

**PERATURAN DIREKTUR (PERDIR) MANAJEMEN  
REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN  
(MRMIK)**



**Dharma  
Nugraha  
Hospital**  
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
TAHUN 2023**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
NOMOR 022/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

**TENTANG**

**MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN  
(MRMIK )  
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,**

- Menimbang : a. bahwa Setiap rumah sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran ( outcome ) bagi pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum;
- b. bahwa dalam melakukan proses manajemen informasi, rumah sakit digunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya rumah sakit. Proses manajemen informasi mencakup Misi rumah sakit, layanan yang diberikan, sumberdaya, akses ke teknologi informasi kesehatan dan dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar PPA;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu adanya Peraturan Direktur dalam tentang Manajemen Rekam Medis dan informasi Kesehatan ( MRMIK ) di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran.
2. Undang- Undang RI No. 14 tahun 2008 tentang Informasi Publik
3. Undang -Undang No. RI 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
4. Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/II/2008 tentang Rekam Medis
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang tindakan kedokteran
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IV/2011 tentang Standar Pelayanan Kedokteran

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.92 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
13. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN (MRMIK) DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA.

## **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

##### **Definisi**

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Rekam medis adalah merupakan kopendium( ikhtiar) yang berisi informasi tentang keadaan pasien selama perawatan atau selama pemeliharaan kesehatan.
2. Berkas Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
3. Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.
4. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.

5. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi dan /atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman baik berupa foto Rekam Medis, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.
6. Dokumentasi rekam medis, temuan pada asesmen dicatat dalam rekam medis, asesmen medis dan keperawatan dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien dirawat, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) harus tercantum di rekam medis.
7. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
9. 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.
10. 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

## **Pasal 2**

### **Gambaran umum**

Setiap rumah sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi

untuk meningkatkan luaran ( *outcome* ) bagi pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum.

- (1) Dalam melakukan proses manajemen informasi, rumah sakit digunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya rumah sakit mencakup:
  - a. Misi rumah sakit,
  - b. Layanan yang diberikan,
  - c. Sumber daya,
  - d. Akses ke teknologi informasi kesehatan, dan
  - e. Dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar Professional Pemberi Asuhan (PPA).
- (2) Untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, rumah sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit.
- (3) Pelaksanaan asuhan pasien di rumah sakit adalah suatu usaha proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi.
  - a. Komunikasi dilakukan antara rumah sakit dengan pasien dan keluarga,
  - b. antar Professional Pemberi Asuhan (PPA),
  - c. serta komunitas di wilayah rumah sakit.
- (4) Untuk menghindarkan terjadinya salah dalam berkomunikasi rumah sakit membuat standar penggunaan singkatan, symbol, dan kode serta tulisan yang dapat terbaca untuk menghindarkan kesalahan dan berakibat pada keselamatan pasien.
- (5) Rumah sakit mengembangkan pengelolaan informasi secara lebih efektif antara lain:
  - a. Mengidentifikasi kebutuhan informasi dan teknologi informasi;
  - b. Mengembangkan sistem informasi manajemen;

- c. Menetapkan jenis informasi dan cara memperoleh data yang diperlukan;
  - d. Menganalisis data dan mengubahnya menjadi informasi;
  - e. Menyebarkan dan melaporkan data serta informasi;
  - f. Melindungi kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi;
  - g. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja.
- (6) Rumah sakit melakukan penerapan, pemantauan dan evaluasi secara berkala dan melakukan upaya perbaikan untuk pemenuhan informasi internal maupun eksternal untuk mendukung asuhan pasien, pelayanan dan keselamatan pasien.
- (7) Rumah sakit mengembangkan system komputerisasi dan teknologi lainnya untuk meningkatkan efisiensi, prinsip teknologi informasi yang baik harus diterapkan untuk seluruh metode dokumentasi. Standar ini dirancang untuk digunakan pada sistem informasi berbasis kertas serta elektronik.
- (8) Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting dalam komunikasi antar PPA, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti:
- a. hasil pengkajian,
  - b. rencana dan pelaksanaan asuhan,
  - c. pengobatan,
  - d. catatan perkembangan pasien terintegrasi,
  - e. serta ringkasan pasien pulang yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
- (9) Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit dan melaksanakan rencana asuhan dari PPA,
- (10) Dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi

penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

- (11) Dalam pemberian pelayanan kepada pasien, teknologi informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi dan keamanan dalam proses komunikasi dan informasi.
- (12) Standar Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ini berfokus pada:
  - a. Manajemen informasi
  - b. Pengelolaan dokumen
  - c. Rekam medis pasien
  - d. Teknologi informasi kesehatan (TIK)
- (13) Rumah sakit mendukung program penelitian, riset dan atau pendidikan dengan memfasilitasi data dan informasi yang mendukung asuhan pasien tepat waktu dari sumber data terkini antara lain perpustakaan dll

## **BAB II**

### **Kompetensi pimpinan dan staf rumah sakit**

#### **Pasal 3**

- (1) Seluruh komponen dalam rumah sakit termasuk pimpinan rumah sakit, PPA, kepala unit klinis / non klinis dan staf akan mengumpulkan dan menganalisis, serta menggunakan data dan informasi.
- (2) Pelatihan dilatih tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi agar dapat berpartisipasi secara efektif, pelatihan berfokus pada ;
  - a. penggunaan sistem informasi, seperti sistem rekam medis elektronik, untuk melaksanakan tanggung jawab pekerjaan mereka secara efektif dan menyelenggarakan perawatan secara efisien dan aman;
  - b. Pemahaman terhadap kebijakan dan prosedur untuk memastikan keamanan dan kerahasiaan data dan informasi;

- c. Pemahaman dan penerapan strategi untuk pengelolaan data, informasi, dan dokumentasi selama waktu henti (downtime ) yang direncanakan dan tidak terencana;
  - d. Penggunaan data dan informasi untuk membantu pengambilan keputusan;
  - e. Komunikasi yang mendukung partisipasi pasien dan keluarga dalam proses perawatan; dan
  - f. Pemantauan dan evaluasi untuk mengkaji dan meningkatkan proses kerja serta perawatan.
- (3) Seluruh staf rumah sakit dilatih sesuai dengan tanggung jawab, uraian tugas serta kebutuhan data dan informasi.
  - (4) Rumah sakit memfasilitasi Informasi termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (online), dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

### **BAB III**

#### **Pengelolaan Rekam Medis**

##### **Pasal 4**

- (1) Rumah sakit yang menggunakan sistem rekam medis elektronik harus memastikan bahwa staf yang dapat mengakses, meninjau, dan/atau mendokumentasikan dalam rekam medis pasien telah mendapatkan edukasi untuk menggunakan sistem secara efektif dan efisien, PPA, peneliti, pendidik, kepala unit klinis / non klinis sering kali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab sehingga harus diawasi betul penggunaannya.
- (2) Proses manajemen informasi memungkinkan penggabungan informasi dari berbagai sumber dan menyusun laporan untuk menunjang pengambilan keputusan. Secara khusus, kombinasi informasi klinis dan non klinis membantu pimpinan



- departemen/pelayanan untuk menyusun rencana secara kolaboratif.
- (3) Proses manajemen informasi mendukung para pimpinan departemen/pelayanan dengan data perbandingan dan data longitudinal terintegrasi.
- (4) Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi, integritas data dan informasi melalui proses untuk mengelola dan mengontrol akses.
- (5) Proses pemberian otorisasi yang efektif harus mendefinisikan:
- a. siapa yang memiliki akses terhadap data dan informasi, termasuk rekam medis pasien;
  - b. informasi mana yang dapat diakses oleh staf tertentu ( dan tingkat aksesnya );
  - c. proses untuk memberikan hak akses kepada staf yang berwenang;
  - d. kewajiban staf untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi;
  - e. proses untuk menjaga integritas data (keakuratan, konsistensi, dan kelengkapannya ); dan
  - f. proses yang dilakukan apabila terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan, keamanan, atau pun integritas data.
- (6) Rumah sakit menerapkan proses pemberian akses kepada staf yang berwenang untuk mengakses data dan informasi, termasuk entry ke dalam rekam medis pasien
- (7) Rumah sakit dengan sistem informasi elektronik, pemantauan terhadap data dan informasi pasien melalui audit keamanan terhadap penggunaan akses dapat membantu melindungi kerahasiaan dan keamanan
- (8) Rumah sakit memantau kepatuhan terhadap proses ini dan mengambil tindakan ketika terjadi pelanggaran terhadap

