



## **DASAR HUKUM PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS**

### **Landasan hukum yang mendasari penyelenggaraan rekam medis di Indonesia:**

- a. UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pada pasal 53,  
disebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, untuk itu maka setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Yang dimaksud standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik (ayat: 2). Standar profesi ini dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pemerintah. Sedangkan tenaga kesehatan yaitu tenaga yang berhadapan dengan pasien seperti dokter dan perawat. Yang dimaksud dengan hak pasien antara lain ialah hak terhadap informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).
- b. Keputusan Menteri Kesehatan no.034/Birhup/1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit  
disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya Rencana Induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan :
  - (a) mempunyai dan merawat statistik yang *up-to-date* (terkini) dan
  - (b) membina *medical record* yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.
- c. Permenkes No.749a/Menkes/Per/XII tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records.  
dalam peraturan tersebut telah ditetapkan pasal demi pasal yang mengatur penyelenggaraan rekam medis (baca lampiran).
- d. Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik No. 78 tahun 1991 tentang penyelenggaraan rekam medik.  
Surat keputusan ini menjelaskan rincian penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit (baca lampiran).
- e. PP No. 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran. Peraturan Pemerintah ini mengatur kewajiban menyimpan kerahasiaan ini rekam medis (baca lampiran).
- f. Permenkes No. 585 tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik.  
Peraturan ini mengatur keharusan meminta persetujuan pasien terhadap tindakan medis yang akan diterimanya dengan memberi penjelasan secara lengkap terhadap akibat dan risiko yang ditimbulkannya (baca lampiran).
- g. SE Dirrektorat Jendral Pelayanan Medik No: HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis.  
Surat edaran ini mengatur tata cara pengabdian dan pemusnahan rekam medis (baca lampiran).

### **Kewajiban membuat rekam medis**

Kewajiban tenaga kesehatan terhadap pembuatan rekam medis lebih lanjut dirinci dalam Peraturan Pemerintah No. 32/1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesi berkewajiban untuk :



1. menghormati hak pasien,
2. menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien,
3. memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan,
4. meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan, dan
5. membuat dan memelihara rekam medis. Tenaga yang berhak dan berkewajiban membuat rekam medis di rumah sakit yaitu:
  - a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
  - b. Dokter tamu pada rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
  - c. Residen (mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis) yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
  - d. Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non keperawatan yang langsung terlibat di dalam pelayanan-pelayanan kepada pasien di rumah sakit meliputi antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesia, penata rontgen, rehabilitasi medik dan sebagainya.
  - e. Dalam hal dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran dalam bentuk tindakan atau konsultasi kepada pasien, yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit.

#### **Tanggung jawab perekam medis dalam penyelenggaraan rekam medis meliputi**

1. Pencatatan identitas pasien ke dalam form Kartu Identitas Berobat (KIB), Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan formulir rekam medis;
2. Pencatatan register pendaftaran yaitu catatan tentang pendaftaran pasien baru dan lama yang datang berobat di tempat pendaftaran rawat jalan (TPPRJ) dan tempat pendaftaran rawat inap.
3. Pencatatan register pelayanan yaitu catatan tentang pendafatan pasien yang melakukan pelayanan di setiap unit pelayanan (unit rawat jalan, unit gawat darurat, unit rawat inap dan pemeriksaan penunjang);
4. Penyediaan dokumen rekam medis (DRM) baru atau lama utk keperluan pelayanan pasien, penelitian dan lain lain;
5. Evaluasi konsistensi dan penelitian kelengkapan isi DRM;
6. Pemberian kode penyakit, operasi dan kematian yaitu memberikan kode penyakit, operasi dan kematian berdasarkan International Classification of Disease and Health Problem revisi 10 (ICD – 10) dan ICOPIM;
7. Pengindeksan penyakit, operasi, kematian dan dokter yaitu suatu indeks dalam bentuk daftar penyakit, operasi, kematian dan dokter yang dapat digunakan sebagai petunjuk untuk menemukan kembali informasi penyakit, operasi, kematian dan dokter;
8. Penyimpanan, perlindungan dan penjagaan atas kerahasiaan isi DRM;
9. Meretensi, mengabadikan dan memusnahkan DRM;
10. Pembuatan abstrak rekam medis;
11. Pembuatan laporan/informasi data rekam medis dan statistik rumah sakit;
12. Analisis dan pelaporan data rekam medis;
13. Analisis kuantitatif, kualitatif dan statistik.
14. Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis



**Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, disebutkan bahwa :**

Pasal 2: Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Sarana pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien secara langsung atau individual (aspek pelayanan klinis), yaitu rumah-sakit umum, rumah-sakit khusus, rumah-sakit ibu dan anak rumah-sakit bersalin, rumah bersalin, Puskesmas, Balai Pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan Anak.

