

MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)

GAMBARAN UMUM

Informasi diperlukan untuk memberikan, mengkoordinasikan dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan, dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, dan kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Seiring perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam :

- mengidentifikasi kebutuhan informasi;
- merancang suatu sistem manajemen informasi;
- mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi;
- menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi;
- mengirim serta melaporkan data dan informasi; juga
- mengintegrasikan dan menggunakan informasi.

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya meningkatkan efisiensi, prinsip manajemen informasi yang baik tetap berlaku untuk semua metode, baik berbasis kertas maupun elektronik. Standar-standar ini dirancang menjadi kompatibel dengan sistem non-komputerisasi dan teknologi masa depan.

Informasi Rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antar staf klinis, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis

Rekam medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/eletronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP) serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

Rekam Medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting, yaitu:

1. Aspek Administrasi : karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan, profesional pemberi asuhan PPA dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis : karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum : karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan : karena mengandung data/informasi yang dpt dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
5. Aspek Penelitian : karena menyangkut data/informasi yang dpt dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan : karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi : karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam Medis memiliki kegunaan sebagai:

1. Alat komunikasi antara professional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan (*communication*);
2. Dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (*financial billing*).
3. Penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (*research & education*).
4. Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (*assessment*).
5. Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (*audit klinis*)
6. Sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan.
7. Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
8. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun PPA (*legal documentation*).

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu system pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan serta berfokus kepada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi.

Standar MIRM 1

Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) harus mengacu peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan MIRM 1 dan MIRM 1.1

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

RS menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri dari kepala unit dan staf dengan kualifikasi analisis sistem, programmer, hardware dan pemeliharaan jaringan.

Dalam rangka keterbukaan kepada publik tersedia sistem pendaftaran rawat inap dan rawat jalan secara online.

Elemen Penilaian MIRM 1	Telusur			Skor	
1. Ada unit kerja yang mengelola SIM-RS. (R)	R	1) Penetapan unit kerja yang mengelola SIM-RS dalam susunan organisasi dan tatakerja rumah sakit (SOTK) 2) Pedoman pengorganisasian unit SIM-RS		10 - 0	TL - TT
2. RS memiliki proses pendaftaran rawat jalan berbasis SIM-RS. (O,W) (lihat juga ARK.2)	O W	Lihat pelaksanaan proses pendaftaran rawat jalan Staf rekam medis		10 5 0	TL TS TT
3. RS memiliki proses pendaftaran rawat inap berbasis SIM-RS sehingga publik dapat mengetahui tempat / fasilitas yang masih tersedia. (O,W) (lihat juga ARK.2)	O W	Lihat pelaksanaan proses pendaftaran rawat inap Staf rekam medis		10 5 0	TL TS TT

4. Sumber daya manusia dalam unit kerja SIM-RS memiliki kompetensi dan sudah terlatih. (D,W)	D W	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang SIM-RS Kepala/staf unit kerja SIM-RS	10 5 0	TL TS TT
Standar MIRM 1.1				
Rumah sakit mengelola data dan informasi klinik serta manajerial.				
Elemen Penilaian MIRM 1.1	Telusur		Skor	
1. Terdapat regulasi tentang pengelolaan data dan informasi rumah sakit	R	Pedoman tentang pengelolaan data dan informasi rumah sakit	10 - 0	TL - TT
2. Data serta informasi klinik dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan. (D,W)	D W	Bukti rapat bahwa data dan informasi untuk pelayanan klinis dan manajerial sudah diintegrasikan untuk mengambil keputusan oleh Pimpinan RS • Kepala Bidang • Kepala Unit • Kepala/staf unit SIM-RS • Ketua/tim PMKP	10 5 0	TL TS TT

Standar MIRM 2

Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

Maksud dan Tujuan MIRM 2

Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menerima dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif.

Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain:

- para profesional pemberi asuhan (PPA)
- para kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan
- badan/pihak lain diluar rumah sakit yang membutuhkan data dan informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit

Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif diantara pemberi pelayanan.

Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran. Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber mempengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta teknikal lainnya.

Perencanaan yang komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.

