengan paraf dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang; atau memberi coretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan pada kesalahan namun tidak dibubuhi paraf dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang; atau menghilangkan catatan asli sampai tidak terbaca tanpa disertai dengan paraf dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang.

Berdasarkan definisi tersebut, diperoleh data mengenai kualitas hukum rekam medis yang disajikan pada tabel 4.

Tabel 4. Kualitas hukum rekam medis pasien SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Kualitas Hukum

| Kualitas Hukum | (%) |
|----------------|-----|
| Baik           | 5   |

|        |     |
|--------|-----|
| Buruk  | 95  |
| Jumlah | 100 |

Tabel 4 menggambarkan mayoritas rekam medis masih memiliki kualitas hukum yang buruk, yaitu 95 dari 100 sampel rekam medis yang diambil. Artinya, masih banyak rekam medis yang tidak memenuhi komponen otentisitas dan pemberlakuan koreksi yang tepat jika terdapat kesalahan penulisan di dalamnya. Tabel 5 menjabarkan lebih lanjut mengenai kelengkapan komponen-komponen otentisitas yang dimaksud.

**Tabel 5. Rincian data kualitas hukum rekam medis pasien IGD RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten**

| No | Komponen yang diamati                                                                                                                                | %<br>(N = 100) |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1  | Tercantum tanggal pelayanan kesehatan diberikan                                                                                                      | 83,0           |
| 2  | Tercantum waktu pelayanan kesehatan diberikan                                                                                                        | 54,0           |
| 3  | Tercantum nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                                                                        | 91,0           |
| 4  | Tercantum tanda tangan dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                                                                | 96,0           |
| 5  | Pembetulan kesalahan pencatatan dilakukan dengan benar: catatan lama masih terbaca, dibubuhi paraf dokter/tenaga kesehatan yang melakukan pembetulan | 12,0           |

Empat poin yang menjadi komponen otentisitas utama rekam medis adalah tanggal dan waktu pelayanan kesehatan, serta nama dan tanda tangan dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan. Dari 4 poin ini, komponen yang paling banyak tidak terisi adalah waktu pelayanan kesehatan dan yang paling banyak terisi adalah tanda tangan dokter/tenaga kesehatan.

Waktu pelayanan kesehatan menjadi komponen yang sering terlupakan karena bukan menjadi rutinitas bagi dokter atau tenaga kesehatan dalam pengisiannya. Padahal, dengan tidak terisinya waktu pelayanan kesehatan menyebabkan rekam

medis menjadi tidak lengkap dan rekam medis yang tidak lengkap dapat dikategorikan sebagai sebuah kelalaian medis (Shepherd, 2003).

Di samping itu, bila kita meninjau dari sisi koreksi atau pembetulan kesalahan yang juga merupakan komponen lain dari otentisitas sebuah rekam medis, hanya terdapat 12 rekam medis yang secara benar melakukan pembetulan kesalahan.

Tidak dicantumkan tanggal dan waktu pelayanan, tidak terdapat tanda tangan dan nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan, serta adanya pembetulan kesalahan yang masih kurang tepat menunjukkan bahwa penyelenggaraan rekam medis masih belum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 yang membahas mengenai rekam medis. Hal ini dapat berdampak pada penurunan kualitas pelayanan pasien dan tingkat IMR (Incomplete Medical Record) yang meningkat (Meigian, 2014).

#### IV.2. SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Sampel diambil dari rekam medis pasien di SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang menjalani rawat inap. Rekam medis yang diambil berasal dari pasien-pasien dengan penyakit kronis Diabetes mellitus tipe 2, Hipertensi, Dislipidemia/Hiperlipidemia, Diare kronis, Hepatitis kronis, Hipotiroid kronis, Gastritis kronis, dan Gastro-esophageal reflux disease (GERD).

Berdasarkan Pasal 3 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat 1) identitas pasien; 2) tanggal dan waktu; 3) hasil anamnesis, 4) mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; 5) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; 6) diagnosis; 7) rencana penatalaksanaan; 8) pengobatan dan/atau tindakan; 9) persetujuan tindakan bila diperlukan; 10) catatan observasi klinis dan hasil pengobatan; 11) ringkasan pulang (discharge summary); 12) nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan; 13) pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; 14) untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Penulis menilai kelengkapan rekam medis dari catatan dan dokumen yang disertakan di dalam rekam medis pasien rawat inap secara keseluruhan, mulai dari lembar identitas pasien masuk, lembar pengkajian awal pasien, lembar catatan pasien terintegrasi, lembar persetujuan tindakan (informed consent), lembar ringkasan pulang, serta dokumen-dokumen lainnya seperti dokumen hasil pemeriksaan laboratorium, laporan hasil operasi, dan lain-lain.

Tabel 6. Kualitas medis rekam medis pasien rawat inap SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

| Kualitas Medis | (%) |
|----------------|-----|
| Baik           | 100 |
| Kurang baik    | 0   |
| Buruk          | 0   |
| Jumlah         | 100 |

Dari 100 sampel rekam medis yang diambil, seluruhnya masuk dalam kategori lengkap. Menurut Donabedian, baik buruknya rekam medis ditentukan oleh kelengkapan rekam medis, hal tersebut juga mencerminkan kualitas pelayanan medis yang diberikan. Huffman juga berpendapat serupa, rekam medis yang baik merefleksikan bahwa suatu institusi kesehatan memberikan pelayanan medis yang baik (Massie, 1999). Rekam medis yang lengkap, akurat, tepat waktu dan jelas juga dibutuhkan untuk menjamin pelayanan kesehatan dan terapi yang berkelanjutan (WHO, 2011b). Dengan begitu kualitas rekam medis SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten jika dilihat dari aspek medis sudah baik.