Pasal 3: Rekam medis sebagaimana dimaksud pasal 2 dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan langsung kepada pasien. Tenaga kesehatan yang dimaksud disini adalah tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan kewenangan melayani pasien secara langsung. Kemampuan ditunjukkan dengan adanya pengakuan akademik, sedangkan kewenangan ditunjukkan oleh adanya surat penugasan, surat keputusan dari pejabat yang berwenang.

Pasal 4: Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan (lihat isi rekam medis).

Pasal 5: Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tandatangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan. Hal ini dimaksudkan untuk pertanggungjawaban terhadap pelayanan yang bersangkutan, sehingga bila akan dilakukan evaluasi pelayanan tampak jelas siapa yang bertanggungjawab.

Pasal 6: Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

Pasal 7: Lama penyimpanan rekam medis sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Lama penyimpanan rekam medis yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditetapkan tersendiri.

Pasal 8: Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pasal 7 dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.

Pasal 9: Rekam medis harus disimpan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

**Penyimpanan rekam medis**

Penyimpanan rekam medis dilakukan dengan cara sentralisasi dan desentralisasi. Yang dimaksud sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis dipusatkan di satu folder/unit rekam medis/*medical record*. Yang dimaksud desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis di masing-masing unit pelayanan. Rumah sakit yang belum mampu melakukan penyimpanan rekam medis dengan sistem sentralisasi, dapat menggunakan sistem desentralisasi.

1. Rekam medis rumah sakit disimpan sekurang-kurangnya 5 Tahun, dihitung dari tanggal terakhir berobat.
2. Dalam hal rekam medis yang berkaitan dengan kasus-kasus tertentu dapat disimpan lebih dari 5 Tahun.
3. Penyimpanan rekam medis dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan teknologi penyimpanan, antara lain dengan mikrofilm.



### **Tata cara memusnahkan rekam medis :**

1. Rekam medis yang sudah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit.
2. Direktur rumah sakit membuat surat keputusan tentang pemusnahan rekam medis dan menunjuk Tim Pemusnah Rekam Medis.
3. Tim Pemusnah Rekam Medis melaksanakan pemusnahan dan membuat Berita Acara Pemusnahan yang disyahkan Direktur Rumah Sakit.
4. Berita Acara dikirim kepada Pemilik Rumah Sakit dengan tembusan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

### **Kepemilikan dan pemanfaatan**

Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, kepemilikan dan pemanfaatan rekam medis, disebutkan bahwa :

Pasal 10: Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan. Isi rekam medis milik pasien.

Pasal 11: Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya.

Pasal 12: Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 13: Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas: hilangnya, rusaknya, atau pemalsuan rekam medis dan penggunaan oleh orang/badan yang tidak berhak.

Pasal 14: Rekam medis dapat dipakai sebagai: (a) dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, (b) bahan pembuktian dalam perkara hukum, (c) bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, (d) dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, (e) bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Berkas rekam medis adalah milik rumah sakit, artinya Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas : hilangnya, rusaknya atau pemalsuan rekam medis; penggunaan oleh Badan/orang yang tidak berhak. Isi rekam medis adalah milik pasien yang wajib dijaga kerahasiaannya. Untuk melindungi kerahasiaan tersebut dibuat ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis.
2. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Selama penderita dirawat, rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan menjaga kerahasiaannya.

### **Peminjaman rekam medis**

Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis.

Mahasiswa kedokteran dapat meminjam rekam medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan.



Dalam hal pasien mendapat perawatan lanjutan di rumah sakit/institusi lain, berkas rekam medis tidak boleh dikirimkan, akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

### **Rekam medis dapat dipakai sebagai**

1. Sumber informasi medis dari pasien yang berobat ke rumah sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
2. Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan paramedis dalam usaha memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan.
3. Bukti tertulis (*documentary evidence*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lain.
4. Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
5. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
6. Untuk penelitian dan pendidikan.
7. Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.
8. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

### **Isi rekam medis**

Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, isi rekam medis adalah milik pasien.

Pasal 15: Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat sekurang-kurangnya memuat : identitas, anamnese, diagnosis, dan tindakan/pengobatan.

Pasal 16: Isi rekam medis untuk pasien rawat nginap sekurang-kurangnya memuat : (a) identitas pasien, (b) anamnesa, (c) riwayat penyakit, (d) hasil pemeriksaan laboratorik, (e) diagnosis, (f) persetujuan tindakan medik, (g) tindakan/pengobatan, (h) catatan perawat, (i) catatan observasi klinis dan hasil pengobatan dan (j) resume akhir dan evaluasi pengobatan.