Elemen Penilaian MIRM 2	Telusur			Skor	
1. Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan a) sampai dengan c) sesuai dengan maksud dan tujuan. (D,W)	D W	Bukti rapat tentang proses perencanaan yang melibatkan PPA, para kabidang/ divisi, Kepala unit, pihak luar <ul style="list-style-type: none"> • PPA • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala/staf unit SIM-RS • Pihak luar RS 	10 5 0	TL TS TT	
		Bukti tentang proses perencanaan kebutuhan informasi mengacu pada peraturan perundangan tentang SIRS <ul style="list-style-type: none"> • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala/staf unit SIM-RS 	10 5 0	TL TS TT	

3. Perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit. (D,W)	D	Bukti tentang perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala/staf unit SIM-RS 	5	TS
			0	TT

Standar MIRM 3

Para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

Maksud dan Tujuan MIRM 3

Teknologi manajemen informasi membutuhkan sumber daya yang besar sebagai investasi untuk rumah sakit. Oleh karena itu teknologi harus secara cermat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit saat ini dan masa depan, serta sumber dayanya.

Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktifitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit.

Proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan RS dilakukan melalui koordinasi dan partisipasi para profesional pemberi asuhan (PPA), para kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan.

Elemen Penilaian MIRM 3	Telusur			Skor	
1. Dalam membangun system informasi rumah sakit melibatkan profesional pemberi asuhan (PPA). (D,W)	D	Bukti rapat tentang proses membangun SIRS melibatkan PPA	10	TL	
	W	<ul style="list-style-type: none"> • PPA • Kepala/staf unit SIM-RS 	5	TS	0 TT
2. Dalam membangun system informasi rumah sakit melibatkan kepala bidang/divisi/bagian dan kepala unit pelayanan. (D,W)	D	Bukti rapat tentang keterlibatan kepala bidang/divisi/bagian dan kepala unit pelayanan dalam membangun SIRS	10	TL	
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala Unit SIM-RS 	5	TS	0 TT

Standar MIRM 4

Sistem manajemen data dan informasi rumah sakit menyiapkan kumpulan serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (reguler) dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA), kepala bidang/divisi, kepala unit pelayanan, serta badan/pihak lain di luar rumah sakit.

Maksud dan Tujuan MIRM 4

Kumpulan data merupakan bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja RS, karena dapat memberikan gambaran atau profil RS selama kurun waktu tertentu, dan dapat membandingkan kinerja dengan RS lain.

Kumpulan data terdiri atas:

- data mutu dan insiden keselamatan pasien
- data surveilans infeksi
- data kecelakaan kerja

Data tersebut membantu RS untuk mengetahui kinerja terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Elemen Penilaian MIRM 4	Telusur			Skor	
1. Rumah sakit menyediakan kumpulan data a) sampai dengan c) sesuai dengan maksud dan tujuan yang harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan pengguna, yaitu PPA, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan. (D,W) (lihat juga MFK 10 EP 2)	D W	Bukti tentang tersedianya kumpulan data sesuai EP <ul style="list-style-type: none"> • PPA • Kepala bidang/divisi/bagian • kepala unit pelayanan • Kepala/staf Unit SIM-RS 		10 5 0	TL TS TT
2. Rumah sakit memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W) (lihat juga PMKP 7 EP 4 dan TKRS 3.1 EP 5)	D W	Bukti berupa laporan tentang pelaksanaan pemberian data sesuai kebutuhan secara <i>offline</i> atau <i>online</i> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala/staf unit SIM-RS • Komite/tim PMKP 		10 5 0	TL TS TT

Standar MIRM 5

Data dianalisis diubah menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian.

Maksud dan Tujuan MIRM 5

Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu, dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit.

