

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Manajemen Pelaporan Rekam Medis di rumah sakit pada era digitalisasi data

Berdasarkan penelitian dari jurnal menurut (Putri, et al, 2018) tentang Gambaran Pelaksanaan Surveilans Epidemiologi Di Di Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kabupaten Bogor yang berisi Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pengolahan data yaitu, assembling, coding, indeksing, menghitung indikator rumah sakit dan menyiapkan laporan untuk ke Dinas Kesehatan Kota Medan dan membuat surat keterangan. Petugas assembling bertugas memeriksa kelengkapan dan susunan berkas rekam medis yang masuk ke bagian rekam medis. Jika ada lembaran yang belum lengkap maka berkas tersebut di kembalikan ke ruangan untuk dilengkapi. Setelah dilengkapi dan disusun, berkas tersebut diserahkan ke petugas pembuat kode (zulham, Sri, 2018).

Petugas pembuat kode penyakit menggunakan buku ICD-10 sebagai pedoman untuk menentukan kode penyakit berdasarkan diagnosa yang tertulis. Kemudian diindeks berdasarkan kode dan nama penyakit dan dicatat dalam buku tulis 100 lembar. Masing-masing penyakit ditulis dalam lembaran yang berbeda. Laporan Internal, terdiri dari :

- a. Jumlah kunjungan pasien poliklinik,
- b. Jumlah kunjungan rawat darurat,
- c. kunjungan pasien rawat inap dan rawat jalan,
- d. jumlah pasien meninggal < 48 jam dan >48 jam,
- e. jumlah pasien baru dan lama,
- f. 10 penyakit terbesar rawat inap dan rawat jalan dan
- g. Indikator mutu pelayanan rumah sakit RSU Bunda Thamrin

(BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR) dibuat berdasarkan dari sensus harian. Pengumpulan sensus harian dari ruangan dilakukan tiap bulan tanggal 5 bulan berikutnya.

Laporan Eksternal adalah laporan untuk ke Dinas Kesehatan Kota, Propinsi dan Dirjen Yanmed Depkes RI. Bentuk laporan SIRS, terdiri dari : RL 1 yaitu data dasar RS dilaporkan tahunan, RL 2 laporan ketenagaan (tahunan), RL 3 laporan pelayanan, RL 4 laporan morbiditas dan mortalitas dan, RL 5 laporan pengunjung RS.

Berdasarkan penelitian dari jurnal menurut (Angga, et al, 2021) tentang Tinjauan Proses Pembuatan Laporan Internal Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Anna Medika Madura yang berisi Penyusunan laporan kegiatan internal rumah sakit umumnya memuat data jumlah kunjungan pasien perhari, perminggu dan perbulan baik pasien rawat inap, jalan dan gawat darurat yang diakumulasi sehingga memperoleh data real pada data tahunan.

Pelaporan internal rekam medis berdasarkan format yang telah diberlakukan di RSUD Anna Medika Madura dan dilakukan pengecekan laporan internal rekam medis jika terjadi ketidaktepatan laporan internal rekam medis maka akan dikembalikan dan di konfirmasi kembali keunit yang bersangkutan.

pelaporan internal rumah sakit adalah laporan yang dibuat sebagai masukan untuk menyusun konsep Rancangan Dasar Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit indikasi laporan diantaranya :Sensus harian, Persentase pemakaian TT, Kegiatan persalinan, Kegiatan pembedahan dan tindakan medis lainnya, Kegiatan rawat jalan penunjang.

Pelaksanaan alur pelaporan internal rekam medis yang dilaksanakan dari awal pasien datang untuk berobat sampai selesai pelayanan di RSUD Anna Medika Madura tanpa pedoman (SOP) yang berdampak pada ketidakseragaman data yang dihasilkan serta acuan standar yang berubah-ubah dan tidak menentu mampu menimbulkan keterlambatan dalam proses penyusunan dan pengumpulan data.

