

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Columbia Asia, merupakan grup pelayanan kesehatan internasional yang berpusat di Seattle, Amerika Serikat. Columbia Asia di kawasan Asia sendiri saat ini beroperasi di empat Negara dengan 27 Rumah Sakit, yaitu Indonesia, Malaysia, India, dan Vietnam. Di Indonesia sendiri, Rumah Sakit Columbia Asia ada di kota Medan, Jakarta, dan terakhir di Semarang. Rumah Sakit Columbia Asia Semarang beralamat di Jalan Siliwangi No 148 Semarang.

Rumah Sakit Columbia Asia Semarang menurut Pasal 21 UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, merupakan Rumah Sakit *Private* yang dimiliki dan dikelola oleh PT Belefina Sarana Medika. Rumah Sakit Columbia Asia Semarang berdasarkan Surat Keputusan Badan Penanaman Modal Daerah Povinsi Jawa Tengah Nomor:445/3250/2015 tentang Penetapan Ijin Operasional dan Klasifikasi Rumah Sakit ditetapkan sebagai rumah sakit tipe B. Rumah sakit Columbia Asia Semarang sampai saat ini melayani pasien privat, asuransi, *cooperate*, dan BPJS ketenagakerjaan.

Rumah sakit ini beroperasi sejak 8 Juni 2014, dimana sejak awal beroprasinya sudah menggunakan sistem RME. Sistem rekam medis elektronik di Columbia Asia bernama Care 21. Sistem Care

21 ini adalah sistem yang dibuat dan dikembangkan sendiri oleh Columbia Asia Grup dan di Indonesia sendiri saat peneliti melakukan penelitian baru digunakan di RSCAS. Pemakaian rekam medis elektronik ini telah terintegrasi antar departemen dalam satu rumah sakit. Hal-hal inilah yang membuat peneliti tertarik untuk menjadikan RS ini sebagai tempat penelitian bagi peneliti.

B. Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan peneliti dari tanggal 16 Januari 2017 sampai dengan tanggal 20 Februari 2017 yang diambil dengan teknik wawancara dan observasi partisipasional. Wawancara dan observasi langsung dilakukan kepada 5 dokter spesialis *full timer* yang memiliki jumlah pasien terbanyak selama periode 1 Mei 2016 sampai dengan 30 Oktober 2016 dan 4 dokter umum *full timer* serta pihak manajemen, dimana dalam hal ini diwakili oleh supervisor bagian *medical record* dan supervisor bagian Informasi teknologi yang kemudian disebut IT.

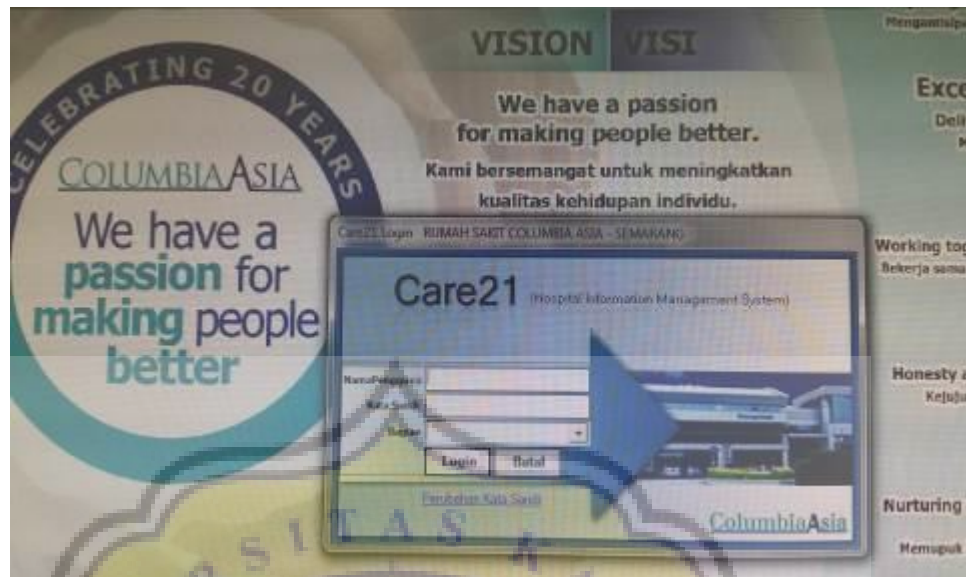
1. Hak Akses Pendokumentasian Rekam Medis Elektronik oleh Dokter Umum.

Hasil wawancara terhadap 4 dokter didapatkan hasil bahwa mereka semua telah mendapatkan training tentang pemakaian care 21 sebelumnya. Dokter A mendapatkan training pemakaian care 21 pertama kali di Jakarta terkait posisinya sebagai *Chief Medical Officer* saat itu, sedangkan dokter S dan dokter E

mendapatkan training kemudian di Semarang. Ketiga dokter ini di training secara langsung oleh trainer dari Columbia Asia pusat sebelum RSCAS beroperasi. Dokter V mendapatkan training pada tahun 2015 karena dia baru bergabung ke RSCAS pada tahun tersebut.

Penjelasan terkait hak, kewajiban, serta tanggung jawab dalam mengakses dan mengoperasikan Care 21 menurut keempat dokter tersebut belum ada. Mereka selama ini tidak pernah diberi penjelasan baik secara lisan maupun tertulis terkait hal ini.

Para dokter ini mengetahui *password* mereka pertama kali dari bagian IT RSCAS, yaitu berupa kombinasi huruf dan angka yang berupa tanggal lahir *user*. *Password* ini diberikan setelah mereka resmi bergabung di RSCAS yang dibuktikan dengan surat perjanjian kontrak kerja. *Password* ini merupakan kata kunci yang harus mereka masukkan ketika akan mengakses ke sistem care 21. *Password* ini bersifat rahasia dan hanya boleh diketahui oleh yang bersangkutan, bahkan bagian IT-pun tidak mengetahui setelah *password* dokter-dokter tersebut diganti. Apabila *user* lupa *password-nya*, maka tim IT akan mereset ulang *password* tersebut dan dokter yang bersangkutan diminta mengganti *password* sementara yang telah dibuat oleh bagian IT agar kerahasiaanya tetap terjaga.



Gambar 3.1 Tampilan layar akses ke dalam sistem Care 21.

Password tersebut terdiri dari 3 baris, yaitu baris pertama berisi nama pengguna, baris kedua berisi *password*, dan baris ketiga berisi bagian dimana staff itu berada. Nama pengguna adalah nama karyawan yang didaftarkan ke bagian IT melalui form permintaan akses ke sistem care 21 yang mereka ajukan setelah mereka resmi diterima kerja di RSCAS. *Password* care 21 pertama kali yang mereka peroleh merupakan gabungan huruf dan angka. Keempat dokter tersebut telah melakukan perubahan *password* sebanyak 1 kali sejak pertama kali mereka memakai Care 21. Pihak manajemen sendiri sampai saat ini belum memiliki peraturan khusus yang mengatur tentang penggantian *password* secara berkala. Sistem Care 21-pun tidak ada fitur khusus yang mewajibkan user-nya mengganti *password* secara berkala. Pasien

sendiri tidak diberikan hak akses ke dalam sistem care 21. Hal ini merupakan kebijakan RSCAS, namun dapat diberikan resume medis terkait pelayanan yang diberikan kepadanya.

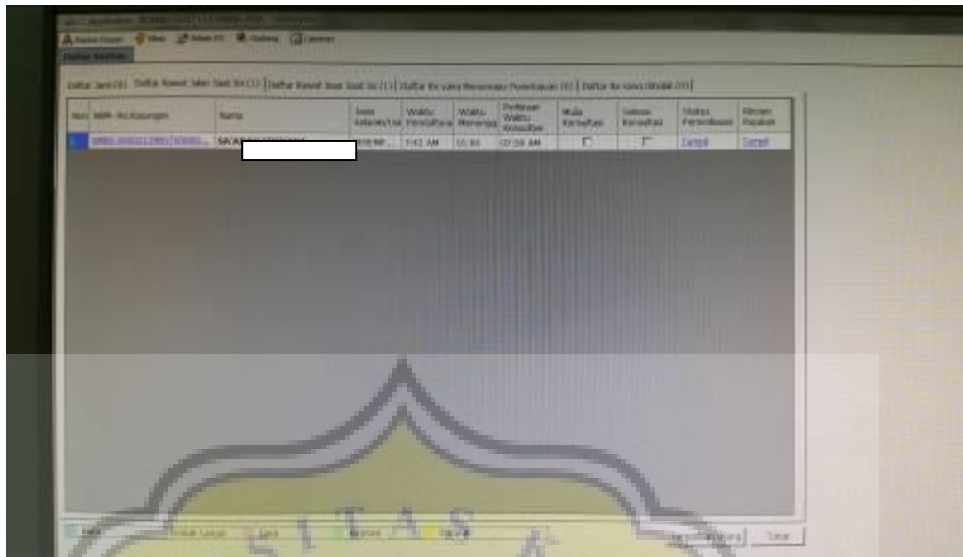
Dokter V menyatakan bahwa *password* nya tersebut pernah diketahui oleh perawat, sedangkan ketiga dokter lainnya menyatakan *password* mereka tidak pernah diketahui oleh orang lain.⁴⁹ Pada saat pengamatan terhadap lokasi kerja, baik yang berada di *Emergency room, Family Health Care, Intensive Care Unit* dan *Ward* tidak ditemukan adanya catatan yang berisi tentang *password* keempat dokter tersebut.

