

**PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN MAHARDIKA**

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2024

Rahdiani Shaleha¹, Indra Surya Permana², Tuti Herawati³

**GAMBARAN SISTEM PENDOKUMENTASIAN DAN KERAHASIAAN
REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME) DI RSUD ARJAWINANGUN**

xix + 44 halaman + 2 tabel + 6 bagan + 14 lampiran

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan di rumah sakit harus tercatat dan terdokumentasi melalui rekam medis. Pendokumentasian ini mencakup riwayat penyakit, pengobatan, dan tindakan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga kesehatan. Seiring dengan perkembangan teknologi digital, transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan menuntut penggunaan rekam medis elektronik yang aman dan menjaga kerahasiaan data. Hal ini untuk melindungi informasi dari gangguan pihak internal maupun eksternal yang tidak berwenang, sehingga data dalam rekam medis elektronik terlindungi dari penggunaan dan penyebaran yang tidak sah. Tujuan penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran sistem pendokumentasian dan kerahasiaan rekam medis elektronik di RSUD Arjawinangun.

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Objek dari penelitian ini adalah pendokumentasian dan kerahasiaan rekam medis elektronik. Subjek dalam penelitian ini adalah perawat dan petugas IT. Instrumen pada penelitian ini menggunakan lembar observasi.

Hasil penelitian menunjukkan pendokumentasian rekam medis elektronik tepat waktu sesuai dengan waktu pemeriksaan pasien. Namun, evaluasi ketepatan dan kelengkapan tidak dilakukan secara berkala. Tanda tangan elektronik untuk mengesahkan informasi medis belum difasilitasi bagi pasien dan tenaga medis lainnya. Kebijakan tentang pengisian RME juga belum tersedia. Kerahasiaan rekam medis elektronik diterapkan melalui *username* dan *password* untuk setiap petugas sebelum *login* ke dalam sistem RME. Penginputan data administratif dan klinis pasien dilakukan sesuai kewenangan bidang masing-masing. Perbaikan data hanya dilakukan apabila terjadi kesalahan dalam penginputan, dengan batas waktu perbaikan sekitar 1x24 jam sejak data diinput. Namun, perbaikan data dapat dilakukan tanpa persetujuan dari pihak berwenang, bahkan jika melebihi tenggat waktu yang diberikan. Akses melihat data pada rekam medis elektronik pasien hanya diperbolehkan bagi pihak yang berwenang. Diharapkan rumah sakit menetapkan kebijakan pengisian rekam medis elektronik sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan dan kebijakan pembatasan akses harus ditetapkan untuk mencegah pengguna tidak berwenang mengoperasikan aplikasi rekam medis elektronik guna melindungi data pasien.

Kata Kunci : Pendokumentasian, Kerahasiaan, Rekam Medis Elektronik

Daftar Pustaka : 26 (2013 - 2024)

**STUDY PROGRAM OF MEDICAL RECORDS AND HEALTH
INFORMATION
FACULTY OF HEALTH
MAHARDIKA INSTITUTE OF TECHNOLOGY AND HEALTH**

Scientific Papers, July 2024

Rahdiani Shaleha¹, Indra Surya Permana², Tuti Herawati³

**OVERVIEW OF THE DOCUMENTATION SYSTEM AND
CONFIDENTIALITY OF ELECTRONIC MEDICAL RECORDS (EMR) AT
RSUD ARJAWINANGUN**

xix + 44 pages + 2 tables + 6 chart + 14 attachments

ABSTRACT

Health services in hospitals must be recorded and documented through medical records. This documentation includes the history of illness, treatment, and actions given to patients by health workers. Along with the development of digital technology, the digitalization transformation of health services demands the use of electronic medical records that are secure and maintain data confidentiality. This is to protect information from interference from unauthorized internal and external parties, so that data in electronic medical records is protected from unauthorized use and dissemination. The purpose of this study was to determine the description of the documentation system and confidentiality of electronic medical records at Arjawinangun Hospital.

This type of research uses descriptive methods. The object of this research is the documentation and confidentiality of electronic medical records. The subjects in this study were nurses and IT officers. The instruments in this study used observation sheets.

The results showed that electronic medical record documentation was timely in accordance with the patient's examination time. However, evaluation of accuracy and completeness is not carried out regularly. Electronic signatures to certify medical information have not been facilitated for patients and other medical personnel. Policies on RME filling are also not yet in place. Confidentiality of electronic medical records is implemented through a username and password for each officer before logging into the RME system. The input of administrative and clinical patient data is carried out according to the authority of each field. Data correction is only carried out if there is an error in inputting, with a repair time limit of around 1x24 hours from the time the data is inputted. However, data correction can be done without approval from the authorized party, even if it exceeds the given deadline. Access to view data in the patient's electronic medical record is only allowed for authorized parties. It is expected that hospitals establish a policy for filling electronic medical records as a legal basis in case of irregularities and an access restriction policy should be established to prevent unauthorised users from operating electronic medical record applications to protect patient data.

Keywords : Documentation, Confidentiality, Electronic Medical Records

References : 26 (2013 - 2024)