

APAKAH DOKTER DAN PARAMEDIS TELAH MEMATUHI WAJIB HUKUM DI RUMAH SAKIT?

WHETHER DOCTORS AND PARAMEDICS HAVE COMPLIED TO HOSPITAL RULES?

Ida Ayu Shinta Dewi¹, Bambang Poernomo², Adi Utarini³

¹Departemen Kesehatan RI, Jakarta Pusat

²Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³Magister Manajemen Rumahsakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Despite the critical role of medical record as a legal document, only 40% of medical records at the inpatient unit of internal medicine and 60% at the obstetric and gynaecology department were completed. The aim of this study was to assess the behavior of doctors and paramedics in relation to completeness of medical record and its associated factors.

Method: A cross-sectional survey of 146 doctors and paramedics was performed at the inpatient unit of Bhakti Yudha Hospital in Jakarta. In addition, 380 medical records were also assessed for their completeness and legal aspects. To understand the knowledge of providers on medical record, 30 interviews (10 doctors and 20 paramedics) were conducted.

Result: Fulfillment of medical record according to legal aspects was only met by 59.3% of medical records due to lack of providers knowledge. According to the indicators developed, only 61.3% of medical records were complete. From in-depth interviews, it was found that lack of socialization of regulation, complexity of medical records forms, lack of rewards and sanctions implemented by the hospital were the main reasons. No significant relationship was found between biographical characteristics and reporting and documentation of medical record. Supporting, enabling, impeding factors, other staff's attitude, and legal requirements were significantly correlated with recording and documentation of medical records (r coefficients 0.186, 0.867, 0.516, 0.316, 0.933 respectively; r 0.91). There was no difference between doctors and nurses (t 0.06; $p > 0.05$).

Conclusion: This study suggested socialization of regulation, improvement of knowledge on medical records, development of the most appropriate design of medical records, and implementation of rewards and sanctions in relation to recording and documentation of medical records.

Key words: legal aspect, medical records, provider behavior, cross-sectional survey, in-depth interview

PENGANTAR

"Seorang dokter mengadakan pembetulan pada rekam medis pasien untuk memperlihatkan bahwa pengobatan telah dilakukan secara oral, tetapi pembetulan ini dilakukan setelah ayah si pasien mengeluh tentang luka-luka yang disebabkan oleh injeksi pengobatan. Jika dibandingkan dengan luka-luka yang timbul sesudah diberi injeksi, perubahan itu menimbulkan pertanyaan "apakah pengobatan itu diberikan secara oral atau injeksi?"

(kasus Foley, V di Flushing Hospital & Medical Center, New York, 1974).¹

Seorang penggugat menyatakan bahwa staf perawat rumah sakit telah lalai mengawasi kondisi dan sirkulasi kakinya sewaktu dipasang spark. Kelalaian ini mengakibatkan kakinya harus diamputasi. Pengadilan Illinois telah memeriksa catatan rekam medis dan berkesimpulan bahwa tidak ada catatan observasi kaki selama tujuh jam yang kritis. Hal itu menunjukkan suatu bukti tidak

dilakukannya observasi pada saat-saat kritis tersebut (kasus Collin V di Westlake Community Hospital, Illinois 1974)¹.

Memperhatikan kasus-kasus di atas, kesadaran hukum di kalangan masyarakat dewasa ini telah meningkat. Hal ini mengakibatkan timbulnya tuntutan pasien akan pelayanan kesehatan yang kurang baik. Dalam hal ini rekam medis (RM) mempunyai peranan penting.

Menurut Permenkes 749a/Menkes/Per/XIV/19X9, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan layanan lain kepada pasien, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap yang dikelola oleh pemerintah dan swasta. Oleh karenanya, RM merupakan catatan kronologis yang tidak disanksikan kebenarannya². Pengadilan dapat diyakinkan bahwa RM tidak dapat disangkal kebenarannya dan dapat dipercaya, oleh karena itu keseluruhan atau sebagian informasinya dapat dijadikan sebagai permulaan dasar pembuktian jika terjadi gugatan. Menurut Samil¹, pertanggungjawaban hukum terhadap suatu kelalaian di rumah sakit (RS) akan meningkat apabila mutu pendokumentasian rendah.