Apabila unit terkait rekam medis terlambat dalam menyerahkan laporannya lebih dari 14 hari dari tanggal yang tercantun dalam SOP, kepala rekam medis atau petugas bagian pelaporan (PPE) turun langsung ke unit yang belum menyerahkan laporannya (jemput bola) untuk meminta laporan yang belum diserahkannya. Teguran secara lisan juga dilakukan oleh kepala rekam medis kepada petugas unit terkait yang terlambat dalam pembuatan laporan. Teguran

dapat berupa personal ataupun dalam rapat, biasanya dalam rapat pertemuan kepala ruangan yang dilaksanakan sebulan sekali. Kepala ruangan yang belum menyelesaikan laporannya mendapat teguran secara langsung dari kepala rekam medis ataupun dari petugas PPE.

Berdasarkan keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Puhuwat tentang Pemberlakuan Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat. Yang secara garis besar jenis pelaporan Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi dua kelompok :

a. Laporan Intern Rumah Sakit

Laporan intern rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

b. Laporan Extern Rumah Sakit

Laporan extern rumah sakit ditujukan kepada Departemen Kesehatan RI, Kanwil Depkes, Dinas Kesehatan Dati I.

1) Sensus harian

Sensus harian adalah pelaporan rawat inap, yang berisi nama pasien masuk, nomor RM, Tanggal Masuk, Tanggal keluar ruang perawatan. Sensus harian dikirim dari ruang perawatan paling lambat jam 08.00 pagi ke ruang Rekam Medis. Tujuan sensus harian adalah sebagai acuan untuk membuat grafik barber Johnson. Laporan sensus harian dilaksanakan sesuai dengan system pelaporan secara akurat dan tepat waktu.

2) Periode Laporan

- a) Data Kegiatan Rumah Sakit (RL 1), Laporan ini dibuat setiap triwulan berdasarkan catatan yang dikopilasi setiap bulan.
- b) Data keadaan Morbiditas Pasien Inap (RL 2a), Data ini dilaporkan setahun sekali, sedang RL 2a. 1 dan RL 2c dilaporkan setiap bulan.
- c) Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan (RL 2b), Data ini dilaporkan setahun sekali, sedangkan (RL 2b) dilaporkan setiap bulan
- d) Data individual morbiditas pasien rawat inap dibuat sistem sampling dari tanggal 1 s/d 10 setiap bulan februari, Mei, Agustus dan November setiap tahun dan hanya untuk keperluan departemen kesehatan.

- e) Data inventarisasi rumah sakit (RL 3) dilaporkan setahun sekali.
 - f) Data keadaan ketenagaan Rumah Sakit (RL 4 dan RL 4a) dilaporkan setahun sekali.
 - g) Data keadaan peralatan Rumah Sakit (RL 5) dilaporkan hanya setahun sekali.
 - h) Data infeksi nosokomial Rumah Sakit (RL 6).
- 3) Saluran Pengiriman Laporan, Laporan dibuat rangkap 6 (kecuali laporan yang bersifat individual dibuat rangkap dua) :

Laporan asli Dikirim ke Direktorat Jendral Pelayanan medik. Bagian informasi Rumah Sakit Dep. Kes. RI. Sedang rangkap kedua dan seterusnya dikirim kepada: Kepada kantor wilayah Dep. Kes. RI, Kepala dinas kesehatan Dati 1, Direktur rumah sakit, Kepala bagian sekretariat Rumah Sakit.

Berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis dijelaskan mengenai pelaporan, sebagai berikut:

Pasal 18

- (1) Pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf d terdiri atas:
 - a. pengkodean;
 - b. pelaporan; dan
 - c. penganalisisan.
- (2) Pengkodean sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- (3) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. pelaporan internal Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
 - b. pelaporan eksternal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada dinas kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait.

- (4) Penganalisisan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan terhadap data Rekam Medis Elektronik secara kuantitatif dan kualitatif.
- (5) Selain pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dengan alasan tertentu tidak dapat menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik harus melakukan pengindeksan.
- (6) Pengindeksan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan kegiatan pengelompokan data paling sedikit berupa indeks:
- a. nama Pasien;
 - b. alamat;
 - c. jenis penyakit;
 - d. tindakan/operasi; dan
 - e. kematian.