Semua dokter menyatakan bahwa sistem care 21 ini tidak bisa diakses dari luar Rumah sakit, karena sistem ini hanya terinstal di komputer dan laptop yang berada di rumah sakit. Laptop tersebut juga tidak diperkenankan dibawa keluar Rumah Sakit. Saat peneliti mencoba untuk mengcopy program Care21 juga tidak bisa, dikarenakan laptop dan komputer tersebut mempunyai sistem terkunci sehingga media penyimpan data seperti *flash disc* tidak dapat digunakan.

Hasil wawancara kepada keempat dokter menyatakan bahwa mereka dapat mengakses sistem care 21 kapanpun, baik saat jam kerja maupun diluar jam kerja. Pasien yang dapat mereka lihat sebagai dokter umum adalah semua pasien rawat inap

⁴⁹ Viba, Dokter Umum, Wawancara Tanggal 6 Mei 2017

maupun rawat jalan yang ada pada saat mereka mengakses sistem care 21 tersebut. Mereka dapat membuka catatan medis pasien-pasien tersebut setelah mereka mengetik nomor rekam medis (nrm). Daftar nama pasien yang muncul di dalam daftar mereka adalah semua pasien rawat inap dan pasien yang mendaftar ke mereka, serta pasien yang di alihkan rawat ke mereka, contohnya adalah pasien dari poli spesialis yang di observasi di *Emergency room*. Semua pasien rawat jalan yang sudah selesai konsultasi (baik yang sudah tutup billing maupun yang belum tutup billing) akan terhapus secara otomatis dari “daftar antrian dokter” setelah melewati pukul 12.00 malam. Dokter yang bersangkutan masih dapat mengakses sampai dengan 48 jam terhitung sejak pertama kali pasien tersebut mendaftar. Dokter juga masih dapat menulis catatan medis, namun tidak bisa memasukkan layanan dan biaya lagi (kecuali yang belum ditutup billing).



Gambar 3.2 Tampilan daftar antrian dokter.

Sistem care 21 ini tidak bisa menutup secara otomatis bila telah dibuka oleh *user*, meskipun tidak digunakan dalam jangka waktu tertentu, kecuali bila komputer atau laptop tersebut di *shutdown*. Peneliti mencoba hal tersebut dengan membiarkan sistem care 21 tetap terbuka dengan akun salah satu dokter, namun setelah 6 jam akses care 21 tersebut masih tetap terbuka dengan akun dokter tersebut.

2. Hak Akses Pendokumentasian Rekam Medis Elektronik oleh Dokter Spesialis

Hasil wawancara terhadap 5 dokter spesialis didapatkan hasil yang hampir sama dengan wawancara terhadap dokter umum. Mereka menyatakan telah mendapatkan training tentang pemakaian care 21 sebelumnya. Mereka dilatih oleh tim IT RSCAS pada saat RSCAS sudah beroperasi, hanya dokter R yang

mengatakan bahwa dirinya mendapat training sebelum RSCAS beroperasi.

Penjelasan terkait hak, kewajiban, serta tanggung jawab dalam mengakses dan mengoperasikan Care 21 belum ada. Hal ini senada seperti apa yang diungkapkan dokter umum. Mereka selama ini tidak pernah diberi penjelasan baik secara lisan maupun tertulis terkait hal ini. Mereka hanya mendapatkan pelatihan tentang cara mengoperasikan sistem care-21 tersebut.

Para dokter ini mengetahui *password* mereka pertama kali dari bagian *Medical services Manager*. *Medical Service* sendiri memperoleh dari bagian IT, namun untuk memudahkan komunikasi maka penyampaiannya dilakukan oleh *Medical services*. *Password* ini diberikan setelah mereka resmi bergabung di RSCAS yang dibuktikan dengan surat perjanjian kontrak kerja. *Password* ini merupakan kata kunci yang harus mereka masukkan ketika akan mengakses ke sistem care 21. Dokter P mengatakan bahwa dulu dia ditawarkan pilihan untuk *password*-nya dan dokter P akhirnya memilih sendiri *password* nya.⁵⁰

Dari kelima dokter spesialis tersebut, hanya dokter Hr yang sudah melakukan penggantian *password* Care21 semenjak pertama kali diberi *password*, namun setelah itu tidak diganti sampai sekarang. Pihak manajemen sendiri sampai saat ini belum

⁵⁰ Priyadi, Dokter Spesialis Paru, Wawancara Tanggal 13 Mei 2017

memiliki peraturan khusus yang mengatur tentang penggantian *password* secara berkala, namun memang sudah dipertimbangkan adanya penggantian *password* berkala. Sistem Care21-pun tidak ada fitur khusus yang mewajibkan user-nya mengganti *password* secara berkala. Dokter Hm juga mengusulkan bahwa kedepannya harus ada penggantian *password* secara berkala demi keamanan.

Dokter P menyatakan bahwa *password* nya juga diketahui oleh perawat pribadinya.⁵¹ Dokter P mengatakan bahwa perawatnya itu setiap pagi membuka sistem Care21 dulu sebelum dia datang. Dokter P adalah satu-satunya dokter yang membawa perawat pribadi sendiri ke RSCAS. Perawat pribadi tersebut hanya bertugas di poli rawat jalan spesialis. Dokter Hm juga mengemukakan hal serupa, bahwa *password*nya juga pernah diketahui oleh perawat lain.⁵² Pada saat pengamatan terhadap ruangan tempat praktik kelima dokter tersebut, tidak ditemukan adanya *password* yang mereka cantumkan.

Semua dokter spesialis juga menyatakan bahwa sistem care 21 ini tidak bisa diakses dari luar Rumah sakit, karena sistem ini hanya ada di komputer dan laptop yang berada di rumah sakit. Laptop tersebut tidak diperkenankan dibawa keluar Rumah Sakit. Dokter Hm mengatakan jika sistem ini bisa diakses diluar rumah sakit maka akan rawan untuk di salah gunakan.

⁵¹ Ibid.,hlm.49

⁵² Hamidah, Dokter Spesialis Saraf, Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

Hasil wawancara kepada kelima dokter menyatakan bahwa mereka dapat mengakses sistem care 21 kapanpun, baik saat jam praktik maupun diluar jam praktik. Pasien yang dapat mereka lihat sebagai dokter spesialis adalah semua pasien rawat jalan yang mendaftar ke mereka dan pasien dari dokter lain yang dikonsulkan ke mereka. Pada pasien rawat inap, mereka hanya dapat melihat pasien yang mereka tangani, baik sebagai dokter penanggung jawab pasien (DPJP), maupun sebagai konsulan. Hal ini yang membedakan hak akses dokter umum dan dokter spesialis. Dokter umum mempunyai hak akses pasien yang lebih luas dibandingkan dokter spesialis.

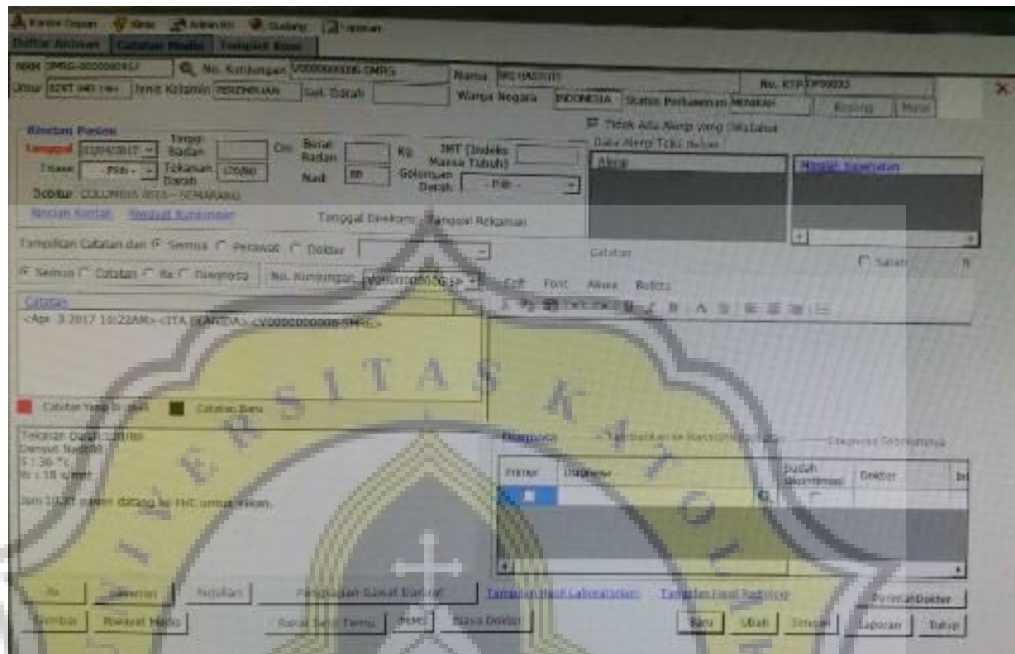
Semua pasien rawat jalan yang sudah selesai konsultasi (baik yang sudah tutup billing maupun yang belum tutup *billing*) akan terhapus secara otomatis dari daftar antrian dokter setelah melewati pukul 12.00 malam. Dokter yang bersangkutan masih dapat mengakses sampai 48 jam terhitung sejak pertama kali pasien tersebut mendaftar. Dokter juga masih dapat menulis catatan medis, namun sudah tidak bisa memasukkan layanan dan biaya lagi (kecuali yang belum ditutup *billing*).