Secara khusus, kumpulan data terdiri dari atas data mutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilens infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tinjauan pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Elemen Penilaian MIRM 5	Telusur			Skor	
1. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung asuhan pasien. (D,W)	D W	Bukti tentang hasil analisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien <ul style="list-style-type: none">• PPA• Kepala unit pelayanan• Kepala/staf unit SIM-RS		10 5 0	TL TS TT
2. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung manajemen rumah sakit.	D W	Bukti tentang hasil analisis data menjadi informasi untuk mendukung manajemen rumah sakit <ul style="list-style-type: none">• Direktur• Kepala bidang/divisi/bagian• Kepala unit pelayanan• Kepala/staf unit SIM-RS		10 5 0	TL TS TT
3. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung program manajemen mutu. (D,W)	D W	Bukti tentang hasil analisis data menjadi informasi untuk mendukung program manajemen mutu <ul style="list-style-type: none">• Kepala bidang/divisi/bagian• Kepala unit pelayanan• Komite/Tim PMKP• Kepala/staf unit SIM-RS		10 5 0	TL TS TT
4. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung pendidikan dan penelitian. (D,W)	D W	Bukti tentang hasil analisis data menjadi informasi untuk mendukung pendidikan dan penelitian <ul style="list-style-type: none">• Kepala Diklat/Diklit• Kepala/staf unit SIM-RS• Pendidik/dosen klinis		10 5 0 TDD	TL TS TT

Standar MIRM 6 Penyampaian data dan informasi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.						
Maksud dan Tujuan MIRM 6 Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada pengguna yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyampaian, meliputi:						
<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna; 2. membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan; 3. memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna; 4. mengaitkan sumber data dan informasi; dan 5. memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data. 						
Elemen Penilaian MIRM 6	Telusur			Skor		
1. Data dan informasi disampaikan sesuai kebutuhan pengguna (D,W)	D W	Bukti laporan tentang data dan informasi telah disampaikan sesuai kebutuhan pengguna <ul style="list-style-type: none"> • Kepala/staf unit SIM-RS • Direktur • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • PPA 			10 5 0	TL - TT
2. Pengguna menerima data dan informasi dalam format yang sesuai dengan yang dibutuhkan (D,W)	D W	Bukti laporan tentang data dan informasi telah diterima dalam format sesuai kebutuhan <ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala/staf unit SIM-RS • PPA 			10 5 0	TL TS TT
3. Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu. (D,W)	D W	Bukti laporan tentang data dan informasi telah diterima tepat waktu <ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala unit pelayanan • Kepala/staf unit SIM-RS • PPA 			10 5 0	TL TS TT

4. Staf pengolah data memiliki hak akses ke data dan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tanggung jawabnya. (W,S)	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit SIM-RS • Staf unit SIM-RS 	10	TL
	S	Peragaan proses pengolahan data	5 0	TS TT

Standar MIRM 7

Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset dan manajemen melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.

Maksud dan Tujuan MIRM 7

PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang / divisi dan kepala unit pelayanan seringkali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab. Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (*on-line*) dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

Elemen Penilaian MIRM 7	Telusur			Skor	
	D	Bukti tentang tersedianya daftar dan bahan referensi terkini (bisa berupa akses website atau kepustakaan) untuk mendukung asuhan pasien secara tepat waktu	10 5 0	TL TS TT	
1. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung asuhan pasien. (D,O,W)	O	Lihat fasilitas internet/perpustakaan			
	W	<ul style="list-style-type: none"> • PPA • Penanggung jawab 			
2. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan Informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung pendidikan klinik. (D,O,W)	D	Bukti tentang tersedianya daftar dan bahan referensi terkini (akses website atau kepustakaan) untuk mendukung pendidikan klinis secara tepat waktu	10 5 0	TL TS TT	
	O	Lihat fasilitas internet/perpustakaan			
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidik/dosen klinis • Penanggung jawab 			

3. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung penelitian. (D,O,W)	D	Bukti tentang tersedianya daftar dan bahan referensi terkini (akses website atau kepustakaan) untuk mendukung penelitian klinis secara tepat waktu	10	TL
	O	Lihat fasilitas internet/perpustakaan	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Peneliti • Penanggung jawab 	0	TT
4. Rumah sakit menyediakan fasilitas internet untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung manajemen (D,O,W)	D	Bukti tentang tersedianya daftar dan bahan referensi terkini (akses website atau kepustakaan) untuk mendukung manajemen secara tepat waktu	10	TL
	O	Lihat fasilitas internet/perpustakaan	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Penanggung jawab 	0	TT
MANAJEMEN REKAM MEDIS				
Standar MIRM 8				
Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				
Maksud dan Tujuan MIRM 8				
Penyelenggaraan rekam medis (RM) merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit, dilakukan pencatatan data medis, selama pasien mendapat asuhan medis, keperawatan, dan PPA lainnya. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan RM yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan sendiri atau untuk kepentingan lainnya.				
RS menetapkan organisasi yang mengelola sistem rekam medis yang tepat, benar, bernilai dan dapat dipertanggungjawabkan. Informasi kesehatan baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya sehingga harus disimpan sesuai dengan peraturan dan perundangan. Untuk informasi kesehatan elektronik harus dijamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3 (tiga) tempat yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (<i>backup</i>) data rutin, dan data virtual (<i>cloud</i>).				

Elemen Penilaian MIRM 8	Telusur		Skor	
1. Terdapat unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (R)	R	<p>Penetapan unit kerja yang mengelola rekam medis dalam susunan organisasi dan takakerja (SOTK), disertai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pedoman Pengorganisasian Unit Rekam Medis 2) Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis 3) Program 	10 - 0	TL - TT
2. Organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (D, W)	D W	<p>Bukti tentang kualifikasi dan kewenangan pimpinan unit rekam medis sesuai persyaratan jabatan meliputi: Keputusan pengangkatan, ijazah, sertifikasi</p> <p>Kepala Unit Rekam Medis</p>	10 - 0	TL - TT
3. Tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (D,O,W)	D O W	<p>Bukti tentang tersedianya daftar inventaris sarana dan prasarana ruang penyimpanan rekam medis</p> <p>Lihat ruang penyimpanan rekam medis</p> <p>Kepala/Staf unit rekam medis</p>	10 5 0	TL TS TT
Standar MIRM 9 Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).				

Maksud dan Tujuan MIRM 9

Setiap pasien memiliki berkas rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, berkas rekam medis dievaluasi dan diperbaharui sesuai kebutuhan dan secara periodik.

Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan, maka rekam medis harus tersedia selama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan, dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan pasien terkini. Catatan medis, keperawatan, dan catatan PPA lainnya tersedia untuk semua tenaga kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien terkait. Rumah sakit mempunyai regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Sebagai contoh, pasien rawat jalan yang memerlukan riwayat sebelumnya di rawat inap atau sebaliknya.

Elemen Penilaian MIRM 9	Telusur			Skor	
1. Terdapat regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada rekam medis. (R)	R	Regulasi tentang penetapan tenaga kesehatan yang memiliki hak akses ke rekam medis		10 - 0	TL - TT
2. Berkas rekam medis tersedia bagi semua profesional pemberi asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit (lihat juga AP 1). (D,O)	D	Bukti tentang berkas rekam medis tersedia bagi semua PPA		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat berkas rekam medis			
3. Terdapat bukti bahwa formulir/dokumen rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik. (D,O,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan evaluasi dan pembaharuan (terkini) formulir/dokumen rekam medis		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat form rekam medis yang sudah diperbaharui (terkini)			
	W	<ul style="list-style-type: none"> • PPA/Staf klinis • Kepala/Staf unit rekam medis 			

4. Rekam medis pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca. (D,O)	D O	Bukti tentang rekam medis pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca Lihat rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT
---	--------	---	--------------	----------------

Standar MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai peraturan perundang-undangan, untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian.

Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis dan konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai peraturan perundang-undangan.

Elemen Penilaian MIRM 10	Telusur		Skor	
1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien. (R)	R	Regulasi tentang penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien	10 - 0	TL - TT
2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, Rumah Sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (O,W)	O W	Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis Kepala/Staf unit rekam medis	10 5 0	TL TS TT

3. Dokumen, data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan (D,W)	D W	1) Bukti tentang pelaksanaan pemusnahan berkas rekam medis 2) Bukti tentang berita acara pemusnahan rekam medis • Kepala /staf unit rekam medis • Tim pemusnahan berkas rekam medis	10 5 0	TL TS TT
---	--------	--	--------------	----------------

Standar MIRM 11

Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.