Rekam medis yang dapat dibaca, akurat dan lengkap merupakan dokumen pelayanan kesehatan yang penting untuk mengkomunikasikan informasi penting mengenai pasien kepada berbagai profesi lain. Pada kasus perkara hukum, rekam medis dapat dijadikan alat pembelaan oleh penuntut, tenaga kesehatan, atau penyedia layanan kesehatan. Rekam medis digunakan sebagai barang bukti

penting dalam kasus tuntutan malpraktek yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Iyer, et al., 2006).

Untuk menilai otentisitas rekam medis, penulis akan menilai komponen pencatatan rekam medis seperti yang dijabarkan diatas dari lembar catatan pasien terintegrasi. Lembar catatan pasien terintegrasi ini berupa catatan yang dibuat baik oleh dokter, perawat, ahli gizi, maupun tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien yang memuat segala tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan, hasil pemeriksaan, dan segala hal terkait kesehatan pasien selama dirawat. Karena pada catatan pasien terintegrasi ini merupakan catatan campuran dari berbagai tenaga kesehatan, maka dalam membubuhkan catatan digunakan warna tinta yang berbeda untuk masing-masing profesi, dokter menggunakan tinta berwarna hitam, perawat menggunakan tinta berwarna biru, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain menggunakan tinta berwarna hijau. Hal tersebut dimaksudkan untuk mempermudah dalam membedakan catatan yang dibuat antar profesi tenaga kesehatan.

Tabel 7. Kualitas hukum rekam medis pasien rawat inap SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Kualitas Hukum

| Kualitas Hukum | (%) |
|----------------|-----|
| Baik           | 19  |
| Buruk          | 81  |
| Jumlah         | 100 |

Penulis mengkategorikan suatu komponen penentu otentisitas sebagai “dicantumkan” apabila memenuhi syarat yaitu dicantumkan komponen tersebut pada > 60% catatan yang dibuat.

Jumlah rekam medis dengan pencatatan waktu yang benar masih sangat kurang, Bahkan lebih cenderung mendekati batas bawah, terdapat banyak sekali catatan di lembar catatan pasien terintegrasi yang tidak diberi waktu pencatatannya. Penulis juga memperhatikan pada catatan pasien terintegrasi bahwa yang paling jarang menuliskan waktu diberikannya pelayanan kesehatan kepada pasien adalah dokter,

dan yang paling sering adalah perawat.

Pencatatan tanggal dan waktu seharusnya dibuat sespesifik mungkin dan segera didokumentasikan segera setelah tindakan atau ketika pasien mengalami kondisi tertentu. Catatan tersebut akan menjadi lebih lengkap dan akurat, sehingga dalam proses pengadilan, rekam medis yang digunakan sebagai pembelaan akan lebih meyakinkan (Indest, et al., 2008)

Tabel 8. Rincian data kualitas hukum rekam medis pasien rawat inap SMF Penyakit Dalam RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

| No | Komponen yang diamati                                                                                                                                | %<br>(N=100) |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1  | Tercantum tanggal pelayanan kesehatan diberikan                                                                                                      | 100          |
| 2  | Tercantum waktu pelayanan kesehatan diberikan                                                                                                        | 31           |
| 3  | Tercantum nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                                                                        | 80           |
| 4  | Tercantum tanda tangan dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                                                                | 100          |
| 5  | Pembetulan kesalahan pencatatan dilakukan dengan benar: catatan lama masih terbaca, dibubuhi paraf dokter/tenaga kesehatan yang melakukan pembetulan | 6,5          |

Sebanyak 80% sampel rekam medis mencantuman nama tenaga kesehatan yang membuat catatan pada >60% total catatan yang terdapat di catatan pasien terintegrasi. Pada beberapa catatan, ada tenaga kesehatan yang hanya menuliskan inisial namanya saja dan bukan nama jelas. Untuk kasus seperti itu, penulis tidak memasukkannya dalam perhitungan.

Komponen penentu otentisitas rekam medis berikutnya yaitu dibubuhinya tanda tangan pada setiap catatan yang dibuat di catatan pasien terintegrasi. Pada tabel 8 bisa terlihat bahwa semua sampel rekam medis yang digunakan sudah dibubuhi tanda tangan dengan benar. Namun apabila dicermati lebih lanjut kita bisa melihat

bahwa yang mendekati lengkap (dibubuhi tanda tangan pada >90% - 100% catatannya) hanya ada sekitar sebagiannya saja, yaitu 47% sampel rekam medis.

Pencantuman nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rekam medis sangat penting sebagai bentuk pertanggungjawaban secara administratif terhadap seluruh kegiatan klinik yang dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk dan mendapatkan perawatan sampai keluar dalam keadaan sembuh, dirujuk, atau meninggal (Awliya, 2007). Menurut Mambodyanto, tenaga kesehatan dan rumah sakit rawan terhadap tuntutan atau gugatan hukum. Lupa membubuhkan nama terang dan tanda tangan merupakan suatu kelalaian dalam pembuatan dokumen rekam medis, dan hal tersebut dapat berujung pada tuntutan hukum (Sumbodo, 2005).

