

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Batang didirikan pada tahun 1957, dimana pada waktu itu masih ikut wilayah karisidenan Pekalongan. Pada tahun 1966, pengelolaan rumah sakit tersebut diserahkan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Dati II Batang dengan fasilitas 80 tempat tidur dan termasuk dalam kategori rumah sakit Type D. Pada tahun 1996 berubah status menjadi rumah sakit type C. sejak saat itu diadakan upaya – upaya perbaikan mutu pelayanan sampai akhirnya tahun 1999 mendapatkan Akreditasi Penuh Tingkat Dasar, selanjutnya tahun 2006 terakreditasi Penuh Tingkat Lanjut.

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Batang adalah salah satu aset pemerintah Kabupaten Batang yang memberikan kontribusi terhadap kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan di samping secara fungsional juga mampu meningkatkan Pendapatan Asli Daerah.

Jenis pelayanan unit rekam medis yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten antara lain :

1. TPPRJ (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan)

Tugas Pokok dan Fungsi :

- a. Menerima pendaftaran pasien yang akan berobat di rawat jalan.
- b. Melakukan pencatatan pendaftaran (registrasi).
- c. Mengarahkan pasien ke unit rawat jalan (URJ) atau poliklinik yang sesuai dengan keluhannya.
- d. Member informasi tentang pelayanan-pelayanan di rumah sakit.
- e. Sebagai pemberi pelayanan yang pertama kali diterima pasien atau keluarganya.

2. TPPGD/TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat/Rawat Inap)

Tugas pokok dan fungsi :

- a. Menerima pasien berdasarkan admission note di buat dokter.
- b. Bersama-sama pasien atau keluarga pasien menentukan kelas perawat dan bangsal yang dituju.
- c. Menjelaskan mengenai tarif layanan rawat inap dengan fasilitas-fasilitas di ruang rawat inap.
- d. Member informasi tentang adanya mutasi pasien kepada keluarga pasien, pengunjung atau instansi atau badan atau

orang yang memerlukan informasi tentang keberadaan informasi rawat inap.

- e. Pusat informasi pelayanan rawat inap rumah sakit.
- f. Mengatur penggunaan tempat tidur bangsal rawat inap berdasarkan catatan pengguna tempat tidur atau mutasi pasien yang di peroleh dari informasi bangsal atau sensus harian rawat inap (SHRI).

3. Filing

Tugas pokok dan fungsi di Filing

- a. Menerima DRM yang sudah lengkap.
- b. Menyimpan DRM dengan metode *Terminal Digit Filling* (TDF).
- c. Menyediakan DRM untuk keperluan pelayanan pasien dengan menggunakan tracer.
- d. Melacak DRM yang tidak ditemukan pada tempat penyimpanan.
- e. Melakukan retensi dan penyortiran DRM menjadi dokumen aktif dan dokumen non aktif.
- f. Bersama tim pemusnah melakukan pemusnahan formulir yang tidak dilestarikan.
- g. Bersama kepala unit rekam medis membuat abstrak DRM dilestarikan.

4. Assembling

Tugas pokok dan fungsi di Assembling

- a. Mengambil SHRJ, SHGD, SHRI, beserta DRM rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap setiap hari.

- b. Meneliti kelengkapan isi dan merakit kembali urutan formulir rekam medis
- c. Mencatat dan mengembalikan DRM yang isinya belum lengkap dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit rekam medis
- d. Mengendalikan penggunaan formulir-formulir rekam medis dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit rekam medis mengenai jumlah dan jenis formulir rekam medis yang digunakan
- e. Mengalokasikan dan mengendalikan nomor rekam medis
- f. Menyerahkan DRM yang sudah lengkap ke bagian koding / indeksing
- g. Menyerahkan sensus harian ke fungsi pelaporan / analisa
- h. Menyerahkan DRM yang tidak lengkap ke bagian yang bertanggung jawab untuk dilengkapi.

5. Koding Indexing

Tugas pokok dan fungsi Koding / Indeksing

- a. Menerima DRM dari bagia assembling.
- b. Memisahkan dan menyerahkan DRM ke filing/penyimpanan.
- c. Mencatat indeks penyakit, operasi,dokter, dan kematian dikartu indeks masing-masing jenis penyakit, jenis operasi / tindakan, nama dokter dan jumlah kematian.
- d. Mengkode jenis penyakit dari berbagai instalasi.