Sistem care 21 bagi dokter spesialis ini juga tidak bisa menutup secara otomatis bila tidak digunakan dalam jangka waktu tertentu, kecuali bila komputer atau laptop tersebut di *shutdown*.

3. Cara Pendokumentasian Rekam Medis Elektronik oleh Dokter

Hal yang dapat diinput oleh dokter di sistem care 21 cukup banyak. Dokter umum dan dokter spesialis dapat menginputkan catatan medis perkembangan pasien, pengkajian gawat darurat, laporan operasi, laporan anestesi, layanan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan pemeriksaan penunjang lain), resep, biaya, janji temu, diagnosa, masalah kesehatan, riwayat alergi, surat-surat medis, resume medis pasien pulang, resume kematian, dan layanan merujuk pasien ke dokter lain (konsul, alih rawat, dan rawat bersama). Inputan tentang laporan operasi dan laporan anestesi hanya dimiliki oleh akun dokter bedah dan dokter anestesi, sehingga tidak semua dokter mempunyai menu tersebut. Dari kelima dokter tersebut mengatakan menu di Care21 sudah cukup lengkap, sehingga mereka tidak ada pengusulan penambahan menu lagi. Mereka mengatakan sistem ini sangat membantu pekerjaan mereka. Dokter Hm mengusulkan bahwa di dalam sistem care 21 ada format surat-surat medis yang berbahasa inggris agar dapat terstandarisasi. Peneliti melihat didalam sistem care 21, ada beberapa dokter yang sudah memiliki format penulisan surat medis tersendiri, sehingga satu sama lain tidak sama. Dokter Hm menginginkan agar hasil laboratorium bisa di *copy paste* di dalam

catatan medis seperti hasil pemeriksaan radiologi, sehingga hasil laboratorium yang abnormal dapat selalu diwaspadai.⁵³



Gambar 3.3 Foto menu Care 21.

Dokter umum dan dokter spesialis dalam menuliskan catatan medis perkembangan pasien tidak mempunyai format khusus, karena metode inputnya adalah *Free Text*. Namun dari pengamatan mereka menggunakan cara penulisan data dengan format *problem oriented* dikenal dengan konsep SOAP. Konsep SOAP terdiri dari 4 bagian, yaitu:

a. *Subjective* (Data Subjektif)

Berisikan bagaimana perasaan pasien terhadap keluhannya sekarang. Seringkali perkataan pasien ditulis dalam tanda kutip supaya dapat menggambarkan keadaan pasien.

⁵³ Hamidah, Dokter Spesialis Saraf, Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

b. *Objective* (Data Objektif)

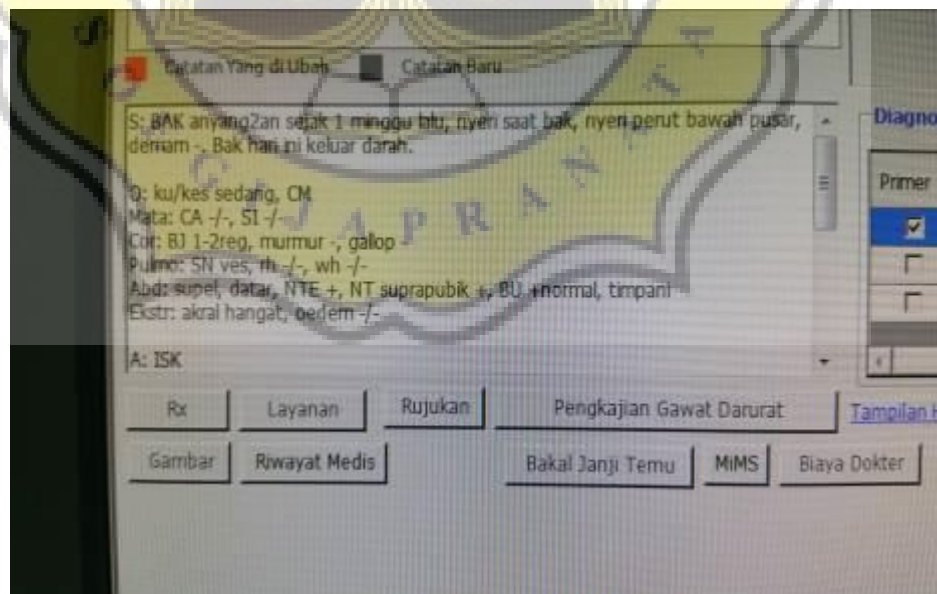
Berisikan hasil pemeriksaan jasmani dan pemeriksaan penunjang.

c. *Assessment* (Pengkajian)

Berisikan bagaimana pendapat pemeriksa mengenai data tersebut di atas dan hubungannya dengan kasus. Pengkajian merupakan tulisan yang berisi hasil integrasi pemikiran dokter (berdasarkan pengetahuannya mengenai patofisiologi, epidemiologi, presentasi klinis penyakit, dan lain sebagainya) terhadap data subjektif dan objektif yang ada.

d. *Plan* (Rencana)

Berisikan rencana selanjutnya, baik diagnostik, pengobatan maupun penyuluhan.



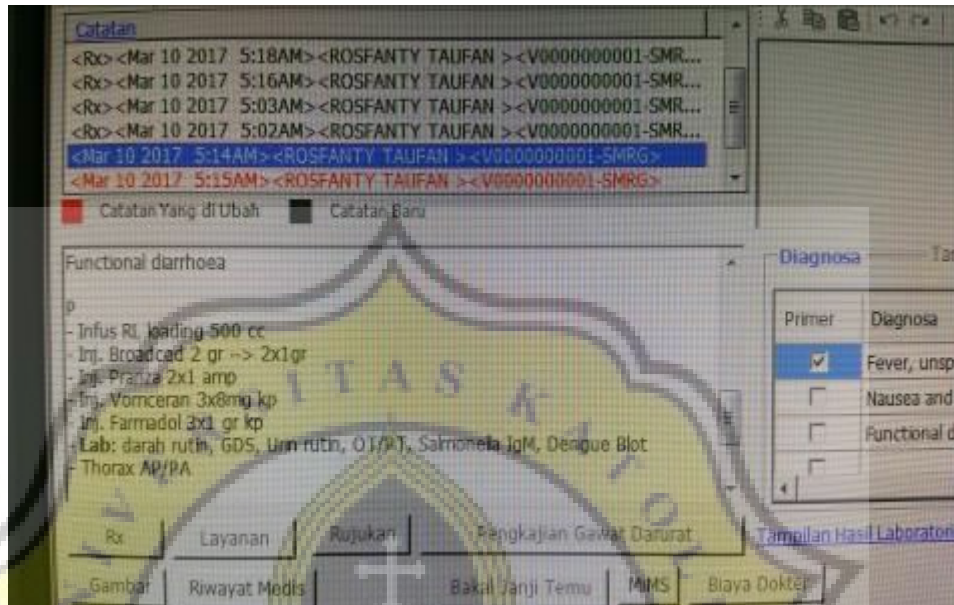
Gambar 3.4 Penulisan catatan medis dengan format SOAP.