Pada komponen pembetulan kesalahan pencatatan, penulis memasukkan komponen ini dalam perhitungan apabila memenuhi salah satu diantara 2 keadaan yaitu memang tidak ada koreksi atau cara pembetulan kesalahan pencatatannya dilakukan secara benar (mencoret namun tulisan lama masih dapat terbaca dan dibubuhi paraf). Pada kenyataannya, terdapat pembetulan kesalahan pencatatan pada 31 rekam medis dari 100 rekam medis. Dari 31 rekam medis tersebut, pembetulan kesalahan pencatatan telah dilakukan dengan benar pada 29 rekam medis (93,5%), yaitu dengan pencoretan dengan tulisan lama masih terbaca. Mirisnya, pembetulan kesalahan pencatatan yang dibubuhi paraf hanya terdapat pada 2 dari 31 rekam medis (6,5%).

Pembetulan kesalahan catatan yang tidak tepat akan mengurangi kredibilitas rekam medis. Hal tersebut merupakan suatu tindakan yang tidak profesional, karenanya di beberapa negara, dokter yang mengubah catatan di rekam medis dengan cara yang tidak tepat dapat dikenai sanksi pencabutan izin praktik atau sanksi disiplin (Miller, 1990).

Pencatatan rekam medis yang tidak memenuhi persyaratan hukum yang sudah ditentukan misalnya dihapus, diralat tanpa paraf, tidak diberi tanggal dan waktu, tidak diberi nama dan tanda tangan dokter, ataupun yang tidak sesuai dengan ketentuan rumah sakit harus ditolak dan dikembalikan kepada yang bersangkutan untuk diperbaiki sebagaimana seharusnya, karena akan berakibat fatal saat terjadi

tuntutan hukum, dan akan diajukan sebagai melakukan kelalaian (negligence) (Samil, 1994).

#### IV.3. Instalasi Gawat Darurat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan sesuai dengan yang tercantum dalam Pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, dan persetujuan tindakan (*informed consent*) bila diperlukan.

Data kualitas medis rekam medis pasien Instalasi Gawat Darurat RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bulan Oktober 2015 - Maret 2016 disajikan dalam tabel 9.

Tabel 9. Kualitas Medis Rekam Medis Pasien IGD RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

| Kualitas Medis | (%)   |
|----------------|-------|
| Baik           | 31,86 |
| Kurang baik    | 61,95 |
| Buruk          | 6,19  |
| Jumlah         | 100   |

Dari total 120 rekam medis pasien Instalasi Gawat Darurat yang telah ditentukan sebagai sampel penelitian, yang berhasil ditemukan ialah 113 rekam medis yang dapat dianalisis kualitas medisnya. Didapatkan hasil bahwa 61,95% rekam medis pasien Instalasi Gawat Darurat memiliki kualitas medis yang kurang

baik dan 6,19% nya berkualitas buruk. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas rekam medis di Instalasi Gawat Darurat tidak terisi dengan lengkap, dan tentunya rekam medis di IGD RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro belum sesuai dengan isi rekam medis yang tercantum dalam Pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008.

Sedangkan, untuk rekam medis yang memiliki kualitas medis yang baik ada sejumlah 31,86% dari total 113 rekam medis yang diteliti antara bulan Oktober 2015 hingga Maret 2016. Untuk rekam medis yang memiliki kualitas medis yang baik dengan jumlah paling sedikit ditemukan pada bulan Januari (10%) dan Februari (11,11%). Selanjutnya untuk mengetahui pengaruh kelengkapan isi rekam medis terhadap kualitas medis rekam medis dilakukan analisis uji statistik menggunakan *Chi-Square test* yang menunjukkan adanya hubungan yang sangat signifikan ( $P\ value \leq 0,05$ ) antara kelengkapan isi rekam medis dengan kualitas medis rekam medis.

Kualitas medis dari rekam medis dilihat dari kelengkapan pengisian rekam medis tersebut. Jika dilihat dari data rekam medis yang didapat terdapat kecenderungan untuk komponen yang paling sering kurang dilengkapi, yaitu pertama ialah komponen ringkasan pasien sebelum pulang, terutama skor nyeri pada bagian tanda-tanda vital, padahal banyak ditemukan kasus pasien mengeluh nyeri, namun skor nyeri tidak diisi dalam rekam medis. Dan kedua ialah komponen waktu pada bagian ringkasan pasien sebelum pulang juga sering terlewat.

Untuk rekam medis yang bagian ringkasan pasien sebelum pulang

tidak diisi secara lengkap ada 90 buah dan untuk komponen waktu terdapat 79 rekam medis yang tidak terisi dengan lengkap.

Berdasarkan penelitian Smith et.al. (2005), didapatkan pendapat dokter yang menyatakan bahwa informasi yang hilang atau informasi yang tidak lengkap dalam suatu rekam medis memiliki pengaruh merugikan bagi pasien.

Lalu, pada penelitian Gorman dan Helfand (1995) disebutkan bahwa klinisi memiliki kecenderungan untuk mementingkan beberapa sektor data untuk dilengkapi, serta mengosongkan beberapa sektor data. Pada beberapa sektor data yang menurut klinisi penting untuk dilengkapi, maka mereka akan mencari keterangan selengkap-lengkapnyanya sesuai dengan prediksi klinis yang mereka miliki. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan, motivasi pribadi, akses terhadap sumber informasi, maupun karakteristik tempat kerja.