Maksud dan Tujuan MIRM 11

Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses.

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya. Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik, terdapat regulasi untuk mencegah akses menggunakan rekam medis tanpa ijin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak.

Elemen Penilaian MIRM 11	Telusur			Skor
1. Terdapat regulasi yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. (R)	R	Regulasi tentang penetapan pencegahan akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin.	10 - 0	TL - TT
2. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan . (O,W)	O W	1) Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis 2) Lihat sistem teknologi informasi, software dan hardware rekam medis elektronik • PPA/staf klinis • Staf rekam medis	10 5 0	TL TS TT

3. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah. (D,S,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan perlindungan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah	10 5 0	TL TS TT
	S	<ul style="list-style-type: none"> • Peragaan pelaksanaan perlindungan sistem IT, software dan hardware rekam medis elektronik • Peragaan pelaksanaan perlindungan berkas rekam medis 		
	W	<ul style="list-style-type: none"> • PPA/staf klinis • Kepala/staf unit rekam medis 		
4. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak. (O,W)	O	Lihat ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis maupun di unit pelayanan pasien	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • PPA/staf klinis • Kepala/staf unit rekam medis 		

Standar MIRM 12
Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya.

Maksud dan Tujuan MIRM 12
Terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi didalam rumah sakit dan membandingkan antar rumah sakit. Standarisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi terjadi kesalahan. Penggunaan secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai peraturan perundang-undangan.
Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam macam istilah medik, akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik. Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar "jangan digunakan" (*do-not-use*). Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui.

Elemen Penilaian MIRM 12	Telusur			Skor	
				10	TL
1. Ada regulasi tentang Standardisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya. (R)	R	Regulasi tentang penetapan standar kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan, serta monitor pelaksanaannya		-	-
2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang monitoring dan evaluasi		10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit rekam medis • Staf unit rekam medis 		5	TS
Standar MIRM 13 Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.					
Maksud dan Tujuan MIRM 13 Setiap pasien yang menjalani asuhan dan pelayanan yang terdiri atas hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien, baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, serta pasien yang datang untuk pemeriksaan penunjang harus mempunyai rekam medis. Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis dan pengaturan urutan berkas rekam medis untuk memudahkan menemukan rekam medis pasien dan mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.					

Elemen Penilaian MIRM 13	Telusur			Skor	
				10	TL
1. Ada regulasi bahwa, setiap pasien memiliki RM dengan satu nomor RM sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas RM, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang. (R)	R	Regulasi tentang: 1) penetapan setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis, 2) pengaturan urutan berkas RM, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang		- 0	- TT
2. Rekam medis pasien digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien. (D,O)	D	Bukti tentang rekam medis digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat rekam medis pasien			
3. Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien. (D,W,O)	D	Bukti tentang rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat rekam medis pasien			
	W	• Kepala/staf unit rekam medis • Pasien/keluarga			
4. Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang (D,O)	D	Bukti tentang tersedianya rekam medis rawat jalan, rawat inap, IGD, pemeriksaan penunjang		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat ketersediaan rekam medis pasien			
5. Berkas RM pasien tersusun sesuai regulasi. (D,O) (lihat juga AP)	D	Bukti tentang berkas rekam medis tersusun sesuai regulasi		10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat susunan berkas rekam medis			

Standar MIRM 13.1

Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan serta meningkatkan kesinambungan asuhan diantara PPA termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati oleh professional pemberi asuhan (PPA), baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembernan pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan serta meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara professional pemberi asuhan (PPA).