kerahasiaan, keamanan, atau integritas data.

- (9) Rumah sakit menerapkan proses untuk secara proaktif memantau catatan penggunaan akses, pemantauan keamanan dilakukan secara rutin sesuai ketentuan rumah sakit untuk mengidentifikasi kerentanan sistem dan pelanggaran terhadap kebijakan kerahasiaan dan keamanan, mengidentifikasi pengguna sistem yang telah mengubah, mengedit, atau menghapus informasi dan melacak perubahan yang dibuat pada rekam medis elektronik.
- (10) Hasil proses pemantauan tersebut dapat digunakan untuk melakukan validasi apakah penggunaan akses dan otorisasi telah diterapkan dengan tepat.
- (11) Pemantauan keamanan juga efektif dalam mengidentifikasi kerentanan dalam keamanan, seperti adanya akses pengguna yang perlu diperbarui atau dihapus karena perubahan atau pergantian staf.
- (12) Saat menggunakan rekam medis elektronik, langkah-langkah keamanan tambahan untuk masuk/login ke dalam sistem harus diterapkan, proses untuk memastikan bahwa staf mengakses sistem (login) menggunakan kredensial unik yang diberikan hanya untuk mereka dan kredensial tersebut tidak dipakai bersama orang lain.
- (13) Rumah sakit memastikan bahwa seluruh data dan informasi rekam medis berbentuk cetak atau elektronik dilindungi:
  - a. dari kehilangan,
  - b. pencurian,
  - c. gangguan,
  - d. kerusakan, dan
  - e. penghancuran yang tidak diinginkan.
  - f. Akses yang tidak berwenang.
- (14) langkah-langkah dan strategi keamanan termasuk, tetapi tidak

terbatas pada, berikut ini:

- a. Memastikan perangkat lunak keamanan dan pembaruan sistem sudah menggunakan versi terkini dan terbaru
  - b. Melakukan enkripsi data, terutama untuk data yang disimpan dalam bentuk digital
  - c. Melindungi data dan informasi melalui strategi cadangan (back up) seperti penyimpanan di luar lokasi dan/atau layanan pencadangan cloud
  - d. Menyimpan dokumen fisik rekam medis di lokasi yang tidak terkena panas serta aman dari air dan api
  - e. Menyimpan dokumen rekam medis aktif di area yang hanya dapat diakses oleh staf yang berwenang.
  - f. Memastikan bahwa ruang server dan ruang untuk penyimpanan dokumen fisik rekam medis lainnya aman dan hanya dapat diakses oleh staf yang berwenang
  - g. Memastikan bahwa ruang server dan ruang untuk penyimpanan rekam medis fisik memiliki suhu dan tingkat kelembaban yang tepat.
- (15) Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi dan melakukan tindakan perbaikan untuk meningkatkan keamanan data dan informasi.