- e. Menyimpan indeks penyakit, operasi , kematian , dan dokter pada penyimpanan indeks.

6. Visum dan Asuransi

Tugas pokok dan fungsi Visum dan Asuransi

- a. Menerima hasil laporan UGD
- b. Menyediakan formulir dan DRM pasien
- c. Membuat laporan di buku agenda
- d. Menulis hasil diagnosa dokter ke dalam komputer
- e. Menyerahkan hasil visum ke pada pihak peminta

7. Analising Reporting

Tugas pokok dan fungsi Analising Reporting

- a. Menerima sensus harian dari fungsi Assembling.
- b. Mengumpulkan dan menganalisa data RM.
- c. Mengumpulkan data RM dari sensus harian kemudian direkap ke formulir RP 1.
- d. Menyusun laporan RL 1 berdasarkan RP 1.
- e. Menyusun laporan RL 2a,2b,2a1,2b1,2c.
- f. Menyusun laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- g. Menyusun laporan RL 3 berdasarkan laporan inventarisasi.
- h. Menyusun laporan RL 4 berdasarkan laporan ketenagaan.

- i. Menyusun laporan RL 5 berdasarkan inventarisasi alat kedokteran.
- j. Melaporkan penyakit menular / wabah ke DKK.

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Dalam Permenkes No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽¹⁾ Rekam medis dapat diartikan sebagai: *“Keterangan baik yang tertulis maupun lisan tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan tentang pengobatan baik rawat inap, rawat jalan, maupun pelayanan gawat darurat”*.⁽⁴⁾

2. Tujuan dari kegunaan Rekam Medis

Tujuan rekam medis yaitu sebagai sistem penyelenggarakan informasi pasien dalam menentukan tindakan lebih lanjut serta upaya pelayanan tindakan medis lainnya.

Rekam medis dapat menunjang tercapainya tertib administrasi guna meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Ditinjau dari tujuan dan kegunaannya, rekam medis mempunyai beberapa aspek, antara lain :

a. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

c. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam usaha menegakkan hukum serta menyediakan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan

untuk menetapkan pembayaran biaya rumah sakit. Tanpa bukti catatan tindakan pelayanan, pembayaran biaya pelayanan di rumah sakit tidak dapat dipertanggung jawabkan.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi pengajaran dibidang profesi rekam medis.

g. Aspek Dokumentasi

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya merupakan sumber ingatan yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggungjawabkan dan laporan rumah sakit.⁽⁵⁾

3. Fungsi Rekam Medis dan Rahasia Medis

Rekam medis sebagai tenaga kesehatan harus dapat mengikuti perkembangan pasien dan kegiatan yang terekam dari proses perjalanan pasien pada saat mendaftar diri di pelayanan kesehatan.

- a. Sebagai alat komunikasi antara tenaga kesehatan ahli lainnya yang ikut ambil bagian dalam upaya memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis tentang perkembangan penyakit dan pengobatan selama seorang pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisis, penelitian dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (data statistik kesehatan)
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun tenaga karena rekam medis isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha

penegakan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

- f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien,serta dapat dipakai sebagai sumber perencanaan keungan rumah sakit dimasa yang akan datang.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.⁽⁵⁾

Rahasia Medis/Kedokteran adalah rahasia yang dimiliki oleh pasien dalam bidang medis/kedokteran. Dari sudut pandang tenaga kesehatan ialah rahasia milik pasien yang diketahuinya dan wajib disimpan oleh tenaga kesehatan dengan baik. Ruang lingkup rahasia medis terdiri dari:

- a. Segala sesuatu yang oleh pasien disampaikan kepada tenaga kesehatan, baik secara disadari maupun tidak disadari.
- b. Segala sesuatu yang diketahui oleh tenaga kesehatan sewaktu memeriksa/mengobati/merawat pasien.