Dokter spesialis yang kami observasi termasuk patuh dalam menulis catatan medis pasien selama perawatan. Mereka melakukan pendokumentasian setelah visit ke pasien dahulu. Menurut Huffman (1994) dan Soejaga (1996), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut :

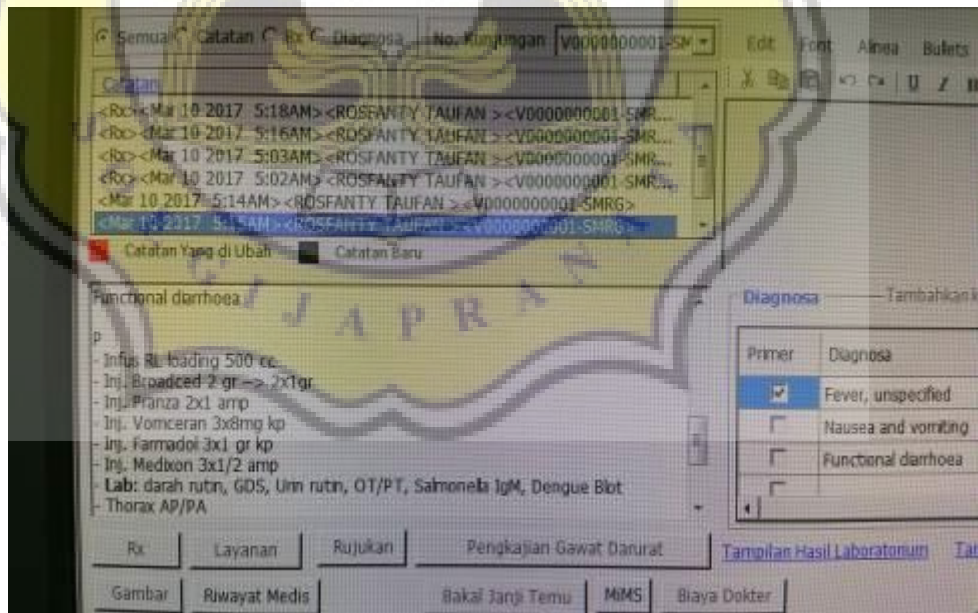
- a. Kelengkapan isian resume medis.
- b. Keakuratan.
- c. Tepat waktu.
- d. Pemenuhan persyaratan hukum.

Tulisan atau catatan medis masih dapat dirubah sebelum catatan itu di simpan, sama seperti mengetik bebas di *Microsoft Word*. Namun ketika catatan tersebut sudah disimpan, mereka masih dapat mengubahnya. Mereka dapat mengubah dengan cara meng-klik menu "UBAH" pada catatan yang akan dirubah lalu rubah catatan tersebut lalu simpan. Judul catatan baru yang telah dirubah tersebut memiliki warna tersendiri, yaitu berwarna merah dan berada tepat dibawah catatan aslinya yang berwarna hitam. Catatan medis yang berubah ini memiliki urutan waktu, dimana catatan yang baru akan persis berada dibawah catatan lama dan akan selalu berurutan dengan catatan aslinya. Pada gambar dibawah ini diperlihatkan catatan medis dokter R pada 10 Maret 2017 pukul 5:14 AM yang berwarna hitam, kemudian ada pengeditan berupa tambahan terapi medixon 3x1/2 ampul pada

tanggal 10 Maret 2017 pukul 5.15 AM, maka catatan yang berubah ditandai warna merah disistem.

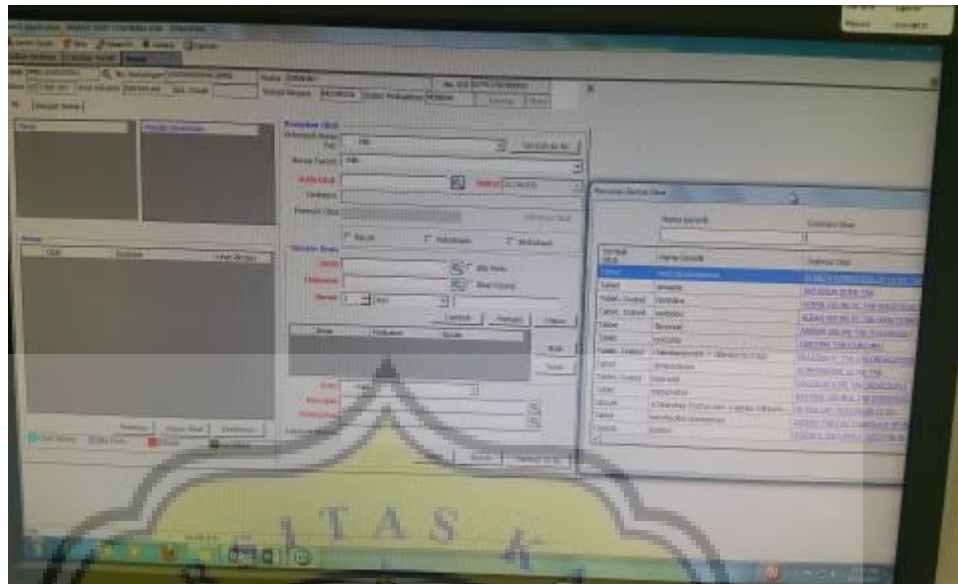


Gambar 3.5 Catatan medis awal.



Gambar 3.6 Catatan medis yang telah diedit.

Baik dokter umum maupun spesialis juga dapat mengubah dan menghapus layanan penunjang maupun resep yang telah di inputkan sebelumnya. Dokter dapat meresepkan obat pasien dengan cara memilih menu “Rx” di sistem, lalu memilih obat yang dapat dipilih dari nama generik maupun patennya, dan kemudian melengkapi aturan pemberian obat tersebut dengan metode *Free Text* dan *choice* sistem. Apabila dalam peresepan beberapa obat muncul suatu reaksi tertentu, maka sistem akan memperingatkan dokter dengan catatan tertentu, atau bila dokter meresepkan obat yang memiliki kandungan sama dengan daftar alergi obat pasien yang tersimpan di sistem, maka sistem juga akan memberikan “*warning*” kepada dokter dengan catatan tertentu. Sistem Care21 juga memiliki informasi tentang obat-obatan yang ada di formularium Rumah Sakit, mulai dari indikasi, kontraindikasi, dosis, rute pemberian sampai kepada efek samping dan interaksi obat. Hal ini sangat berguna bagi dokter dan pasien agar tercipta pelayanan yang aman dan bermutu.

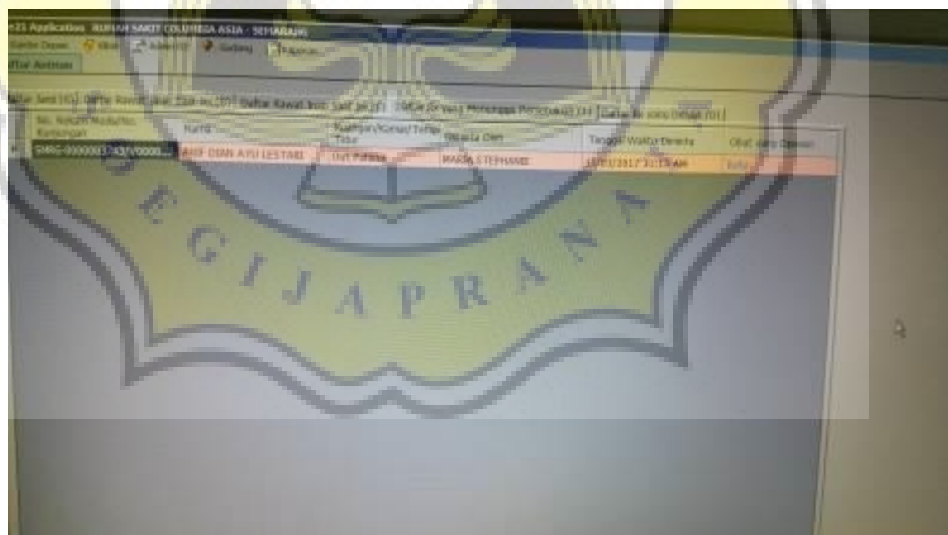


Gambar 3.7 Menu peresepan di sistem

Resep yang sudah diinputkan dapat dibatalkan atau diganti dengan menghapus terlebih dahulu resep sebelumnya melalui menu yang ada. Dokter harus menuliskan alasan pemberhentian resep obat tersebut dikolom yang telah disediakan dengan metode *free text*, tanpa melalui proses ini maka pembatalan atau penghentian resep tidak dapat dilakukan.

Resep yang telah di batalkan atau dihentikan tetap terekam dalam sistem dan diketahui oleh orang lain. Rekaman tersebut berupa nama obat, waktu diberhentikan, dan siapa yang memberhentikan. Resep tersebut berwarna *orange* di dalam sistem untuk membedakan dengan resep yang masih aktif maupun resep pasien pulang. Peneliti melihat di dalam sistem Care21 dr.Hm dan dr.Hr banyak memiliki daftar antrian resep yang

belum dikonfirmasi, biasanya resep yang diresepkan tidak ada di farmasi dan harus diganti dengan resep lain. Kedua dokter tersebut menyatakan baru tahu kegunaan menu verifikasi tersebut, sehingga memang jarang dibuka.^{54 55} Resep tersebut dikonfirmasi dengan dua tahap, yaitu pertama farmasi langsung menghubungi dokter yang meresepkan dan selanjutnya meminta konfirmasi melalui sistem care 21. Peneliti mendapatkan bahwa ketika dokter belum mengkonfirmasi perubahan tersebut melalui sistem Care21 maka peresepan di bagian farmasi tetap akan berjalan, sehingga tidak mengganggu pelayanan kepada pasien. Hal ini menurut pengamatan peneliti mungkin disebabkan karena mereka telah mendapatkan .persetujuan langsung via telepon.