Sedangkan, Stinson menyatakan bila klinisi akan menuliskan data ke dalam rekam medis yang mereka anggap sesuai kebutuhan mereka. Adapun faktor yang berhubungan dengan jenis data yang diperlukan yaitu, lama waktu kerja (senioritas), jenis spesialisasi, dan jenis maupun tipe rumah sakit di mana para klinisi bekerja. Namun, semua hal ini bergantung kepada perilaku para klinisi itu sendiri.

Pada penelitian Hatta dikemukakan jika kurangnya kesadaran akan pentingnya kelengkapan rekam medis dan kelalaian dalam memasukkan data merupakan faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis maupun berbagai macam ketidaklengkapan lain dalam setiap bagian rekam medis. Penelitian Meliala mengemukakan bahwa rekam medis terisi lengkap hanya pada

bagian-bagian yang rutin terisi saja. Kolom-kolom yang ada di dalam berkas rekam medis hanya diisi sesuai dengan rutinitas yang terjadi disetiap kegiatan pengisian.

Kelengkapan pengisian rekam medis bergantung oleh beberapa faktor, seperti faktor pasien, faktor klinisi dan faktor administrasi. Faktor-faktor ini sangat berpengaruh dalam kelengkapan pengisian rekam medis karena mereka satu sama lain secara langsung saling berkaitan (Meliala, 2000).

Jadi menurut penelitian Gorman dan Helfand, Hatta, Meliala, dan Stinson diungkapkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis dipengaruhi oleh faktor klinisi. Sedangkan, pengaruh faktor pasien terhadap kelengkapan rekam medis dapat ditinjau melalui seberapa banyak informasi yang diberikan pasien kepada dokter perihal penyakitnya. Jadi jika pasien memberikan informasi perihal penyakitnya dengan lengkap kepada dokter, otomatis rekam medis akan terisi lebih lengkap. Namun, selain hal tersebut tingkat kepercayaan pasien terhadap dokternya merupakan salah satu penentu seberapa banyak informasi yang akan pasien berikan kepada dokter yang menanganinya. Jikalau dokter dirasa dapat menyimpan rahasia dari penyakit pasien, informasi perihal penyakitnya akan diungkapkan pasien secara lengkap, akan tetapi sebaliknya bila pasien merasa dokter kurang dapat dipercaya untuk menyimpan rahasia, informasi perihal penyakit pasien tidak akan banyak didapat oleh dokter.

Adapun faktor administrasi pada kelengkapan data non medis seperti data identitas, data sosial pasien, dan data finansial akan mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis pula. Data ini diisi pertama kali pada saat pasien datang

berkunjung ke sarana pelayanan kesehatan yang pengisiannya difasilitasi oleh petugas administrasi, yang juga berkemungkinan didapati terjadi kelalaian dalam pengisian data tersebut yang berdampak pada ketidaklengkapan isi rekam medis (Septyaningtrias, 2008).

Ketentuan mengenai syarat-syarat minimum yang harus dipenuhi dalam suatu rekam medis rumah sakit diatur dalam *Joint Commission on Accreditation of Hospital* di Amerika dalam *Accreditation Manual for Hospitals* (1984). Dalam standar ini ditentukan bahwa, rekam medis seminimal mungkin harus memuat data identifikasi, riwayat penyakit, laporan pemeriksaan fisik, instruksi mengenai diagnosis dan terapeutik, bukti informed consent (bila diperlukan), observasi klinis, laporan dan hasil prosedur maupun tes-tes, dan kesimpulan dari berakhirnya perawatan rumah sakit atau tindakan medis (Guwandi, 2005).

Menurut Hatta, data rekam medis memuat informasi evaluasi keadaan fisik dan riwayat penyakit pasien dalam perencanaan dan koordinasi pelayanan pasien, bagi evaluasi lanjut serta menjamin kontinuitas pelayan yang diberikan. Oleh karena itu, kelengkapan, keakuratan, serta ketepatan waktu pengisian harus diupayakan karena sangat penting bagi kelayakan tindakan pelayanan dan rujukan (Messie, 1999).

Berdasarkan Hadiananto, rekam medis harus berisi data yang cukup terinci supaya dokter maupun petugas kesehatan lainnya dapat mengetahui proses perawatan dan pengobatan yang diterima oleh pasien. Dengan demikian komunikasi dan konsultasi akan mudah dilakukan (Meliala, 2000).

Kelengkapan rekam medis mencerminkan kualitas pelayanan medis yang

diberikan serta menunjukkan tentang baik buruknya suatu rekam medis. Donabedian yang didukung oleh Huffman berpendapat bahwa rekam medis yang baik adalah yang merefleksikan suatu pelayanan medis yang baik dari suatu institusi kesehatan (Massie, 1999).

Dokter yang bertugas merawat pasien ialah yang memegang tanggung jawab utama dalam hal kelengkapan pengisian rekam medis. Hal ini terlepas dari ada atau tidaknya bantuan yang didapatkan oleh dokter dalam melengkapi rekam medis dari staf lain di rumah sakit. Tanggung jawab terakhir akan kebenaran dan kelengkapan isi rekam medis ada pada dokter (Samil, 1994). Hadiano juga mengungkapkan hal serupa, yaitu bahwa kelengkapan pengisian dan keakuratan pengisian, serta ketepatan waktu pengisian adalah tanggung jawab para klinisi secara mutlak (Meliala, 2000).