Rahasia medis akan dikesampingkan bila :

1. Bila diatur dalam UU seperti UU No.4 Tahun 1984
2. Bila pasien dapat membahayakan orang lain
3. Bila pasien memperoleh hak sosial
4. Bila secara jelas diberikan izin oleh pasien
5. Bila pasien memberi kesan kepada dokter bahwa ia mengizinkan
6. Bila hal itu untuk kepentingan yang lebih tinggi.⁽⁴⁾

C. Hukum Kesehatan

1. Pengertian Hukum kesehatan

Menurut Perhuki (Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia) dari (Veronica) *"Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan dalam segala aspek organisasi; sarana pedoman medis nasional/internasional, hukum dibidang kedokteran, yurisprudensi serta ilmu pengetahuan bidang kedokteran. Yang dimaksud dengan hukum kedokteran ialah bagian hukum kesehatan yang menyangkut pelayanan medis."*⁽⁴⁾

2. Karakteristik Hukum Kesehatan

- a. Merupakan seperangkat ketentuan yang berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan.
- b. Ketentuan–ketentuan tersebut mengatur hubungan hukum antara dua pihak:
 - 1) Penyelenggara pelayanan kesehatan
 - 2) Penerima pelayanan kesehatan
- c. Di dalam hukum kesehatan terdapat berbagai macam aspek:
 - 1) Aspek *promotif* (peningkatan kesehatan)
 - 2) Aspek *preventif* (pencegahan penyakit)
 - 3) Aspek *kuratif* (penyembuhan penyakit)
 - 4) Aspek *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan)
 - 5) Aspek organisasi
 - 6) Aspek sarana
- d. Di dalam hukum kesehatan diterapkan kaidah-kaidah hukum perdata, hukum pidana dan hukum administrasi negara.
- e. Sumber hukum bagi hukum kesehatan adalah:
 - 1) Ketentuan-ketentuan hukum nasional

- 2) Pedoman-pedoman medis nasional
- 3) Pedoman medis internasional
- 4) Hukum kebiasaan
- 5) Yurisprudensi
- 6) Ilmu pengetahuan dan literatur medis

f. Hukum kedokteran merupakan bagian dari hukum kesehatan.⁽⁴⁾

3. Kekuatan Hukum Rekam Medis

Perkembangan jaman dari kedudukan manusia yang posisinya tidak boleh dianggap rendah, terutama dalam kaitannya dengan hak azasi manusia (*humant right*) menjadikan pola pikir tentang kedudukan pasien berubah yang memiliki hak-hak kodrat bersifat luhur dan suci harus dihormati oleh manusia untuk manusia diatas bumi. Hak-hak kodrat manusia ini masih pada tingkatan jaminan/perlindungan secara moral (belum hukum) dalam lingkup "*personal, social and culture right*" yang pada masa permulaannya diawali dengan kesepakatan untuk dihormati menurut kaedah moral dan sanksi moral saja. Penghormatan hak-hak pasien untuk catatan medis atau rekam medis secara secara moral ini terdapat anggapan bahwa boleh jadi dipatuhi dan boleh jadi tidak dipatuhi tergantung integritas orang-orang yang bersangkutan yang kekuatannya tidak dapat dipaksakan dari luar dan sepenuhnya.

Pengaruh besar dari deklarasi hak azasi manusia PBB tahun 1948 dan 1966 tentang *the right to health care* dan *the right to self determination*, dan susul dengan deklarasi hak azasi tentang *the right information* di Hensinki tahun 1964 (the 18th Word Medical Assembly) mulailah campur tangan negara atau pemerintah untuk memperkuat kaidah/sanksi moral tentang penyelenggaraan rekam medis guna mewujudkan derajat kesehatan yang optimal dan salah satu sarana penunjang pelayanan kesehatan.

Atas dasar pertimbangan mewujudkan derajat kesehatan dan pelayanan kesehatan seperti tersebut diatas, oleh Pemerintah Indonesia ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 749.a/Menkes/Per/XII/1989 tentang rekam medis/*medical records*. Sejak tahun 1989 penyelenggaran rekam medis mempunyai kekuatan hukum dibidang “hukum administrasi” dengan sifat pelanggarannya dikenakan sanksi adminitratif berupa teguran sampai pada pencabutan ijin.