Poernomo¹ menyatakan bahwa status RM pada tingkat pertama sudah masuk dalam lingkup hukum administrasi (Hukum Disiplin Tenaga Kesehatan termasuk dokter), sesuai dengan Undang-undang no 23/1992 tentang Kesehatan pasal 53(2) dan Peraturan Pemerintah (PP) no 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, yang pada intinya menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang berhadapan dengan pasien (seperti dokter, paramedis) dalam melaksanakan tugasnya harus menghormati hak pasien, yaitu hak informasi, hak memberi persetujuan, hak atas rahasia kedokteran, hak atas pendapat kedua (*second opinion*)^{4,5}. Di PP no 32 tahun 1996 selanjutnya ditambahkan kewajiban membuat dan memelihara RM serta sanksi pidana dan denda⁵. Oleh karena itu diperlukan pemahaman khusus tentang unsur-unsur penting dalam rumusan peraturan RM, terdiri dari (1) unsur informasi, (2) unsur proses pembuatannya, (3) unsur pemilikan, (4) unsur sis-

tematika isi RM, (5) organisasi pengelola dan tanggung jawab, serta (6) tenggang waktu penyimpanannya dan sanksi pelanggarannya.

Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana⁶ alat bukti yang syah diatur dalam pasal 184 ayat: (1) keterangan saksi; (2) keterangan ahli; (3) surat; (4) petunjuk; dan (5) keterangan terdakwa. Yang disebutkan alat bukti surat menurut pasal 187 adalah: ayat (a) berita acara dan surat lain yang bentuknya resmi dibuat oleh pejabat umum; (b) surat yang dibuat berdasarkan peraturan perundang-undangan dibuat oleh pejabat; (c) surat keterangan dari seorang ahli yang memuat pendapat berdasarkan keahliannya; (d) surat lain yang hanya dapat berlaku jika ada hubungannya dengan isi alat pembuktian yang lain. Dari uraian pasal 187 (a,b,c,d) di atas, RM dikategorikan dalam surat pada pasal 187 ayat d, dan saat ini RM dihubungkan dengan bukti petunjuk (pasal 188) yang diperoleh dari keterangan saksi, surat dan keterangan terdakwa.

Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha merupakan RS kelas madya yang mempunyai 4 pelayanan spesialis dasar, yaitu Kebidanan, Anak, Bedah dan Penyakit Dalam. Kapasitas tempat tidur berjumlah 127 dengan BOR 70%, dan memiliki 14 klinik spesialisasi di rawat jalan. Mengenai sistem manajemen RM, saat ini di RS Bhakti Yudha masih digunakan sistem sentralisasi, yaitu penyimpanan RM seorang pasien masih menjadi satu baik rawat jalan maupun rawat inap. Model RM yang digunakan mengacu pada konsep *Problem Oriented Medical Record (POMR)*, meskipun belum sepenuhnya diterapkan. Pada RM yang sudah lengkap, pengembalian RM diambil segera setelah pasien pulang. Sedangkan apabila belum lengkap, dianjurkan dilengkapi dalam waktu 2 x 24 jam. Apabila dalam waktu tersebut belum juga dilengkapi, maka RM tetap dikembalikan dan dilaporkan pada akhir bulan sebagai RM yang bermasalah.