Hasil data kualitas hukum rekam medis pasien Instalasi Gawat Darurat RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bulan Oktober 2015 - Maret 2016 disajikan dalam tabel 10.

Tabel 10. Kualitas Hukum Rekam Medis Pasien IGD RSUP  
dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

| Kualitas Hukum | (%)  |
|----------------|------|
| Baik           | 17,7 |
| Buruk          | 82,3 |
| Jumlah         | 100  |

Dari total 120 rekam medis pasien Instalasi Gawat Darurat yang telah ditentukan sebagai sampel penelitian, yang berhasil ditemukan ialah 113 rekam medis yang dapat dianalisis kualitas hukumnya.

Hasil menunjukkan bahwa rata-rata rekam medis di Instalasi Gawat Darurat komponen otentisitasnya belum terlengkapi, dan hal ini mengindikasikan bahwa rekam medis di IGD RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro belum sesuai dengan isi rekam medis yang tercantum dalam Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008.

Sedangkan, untuk rekam medis yang memiliki kualitas hukum yang baik ada sejumlah 17,70% dari total 113 rekam medis yang diteliti antara bulan Oktober 2015 hingga Maret 2016. Untuk rekam medis yang memiliki kualitas hukum yang paling rendah ditemukan pada bulan Januari (0,00%) dan Maret (0,00%). Selanjutnya untuk mengetahui pengaruh otentisitas isi rekam medis terhadap kualitas hukum rekam medis dilakukan analisis uji statistik menggunakan *Chi-Square test* yang menunjukkan adanya hubungan yang sangat signifikan ( $P\ value \leq 0,05$ ) antara otentisitas isi rekam medis dengan kualitas hukum rekam medis.

Yang diamati peneliti, pertama ialah komponen waktu pada bagian ringkasan pasien sebelum pulang sering tidak diisi, terdapat 79 rekam medis yang tidak terisi dengan lengkap komponen waktunya. Lalu, kedua ialah pada bagian rekam medis yang dilakukan pencoretan, tidak ada sama sekali petugas medis yang membubuhi tanda tangan pada catatan rekam medis yang dilakukan pencoretan atau pembetulan, didapati ada 46 rekam medis yang ditemukan kesalahan dalam melakukan pembetulan rekam medis.

Menurut Septyaningtrias (2008), tanggal dan waktu pelayanan yang tidak dicantumkan, tidak adanya nama maupun tanda tangan dokter yang memberikan

pelayanan serta adanya kesalahan dalam pembetulan catatan rekam medis menunjukkan bahwa penyelenggaraan rekam medis belum sesuai dengan Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis dari rumah sakit tersebut. Di dalam petunjuk tersebut disebutkan bahwa semua catatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan yang terlibat serta diberi nama terang, tanggal, dan jam. Selain hal itu disebutkan pula bahwa dilarang ada penghapusan tulisan dengan cara apapun apabila ada kesalahan penulisan dengan mencoret tulisan yang salah saat itu juga dan dibubuhi paraf, kemudian menulis perbaikannya di dekat tulisan yang sudah dicoret. Hal ini disebutkan dalam Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008.

Pencantuman nama dan tanda tangan dokter pada rekam medis ini maupun pada catatan perkembangan dan resume, sifatnya sangat penting karena secara administratif merupakan pertanggungjawaban terhadap seluruh kegiatan klinik yang dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk dan mendapatkan perawatan sampai keluar dalam keadaan sembuh, dirujuk, atau meninggal (Awilya, 2007). Menurut Leenen, pertanggungjawaban merupakan faktor penting dalam dunia pelayanan kesehatan (Meliala, 2000).

Adapun persyaratan hukum yang telah ditentukan untuk mengatur pencatatan dan pendokumentasian suatu rekam medis supaya setiap tulisan yang ada dalam suatu rekam medis, seperti tidak adanya nama dan tanda tangan dokter, tulisan yang dihapus, ralat tanpa paraf dan tanggal, ataupun hal-hal yang memang tidak sesuai dengan ketentuan suatu rumah sakit harus ditolak dan selanjutnya harus dikembalikan kepada yang bersangkutan untuk diperbaiki kembali

sebagaimana seharusnya, karena akan berakibat fatal pada saat terjadi tuntutan hukum, dan akan diajukan sebagai tindakan kelalaian (*negligence*) (Samil, 1994).

Menurut Mambodyanto tenaga kesehatan dan rumah sakit rawan dalam hal gugatan hukum atau tuntutan hukum. Tuntutan ini dapat terjadi apabila seorang tenaga kesehatan melakukan kelalaian dalam pembuatan dokumen rekam medis, terlebih jika dokumen rekam medis yang dibuat tidak sesuai dengan standar operasional prosedur, sebagai contoh kelalaian dalam membubuhkan nama terang dan tanda tangan (Sumbodo, 2005).