Gambar 3.8 Contoh menu konfirmasi resep.

⁵⁴ Harsoyo, Dokter Spesialis Anak, Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

⁵⁵ Hamidah, Dokter Spesialis Saraf, Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

Metode inputan yang ada dalam sistem Care21 cukup bervariasi, ada metode *Free Text*, *Tick System*, dan *Choice System*. Metode *free text* terutama ada pada menu penulisan catatan medis dan menu pembuatan surat-surat medis. Untuk menu pada layanan pemeriksaan penunjang ada menu *choice sistem* dan *free text*. Menu *free text* untuk penulisan diagnosa (bila diagnosa pada catatan medis belum diinputkan) atau keterangan dari apa yang diharapkan dari pemeriksaan penunjang tersebut. Pada menu penulisan resep ada campuran metode *free text* dan *choice sistem*. Pada menu konsul juga terdapat gabungan metode penginputan, yaitu *choice sistem* dan *free text*. Metode inputan *choice* hanya pada pemilihan "nama DPJP", meskipun didalamnya juga berlaku metode inputan *free text*.

Metode *free text* selain pada catatan medis ada pada menu pembuatan resume medis, resume kematian, form pemeriksaan kesehatan medical check up, dan pembuatan surat-surat medis. Pada menu pembuatan resume medis, resume kematian dan pemeriksaan kesehatan medical check up terdiri dari beberapa kolom yang harus diisi semua. Pada saat salah satu kolom tidak diisi, catatan tersebut masih dapat disimpan, kecuali pada menu pemeriksaan kesehatan yang harus menginput tinggi badan dan berat badan dahulu agar dapat disimpan. Pedoman tentang standarisasi pemakaian singkatan dan simbol di RSCAS

saat ini penelitian berlangsung belum ada. Hasil catatan medis yang diinput dokter.V misalnya, dalam penulisanya menggunakan singkatan-singkatan yang belum terstandarisasi di RSCAS.

Ada hal yang menarik disini tentang pembuatan resume medis. Resume medis pasien dokter spesialis baik yang rawat jalan maupun rawat inap dapat dibuat oleh dokter umum. Hal ini memang dilegalkan oleh pihak manajemen RSCAS yang dituangkan dalam *medical staff by laws* *tambahkan juga dilampiran.*

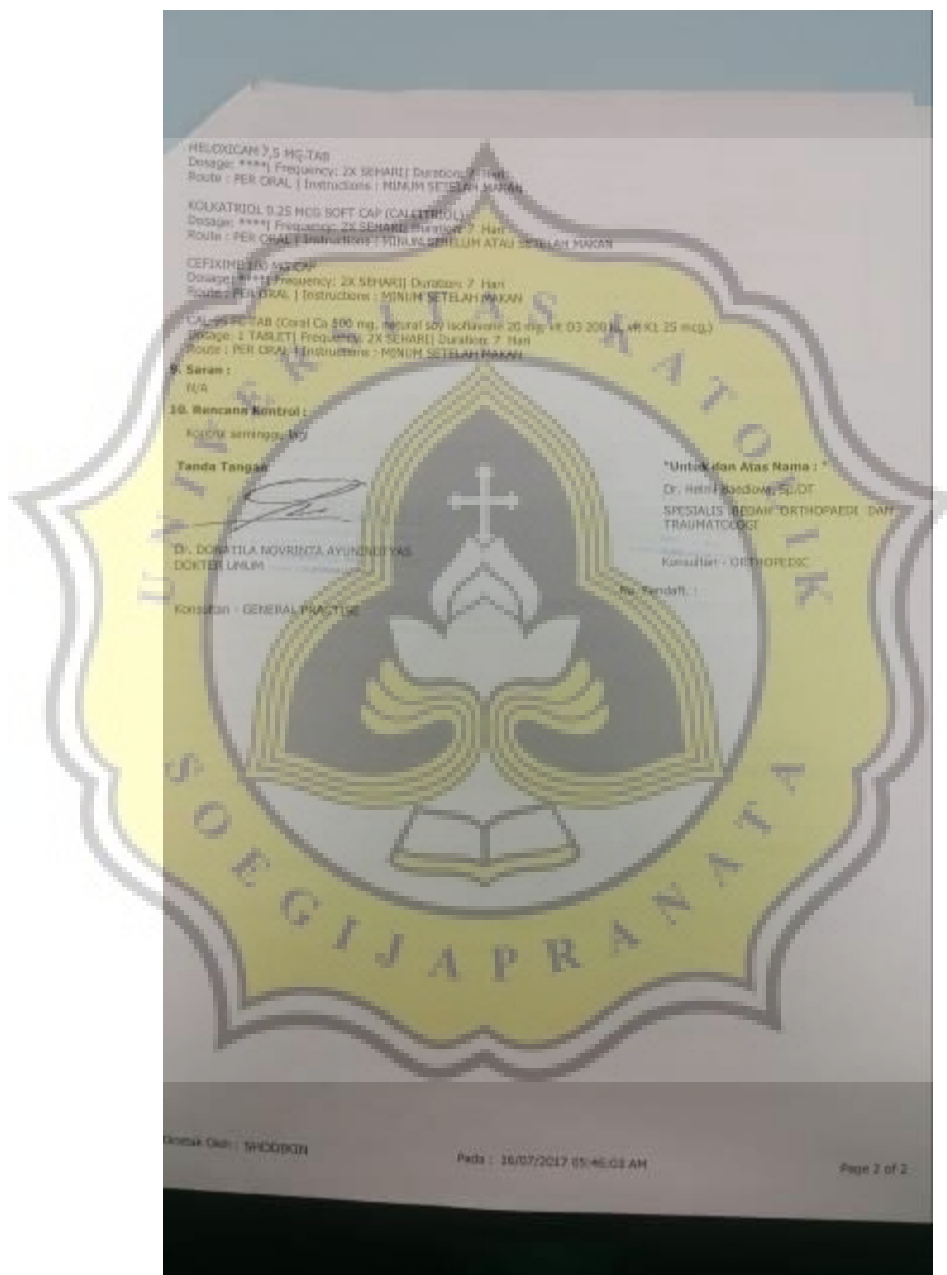
Dokter P spesialis Paru, mengatakan bahwa dirinya tidak pernah mengecek ulang resume medis pulang yang dibuat oleh dokter umum.⁵⁶ Dokter P mengatakan bahwa resume medis tersebut akan di cek lagi saat pasien kontrol di poli rawat jalan setelah pasien rawat inap. Dokter P dan keempat dokter spesialis lain mengetahui bahwa pembuatan resume medis pulang pasien rawat adalah kewajibannya, namun karena padatnya jadwal serta banyaknya pasien mereka kadang lupa membuat resume medis tersebut. Resume medis tersebut sebenarnya bisa dilihat oleh mereka setelah dibuat disistem, namun belum ada fitur di Care21 untuk memverifikasi resume tersebut oleh DPJP. Dokter P mengatakan bila ada pasiennya yang juga dipegang oleh dokter lain sebagai konsulan, maka menurutnya yang ditulis di resume

⁵⁶ Priyadi, Dokter Spesialis Paru, Wawancara Tanggal 13 Mei 2017

medis pulang cukup diagnosa dan terapi dari dokter-dokter tersebut. Dokter Hm menyatakan hal serupa, beliau masih kesulitan membuat resume medis pulang bila pasiennya dipegang oleh banyak dokter, sehingga beliau mensiasatinya dengan mengcopy catatan medis dokter lain.

Baik dokter umum maupun dokter spesialis sudah mempunyai tanda tangan elektronik di dalam sistem Care21. Tanda tangan elektronik tersebut langsung tercetak dalam hasil cetakan resume medis pulang rawat inap dan rawat jalan, serta surat rujukan, namun untuk resume medis rawat jalan dan surat rujukan dapat dibuat secara manual juga dengan membuat di sistem seperti membuat surat biasa dan ditanda tangani manual. Dokter O pada saat kami wawancarai ternyata tidak tahu tentang itu. Sistem Care21 akan secara otomatis menampilkan nama DPJP di dalam hasil resume medis. Nama tersebut didapatkan pada saat pasien masuk rawat inap, baik melalui DPJP langsung atau melalui ER atau FHC setelah dokter yang menanganinya merujuk untuk alih rawat ke DPJP bersangkutan. Bila resume tersebut dibuat oleh dokter umum, maka nama dokter umum yang terakhir kali membuatnya ikut tercantum di dalam hasil cetakan bersama nama DPJP, dimana di atasnya nama DPJP tertera tulisan "Untuk dan Atas Nama". Resume medis yang dibuat oleh

DPJP langsung, maka di hasil cetakannya hanya nama DPJP yang ada.



Gambar 4.0 Foto tanda tangan elektronik resume medis pulang rawat inap yang dibuat dokter jaga.