## **BAB IV**

### **Pengelolaan dokumen**

#### **Pasal 5**

- (1) Rumah Sakit menerapkan proses pengelolaan dokumen, termasuk kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kerja secara konsisten dan seragam.
- (2) Rumah sakit membuat pedoman tata naskah yang diberlakukan di rumah sakit mencakup beberapa komponen kunci antara lain;
  - a. Peninjauan dan persetujuan semua dokumen oleh pihak yang

berwenang sebelum diterbitkan

- b. Proses dan frekuensi peninjauan dokumen serta persetujuan berkelanjutan
- c. Pengendalian untuk memastikan bahwa hanya dokumen versi terbaru/terkini dan relevan yang tersedia
- d. Bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam dokumen
- e. Pemeliharaan identitas dan keterbacaan dokumen
- f. Proses pengelolaan dokumen yang berasal dari luar rumah sakit
- g. Penyimpanan dokumen lama yang sudah tidak terpakai (obsolete) setidaknya selama waktu yang ditentukan oleh peraturan perundangan, sekaligus memastikan bahwa dokumen tersebut tidak akan salah digunakan
- h. Identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar (misalnya, diidentifikasi berdasarkan judul, tanggal terbit, edisi dan/atau tanggal revisi terbaru, jumlah halaman, dan nama orang yang mensahkan pada saat penerbitan dan revisi dan/atau meninjau dokumen tersebut)

(3) Dokumen internal rumah sakit terdiri dari regulasi dan dokumen pelaksanaan. Terdapat beberapa tingkat dokumen internal, yaitu :

- a. dokumen tingkat pemilik/korporasi;
- b. dokumen tingkat rumah sakit; dan
- c. dokumen tingkat unit (klinis dan non klinis), mencakup:
  - i. Kebijakan di tingkat unit (klinis dan non klinis)
  - ii. Pedoman pengorganisasian
  - iii. Pedoman pelayanan/penyelenggaraan
  - iv. Standar Operasional Prosedur (SOP)
  - v. Program kerja unit (tahunan)

(4) Rumah sakit menerapkan format yang seragam untuk semua dokumen sejenis sesuai ketentuan rumah sakit

## **Data dan informasi dari dalam dan luar rumah sakit**

### **Pasal 6**

- (1) Penyebaran data dan informasi untuk memenuhi kebutuhan pihak di dalam dan di luar rumah sakit merupakan aspek penting dari manajemen informasi.
- (2) Rumah sakit menetapkan mekanisme untuk melakukan penyebaran data secara internal dan eksternal. Mekanisme tersebut mengatur agar data yang diberikan tepat waktu dan menggunakan format yang ditetapkan.
- (3) Penyebaran data dan informasi secara internal dapat dilakukan antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang merawat pasien, termasuk dokter, perawat, dietisien, apoteker, dan staf klinis lainnya yang memerlukan akses ke informasi terbaru dan semua bagian dari rekam medis pasien.
- (4) Penyebaran data informasi eksternal, rumah sakit dapat memberikan data dan informasi kepada: Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan, tenaga kesehatan (seperti dokter perawatan primer pasien di komunitas), layanan dan organisasi kesehatan luar (seperti laboratorium luar atau rumah sakit rujukan), dan individu (seperti pasien yang meminta rekam medis mereka setelah keluar dari rumah sakit).
- (5) Penyebaran informasi untuk memenuhi harapan pengguna meliputi beberapa hal di bawah ini namun tidak terbatas pada :
  - a. Pelaporan dan pembaharuan data rumah sakit yang terdapat di aplikasi RS Online Kementerian Kesehatan;
  - b. Data kunjungan rumah sakit, data pelayanan rumah sakit seperti pelayanan laboratorium dan radiologi, data indikator layanan rumah sakit, morbiditas, mortalitas dan sepuluh besar penyakit di rawat jalan dan rawat inap dengan

menggunakan kode diagnosis ICD 10 pada aplikasi SIRS Online Kementerian Kesehatan;

- c. Memberikan data dan informasi spesifik yang diminta/dibutuhkan;
- d. Menyediakan laporan dengan frekuensi yang dibutuhkan oleh staf atau rumah sakit;
- e. Menyediakan data dan informasi dalam format yang memudahkan penggunaannya;
- f. Menghubungkan sumber data dan informasi; dan
- g. Menginterpretasi atau mengklarifikasi data.