Peraturan hukum administrasi tentang rekam medis 1989 mempunyai kaitan dengan persetujuan tindakan medis “*informed consent*” dan wajib simpan rahasia kedokteran “*medical secrecy*” maka kemungkinan intervensi pada kesalahan dibidang hukum perdata dan hukum pidana tidak dapat dihindari. Kelemahan pembuatan rekam medis yang tidak memuat catatan sebagai bahan persetujuan tindakan medis dan atau catatan rekam medis mengandung rahasia kedokteran tanpa ijin pasien jika bocor

keluar kepada pihak lain, maka berpangkal dari rekam medis tersebut terjadi gugatan perdata atau tuntutan pidana.⁽⁶⁾

D. Pelepasan Informasi Medis

Informasi yang terdapat dalam rekam medis sifatnya rahasia dan harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter maupun tenaga profesi kesehatan lainnya. Hal pembukaan rahasia kedokteran tercantum dalam PerMenKes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 BAB IV.

1. Pasal 10 ayat (2) “informasi tentang identitas, diagnosa, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:
 - a. Untuk kepentingan kesehatan pasien.
 - b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakkan hukum atas perintah pengadilan.
 - c. Permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri.
 - d. Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan atau audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.”
2. Pasal 10 ayat (3) “Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.”⁽⁷⁾

E. Persetujuan Pelepasan Informasi Medis

Walaupun informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat dibuka, namun pelepasan informasi tersebut harus melalui persetujuan atau ijin tertulis dari pasien ataupun kuasa pasien itu sendiri. Ini dimaksudkan untuk melindungi hak privasi pasien dan melindungi sarana pelayanan kesehatan dalam tindak hukum perlindungan hak kerahasiaan informasi pasien. Ijin tertulis atau persetujuan pelepasan informasi medis ini harus dilengkapi dengan tanda tangan pasien. Selanjutnya Huffman, 1994 menyebutkan bahwa formulir pelepasan informasi memuat unsur – unsur yang meliputi :

1. Nama institusi yang akan membuka informasi medis
2. Nama perorangan atau institusi yang akan menerima informasi
3. Nama lengkap pasien, alamat terakhir dan tanggal lahir
4. Maksud dibutuhkannya informasi
5. Jenis informasi yang diinginkan termasuk tanggal pengobatan pasien
6. Hati – hati perkataan “ apapun dan semuanya “ jenis informasi tidak dibenarkan
7. Tanggal yang tepat, kejadian, kondisi hingga batas waktu ijin yang ditetapkan, kecuali dicabut sebelumnya

8. Pernyataan bahwa ijin dapat dicabut dan tidak berlaku bagi masa lampau maupun mendatang
9. Tanggal ijin ditandatangani. Tanggal tanda tangan harus sebelum tanggal membuka informasi
10. Tanda tangan pasien / kuasa. Jika anak termasuk kategori telah dewasa / mandiri maka membuka informasi berdasarkan ijin anak.

F. Visum et Repertum

1. Pengertian Visum et Repertum

Secara hukum *visum et repertum* adalah suatu surat keterangan seorang dokter yang memuat kesimpulan suatu pemeriksaan yang telah dilakukannya, misalnya atas mayat seorang untuk menentukan sebab kematian dan lain sebagainya, keterangan mana diperlukan oleh Hakim dalam suatu perkara.

Laporan dari ahli untuk pengadilan, khususnya dari pemeriksaan oleh dokter, dan didalam perkara pidana.

Suatu laporan tertulis dari dokter yang telah disumpah tentang apa yang dilihat dan ditemukan pada barang bukti yang diperiksanya serta memuat pula kesimpulan dari pemeriksaan tersebut guna kepentingan peradilan.⁽⁷⁾

2. Jenis Visum et Repertum

Ada beberapa jenis-jenis *visum et repertum* antara lain:

- a. *Visum et repertum* perlukaan (termasuk keracunan)
- b. *Visum et repertum* kejahatan asusila
- c. *Visum et repertum* jenazah
- d. *Visum et repertum* psikiatrik ⁽⁸⁾

3. Macam-macam Visum et Repertum

- a. Dilihat dari sifatnya

Visum et repertum bagi korban hidup terdiri dari :

1) *Visum et repertum*

Visum et repertum diberikan bila korban setelah diperiksa didapatkan lukanya tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian.