4. Prosedur Alih Media dalam Rekam Medis Elektronik

Hasil cetakan dokumen dalam sistem Care21 berisi identitas pasien (nama, nomer identitas, nrm, nomer kunjungan, tanggal lahir, jenis kelamin, golongan darah, kamar tempat pasien menginap). Hal ini merupakan format baku yang pasti ada di bagian atas cetakan dan isinya disesuaikan dengan kebutuhannya. Pada bagian bawah surat berisi nama pencetak, tanggal dan jam dicetak, serta petunjuk dari halaman cetakan tersebut. Sebagai penanda bahwa itu adalah cetakan pertama, kedua, dan seterusnya belum ada. Hal ini memang menjadi kekurangan dokumen hasil cetakan Care21, terutama bila merupakan surat penting.

Isi dokumen hasil cetakan dapat di edit melalui Care21, dengan syarat harus dilakukan oleh orang yang pertama kali membuatnya. Hasil cetakan terhadap dokumen yang telah di edit tersebut tidak memiliki penanda bahwa sudah di edit, namun Medical Record mampu melacak bahwa dokumen tersebut sudah berubah. Medical Record mampu melacak tanggal dan waktu dan siapa yang melakukan editan tersebut.

Sistem Care21 di RSCAS belum mampu menginputkan semua dokumen. Dokumen seperti *informed consent*, *Informed refusal*, asuhan keperawatan, dan hasil pemeriksaan penunjang dari luar RSCAS harus melalui tahap alih dokumen berupa scan

agar mampu masuk ke dalam sistem Care21. Dokumen tersebut dapat dilihat di dalam Care21 sehingga memudahkan pengguna dalam memperoleh informasi. Dokter Hm mengatakan sampai saat ini memiliki kendala dalam melacak hasil scan pemeriksaan penunjang tersebut, terutama bila pasien tersebut sudah memiliki nomor kunjungan yang banyak dan harus mencari satu persatu disetiap kunjungan.⁵⁷

5. Regulasi Rekam Medis Elektronik di RSCAS

Wawancara ini dilakukan kepada Bu Nathalia selaku *Supervisor Medical Record (spv)* di RSCAS. Berdasarkan wawancara dengan spv medical record, bahwa dalam pembuatan sistem Care21 sudah berpedoman pada aturan hukum yang ada di Indonesia. Aturan-aturan hukum tersebut antara lain:

1. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Undang-undang No. 36 Tahun 1999 tentang Telekomunikasi.
4. Undang-undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
5. Undang-undang No. 20 Tahun 2014 tentang Standarisasi dan Penilaian Kesesuaian.

⁵⁷ Hamidah, Dokter Spesialis Saraf Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

6. Undang-undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.
7. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
8. Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik.
9. Peraturan Pemerintah No. 52 Tahun 2000 tentang Penyelenggaraan Telekomunikasi.
10. Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
11. Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.
12. Peraturan Menteri Kesehatan No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
13. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.
14. Peraturan Menteri Kesehatan No. 92 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Komunikasi Data dalam Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi.
15. Keputusan Menteri Kesehatan No.377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

16. Keputusan Menteri Kesehatan No. 50 Tahun 1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-10 (ICD-10).
17. Keputusan Menteri Kesehatan No. 844 Tahun 2006 tentang Penetapan Standar Kode Data Bidang Kesehatan.
18. Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Tahun 2006.
19. Manual Rekam Medis Tahun 2006 oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
20. Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran Tahun 2006 oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

Pihak manajemen RSCAS telah melatih penggunaanya dalam memakai Care21 sebelum mereka turun ke lapangan. Beliau mengatakan telah menyampaikan juga tentang hak, kewajiban, dan tanggung jawab dalam mengoperasikan Care21 kepada usernya, termasuk para dokter, namun memang belum ada bukti otentik yang menyatakan bahwa dokter tersebut telah diberi tahu tentang hak, kewajiban, serta tanggung jawab. *Medical Record* selalu memantau pendokumentasian di Care21 ini setiap saat, dimana hasil pemantauannya akan ditampilkan melalui laporan sasaran mutu *medical record* tiap bulannya. Sasaran mutu rekam medis di RSCAS adalah:

1. Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap 1x24 jam
2. Kelengkapan dokumen rekam medis rawat jalan 1x24 jam
3. Kejadian nomor rekam medis ganda
4. Kelengkapan informed consent
5. Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis manual 1x24 jam.

Semua pengguna sistem Care21 wajib menjaga kerahasiaan rekam medis pasien. Beliau juga mengatakan memang belum ada fitur penggantian *password* berkala dan verifikasi resume medis yang dibuat oleh dokter jaga dan *advice by phone* yang diterima oleh dokter jaga maupun perawat.⁵⁸

Rumah Sakit Columbia Asia Semarang mempunyai *contingensi plan* sendiri bila ada gangguan dalam sistem, baik *software* maupun *hardware*. Responden kami mengatakan saat terjadi bencana, maka *disaster form* akan dikeluarkan. *Disaster form* ini dimiliki masing-masing departemen yang formulirnya terkait dengan rekam medis. *Disaster form* RSCAS tidak seperti di rumah sakit lainnya yang formulirnya tersimpan di rekam medis, namun disini formulir manualnya tersimpan langsung di masing-masing departemen. Beliau mencontohkan pada departemen *medical service*, dimana didalamnya ada *informed consent*, catatan medis, laporan operasi, dan laporan anestesi, dimana yang masih manual

⁵⁸ Nathalia.Supervisi Medical Record. Wawancara Tanggal 14 Mei 2017

adalah *informed consent*. Disaster form ini pernah digunakan 1 kali selama RSCAS beroperasi, karena saat itu sistem sedang down.

Informed consent akan jalan seperti biasa bila terjadi bencana, namun untuk catatan medis, laporan operasi dan laporan anestesi maka *medical service* harus mengeluarkan formulir manualnya yang nantinya dapat dicetak di kertas HVS ukuran A4 berwarna hijau. Bila sistem sudah aktif kembali, maka formulir manual tersebut akan dilakukan alih media berupa di scan agar bisa menjadi dokumen yang menyatu di sistem care 21 sesuai nomer kunjungan, sehingga dokternya tidak perlu menginput ulang. Beliau mengatakan data-data pasien tersebut tidak hilang selama sistem down.⁵⁹Rumah sakit Columbia Asia Semarang memiliki *back up* file yang berlapis, sehingga data tersebut dipastikan aman bila sewaktu-waktu terjadi bencana.

C. Pembahasan

1. Pendokumentasian rekam medis elektronik ditinjau dari Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik yang selanjutnya disebut PP No.82 tahun 2012

⁵⁹ Nathalia. Supervisi Medical Record. Wawancara Tanggal 14 Mei 2017

memang tidak mengatur khusus tentang rekam medis elektronik, namun didalamnya berisi aturan-aturan yang harus dimiliki dalam suatu rekam medis elektronik. Hal ini mengingat di dalam rekam medis elektronik terdapat informasi dan dokumen elektronik, sehingga PP No.82 tahun 2012 ini dapat menjadi dasar hukum pelaksanaannya. Pengertian sistem elektronik menurut Peraturan Pemerintah No.82 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik pada BAB I Ketentuan umum Pasal 1 angka 1 yaitu : "Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan Informasi Elektronik.", sedangkan pengertian dokumen elektronik pada Pasal 1 angka 7 yaitu: "Dokumen Elektronik adalah setiap Informasi Elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima, atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal, atau sejenisnya, yang dapat dilihat, ditampilkan, dan/atau didengar melalui komputer atau Sistem Elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, kode akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya."

Rekam medis elektronik memenuhi unsur suatu sistem elektronik, karena di dalam rekam medis sendiri mencakup 6 hal utama yang dimulai dari pendokumentasian data, penyimpanan, pengolahan, penjagaan aspek keamanan informasi, komunikasi dan penyajian, sampai pada pemusnahan data, sedangkan suatu sistem elektronik harus mampu menjalankan fungsi untuk mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan Informasi.

Keamanan data pasien di dalam rekam medis elektronik harus terjamin, sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 32 huruf i terkait hak pasien yaitu: “mendapatkan privasi serta kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.” Pada PP No.82 tahun 2012 Pasal 15 telah dijelaskan bahwa pengelola, dalam hal ini RSCAS wajib menjaga kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data medis pasiennya. Setiap penggunaan dan pemanfaatan data tersebut harus melalui persetujuan pasien atau berdasarkan ketentuan lain yang telah ditetapkan undang-undang. Hal ini berarti tidak semua orang dapat mengakses rekam medis elektronik. Hanya mereka yang diperbolehkan menurut Permenkes No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Pasal 6 yang berbunyi: “Dokter, dokter

gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat dalam rekam medis.”