## **BAB V**

### **Unit Rekam medis pasien**

#### **Pasal 7**

- (1) Rumah sakit menetapkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang undangan.
- (2) Ada unit/ instalasi yang mengelola penyelenggaraan rekam medis ada staf yang kompeten pengelola dan mempunyai uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab.
- (3) Rumah sakit mempunyai pedoman pengorganisasian pedoman pelayanan/ penyelenggaraan rekam medis, dan melakukan program kerja tahunan.
- (4) Penyelenggaraan rekam medis dilakukan sejak pasien masuk sampai dengan pasien pulang, dirujuk atau meninggal.
- (5) Rekam medis pasien dipelihara keamanan dan kerahasiaan informasinya baik elektronik maupun kertas.
- (6) Rumah sakit menetapkan dan memberlakukan berkas rekam medis yang terstandar dalam format dan selalu diperbaharui( terkini) serta pengisiannya sesuai dengan ketentuan rumah sakit , ada juknis pengisian rekam medis.
- (7) Rumah sakit membuat data base rekam medis serta juknisnya.

- (8) Rekam medis pasien menggunakan nomer tunggal/ tidak dapat digunakan pasien lain sesuai dengan ketentuan rumah sakit.

### **Informasi pada rekam medis**

#### **Pasal 8**

- (1) Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk:
- Mengidentifikasi pasien;
  - Mendukung diagnosis;
  - Justifikasi/dasar pemberian pengobatan;
  - Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan hasil pengobatan;
  - Memuat ringkasan pasien pulang (discharge summary); dan
  - Meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
- (2) Rumah sakit memastikan bahwa setiap catatan dalam rekam medis dapat diidentifikasi dengan tepat, dimana setiap pengisian rekam medis ditulis tanggal, jam, serta identitas Profesional Pemberi Asuhan ( PPA ) berupa nama jelas dan tanda tangan/paraf.
- (3) Rumah sakit menetapkan proses pembenaran/koreksi terhadap kesalahan penulisan catatan dalam rekam medis yaitu dicoret dan diberikan paraf baik secara elektronik maupun dengan kertas
- (4) Selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis, serta kelengkapan rekam medis.

### **Kode, diagnosis, kode prosedur, symbol dan singkatan**

#### **Pasal 9**

- (1) Rumah Sakit menyusun, menetapkan dan menerapkan daftar atau penggunaan kode, symbol, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan di rumah sakit.

- (2) Kode diagnosis dan tindakan menggunakan ICD-10 untuk kode penyakit dan kode ICD -9 CM untuk tindakan

**Keamanan dan kerahasiaan dan kepemilikan serta privasi pasien**

**Pasal 10**

- (1) Rekam medis adalah pusat informasi yang digunakan untuk tujuan klinis, penelitian, bukti hukum, administrasi, dan keuangan, sehingga harus dibatasi aksesibilitasnya, pimpinan rumah sakit bertanggungjawab atas kehilangan, kerusakan pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis baik elektronik maupun kertas..
- (2) Rekam medis, baik kertas atau elektronik, adalah :
- a. alat komunikasi yang mendukung pengambilan keputusan klinis,
  - b. koordinasi pelayanan,
  - c. evaluasi mutu dan
  - d. ketepatan perawatan,
  - e. penelitian,
  - f. perlindungan hukum,
  - g. pendidikan, dan
  - h. akreditasi serta proses manajemen
- (3) Rumah sakit menentukan otoritas pengisian rekam medis pasien termasuk isi dan format rekam medis.
- (4) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis adalah:
- a. Profesional pemberi asuhan yang telah mendapat kewenangan terhadap pasien terkait;
  - b. Staf klinis pemberi asuhan terhadap pasien terkait;
  - c. Staf rekam medis sesuai penugasannya;
  - d. Direktur dan atau jajaran manajemen sesuai kebutuhan;
  - e. Komite Medis / Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
  - f. Komite Keperawatan / Subkomite terkait sesuai kebutuhan;