2) *Visum et repertum* sementara

Visum et repertum sementara diberikan apabila setelah diperiksa: korban perlu dirawat atau diobservasi. Karena korban belum sembuh, *visum et repertum* sementara tidak memuat kualifikasi luka.

3) *Visum et repertum* lanjutan

Visum et repertum lanjutan diberikan apabila setelah dirawat/observasi korban sembuh, korban belum sembuh, pindah rumah sakit, korban belum sembuh pulang paksa dan korban meninggal dunia.⁽⁹⁾

b. Di lihat dari hasil laporan pemeriksaan dokter (ahli)

- 1) *Visum et repertum* tentang pemeriksaan luka (korban hidup)
- 2) *Visum et repertum* tentang pemeriksaan mayat (jenazah)
- 3) *Visum et repertum* tentang pemeriksaan bedah mayat (jenazah)
- 4) *Visum et repertum* tentang penggalian mayat
- 5) *Visum et repertum* di tempat kejadian perkara (TKP)
- 6) *Visum et repertum* pemeriksaan barang-barang bukti lain.⁽¹⁰⁾

4. Dasar Hukum *Visum et Repertum*

Di dalam KUHAP terdapat pasal-pasal yang berkaitan dengan kewajiban dokter, untuk membantu

peradilan, yaitu dalam bentuk : keterangan ahli, pendapat orang ahli, ahli kedokteran kehakiman, dokter dan surat keterangan dari seorang ahli yang memuat pendapat berdasarkan keahliannya mengenai sesuatu hal atau sesuatu keadaan yang diminta secara resmi daripadanya (KUHP : pasal 187 butir c).

Bila diperhatikan apa yang dimaksud dengan alat bukti yang sah menurut KUHP pasal 184 ayat , yaitu :

- a. Keterangan saksi
- b. Keterangan ahli
- c. Surat
- d. Petunjuk
- e. Keterangan terdakwa

Pasal 186 KUHP

“Keterangan ahli ialah apa yang seorang ahli nyatakan di sidang pengadilan”.

Keterangan ahli ini dapat juga sudah diberikan pada waktu pemeriksaan oleh penyidik atau penuntut umum yang dituangkan dalam suatu bentuk laporan dan dibuat dengan mengingat sumpah diwaktu ia menerima jabatan atau pekerjaan.⁽⁸⁾

5. Prosedur Pembuatan Visum et Repertum

Setiap visum et repertum harus dibuat memenuhi ketentuan-ketentuan umum sebagai berikut :

- a. Diketik di atas kertas berkepala surat instansi pemeriksa.
- b. Bernomor dan bertanggal
- c. Mencantumkan kata "Pro justitia" di bagian atas (kiri atau tengah)
- d. Menggunakan bahasa Indonesia yang baik dan benar
- e. Tidak menggunakan singkatan - terutama pada waktu mendeskripsikan temuan pemeriksaan
- f. Tidak menggunakan istilah asing.
- g. Ditandatangani dan diberi nama jelas
- h. Berstempel instansi pemeriksa tersebut
- i. Diperlakukan sebagai surat yang harus dirahasiakan
- j. Hanya diberikan kepada penyidik peminta visum et repertum (instansi).
- k. Salinannya diarsipkan dengan mengikuti ketentuan arsip pada umumnya, dan disimpan sebaiknya hingga 30 tahun.

6. Waktu Pembuatan Visum et Repertum

Batas waktu bagi dokter untuk menyerahkan hasil *visum et repertum* kepada penyidik adalah 20 hari.

7. Prosedur Permohonan Visum et Repertum

- a. Pemohon harus secara tertulis, tidak dibenarkan secara lisan, melalui telepon, atau melalui pos.