Berdasarkan pada Permenkes No. 24 Tahun 2022 sudah dijelaskan terkait jenis pelaporan serta isi dari pelaporan pada fasilitas kesehatan. Dalam pelaporan diwajibkan ada pengindeksan guna mendukung adanya pelaporan agar dapat terisi dengan lengkap dan tepat. Maka dari itu sudah dijelaskan pada ayat 6 mengenai aturan isi pengindeksan yang harus ada dan terisi.

Berdasarkan dari jurnal dan peraturan yang ada, pelaksanaan pelaporan dilakukan oleh petugas perekam medis. Dalam pelaksanaan pelaporan harus akurat dan tepat waktu. pelaksanaan pelaporan dari setiap jurnal memiliki persamaan di setiap langkahnya. Pelaporan dilaksanakan mulai dari pasien datang hingga pasien pulang sehingga dapat menghasilkan sensus harian dan rawat inap. Pelaksanaan pelaporan dilakukan setiap hari agar hasil tersebut selalu terupdate setiap ada perubahan.

Namanya pelaporan dari pencatatan, siapa yang mencatat, sampai dilaporkan.

Menurut UU ITE 1771 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh Rumah Sakit dilakukan dalam rangka meningkatkan efektifitas pembinaan dan pengawasan rumah sakit di Indonesia. Manajemen pelaporan merupakan faktor penting dalam menentukan kualitas mutu pelayanan di rumah sakit. Dengan adanya Kelengkapan dokumen

untuk bisa dijadikan informasi yang benar dan akurat, laporan mudah untuk dimengerti dan sesuai standar laporan.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 52 dan 53 Menjelaskan mengenai rumah sakit wajib melaksanakan pelaporan, sebagai berikut :

Pasal 52

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
- (2) Pencatatan dan pelaporan terhadap penyakit wabah atau penyakit tertentu lainnya yang dapat menimbulkan wabah, dan pasien penderita ketergantungan narkotika dan/atau psikotropika dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 53

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan penyimpanan terhadap pencatatan dan pelaporan yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemusnahan atau penghapusan terhadap berkas pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sesuai dengan ketentuan Pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Proses pencatatan/ perekaman sampai dengan pelaporan wajib disimpan sesuai dengan peraturan yang sudah berlaku.

Tidak hanya itu pada Pasal 53 dijelaskan bahwa rumah sakit wajib melaksanakan pelaporan sebagai alat pencatatan dan penyimpanan, jika masa data lebih dari 5 tahun atau lebih dari ketentuan waktu dirumah sakit maka harus dilaksanakan pemusnahan. Dalam pelaksanaan pemusnahan terdapat peraturan dan pasal pada undang-undang tertentu. Maka dalam kegiatan pelaporan harus ada

peraturannya guna dapat menjadi sikap profesionalisme pada seorang perekam medis.

Dengan adanya efektifitas dalam kegiatan rekam medis elektronik maka dapat mempermudah menampilkan bentuk pelaporan, yaitu proses yang berhubungan dengan rekam medis adalah pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit yang biasanya disebut sistem. Selain itu informasi rumah sakit dapat mengurangi penyimpanan ruang rekam medis yang terlalu besar karena tidak diperlukan lagi tempat penyimpanan seperti manual, Penyimpanan rekam medis elektronik dapat dilakukan selama puluhan tahun tanpa perawatan khusus (cinthia,2019).

4.2 kerahasiaan manajemen pelaporan rekam medis di rumah sakit pada era digitalisasi data

Berdasarkan hasil pengamatan dari jurnal Informasi tentang pasien adalah rahasia dan rumah sakit diminta menjaga kerahasiaan informasi pasien serta menghormati kebutuhan privasinya. rahasia adalah suatu yang di sembunyikan dan hanya diketahui oleh satu orang, oleh beberapa orang saja, atau kalangan tertentu. Kerahasiaan merupakan pembatasan pengungkapan informasi pribadi tertentu. Dalam hal ini mencakup tanggung jawab untuk menggunakan, mengungkapkan, atau mengeluarkan informasi hanya dengan sepengetahuan dan izin individu (Mufidah, 2018).