Pengetahuan dokter dan paramedis tentang perlindungan hukum terutama adanya sanksi yang akan dikenakan atas ketidaklengkapan pencatatan dan pendokumentasian RM belum memadai. Data

dua tahun terakhir menunjukkan bahwa hanya 40% RM di unit pelayanan rawat inap penyakit dalam dan 60% di unit pelayanan kebidanan telah dicatat dan didokumentasikan dengan lengkap⁷. Dengan mengacu pada teori Green⁸, penelitian ini bertujuan untuk mengukur perilaku dokter dan paramedis dalam pencatatan dan pendokumentasian RM serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Yudha, Jakarta, menggunakan rancangan *cross-sectional survey* untuk mengetahui hubungan antara faktor predisposisi, pendukung, penghambat, pendorong dan karakteristik biografik dengan perilaku pencatatan dan pendokumentasian RM. Dilakukan survei terhadap seluruh dokter umum dan spesialis (55 orang) dan 100 paramedis yang bertugas di unit rawat inap RS Bhakti Yudha. Kuesioner mengukur 4 kelompok variabel, yaitu terdiri dari 20 pertanyaan tertutup yang telah diuji-coba sebelumnya ($r = 0,76$). Analisis dilakukan dengan uji regresi dan korelasi linear berganda menggunakan program SPSS.

Di samping itu, dilakukan pula penilaian terhadap 380 RM yang dipilih secara *stratified random sampling* dari seluruhnya 7269 RM penderita yang dirawat dan keluar dari RS sejak 1 Januari-31 Desember 1998. Terdapat 2 macam ceklis yang digunakan, yaitu ceklis penilaian kelengkapan dan

ceklis pemenuhan aspek persyaratan hukum RM. Ceklis penilaian kelengkapan RM bersumber dari kelengkapan isian RM menurut Hatta⁹ dan Permenkes no. 749a/89², yang dikembangkan bersama RS Bhakti Yudha. Ceklis ini terdiri dari 121 pertanyaan dengan nilai maksimal 12100. RM dianggap lengkap apabila minimal memenuhi nilai 80%. Sedangkan ceklis pemenuhan aspek persyaratan hukum terdiri dari 10 pernyataan dengan nilai maksimal 1000.

Disamping pendekatan kuantitatif, juga digunakan wawancara mendalam untuk mengetahui pengetahuan petugas tentang RM dan hambatan dalam pencatatan dan pendokumentasiannya. Wawancara dilakukan terhadap 10 dokter (masing-masing 5 dokter yang RMnya lengkap dan tidak lengkap) dan 20 paramedis. Di samping itu, juga dilakukan wawancara dengan Direktur rumah sakit, Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, dan Kepala Bagian Informatika dan Kepala Bagian Rekam Medis.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari 150 kuesioner yang dibagikan kepada dokter dan paramedis, hanya 146 responden yang mengembalikan kuesioner tersebut (50 dari 55 dokter dan 96 dari 100 paramedis). Tidak ada perbedaan yang bermakna antara dokter dan paramedis dalam pendapat terhadap pengisian RM ($t = 0,06$; $p > 0,05$).

Tabel 1. Hubungan antara usia, pendidikan, masa kerja, persyaratan hukum, faktor pendukung, faktor penghambat, faktor pendorong dan sikap petugas lain terhadap perilaku pencatatan dan pendokumentasian RM

Variabel	Koefesien korelasi (r)	Kontribusi efektif (%)
Usia	0,051	0,123
Pendidikan	0,032	0,050
Masa kerja	0,084	0,034
Persyaratan hukum	0,933*	59,31
Faktor pendukung	0,867*	30,25
Faktor penghambat	0,516*	1,253
Faktor pendorong	0,186*	0,619
Faktor sikap petugas lain	0,316*	0,616

* $p < 0,05$; Koefesien regresi (R) = 0,95777; Kontribusi determinasi (R^2) = 0,91732

Tabel 1 memperlihatkan bahwa usia, pendidikan dan masa kerja tidak berhubungan secara signifikan dengan perilaku pencatatan dan pendokumentasian RM. Sedangkan faktor yang berpengaruh secara bermakna adalah persyaratan hukum, faktor pendukung, penghambat, pendorong, dan sikap petugas lain. Seluruh faktor di atas

memberikan kontribusi sebesar 91,7%, sedangkan 8,3% sisanya tidak dapat dijelaskan oleh variabel independen yang diteliti.