- b. Korban adalah barang bukti, maka surat permohonan *visum et repertum* harus diserahkan sendiri oleh petugas kepolisian bersama-sama korban, tersangka atau barang bukti kepada dokter.
 - c. Tidak dibenarkan mengajukan permintaan *visum et repertum* tentang sesuatu peristiwa yang telah lampau, mengingat rahasia kedokteran (Instruksi Kapolri No. INS/E/20/IX/75).
 - d. Permintaan diajukan kepada dokter ahli pemerintah sipil, dokter pemerintah sipil, atau ahli kedokteran kehakiman pemerintah sipil untuk korban yang meninggal dunia.⁽⁹⁾
8. Pejabat yang Berhak Meminta Visum et Repertum

Pihak-pihak yang berhak memita *visum et repertum* antara lain :

- a. Penyidik

Penyidik adalah polisi negara tertentu dengan pangkat serendah-rendahnya Pelda. Sedangkan pangkat terendah untuk penyidik pembantu adalah Serda. Di daerah terpencil mungkin saja seorang dengan pangkat Serda diberi wewenang sebagai penyidik karena ia komandan.

b. Hakim Pidana

Hakim pidana biasanya tidak langsung minta *visum et repertum* pada dokter, tetapi memerintahkan kepada jaksa untuk melengkapi berita acara pemeriksaan dengan *visum et repertum*. Kemudian jaksa melimpahkan pemerintaan hakim kepada penyidik.

c. Hakim Perdata

Dasar hukumnya: HIR pasal 154

Karena di sidang pengadilan perdata tidak ada, maka hakim perdata minta langsung *visum et repertum* kepada dokter.

d. Hakim Agama

Dasar hukumnya: Undang-undang No. 14 tahun 1970 tentang ketentuan pokok kekuasaan kehakiman pasal 10.

Hakim agama mengadili perkara yang bersangkutan dengan agama islam, sehingga permintaan *visum et repertum* hanya berkenan dengan hal syarat untuk berpoligami, syarat untuk perceraian dan syarat waktu tunggu (*iddah*) seorang janda.⁽¹⁰⁾

9. Bantuan Dokter Pada Penegak Hukum :

Bantuan dokter yang diberikan pada penegak hukum yang menangani suatu perkara dapat berupa :

- a. Pemeriksaan korban hidup
- b. Pemeriksaan korban mati
- c. Pemeriksaan di tempat kejadian perkara
- d. Penggalian mayat
- e. Menentukan umur korban/terdakwa
- f. Pemeriksaan jiwa seorang terdakwa
- g. Pemeriksaan barang bukti lain: darah, rambut dan racun.

Pemeriksaan tersebut diatas sesuai dengan tindak pidana yang diatur dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP). Hasil pemeriksaan dokter kemudian diberikan secara tertulis dan keterangan dikenal sebagai *visum et repertum*.

10. Tugas Petugas Rekam Medis Dalam Melayani Visum et Repertum

Dalam pelaksanaan visum et repertum petugas rekam medis memegang peranan yang cukup penting. Tugas pokok seorang perekam medis salah satunya adalah

menyiapkan dokumen rekam medis UGD dan formulir sebagai kelengkapan yaitu :

- a. Surat permintaan pemeriksaan penunjang.
- b. Surat perintah dirawat.
- c. Surat pengantar rujukan.
- d. Surat jawaban rujukan.
- e. Surat keterangan sakit.
- f. Surat keterangan kematian.
- g. *Visum et repertum*.⁽¹¹⁾

11. Bentuk dan Isi *Visum et Repertum* :

Bentuk *visum et repertum* yang sekarang dipakai adalah warisan para pakar kedokteran kehakiman. Hanya contoh *visum et repertum* psikiatrik yang ditentukan oleh pemerintah, tetapi pada dasarnya tidak banyak berbeda dengan bentuk *visum et repertum* tersebut diatas.

Visum et repertum terdiri dari lima bagian, yaitu :

a. **Pro Yuridis**

Kata ini harus dicantumkan dikiri atas, dengan demikian *visum et repertum* tidak perlu bermaterai.

b. **Visum et Repertum**, menyatakan jenis dari barang bukti atau pengganti barang bukti.

c. **Pendahuluan**

Memuat :

- 1) Identitas pemohon *visum et repertum*
- 2) Tanggal dan pukul diterimanya permohonan *visum et repertum*
- 3) Identitas dokter yang melakukan pemeriksaan
- 4) Tanggal dan pukul dilakukan pemeriksaan korban/luar mayat
- 5) Tanggal dan pukul dilakukan pemeriksaan dalam mayat.
- 6) Identitas korban : nama, jenis kelamin, umur, bangsa, alamat, pekerjaan.
- 7) Keterangan penyidik mengenai luka, cara kematian.
- 8) Rumah sakit tempat korban dirawat sebelumnya, pukul korban meninggal.
- 9) Keterangan mengenai orang yang mengatur korban ke rumah sakit.