- g. Tim review rekam medis;
  - h. Tenaga kesehatan atau peserta didik yang telah mendapat ijin Direktur / Kepala Rumah Sakit.
- (5) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis dan berhak menulis / mengisi rekam medis adalah staf klinis terhadap pasien terkait.
  - (6) Jenis informasi yang dapat diakses seluruh yang ada di BRM pasien sesuai dengan kebutuhan
  - (7) Seluruh PPA wajib menjaga kerahasiaan informasi pasien / tidak membicarakan atau menginformasikan kepada pihak luar kecuali diminta/ sesuai ketentuan
  - (8) Jika SDM RS/ PPA melanggar kerahasiaan informasi pasien maka akan dilakukan proses lebih lanjut.
  - (9) Rumah sakit menentukan hak akses pelepasan informasi rekam medis

### **Lama penyimpanan rekam medis**

#### **Pasal 11**

- (1) Rumah sakit menentukan jangka waktu penyimpanan rekam medis (kertas/elektronik), data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian.
- (2) Rumah sakit bertanggungjawab terhadap keamanan dan kerahasiaan data rekam medis selama proses penyimpanan sampai dengan pemusnahan. Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah.
- (3) Unit rekam medis menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar rekam medis agar mudah dicari kembali professional pemberi asuhan dan staf klinis yang terkait.
- (4) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung

dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.

- (5) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- (6) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- (5) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- (6) Bila jangka waktu penyimpanan sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait pasien dimusnahkan dengan prosedur yang tidak membahayakan keamanan dan kerahasiaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (7) Rumah sakit menetapkan dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang memiliki nilai guna untuk disimpan abadi (permanen).
  - a. Surat kematian
  - b. Informed consent/ persetujuan tindakan
  - c. Tindakan transpalantasi organ / rekonstruksi

### **Evaluasi dan pengkajian Rekam Medis**

#### **Pasal 12**

- (1) Rumah sakit membentuk komite/ tim rekam medis untuk melakukan Proses pengkajian melibatkan tenaga medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien.
- (2) Komite/ Tim Rekam medis membuat pedoman kerja tim review rekam medis serta program kerja dan evaluasinya.
- (3) Rumah sakit berkala setiap tahun secara teratur melakukan evaluasi atau pengkajian rekam medis terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis.
- (4) Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala. Pengkajian rekam medis berdasarkan sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan.

- (5) Pengkajian berfokus pada:
  - a. Ketepatan waktu
  - b. Kelengkapan
  - c. Keterbacaan
  - d. Keabsahan dan
  - e. ketentuan lainnya seperti informasi klinis yang ditetapkan rumah sakit.
  - f. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan perundangan dimasukkan dalam proses evaluasi rekam medis.
- (6) Pengkajian rekam medis di rumah sakit tersebut dilakukan terhadap rekam medis pasien yang sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang.
- (7) Hasil pengkajian dilaporkan secara berkala kepada pimpinan rumah sakit dan selanjutnya dibuat upaya perbaikan.

## **BAB V**

### **Tehnologi Informasi di pelayanan kesehatan.**

#### **Pasal 13**

- (1) Ada unit pengelola SIMRS dan ada penanggung jawab unit SIMRS
- (2) Rumah sakit menerapkan sistem teknologi informasi pelayanan Kesehatan untuk mengelola data dan informasi klinis serta non klinis sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Ada pedoman penyelenggara SIMRS, Pedoman pengorganisasin SIMRS dan program kerja serta evaluasinya.
- (4) Rumah sakit telah menerapkan sesuai dengan ketentuan rumah sakit dan mngacu pada peraturan perundangan.
- (5) Bukti data klinis dan non klinis diintegrasikan untuk pengambilan keputusan direktur/ pimpinan.
- (6) Rumah sakit telah melakukan penilaian efektifitas system rekam medis elektronik.