Dalam pembetulan kesalahan catatan rekam medis harus sesuai dengan metode yang benar karena jika tidak, maka akan mengurangi kredibilitas dari suatu rekam medis. Hal-hal yang diperbolehkan dalam pembetulan kesalahan catatan adalah mencoret catatan yang salah, selanjutnya membuat catatan yang baru, kemudian dibubuhi paraf atau tanda tangan, serta mencantumkan tanggal dan waktu pembetulan catatan dilakukan. Dokter yang mengubah catatan pada rekam medis dengan cara yang tidak tepat bahkan dapat terkena sanksi pencabutan surat izin praktik ataupun sanksi disiplin karena tindakan yang tidak profesional, pada beberapa negara (Miller, 1990).

Terdapat pernyataan dari Guwandi (2005) yaitu catatan pada rekam medis harus jelas dan menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh para staf profesi yang merawat pasien. Semua catatan yang meragukan (*ambiguous*) karena tidak jelas sehingga tulisannya tidak dapat dibaca maka hal ini bahkan lebih buruk daripada tidak ada catatan sama sekali. Dengan alasan, hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit beserta staf profesinya menunjukkan ketidakmampuan dalam

mengadakan komunikasi yang jelas yang berakibat pada pelemahan bahan perburukan kemampuan staf profesi dalam memberikan pelayanan medis yang baik. Menurut Glondys (2003), catatan rekam medis yang tidak dapat dibaca mampu mengakibatkan kesalahpahaman atau bahkan menyebabkan cedera serius terhadap seorang pasien.

#### IV.3. Keterbatasan penelitian.

Kesulitan yang dialami dalam penelitian ini adalah karena pengelolaan rekam medis masih manual. Selain itu mekanisme pengambilan data di RS juga belum jelas, sehingga proses izin penelitian menjadi berlarut-larut.

Mekanisme pendanaan penelitian dan prosedur serta pengumuman hasil seleksi proposal perlu diperbaiki. Peneliti mendapatkan kesulitan pengaturan waktu dalam pengambilan data dan penyusunan laporan hasil karena tidak ada pemberitahuan yang jelas mengenai jadwal dari rumah sakit. Pemberitahuan batas akhir pengumpulan laporan diketahui mendadak sehingga penyusunan laporan masih jauh dari yang diharapkan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### KESIMPULAN

1. Kualitas rekam medis beragam dari aspek medis dan hukum.
2. Kelengkapan rekam medis rawat inap lebih baik daripada rawat darurat.
3. Kualitas hukum rekam medis lebih rendah dari kualitas medis rekam medis.
4. Kualitas hukum rekam medis untuk kasus dengan tindakan berisiko tinggi harus ditingkatkan untuk mencegah terjadinya masalah jika muncul sengketa medis.

#### SARAN

1. Perlu dilakukan kembali sosialisasi tentang pengisian rekam medis.
2. Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.
3. Rumah sakit memiliki fungsi pembinaan dalam pengelolaan rekam medis, yang harus terus dioptimalkan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Pusat Data dan Informasi Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PD Persi). 1 Dokter Bedah Layani 141.000 Penduduk Indonesia. Diunduh dari <http://www.pdpersi.co.id/>. 28 May 2008 pukul 13.55 WIB.
4. Husain I, Hasanbasri M, Soetjipto HP. Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Puskesmas Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional: Analisis Data SAKERTI 2000. Yogyakarta: Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. 2006.
5. Buhang SAS, Hasanbasri M. Waktu Tunggu dan Cara Pembayaran di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Aloe Saboe Gorontalo. Yogyakarta: Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. 2006.
6. World Health Organization. Electronic Health Record: Manual for Developing Countries. Geneva: WHO Western Pacific Region. 2006.
7. Wikipedia. Kedokteran. Diunduh dari <http://id.wikipedia.org>. 28 Mei 2008 pukul 14.05 WIB.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
9. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. Ethics and Law for the Health Professions. Australia: Social Science Press. 2003. hal. 128-139.
10. Knight B. Simpson's Forensic Medicine. 11th edition. London: Arnold. 1997. hal. 155-158.
11. Etzioni A. The Common Good. Cambridge: Polity Press Ltd. 2004. hal 95-123.
12. Wasisto B, Suganda S. Perilaku Profesional sebagai kontinum etis, disiplin dan hukum dalam mencegah masyarakat gemar menggugat (litigious society). Proceeding Pertemuan Nasional IV Jaringan Bioetika dan Humaniora Kesehatan Indonesia (JBHKI). Jakarta: FKUI, 30 November – 2 Desember 2004.
13. SUAR Warkat Warta. Vol. 07 no. 04 tahun 2006.
14. Cohen Th, Huges KA. Medical malpractice insurance claims in seven states, 2000-2004. [On line]. Maret 2007. NCJ 216339. Washington DC: Bureau of Justice Statistics. Diunduh dari [www.ojp.usdoj.gov](http://www.ojp.usdoj.gov) pada 23 Oktober 2007.
15. Mayeda M, Takaze K. Need for enforcement of ethicolegal education – an analysis of the survey of post graduate clinical trainees. BMC Medical Ethics 2005.
16. Bertens K. Etika bisnis dan pelayanan kesehatan. *Prociding* Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan. 30 November – 2 Desember 2004. Jakarta. 2004.