d. **Pemberitaan atau Hasil Pemeriksaan**

Bagian inilah yang terpenting, memuat hasil pemeriksaan yang objektif sesuai dengan apa yang diamati terutama yang dilihat dan ditemukan pada korban atau benda yang diperiksa. Seseorang melakukan pengamatan dengan dengan kelima panca indra : penglihatan, pendengaran, perasa, penciuman dan peraba.

Bagian ini harus ditulis dalam bahasa indonesia sedemikian rupa sehingga seorang awam dapat mengerti dan hanya kalau perlu disertakan istilah kedokteran atau asing dibelakangnya di dalam kurung. Angka harus ditulis dengan huruf misalnya 4cm ditulis empat sentimeter. Tidak dibenarkan menulis diagnose misalnya luka bacok, luka tembak dan sebagainya, tetapi luka harus dilukis dengan kata.

Untuk pemeriksaan korban hidup bagian ini memuat :

- 1) Keadaan umum : jenis kelamin, umur menurut perkiraan dokter, tinggi badan, berat badan dan keadaan gizi.
- 2) Keadaan luka : hasil pemeriksaan luka yang didapatkan pada korban.
- 3) Tindakan atau operasi yang telah dilakukan.

- 4) Hasil pemeriksaan tambahan atau hasil konsultasi dengan dokter ahli lain.

Untuk pemeriksaan korban mati bagian ini memuat:

- 1) Pemeriksaan luar mayat

Keadaan umum : jenis kelamin, umur menurut perkiraan dokter, tinggi badan, berat badan dan keadaan gizi. Lebam mayat dan kaku mayat, kepala, leher, dada, perut, punggung anggota gerak, alat kelamin luar dan dubur.

- 2) Pemeriksaan dalam

Alat rongga dada, alat rongga perut, leher dan kepala.

- 3) Pemeriksaan tambahan

Toksikologi, histopatologi dan bakteriologi.

e. **Kesimpulan**

Bagian ini memuat pendapat pribadi dokter sendiri, bersifat subyektif dan dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman. Dalam bagian ini harus dicantumkan diagnosa: Luka disebabkan karena bersentuhan dengan benda tumpul, benda tajam (iris, tusuk, bacok).

Pada visum et repertum korban hidup perlu disebutkan kualifikasi luka dan pada *visum et repertum* mayat disebutkan sebab kematian.

f. **Penutup**

Bagian ini memuat pernyataan bahwasanya *visum et repertum* tersebut dibuat atas sumpah dokter dan memuat pengetahuan yang sebaik-baiknya dan sebenar-benarnya.