### **Ketentuan tentang kelengkapan isi rekam medis yaitu**

- a). Ketentuan umum
  1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 2x24 jam harus ditulis dalam lembaran (formulir) rekam medis.
  2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
  3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
  4. Pencatatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
  5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
  6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.



b). Kelengkapan isi rekam medis.

Dokumen rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan pasien gawat darurat, minimal memuat informasi pasien tentang :

1. Identitas pasien.
2. Anamnesis : yang berisi keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/kontak.
3. Pemeriksaan yang meliputi pemeriksakaan fisik, laboratorium dan khusus lainnya.
4. Diagnosis yang meliputi diagnosis awal/masuk/kerja, diferensial diagnosis, diagnosis utama, diagnosis komplikasi dan diagnosis lainnya.
5. Pengobatan/tindakan.
6. Persetujuan tindakan/pengobatan.
7. Catatan konsultasi.
8. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain.
9. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan.
10. Resume akhir dan evaluasi pengobatan.
11. Pengorganisasian.

**Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, pengorganisasian dalam penyelenggaraan rekam medis berikut ini.**

Pasal 17: Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan tatakerja organisasi sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 18: Pimpinan sarana pelayanan kesehatan wajib melakukan pembinaan terhadap petugas rekam medis untuk mrningkatkan keterampilan.

Pasal 19: Pengawasan terhadap penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh Direktur Jenderal.

**Dalam penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, terdapat kegiatan-kegiatan sebagai berikut**

1. Penerimaan pasien.
2. Pencatatan.
3. Pengelolaan data medis.
4. Penyimpanan rekam medis.
5. Pengambilan kembali rekam medis (*retrival*).
6. Pembinaan dan pengawasan.

**Kewajiban Direktur RS**

1. Melakukan pembinaan terhadap petugas yang berkaitan dengan rekam medis serta pengetahuan dan keterampilan mereka.
2. Membuat prosedur kerja tetap penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit masing-masing.
3. Di dalam melakukan pembinaan dan pengawasan Direktur Rumah Sakit dapat membentuk dan atau dibantu Komite Rekam Medis.



Sanksi, menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, pada pasal 20 disebutkan bahwa pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi administratif dimulai dari teguran lisan sampai pencabutan izin.

### **Pelepasan informasi data rekam medis**

Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis. Mahasiswa kedokteran dapat meminjam rekam medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan. Dalam hal pasien mendapat perawatan lanjutan di rumah sakit/institusi lain, berkas rekam medis tidak boleh dikirimkan, akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

Penyampaian informasi rekam medis kepada orang atau badan yang diberi kuasa pasien, misalnya pihak asuransi yang menanggung biaya pengobatan, dipelukan surat kuasa pasien atau yang bertanggungjawab terhadap pasien tersebut (bila pasien tak kuasa membuat surat kuasa). Surat kuasa ini dapat disediakan oleh sarana kesehatan atau rumahsakit yang bersangkutan. Selanjutnya pemegang kuasa harus menunjukkan identitas diri dan kemudian harus memperoleh ijin dari pimpinan sarana kesehatan setelah disetujui oleh komite medis dan rekam medis. Untuk data sosial boleh disampaikan tanpa perlu memperoleh ijin pimpinan sarana kesehatan.

Apabila diperlukan untuk pengadilan, maka bukti pelayanan yang terrekam dan tercatat dalam formulir rekam medis harus dianggap sebagai dokumen resmi kegiatan pemberi pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan kebenaran isinya. Pimpinan sarana kesehatan dapat memberikan salinan rekam medisnya atas permintaan pengadilan. Bila diminta aslinya harus ada permintaan secara tertulis dan pada saat diserahkan harus ada tanda terima dari pengadilan pada setiap lembar rekam medis yang diserahkan dengan tanda bukti penerimaan. Bila dijumpai keraguan terhadap isi DRM pengadilan dapat memerintahkan saksi ahli untuk menanyakan arti dan maksud yang terkandung di dalamnya.

### **Informed consent**

Khusus mengenai tindakan medis atau informed consent yang diatur dalam Permenkes no 585 tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis, disebutkan bahwa persetujuan tindakan medis yang diberikan pasien atau keluarganya diberikan secara tertulis, lisan atau tindakan isyarat bila telah memperoleh informasi tentang tindakan medis yang akan diterimanya. Informasi tersebut meliputi (a) diagnosis dan alasan tindakan yang akan dilakukan, (b) kemungkinan yang terjadi apabila tindakan tersebut tak dilakukan, (c) kemungkinan yang terjadi apabila tindakan tersebut dilakukan, (d) prognosis penyakitnya, dan (e) pengobatan dan cara pengobatannya.