Dalam kerahasiaan data rekam medis terdiri dari laporan yang merupakan hasil pemeriksaan pasien yang tidak diperbolehkan untuk disebarluaskan kepada pihak-pihak yang tidak berwenang, karena menyangkut pribadi pasien yang bersangkutan. Hal ini merupakan ketentuan terkait PP Wajib simpan rahasia kedokteran No. 10 Tahun 1966, UU ITE No 1171 Tahun 2011 serta Permenkes kerahasiaan kedokteran No. 36 Tahun 2012.

Berdasarkan pada fenomena yang ada rumah sakit di Jakarta diduga bocorkan data pasien ke pihak ketiga, selain itu di daerah tanggerang juga ada seorang dokter terancam dituntut karena bocorkan data pasien, ada juga fenomena

data 6 juta pasien di server Kemenkes diduga bocor dan dijual di internet, sama halnya dengan fenomena dokter di Kupang diduga bocorkan rekam medis PDP Covid-19 via facebook.

Berkaca dari fenomena yang ada bahwa penerapan hukum terkait bocornya data rekam medis pasien tidak terlaksananya hukum secara berkelanjutan. Setiap fenomena selalu mendapat pengajuan pelaporan serta pertanggung jawaban tetapi tidak sesuai dengan kesepakatan adanya hukum yang ada. Dari berbagai fenomena yang ada hanya beberapa yang sudah melakukan tindakan yakni hukuman seperti dipenjara 6 tahun.

Berdasarkan Peraturan Republik Indonesia No. 10 Tahun 1966 Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran, sebagai berikut:

Pasal 4

Terhadap pelanggaran ketentuan mengenai: wajib simpan rahasia kedokteran yang tidak atau tidak dapat dipidana menurut pasal 322 atau pasal 112 Kitab Undang-undang Hukum Pidana, Menteri Kesehatan dapat melakukan tindakan administratif berdasarkan pasal 11 Undang-undang tentang Tenaga Kesehatan.

Pasal 5

Apabila pelanggaran yang dimaksud dalam pasal 4 dilakukan oleh mereka yang disebut dalam pasal 3 huruf b, maka Menteri Kesehatan dapat mengambil tindakan-tindakan berdasarkan wewenang dan kebijaksanaannya.

Berdasarkan peraturan wajib simpan kerahasiaan kedokteran maka seluruh petugas rumah sakit baik itu petugas perekam medis maupun petugas tenaga kesehatan lainnya wajib menyimpan kerahasiaan data pasien. hal tersebut merupakan salah satu tugas terpenting untuk petugas kesehatan lainnya guna keamanan dan kenyamanan untuk pasien. Jika terdapat petugas perekam medis terbukti membocorkan data pasien maka akan terkena undang-undang dan sanksi tertentu yang sudah ditetapkan oleh peraturan tersebut.

Berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis dijelaskan mengenai kerahasiaan manajemen pelaporan rekam medis, sebagai berikut:

Pasal 32

- (1) Isi Rekam Medis wajib dijaga kerahasiaannya oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan walaupun Pasien telah meninggal dunia.
- (2) Pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan, dokter dan dokter gigi, dan/atau Tenaga Kesehatan lain yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan Pasien;
 - b. pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - c. tenaga yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan;
 - d. badan hukum/korporasi dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - e. mahasiswa/siswa yang bertugas dalam pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan/atau manajemen informasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
 - f. pihak lain yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pada dasarnya, setiap pasien mempunyai hak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya. Hal ini sudah diatur dalam Pasal 32 huruf i Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang sudah disebutkan. Pihak yang wajib menyimpan kerahasiaan privasi pasien sudah disebutkan pada pasal diatas yakni seluruh petugas rumah sakit. Jadi menjaga kerahasiaan data pasien sangatlah penting bagi petugas perekam medis, karena setiap langkahnya sudah di atur oleh undang-undang.