Pada buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi kedua dijelaskan lebih lengkap perihal siapa saja yang bertanggung jawab dalam pengisian rekam medis, yaitu:

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter spesialis yang melayani pasien dirumah sakit.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien dirumah sakit.
- c. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
- d. Tenaga paramedis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain; perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata rontgen, rehabilitasi medis dan lain sebagainya.
- e. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan/konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

Pihak penyelenggara tentunya harus melakukan training, memberikan edukasi tentang hak, kewajiban, dan tanggung jawab kepada pengguna sebelumnya. Bu Nathalia selaku supervisi medical record menyatakan bahwa sebelumnya telah

melatih user menggunakan sistem care 21 dengan bantuan tim IT, namun peneliti menganalisa penjelasan terkait hak, kewajiban, dan tanggung jawab hanya tersirat, tidak tersurat, sehingga user merasa belum dijelaskan.⁶⁰ Pelatihan ini berguna agar meminimalkan terjadinya penyalahgunaan kewenangan terkait rekam medis merupakan hal yang sangat *confidential*. Peraturan Pemerintah No.82 tahun 2012 pun mewajibkan adanya pelatihan dan edukasi di awal ini, dimana dtuangkan dalam Pasal 24 ayat (1) dan ayat (2) yang berbunyi:

Ayat (1): “Penyelenggara Sistem Elektronik wajib melakukan edukasi kepada Pengguna Sistem Elektronik.”

Ayat (2): “Edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit mengenai hak, kewajiban dan tanggung jawab seluruh pihak terkait, serta prosedur pengajuan komplain.”

Penggunaan bahasa, simbol dan singkatan dalam pendokumentasian rekam medis elektronik diatur pada PP No.82 tahun 2012 Pasal 16 ayat (1) dan ayat (2) bagian a yang berbunyi:

Pasal 16 ayat (1) berbunyi: “Penyelenggara Sistem Elektronik untuk pelayanan publik wajib menerapkan tata kelola yang baik dan akuntabel.”

⁶⁰ Nathalia, Supervisi Medical Record, Wawancara Tanggal 14 Mei 2017

ayat (2) bagian a berbunyi: "Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memenuhi persyaratan:

- a. tersedianya prosedur atau petunjuk dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik yang didokumentasikan dan/atau diumumkan dengan bahasa, informasi, atau simbol yang dimengerti oleh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan sistem elektronik tersebut;"

Berdasarkan keterangan Pasal tersebut sudah jelas bahwa dalam pendokumentasian dalam rekam medis elektronik harus diatur secara jelas penggunaan bahasa, simbol, dan singkatan. Hal itu harus disusun, diatur, dibakukan, dan disosialisasikan oleh manajemen kepada semua pengguna, sehingga tidak ada informasi atau penafsiran yang salah dalam penggunaan Care21.

Sistem rekam medis elektronik harus mempunyai fitur-fitur yang membedakanya dengan rekam medis manual biasa. Fitur-fitur tersebut diatur pada Pasal 26 ayat (2), dimana sistem elektronik tersebut harus memiliki fitur:

a. melakukan koreksi.

Pada rekam medis elektronik, catatan yang sudah diinputkan seharusnya masih dapat dikoreksi, namun tidak menghilangkan jejak catatan yang lama.

b. membatalkan perintah;

Pada rekam medis elektronik, apabila dari dokter atau pengguna lain memberi perintah peresepan, pemeriksaan penunjang atau perintah lainnya maka perintah itu harus dapat dibatalkan bila ada indikasi tertentu. Alasan, waktu, dan siapa yang membatalkan perintah itu harus dapat dilihat didalam rekam medis.

c. memberikan konfirmasi atau rekonfirmasi;

Pada rekam medis elektronik, sebagai contoh bila dokter meresepkan suatu obat dan ternyata resep itu tidak ada dan harus diganti, maka farmasi harus dapat mengkonfirmasi kepada dokter yang bersangkutan melalui sistem. Farmasi dapat melanjutkan peresepan bila sudah dapat rekonfirmasi dari dokter tersebut.

d. memilih meneruskan atau berhenti melaksanakan aktivitas berikutnya;

e. melihat informasi yang disampaikan berupa tawaran kontrak atau iklan; mengecek status berhasil atau gagalnya transaksi.

Perkembangan peraturan kebijakan terkait penggunaan tanda tangan elektronik merupakan aspek yang penting dalam rekam medis elektronik. AHIMA merekomendasikan pejabat pembuat kebijakan hukum meninjau lagi kebijakan selama proses persetujuan. Apabila keterbatasan teknologi menghalangi pelaksanaan tanda tangan elektronik yang optimal, organisasi rekam medis dan pihak-pihak yang terkait harus mengidentifikasi masalah-masalah untuk perbaikan alur kerja. Pemerintah mengatur tanda tangan elektronik lebih jelas pada Bab V tentang Tanda Tangan Elektronik pada PP No.82 tahun 2012. Pasal 52 ayat (1) menyebutkan bahwa Tanda Tangan Elektronik berfungsi sebagai alat autentikasi dan verifikasi atas:

- a. Identitas Penanda Tangan; dan
- b. Keutuhan dan keautentikan Informasi Elektronik.

Tanda tangan elektronik ini merupakan suatu bentuk persetujuan penanda tangan terhadap informasi dan/atau dokumen elektronik yang ditandatangani dengan tanda tangan elektronik tersebut. Apabila terjadi penyalahgunaan terhadap tanda tangan ini, maka pihak penyelenggara sistem elektroniklah yang berkewajiban untuk membuktikannya. Pembuatan tanda tangan elektronik ini harus dilakukan sebelum proses pelayanan berlangsung. Penjelasan lebih lanjut tentang syarat tanda tangan elektronik itu memiliki kekuatan dan akibat hukum yang sah ada

pada Pasal 53 ayat (2) yang berbunyi " Tanda Tangan Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki kekuatan hukum dan akibat hukum yang sah jika:

- a. Data Pembuatan Tanda Tangan Elektronik terkait hanya kepada Penanda Tangan;
- b. Data Pembuatan Tanda Tangan Elektronik pada saat proses penandatanganan hanya berada dalam kuasa Penanda Tangan;
- c. segala perubahan terhadap Tanda Tangan Elektronik yang terjadi setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
- d. segala perubahan terhadap Informasi Elektronik yang terkait dengan Tanda Tangan Elektronik tersebut setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
- e. terdapat cara tertentu yang dipakai untuk mengidentifikasi siapa Penanda Tangannya; dan terdapat cara tertentu untuk menunjukkan bahwa Penanda Tangan telah memberikan persetujuan terhadap Informasi Elektronik yang terkait.

Sistem rekam medis elektronik yang baik harus mempunyai suatu sistem yang dapat memback up apabila terjadi gangguan sistem. Pada PP No.82 tahun 2012 Pasal 17 ayat (1) dijelaskan bahwa penyelenggara sistem elektronik

untuk pelayanan publik wajib memiliki rencana keberlangsungan kegiatan untuk menanggulangi gangguan atau bencana sesuai dengan risiko dari dampak yang ditimbulkannya. Hal ini mutlak harus ada di setiap penyelenggara sistem elektronik yang dituangkan dalam Standar Operasional Prosedur.

2. Pendokumentasian rekam medis elektronik oleh dokter di Rumah Sakit Columbia Asia Semarang.

Keamanan dalam sistem informasi merupakan hal yang sangat penting (Mulyanto, 2009). Menurut Hatta (2009), isu etik di bidang teknologi informasi kesehatan adalah hal yang berkaitan dengan *electronic health information* atau rekam kesehatan elektronik, yaitu berkaitan dengan perlindungan atas privasi dan kerahasiaan informasi. Pihak manajemen RSCAS berupaya menjaga keamanan informasi didalam rekam medis elektronik dengan melakukan otorisasi dan otentifikasi. Hal ini diberlakukan kepada semua penggunanya saat akan mengakses sistem Care21 sesuai dengan ketentuan PP No.82 tahun 2012 terkait keamanan informasi. Otentifikasi merupakan bentuk pemastian terhadap pihak yang berhak untuk masuk dan menggunakan sistem sedangkan otorisasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah pemberian kekuasaan. Otentifikasi yang dimaksud tersebut dapat berupa:

- a. *something that you know* (misalnya *password*)
- b. *something that you have* (misalnya kartu akses)
- c. *something that you are* (misalnya sidik jari, suara, warna mata)

Otentifikasi yang dilakukan RSCAS adalah dengan menggunakan *password* untuk bisa masuk ke dalam sistem Care21, sedangkan otorisasinya adalah dengan melakukan pembatasan hak akses menu dalam sistem Care21. Pembatasan ini contohnya adalah bahwa seorang perawat tidak bisa melakukan peresepan, memberi layanan pemeriksaan penunjang, mengkonsulkan dokter dan lain sebagainya. Contoh lainnya adalah bahwa dokter spesialis hanya diizinkan membuka pasien yang dalam perawatanya saja, berbeda dengan dokter umum yang bisa melihat semua pasien.

Pelaksanaan otorisasi, otentifikasi pada sistem rekam medis elektronik di RSCAS sendiri sudah sesuai dengan standar aturan keamanan dari HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). HIPAA adalah suatu hukum federal yang melindungi informasi kesehatan dan memastikan bahwa pasien memiliki akses ke rekam medis miliknya. Namun pada manajemen *password* dan *auto logoff* belum ada sampai

saat ini. Hal ini dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen untuk pengembangan sistem Care21 yang lebih baik.