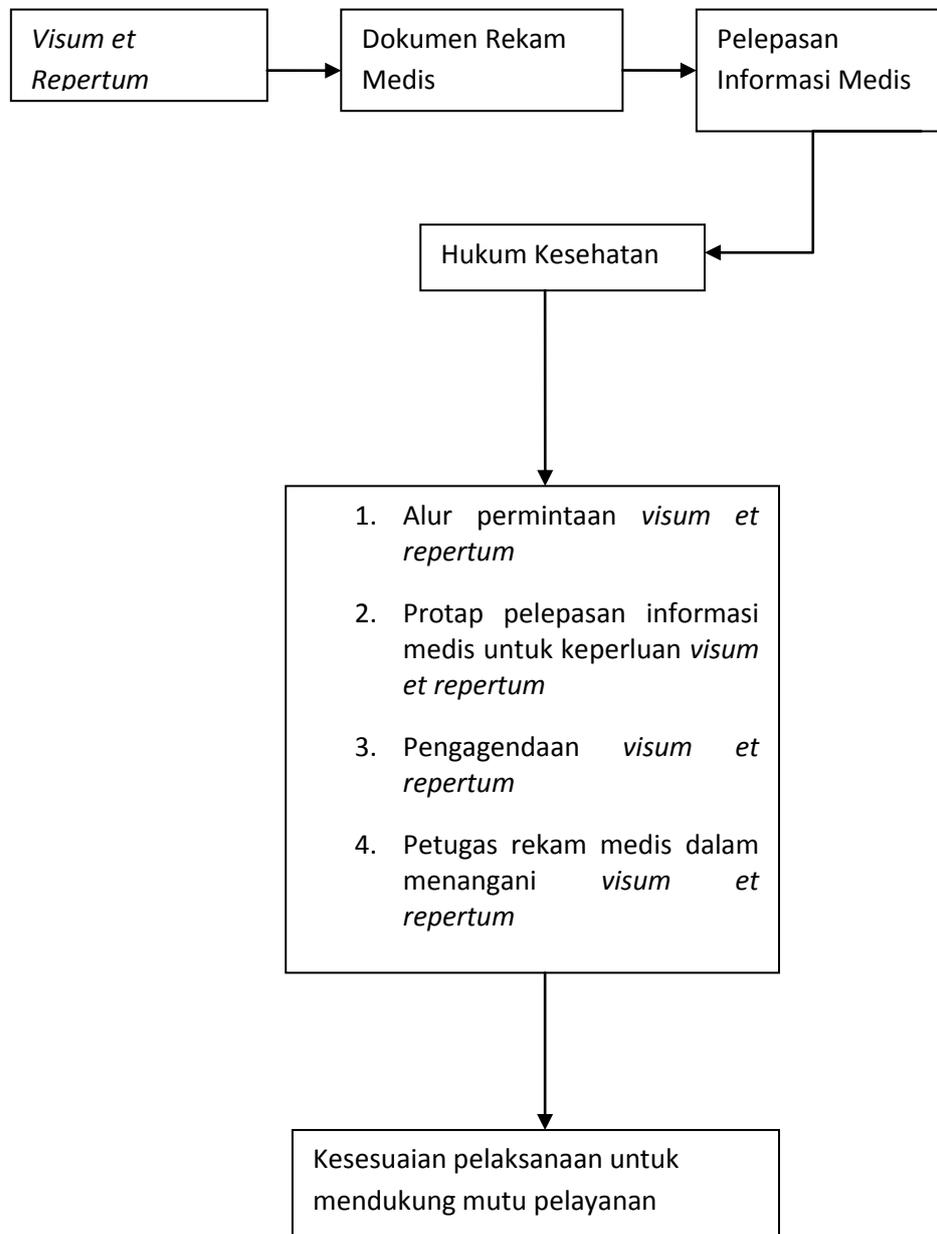
Visum et repertum ditutup dengan: demikian *visum et repertum* ini dibuat dengan sesungguhnya mengingat sumpah dokter yang tercantum dalam stbl. 1937/350 atau sesuai dengan penjelasan KUHAP pasal 186: keterangan ahli ini dapat juga sudah diberikan pada waktu pemeriksaan oleh penyidik atau penuntut umum yang dituangkan dalam suatu bentuk keterangan dan dibuat dengan mengingat sumpah pada waktu ia menerima jabatan atau pekerjaan.⁽⁹⁾

G. Alur Visum et Repertum di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Batang

- a. Permintaan visum dari Kepolisian ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Batang.
- b. Direktur merekomendasikan kepada kepala bidang pelayanan / Subbid Mutu Yanmed untuk ditindak lanjuti.

- c. Bidang pelayanan meneruskan ke bagian rekam medis untuk dicari DRM yang bersangkutan.
- d. Setelah DRM ditemukan, maka diserahkan kembali kebidang pelayanan Subbid Mutu Yanmed dan diteruskan ke dokter pemeriksa untuk dibuat visumnya.
- e. Setelah visum selesai dibuat, dimintakan persetujuan dengan kepala Subbid Mutu Yanmed untuk dilakukan koreksi seperlunya kemudian ditanda tangani dokter pemeriksa.
- f. Visum yang disetujui oleh Kepala Subbid Mutu Yanmed, dibuatkan surat pengantar yang ditanda tangani oleh Direktur, kemudian diserahkan ke sekretariat.
- g. Pihak kepolisian mengambil hasil visum melalui sekretariat setelah menyelesaikan urusan administrasi.

H. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (2), (6), (7)