Format dan isi rekam medis pasien sesuai standar, yang terintegrasi dan kesinambungan asuhan antar professional pemberi asuhan (PPA) termasuk untuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Elemen Penilaian MIRM 13.1	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA. (R)	R	Regulasi tentang penetapan isi spesifik dari berkas rekam medis	10 - 0	TL - TT
2. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien. (D,O)	D O	Bukti dalam rekam medis pasien tentang identifikasi Lihat berkas rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT
3. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis. (D,O)	D O	Bukti dalam rekam medis pasien tentang informasi yang mendukung diagnosis Lihat rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT

4. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan. (D,O)	D	Bukti dalam rekam medis pasien tentang informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan	10	TL
	O	Lihat rekam medis pasien	5 0	TS TT
5. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan pemberian dan hasil pengobatan. (D,O)	D	Bukti dalam rekam medis pasien tentang pemberian dan hasil pengobatan	10	TL
	O	Lihat rekam medis pasien	5 0	TS TT
6. Aktivitas manajer pelayanan pasien (MPP) dicatat dalam rekam medis. (D,O,W)	D	Bukti dalam rekam medis pasien tentang pencatatan kegiatan MPP	10	TL
	O	Lihat rekam medis pasien	5 0	TS TT
Standar MIRM 13.1.1				
Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan.				
Maksud dan Tujuan MIRM 13.1.1				
Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar unit pelayanan gawat darurat. Informasi ini berlaku bagi semua pasien yang keluar dari rumah sakit maupun yang dipindahkan ke unit lain atau ke unit rawat inap.				
Saat keluar dari gawat darurat diartikan pasien secara fisik keluar meninggalkan unit gawat darurat, dapat pulang kerumah atau dipindahkan ke unit lain atau unit rawat inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. RM juga memuat kesimpulan pada saat asuhan pasien selesai, kondisi pasien saat pindah atau dipulangkan dan instruksi yang diberikan sebagai tindak lanjut pelayanan.				

Elemen Penilaian MIRM 13.1.1	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi tentang RM pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan. (R)	R	Regulasi tentang penetapan rekam medis pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan dalam pedoman rekam medis	10 - 0	TL - TT
2. Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O)		Bukti dalam rekam medis pasien tentang waktu kedatangan dan keluar dari unit pelayanan gawat darurat O Lihat rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT
3. Rekam medis pasien gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O)	D	Bukti dalam rekam medis pasien tentang ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat O Lihat rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT
4. Rekam medis pasien gawat darurat memuat instruksi tindak lanjut asuhan. (D,O)		Bukti dalam rekam medis pasien tentang instruksi tindak lanjut asuhan O Lihat rekam medis pasien	10 5 0	TL TS TT

Standar MIRM 13.2

Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.2

RS menetapkan regulasi untuk mengidentifikasi individu yang berhak memperoleh hak akses dan mengisi (memasukkan catatan) kedalam rekam medis pasien sesuai peraturan perundang-undangan. Hal ini penting untuk menjaga keamanan informasi pasien. Proses yang efektif menentukan :

- 1) individu yang mempunyai hak akses ke informasi dalam RM ,
- 2) Jenis informasi yang dapat diakses,
- 3) kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi;
- 4) proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar.

Rumah sakit menetapkan format dan isi rekam medis yang terstandardisasi guna membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan diantara professional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan pasien, disamping itu ditetapkan juga proses pengisian dan koreksi /pembetulan.

Elemen Penilaian MIRM 13.2	Telusur			Skor	
1. Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi (R)	R	Regulasi tentang penetapan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi		10 - 0	TL - TT
2. Terdapat bukti yang mengisi rekam medis hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis. (D, W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis		10 5 0	TL TS TT
3. Terdapat bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (W,O)	W O	<ul style="list-style-type: none"> • PPA/Staf klinis • Staf unit rekam medis Lihat rekam medis pasien		10 5 0	TL TS TT

Standar MIRM 13.3

Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.3

Terdapat proses untuk menjamin bahwa hanya profesional pemberi asuhan (PPA) yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian ditulis tanggal dan jam, serta identifikasi profesional pemberi asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tandatangan/paraf.

Elemen Penilaian MIRM 13.3	Telusur			Skor	
1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi. (D,O)	D	Bukti dalam rekam medis tentang PPA yang mengisi rekam medis mencantumkan nama dan tanda tangan	10 5 0	TL TS TT	
	O	Lihat rekam medis pasien			
2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. (D,O)	D	Bukti dalam rekam medis tentang tanggal, dan jam pengisian rekam medis	10 5 0	TL TS TT	
	O	Lihat rekam medis pasien			

Standar MIRM 13.4

Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis

Maksud dan Tujuan MIRM 13.4

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.