Dari hasil penilaian ceklis terhadap 380 RM, hanya 61,3% RM yang tercatat dan terdokumentasi dengan lengkap dengan alasan yang disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil wawancara mendalam terhadap dokter dan paramedis di unit rawat inap RS Bhakti Yudha

Pertanyaan	Kelompok Dokter		Kelompok Perawat
	RM lengkap (5 orang)	RM tidak lengkap (5 orang)	
Apakah saudara mengetahui tentang RM yang diatur dalam Peremenkes No. 749a/1989	Sebagian besar telah mengetahui	Sebagian besar belum mengetahui	Tidak tahu
Apakah saudara tahu bahwa tenaga kesehatan banyak yang belum mematuhi kewajiban hukum RM	Tahu		
Alasan	Tidak punya waktu banyak, RM terlalu bertele-tele		RS tidak pernah menindak, sehingga dianggap biasa-biasa saja.
Bagaimana sikap saudara terhadap keanekaragaman formulir-formulir RM yang sekarang diikuti di RS.	Formulir terlalu banyak, membingungkan, tidak efektif.		Formulir RM membingungkan, rumit, merepotkan, tidak efisien, dan tenaga sangat sibuk
Saran	Formulir RM yang ada disederhanakan		
Apakah saudara menyadari bahwa RM merupakan gambaran profil tentang keadaan pasien.	Sangat menyadari		
Alasan tetap tidak melengkapi RM	Tidak punya banyak waktu, rumit.		Beban kerja banyak, lelah, tenaga perawat kurang.
Bagaimana pendapat saudara tentang arti pentingnya RM dalam menghadapi gugatan atau tuntutan, demi perlindungan hukum.	RM adalah bukti otentik jika terjadi tuntutan.		
Upaya-upaya apa yang dilakukan institusi RS untuk memenuhi kewajiban hukum RM.	Pelatihan Sosialisasi peraturan	Pelatihan Sosialisasi peraturan RS memperhatikan masukan.	Pelatihan Dalam setiap pertemuan selalu diingatkan untuk perbaikan secara bertahap
Bagaimana pendapat saudara jika terdapat petugas kesehatan yang disadari/tidak disadari, tidak melaksanakan kewajiban membuat RM	Sosialisasikan peraturan	Sosialisasikan peraturan Sanksi yang tegas melalui jasa medis ditunda atau tidak diberikan.	Sosialisasikan peraturan Sanksi dipertegas

Hampir tidak ada perbedaan jawaban antar dokter yang mengisi RM dengan lengkap dan tidak lengkap. Dokter tetap di rumah sakit cenderung pencatatan dan pendokumentasian RMnya kurang baik, sedangkan dokter paruh waktu justru pencatatan dan pendokumentasian RMnya mendekati lengkap. Menurut direktur RS, hal ini mungkin disebabkan oleh karena dokter paruh waktu berasal dari RS besar seperti RS Pertamina, RS Pusat Angkatan Darat dan RSU Fatmawati, yang sudah diakreditasi RSnya. Sedangkan pada dokter tetap kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan tentang RM serta sanksi hukum yang tidak pernah diterapkan di RS Bhakti Yudha.

Hasil penelitian ini menggambarkan pentingnya dilakukan evaluasi RM secara berkelanjutan. Menurut Sunartini¹⁰, evaluasi RM bertujuan untuk: (1) mendapatkan informasi tentang pelayanan kesehatan yang dapat dipakai untuk meningkatkan mutu pelayanan; (2) meyakinkan bahwa suatu prosedur dan tata cara dilaksanakan sesuai dengan standar atau dilakukan sesuai wewenang; (3) melaksanakan manajemen yang efektif biaya; (4) mendapatkan suatu penilaian yang akurat; dan (5) digunakan sebagai penilaian disiplin para staf dan penilaian kinerjanya.