Kajian terkait dengan adanya fenomena tersebut maka hak serupa juga diatur dalam Pasal 57 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Kesehatan (“UU Kesehatan”) dan Pasal 17 huruf h angka 2 Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (“UU KIP”) yang pada intinya mengatur bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya

yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dan setiap badan publik wajib membuka akses bagi setiap pemohon informasi publik untuk mendapatkan informasi publik, kecuali, salah satunya, mengenai riwayat, kondisi dan perawatan, pengobatan kesehatan fisik, dan psikis seseorang, karena bila dibuka dan diberikan kepada pemohon informasi publik dapat mengungkapkan rahasia pribadi.

Kemudian, dalam Pasal 48 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (“UU 29/2004”) disebutkan setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran. Selain itu, dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

Patut dipahami bahwa salah satu kewajiban rumah sakit adalah menghormati dan melindungi hak-hak pasien. Pelanggaran atas kewajiban rumah sakit akan dikenakan sanksi administratif berupa teguran, teguran tertulis, atau denda dan pencabutan izin rumah sakit. Dalam adanya fenomena tersebut pelaku penyebaran identitas pasien di atas adalah dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak memenuhi kewajiban dalam Pasal 46 ayat (1) dan Pasal 51 huruf c UU 29/2004, maka dapat dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp50 juta berdasarkan Pasal 79 huruf b dan c UU 29/2004 *jo*. Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 4/PUU-V/2007 (hal. 120).

Di samping itu, bagi badan publik yang melanggar berlaku Pasal 54 ayat (1) UU KIP “Setiap Orang yang dengan sengaja dan tanpa hak mengakses dan/atau memperoleh dan/atau memberikan informasi yang dikecualikan sebagaimana diatur dalam Pasal 17 huruf a, huruf b, huruf d, huruf f, huruf g, huruf h, huruf i, dan huruf j dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan pidana denda paling banyak Rp 10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah). Maka sudah jelas dengan adanya hukum dari undang-undang ini diharapkan kejadian tersebut tidak akan terulang kembali.

Dalam Perlindungan Hukum atas Privasi dan Data Pribadi Masyarakat, diterangkan bahwa penyebaran data pribadi seseorang oleh orang lain, secara khusus melalui sistem elektronik, dilarang tanpa persetujuan si pemilik data dan jika melanggar, maka penyebar data pribadi tersebut dapat digugat secara perdata oleh pihak yang merasa dirugikan dengan penyebaran data pribadi tersebut. Pelanggaran terhadap ketentuan Pasal 46 ayat (1) dan (3) serta Pasal 47 UU PDP sebagaimana disebut di atas dikenai sanksi administratif berupa peringatan tertulis, penghentian sementara kegiatan pemrosesan data pribadi, penghapusan atau pemusnahan data pribadi, dan/atau denda administratif.

Mengenai tanggung jawab apabila terjadi kebocoran data pribadi, maka pengendali data pribadi wajib memberitahukan adanya kegagalan perlindungan data pribadi secara tertulis termasuk upaya penanganan dan pemulihan. Selain itu, subjek data pribadi juga berhak menggugat dan menerima ganti rugi jika terjadi pelanggaran pemrosesan data pribadi tentang dirinya. dalam hal ini di mana bukan pihak rumah sakit yang menyebarkan identitas pasien tersebut, maka penyebar identitas dapat digugat secara perdata oleh pihak pasien.

Jadi dengan adanya fenomena terkait bocorya data rekam medis pasien sehingga timbul jual beli maka hal tersebut bisa dilaporkan dan dipertanggung jawabkan oleh pihak korban yang bersangkutan. Jika pelaku tersebut dari pihak tenaga kesehatan ataupun dokter maka sudah dijelaskan pada Pasal 46 ayat (1) dan Pasal 51 huruf c UU 29/2004, maka dapat dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp50 juta. Dalam hal tersebut penyebar identitas bisa digugat perdata oleh pihak pasien. Maka dengan adanya penegakan hukum berlaku yang bertujuan tidak ada kasus yang sama terkait bocornya data rekam medis pasien.