Review rekam medis berdasarkan sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan.

Proses review melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien.

Review berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review rekam medis. Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan rumah sakit.

Elemen Penilaian MIRM 13.4	Telusur			Skor	
1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan review rekam medis secara berkala. (R)	R	Regulasi tentang: 1) penetapan tim review rekam medis 2) pedoman kerja; dan 3) program kerja		10 - 0	TL - TT
2. Rekam medis pasien direview secara berkala. (D,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan review rekam medis secara berkala		10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review			
3. Review menggunakan sampel yang mewakili. (D,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan perhitungan besar sample		10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review			
4. Fokus review adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis. (D,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan review yang berfokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis		10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review			
5. Proses review termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan. (D, W)	D	Bukti tentang pelaksanaan review isi rekam medis sesuai peraturan perundangan-undangan		10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review			
6. Proses review termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang. (D, W)	D	Bukti tentang pelaksanaan review meliputi rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang		10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review			
7. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Direktur rumah sakit. (D,W)	D	1) Bukti laporan tentang hasil review 2) Bukti tentang pengiriman laporan review ke direktur rumah sakit • Direktur/pimpinan RS • Ketua/anggota tim review		10 5 0	TL TS TT
	W				

Standar MIRM 14 Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga				
Maksud dan Tujuan MIRM 14				
Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi dan secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara berbagi data dan kerahasiaannya diatur, termasuk data yang dapat di akses oleh pasien. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset dan lainnya).				
Elemen Penilaian MIRM 14		Telusur	Skor	
1. Terdapat regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasarkan peraturan perundang-undangan. (R)	R	Regulasi tentang: 1) pengaturan privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien, dan 2) hak akses pasien terhadap isi rekam medis	10 - 0	TL - TT
2. Terdapat bukti regulasi dilaksanakan. (D, W)	D W	Bukti tersedianya dokumen/form permintaan isi rekam medis berupa ringkasan rekam medis • Kepala/staf unit rekam medis • Pasien/keluarga	10 - 0	TL - TT
3. Kepatuhan pelaksanaan regulasi dimonitor. (D,W)	D W	Bukti tentang evaluasi pelaksanaan kepatuhan terhadap regulasi • Kepala/staf unit rekam medis • PPA/staf klinis	10 5 0	TL TS TT
Standar MIRM 15				
Ringkasan pasien pulang (<i>discharge summary</i>) dibuat untuk semua pasien rawat inap.				
Maksud dan Tujuan MIRM 15				
Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal dirumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggungjawab memberikan tindak lanjut asuhan.				
Ringkasan memuat hal : 1) Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lainnya; 2) temuan fisik penting dan temuan temuan lain; 3) tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan; 4) obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah; 5) kondisi pasien (<i>status present</i>); 6) ringkasan memuat instruksi tindak lanjut; 7) ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga				

Elemen Penilaian MIRM 15	Telusur			Skor	
1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik (lihat juga ARK 4.2 EP 1). (D,W)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, pemeriksaan diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis 	10	TL
	W			- 0	- TT
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain (lihat juga ARK 4.2 EP 2). (D,W)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis 	10	TL
	W			5 0	TS TT
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (lihat juga ARK 4.2 EP 3). (D,W)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat tindakan diagnostik dan prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis 	10	TL
	W			5 0	TS TT
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit (lihat juga ARK 4.2 EP 4). (D,W)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis 	10	TL
	W			5 0	TS TT
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (<i>status present</i>) saat akan pulang rumah sakit (lihat juga ARK 4.2 EP 5). (D,W)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (<i>status present</i>) saat akan pulang rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis 	10	TL
	W			5 0	TS TT

6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditanda tangani oleh pasien dan keluarga (lihat juga ARK 4.2 EP 6). (D,W)	D W	Bukti form ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditanda tangan oleh pasien dan keluarga <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf unit rekam medis • Pasien/keluarga 	10 5 0	TL TS TT
--	--------	---	--------------	----------------