Penilaian RM dari aspek pemenuhan persyaratan hukum menunjukkan bahwa hanya 59,3% yang memenuhi persyaratan. Hal ini sebagian besar disebabkan oleh tulisan tidak jelas, pembetulan dengan *tip-ex*, penulisan dengan pensil, dan tidak adanya tanda tangan dokter dan paramedis pada formulir RM tertentu. Menurut Samil¹, RM harus memenuhi persyaratan hukum. Tulisan isian dalam rekam medis yang dihapus, tanpa paraf dan setiap yang tidak ditandatangani ataupun yang tidak sesuai dengan ketentuan RS harus ditolak untuk diperbaiki oleh pihak yang bersangkutan. Apabila tidak, hal ini akan berakibat fatal jika terjadi tuntutan, dan akan dituduh melakukan kelalaian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa (1) faktor yang berpengaruh secara bermakna terhadap perilaku pencatatan dan pendokumentasian RM adalah faktor persyaratan hukum, faktor pendukung, penghambat, pendorong, dan sikap petugas lain (2) Tidak ada perbedaan antara dokter dan paramedis dalam hal kelengkapan pengisian RM. Penilaian RM dari aspek kelengkapan pencatatan dan pendokumentasian dan pemenuhan persyaratan hukum belum memenuhi standar, dengan alasan kurangnya sosialisasi peraturan serta protap rekam medis, tidak adanya sanksi yang tegas terhadap pelanggaran pencatatan dan pendokumentasian RM di RS, dan formulir RM yang terlalu rumit.

Saran

- 1). RS melakukan sosialisasi peraturan melalui berbagai forum pertemuan.
- 2). Mengingat beban kerja yang tinggi dan waktu petugas kesehatan yang terbatas, maka harus pula dipilih model RM yang paling tepat untuk RS Bhakti Yudha. Model ini harus disepakati bersama dan diujicoba terlebih dahulu.
- 3). Selain itu, perlu pula segera disusun standar operasional yang berkaitan dengan aspek kelengkapan dan pemenuhan persyaratan hukum RM.
- 4). Agar terjadi perubahan perilaku petugas kesehatan secara bertahap, RS harus berani merancang dan memberlakukan sistem penghargaan dan sanksi yang tegas bagi petugas kesehatan yang melakukan pelanggaran, antara lain dikaitkan dengan iasa medis.

KEPUSTAKAAN

1. Samil, S. *Etika Kedokteran Indonesia (Kumpulan Naskah)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1994.
2. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Dirjen Pelayanan Medik, 1997.
3. Poernomo, B. *Hukum Kesehatan, Modul Program Pendidikan Pascasarjana, Fakultas Kedokteran Magister Manajemen Rumahsakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*, 1997.
4. Departemen Kesehatan RI. *Undang-undang Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan, 1992.
5. Departemen Kesehatan RI. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Biro Hukum dan Hukmas, 1996.
6. Hakim, AB, Nusantara, Pangaribuan LMP, Santosa. *Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana dan Peraturan-peraturan Pelaksana*. cetakan ketiga. Jakarta: Djambatan, 1996.
7. Rumah Sakit Bhakti Yudha. *Laporan Kemajuan Rumah Sakit*. Jakarta: RS Bhakti Yudha, 1998.
8. Green, LW. *Health Education Planning. A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company, 1980.
9. Hatta, GR. *Pedoman Penyelenggaraan kegiatan Catatan Medis (Medical Record) di RSAB "Harapan Kita"*. Jakarta: RSAB Harapan Kita, 1985.
10. Sunartini. *Peran dan Tanggung Jawab Rumah Sakit Pendidikan dalam Penyelenggaraan Rekam Medis di Indonesia*. disajikan pada Seminar Sehari Peran dan Tanggung Jawab Rumah sakit terhadap Penyelenggaraan Rekam Medis, Jakarta 25 Pebruari 1999.