17. Bertens K. Pengantar Etika Bisnis. Yogyakarta: Kanisius. 2004.
18. Bertens K. Etika. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 2004.
19. Nurhantari Y, dkk. Arti dan Makna Bagian-Bagian Visum et Repertum. Yogyakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran UGM/Instalasi Kedokteran Forensik RSUP. Dr. Sardjito. 2007.
20. Amir A, Hanafiah J. Hukum Kedokteran & Hukum Kesehatan. Jakarta: EGC. 1999.
21. Prihadi SM. Peran Saksi Ahli Ad Hoc dan Prosedur Pembelaan Anggota serta Tata Cara Menghadapi Keluarga/Penasihat Hukum Pasien. *Proceding Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan*. 30 November – 2 Desember 2004. Jakarta. 2004.
22. Brody H. The physician-pasient relationship. Dalam: Veatch RM. Medical ethics. Edisi 2. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers. 1997. Hal. 75 – 101.
23. Singer P. editor. A companion to ethics. USA: Blackwell Publishing. 1991.
24. Edge RS, Groves JR. Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice 2nd edition. Singapore: Thomson Learning. 1999. hal. 70-80, 100-104.
25. Manner. Practicing Defensive Medicine, Not Good for Patient and Physicians. The AAOS Medical Liability Committee. 2007.
26. World Medical Association. World Medical Association Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care. Adopted by the 48th Genaral Assembly Somerset West, Republic of South African, October 1996 and editorially revised at the 174th Council Session, Pilanesberg, South Africa, October 2006.
27. Dahlan S. Hukum Kesehatan Rambu-Rambu Bagi Profesi Dokter Edisi 3. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. 2000.
28. Jacobalis S. Perkembangan Ilmu Kedokteran, Etika Medis, dan Bioetika. Jakarta: Sagung Seto. 2005.
29. Bertens K. Etika. Jakarta: Gramedia Utama. 2005.
30. William J. Panduan Etika Medis. Yogyakarta: PSKI FK UMY. 2006.
31. Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. Kamus besar bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka, 2005.
32. Veatch RM. Medical ethics and introduction. Dalam: Veatch RM. Medical ethics. Edisi 2. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers. 1997. Hal. 1-27.
33. Boyd KM. Medical Ethics: Principles, Persons, and Perspectives: from controversy to controversation. *J Med Ethics* 2005;31:481-486.
34. Thomasma DC. Chapter 2: Theories of medical ethics: the philosophical structure in Military medical ethics volume 1, Lounsbury DE (ed). Washington: Walter Reed Army Medical Center; 2003.
35. Beauchamp TJ, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Edisi ketiga. New York: Oxford University Press. 1989.

36. Beauchamp TL, DeGrazia D. Principles and Principlism. Dalam: Handbook of Bioethics: Taking Stock of The Field from Philosophical Perspective. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2004. hal. 55-70.
37. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Kode Etik Kedokteran dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Sumatera Utara: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. 2004.
38. Iswandari, Hargianti D. Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktik Kedokteran: Suatu Tinjauan Berdasarkan Undang-Undang No.29/2004. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (09): 52-57. 2006.
39. Purwadianto A. Peranan Ilmu Kedokteran Forensik dalam Menopang Sistem Etikolegal untuk Membingkai Profesionalisme Dokter. Jakarta: Universitas Indonesia. 2007.
40. Dewi RR. Aspek Hukum dan Evaluasi Pelaksanaan Informed Consent di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada. 1998.
41. Mangku. Sulitnya Menentukan Definisi Malpraktik. Suara Karya Sabtu 21 Juli 2007.
42. Gunawan S. Fungsi, struktur, dan peran komisi etik rumah sakit. *Proceding Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan*. 30 November – 2 Desember 2004. Jakarta. 2004.
43. Purwadianto A. Segi Kontekstual Pemilihan Prima Facie Kasus Dilema Etik dan Penyelesaian Kasus Konkrit Etik. *Proceding Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan*; 30 November – 2 Desember 2004. Jakarta. 2004.
44. Hadidjah S, Suhartini, Gizela BA. Rekam Medis sebagai Alat Bukti menurut Hukum. Berita Kedokteran Masyarakat. Triwulan I 2004. Yogyakarta. 2004. hal. 29-33.
45. Rusli A, dkk. Manual Rekam Medis. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia. 2006.
46. Prasetya SWB, Hadi N. Pengembangan Teknologi dan Aplikasi Teknologi Sekuriti Digital. Jakarta: Kantor Menteri Negara Riset dan Teknologi. 1999.
47. DRG. Health Care Industry Security Services. Diunduh dari: <http://www.drgsf.com> pada 30 Mei 2008 pukul: 12.34.
48. World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). The Precautionary Principle. Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization. 2005.
49. Wikipedia. Manajemen Risiko. Diunduh dari <http://id.wikipedia.org>. 28 Mei 2008 pukul 14.23 WIB.
50. Dwiprahasto I. Clinical Risk Management. *Proceding Workshop Infeksi Nosokomial*: 29-30 Mei 2008. Yogyakarta: Clinical Epidemiology and Biostatistic Unit Faculty of Medicine Gadjah Mada University/Dr. Sardjito Hospital. 2008.
51. Jacobalis S. Etika profesi dan etika institusi sebagai landasan untuk menangkal malpraktek medi di rumah sakit. *Proceding Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan*. 30 November – 2 Desember 2004; Jakarta. 2004.