Pihak manajemen RSCAS telah melakukan upaya training dan edukasi terlebih dahulu tentang hak, kewajiban, serta tanggung jawab kepada dokter sebelum mereka dapat mengakses dan menggunakan Care21. Hal bertujuan untuk meminimalkan terjadinya penyalahgunaan kewenangan terkait rekam medis elektronik. Proses ini telah sesuai dengan PP No.82 tahun 2012 Pasal 24 ayat (1) dan ayat (2) yang mewajibkan adanya pelatihan dan edukasi. Tim IT dan HR lah yang bertanggung jawab terhadap proses ini.

Di Rumah Sakit Columbia Asia Semarang saat ini, yang mempunyai hak untuk mengakses dan mendokumentasikan hanya dokter dan perawat. Hal ini memang belum sesuai dengan apa yang seharusnya diatur dalam Permenkes No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis dan Pada buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Pihak manajemen menyadari hal tersebut dan saat ini sedang mengusahakan agar bagian gizi dan fisioterapi dapat mengakses dan mendokumentasikan ke dalam sistem Care21. Peranan ahli gizi menurut standar akreditasi rumah sakit salah satunya bila ada pasien beresiko terhadap nutrisinya, maka dia harus membuat asesmen awal kemudian

merencanakan dan memberikan terapi gizinya. Hal ini penting dalam upaya mempercepat proses penyembuhan pasien.

Dokter umum dan dokter spesialis dalam menuliskan catatan medis perkembangan pasien tidak mempunyai format khusus, karena metode inputnya adalah free text. Namun dari pengamatan terhadap responden kami, mereka menggunakan cara penulisan data dengan format *problem oriented* dikenal dengan konsep SOAP. Hasil pengamatan peneliti, ketika mengambil responden contoh catatan medis secara acak, maka ternyata tidak semua dokter menggunakan konsep SOAP.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 269/MENKES/PER/ III/2008 tentang Rekam Medis dijelaskan isi yang seharusnya ada pada rekam medis pasien rawat inap dan rawat jalan. Pada Pasal 3 ayat (1) mengatakan bahwa: "Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan 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; untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan

persetujuan tindakan bila diperlukan”, sedangkan isi rekam medis pasien rawat inap dijelaskan pada Pasal 3 ayat (2) yang berbunyi:” Isi 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; nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.”

Penjelasan pada kedua Pasal diatas jelas memberikan acuan hal-hal apa saja yang harus ada didalam penulisan catatan medis pasien. Metode penulisan *free text* pada kolom catatan medis memang memberikan kebebasan bagi pengguna dalam mendokumentasikan yang dapat memberikan berbagai variasi dalam inputanya, termasuk dalam penggunaan singkatan dan simbol. Rumah Sakit Columbia Asia Semarang sendiri sampai saat ini belum membakukan singkatan-singkatan dan simbol tersebut. Dokter dapat mengubah catatan

yang sudah tersimpan dengan catatan baru, namun tidak menghilangkan hasil catatan lamanya. Catatan hasil ubahan tersebut berwarna merah dan akan berada dibawah catatan aslinya sesuai urutan waktu penulisan. Hal ini sudah sesuai pada ketentuan PP No.82 tahun 2012 pada Pasal 26 ayat (2).

Resume medis termasuk salah satu hal yang harus ada dalam rekam medis pasien. Resume medis haruslah lengkap dan dibuat dengan singkat disertai dengan nama dan tanda tangan dokter yang merawat pasien serta dapat menjelaskan informasi penting mengenai pasien terutama penyakit, pemeriksaan yang dilakukan, dan pengobatan yang didapat terhadap pasien. Dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk mengisi dokumen rekam medis, terutama resume medis secara lengkap. Resume medis di RSCAS dapat dibuat oleh DPJP yang bersangkutan atau dilimpahkan kepada dokter umum selaku dokter jaga, namun nama dan tanda tangan DPJP akan otomatis muncul terhadap hasil cetaknya. Hal ini diperbolehkan dari pihak manajemen, namun konfirmasi hasil resume baik secara lisan atau by sistem oleh DPJP belum ada. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh dokter P bahwa dia memverifikasi resume medis yang dibuat oleh dokter jaga hanya saat pasien kontrol.⁶¹ Peneliti

⁶¹ Priyadi, Dokter Spesialis Paru. Wawancara Tanggal 13 Mei 2017

juga menemukan selain resume medis, advice DPJP by phone yang diterima oleh dokter jaga maupun perawat sampai saat ini belum memiliki menu untuk konfirmasi baik manual maupun by sistem.

Pada prosedur alih media, untuk dokumen-dokumen yang masih manual seperti *informed consent*, surat penolakan tindakan, asuhan keperawatan, asuhan gizi, dan hasil pemeriksaan penunjang dari luar RSCAS dapat dimasukkan ke dalam sistem Care21 melalui scan. Hal yang berhubungan dengan tanda tangan elektronik hanya terdapat pada hasil cetakan resume medis saja, selain itu memakai tanda tangan langsung dihasil cetaknya.

3. Alternatif solusi yang dapat diambil apabila terdapat ketidaksesuaian pendokumentasian rekam medis elektronik di RSCAS oleh dokter terhadap Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik

Ada dua permasalahan utama terkait pendokumentasian rekam medis elektronik di RSCAS dengan yang seharusnya diatur dalam PP No.82 tahun 2012 tentang penyelenggaraan sistem dan transaksi elektronik. Permasalahan pertama adalah terkait hak akses. Sistem Care21 di RSCAS belum memiliki fitur atau kebijakan terkait

pergantian *password* secara berkala dan menu *auto logoff* bila sistem Care21 tidak dipakai dalam jangka waktu tertentu. Solusi yang sama diungkapkan oleh dr.Hm yang memang perlu adanya penggantian *password* secara berkala.⁶² Manajemen bisa memberikan solusi atas permasalahan ini dengan membuat kebijakan mengenai penggantian *password* berkala dan mengusulkan pada tim IT untuk menambah fitur yang mewajibkan user mengganti *password*nya berkala. Permasalahan lainnya menyangkut hak akses adalah belum adanya hak akses dan hak untuk mendokumentasikan dari ahli gizi dan fisioterapi. Peneliti memberikan masukan kepada manajemen untuk dapat mengeluarkan kebijakan penambahan hak akses dan dokumentasi bagi divisi-divisi lain yang terkait dalam pelayanan di RSCAS, agar sesuai dengan Permenkes No.269 tentang rekam medis.

Permasalahan kedua yang peneliti temukan dalam penelitian ini adalah terkait proses dokumentasi. Peneliti menemukan beberapa masalah terkait pendokumentasian, yaitu:

- a. Dokter belum semuanya menerapkan konsep SOAP dalam mendokumentasikan catatan medis perkembangan pasien. Peneliti memberikan saran untuk adanya

⁶² Hamidah, Dokter Spesialis Saraf. Wawancara Tanggal 8 Mei 2017

sosialisasi lagi kepada para dokter-dokter di lingkungan RSCAS serta mengajak divisi perawat untuk turut serta mengingatkan apabila belum sesuai standar. Alternatif lainnya yaitu membuat format baru di sistem Care21 dalam menuliskan catatan medis dengan format SOAP dipisahkan perbagian, sehingga bila salah satu bagian tidak diisi maka data tidak akan dapat disimpan.

- b. Belum ada fitur khusus untuk memverifikasi resume medis dan *advice by phone* di sistem care 21. Resume medis ini harus diverifikasi sebelum dicetak bila pembuatannya diwakilkan oleh dokter jaga. Peneliti memberikan masukan terkait konfirmasi *advice by phone* dengan cara DPJP yang bersangkutan menulis di catatan medis bahwa dia telah mengkonfirmasi dan menyetujui pemberian *advice by phone* sesuai tanggal dan waktu kapan *advice* tersebut diberikan dalam jangka waktu 1x24 jam. Cara ini merupakan cara yang sederhana, namun butuh sosialisasi kepada seluruh dokter spesialis dan memerlukan bantuan perawat untuk selalu mengingatkan DPJP saat beliau visit.
- c. Belum adanya standarisasi singkatan dan dimbol dalam penulisan catatan medis di RSCAS. Pihak manajemen, dalam hal ini *medical service* dan *medical record* harus

mulai mendata penggunaan singkatan dan simbol yang dapat dimengerti bersama. Rekam medis harus dapat dibaca dan dimengerti oleh siapa saja yang menggunakannya demi keselamatan dan pelayanan terbaik kepada pasien.

- d. Belum adanya penanda cetakan ke berapa pada semua hasil cetakan dokumen di sistem Care 21. Penanda ini penting, mengingat surat-surat penting seperti surat kematian tidak boleh dicetak banyak tanpa ada indikasi yang sesuai. Bagian *Medical Record* saat ini hanya menandai cetakan kedua dan seterusnya hanya dengan memberikan stempel copy di surat-surat tersebut.