52. World Medical Association. World Medical Association Statement on Medical Malpractice. Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and rescinded at WMA General Assembly, Santiago, 2005.
53. Hadiananto T. Principle Based Ethics. Yogyakarta. 2005.
54. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. Empirical Research in Bioethical Journals: a Quantitative Analysis. *J Med Ethics* 2006; 32: 240 – 245.
55. Rasuanto B. Keadilan Sosial: Pandangan Deontologis Rawls dan Habermas. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 2005.
56. Rawls J. A Theory of Justice, Cambridge: Harvad University Press. 1995.
57. Soros G. Open Society, Reforming Global Capitalim. New York: Public Affairs. 2000.
58. Sciortino R. Care-takers of cure, an anthropological study of health centre nurses in rural central java. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1995.
59. Wikipedia. Kapitalisme. Diunduh dari <http://id.wikipedia.org>. 28 Mei 2008 pukul 14.44 WIB.
60. Giddens A. Kapitalisme dan Teori Sosial Modern. Jakarta: UI Press. 2007.
61. Van Peursen CA. Strategi Kebudayaan. Yogyakarta: Penerbit Knisius. 1988.
62. Lemeshow S, Hosmer Jr. DW, Klar J, Lwanga SK. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1997.
63. Arikunto S. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta: PT Rineka Cipta. Edisi Revisi V. 2002.
64. Moeloeng LJ. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya. 2007.
65. World Medical Association. The World Medical Association Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Databases.
66. Depkes RI. 1991. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis / Medical Record Rumah Sakit,. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
67. Hanafiah. & Amir, A. 1999. Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan. Jakarta: EGC.
68. Hastuti, S.D., Sugiarsi, S. & Lestari, T. 2009. Analisis Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Bagian Assembling Di RSUD Muhammadiyah Delanggu Triwulan I Tahun 2009. *Jurnal Riset Jurnal Rekam Medis*. 3(1): 43-59.
69. Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran. Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kecamatan Mandau Kabupaten Bengkalis Nomor 75/KPTS/XI/2014.
70. Meigian, A.H. 2014. Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Hyperplasia Of Prostate Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Mulia Hati Wonogiri Tahun 2013. Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

71. Meliala, A. 2000. Telaah Rekam Medis Sebelum dan Sesudah Pelatihan dalam Peningkatan Mutu Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis Anak di IRNA II RSUP dr. Sardjito Yogyakarta: Suatu Penelitian Eksperimen.
72. Pamungkas, T.W., Marwati, T. & Solikhah. 2010. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Kesmas.
73. Shepherd, R. 2003. Simpson's Forensic Medicine 12th edition,. London: Arnold Publisher.

## LAMPIRAN

### KUESIONER

Inisial pasien :  
 Nomor RM :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Jenis tindakan :  
 Inisial DPJP :  
 Tanggal masuk :

Keterangan :

Y = Ya

T = Tidak

| No | Perihal                                                                                           | Y | T | Ket. |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------|
| 1. | <b><u>Kelengkapan isi rekam medis dan penyertaan <i>informed consent</i> tertulis</u></b>         |   |   |      |
|    | a. Identitas pasien                                                                               |   |   |      |
|    | b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan                                         |   |   |      |
|    | c. Identitas pengantar pasien                                                                     |   |   |      |
|    | d. Tanggal pelayanan kesehatan diberikan                                                          |   |   |      |
|    | e. Waktu pelayanan kesehatan diberikan                                                            |   |   |      |
|    | f. Hasil anamnesis memuat :<br>i. Keluhan<br>ii. Riwayat penyakit                                 |   |   |      |
|    | g. Hasil pemeriksaan fisik                                                                        |   |   |      |
|    | h. Hasil pemeriksaan penunjang medik memuat :<br>i. Dokumen radiologi<br>ii. Dokumen laboratorium |   |   |      |
|    | i. Diagnosis                                                                                      |   |   |      |
|    | j. Pengobatan                                                                                     |   |   |      |
|    | k. Tindakan                                                                                       |   |   |      |

|    |                                                                                                            |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|    | l. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat                              |  |  |  |
|    | m. Rencana tindak lanjut                                                                                   |  |  |  |
|    | n. Nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                                     |  |  |  |
|    | o. Tanda tangan dokter/ tenaga kesehatan yang memberi pelayanan                                            |  |  |  |
|    | p. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain |  |  |  |
|    | q. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien                                                       |  |  |  |
|    | r. Persetujuan tindakan medis atau <i>informed consent</i> tertulis turut disertakan                       |  |  |  |
| 2. | <b><u>Otentisitas rekam medis</u></b>                                                                      |  |  |  |
|    | a. Tercantum tanggal pelayanan kesehatan diberikan pada RM                                                 |  |  |  |
|    | b. Tercantum waktu pelayanan kesehatan diberikan pada RM                                                   |  |  |  |
|    | c. Tercantum nama dokter/tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pada RM                                   |  |  |  |
|    | d. Tercantum tanda tangan dokter/ tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pada RM                          |  |  |  |
|    | e. Tercantum nama sumber anamnesis baik <i>autoanamnesis</i> atau <i>alloanamnesis</i>                     |  |  |  |
|    | f. Terdapat pembetulan kesalahan pencatatan pada RM:                                                       |  |  |  |
|    | g. Catatan lama masih terbaca                                                                              |  |  |  |
|    | h. Dibubuhi paraf dokter/ tenaga kesehatan yang melakukan pembetulan                                       |  |  |  |
|    | i. Tulisan dapat terbaca dengan jelas                                                                      |  |  |  |