**Pengembangan pemeliharaan dan menguji program untuk mengatasi waktu henti ( downtime)**

---

#### **Pasal 14**

- (1) Rumah sakit mengembangkan, memelihara, dan menguji program untuk mengatasi waktu henti (downtime) dari sistem data, baik yang terencana maupun yang tidak terencana dan aman dan bermutu tinggi dalam memberikan perawatan/ pelayanan
- (2) Rumah sakit melakukan uji coba untuk waktu henti ( downtime) agar jika terjadi tidak ada tarubel / hambatan berdampak pada keselamatan pasien dan keselamatan rumah sakit.
- (3) Rumah sakit menerapkan prosedur jika terjadi waktu henti( downtime) untuk mengatasi masalah pelayanan.
- (4) Rumah sakit melakukan pelatihan untuk mengatasi jika terjadi henti waktu( downtime)
- (5) Rumah sakit melakukan evaluasi paska terjadinya henti waktu system ( down time)

#### **BAB VI**

#### **PENGELOLAAN SIMRS**

#### **Pasal 15**

- (1) Rumah Sakit Dharma Nugraha menyelenggarakan SIMRS
- (2) SIMRS yang diselenggarakan di Rumah Sakit Dharma Nugraha menggunakan aplikasi yang dibuat oleh Rumah Sakit dengan bahasa pemrograman *visual basic*.
- (3) Aplikasi SIMRS yang disediakan oleh secara terbuka (*Open Source*) dan terintergrasi dengan instansi pemerintah adalah
  - a. SINARS (Pelaporan mutu nasional dan IKP)
  - b. E-Klaim
  - c. V-Klaim
  - d. Sistrute
  - e. SIRS 6
  - f. Aplikasi Survalains PPI
  - g. SITT dinas

- (4) Pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan SIMRS harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang meliputi:
- Kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan pelayanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional;
  - Kecepatan pengambilan keputusan, akurasi dan kecepatan identifikasi masalah dan kemudahan dalam penyusunan strategi dalam pelaksanaan manajerial dan
  - Budaya kerja, transparansi, koordinasi antar unit, pemahaman sistem dan pengurangan biaya administrasi dalam pelaksanaan organisasi.
  - SIMRS harus dapat diintegrasikan dengan program Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

#### **Unit kerja pengelola SIMRS**

##### **Pasal 16**

- Rumah Sakit memiliki unit kerja yang mengelola SIMRS, yaitu Unit TI yang memiliki sumber daya manusia. Terdiri dari kepala unit TI serta staf dengan kualifikasi analisis sistem, *programmer*, *hardware*, dan pemeliharaan jaringan yang melakukan koordinasi dan integrasi seluruh pelayanan terkait SIMRS.
- Dalam melakukan koordinasi dan integrasi seluruh pelayanan terkait SIMRS, Rumah Sakit membentuk TIM SIMRS yang diketuai oleh dokter pelayanan medis dengan anggota seluruh bidang/bagian di Rumah Sakit.
- Sumber Daya Manusia dalam penyelenggaraan SIMRS memiliki kompetensi dan sudah terlatih.

#### **Sistem Pendaftaran**

##### **Pasal 17**

- (1) Rumah Sakit Memiliki Pendaftaran Rawat Jalan berbasis SIMRS, dengan menggunakan IG, APM (Anjungan Pendaftaran Mandiri), V-Klaim (Pendaftaran Pasien BPJS)
- (2) Rumah Sakit memiliki Pengelolaan SIRANAP (Sistem Informasi Rawat Inap). Pendaftaran Rawat Inap berbasis SIMRS, antara lain.
  - a. Modul Pendaftaran Rawat Inap
  - b. Aplicare, digunakan untuk melihat ketersediaan kamar
  - c. V-Klaim, digunakan untuk melihat kepesertaan pasien dengan jaminan JKN
  - d. *Bridging* SIMRS dengan SIRANAP sesuai dengan *website* [yankes.kemkes.go.id](http://yankes.kemkes.go.id)

### **Arsitektur SIMRS**

#### **Pasal 18**

- (1). Arsitektur SIMRS paling sedikit terdiri atas:
  - a. kegiatan pelayanan utama (*front office*);
  - b. kegiatan administratif (*back office*); dan
  - c. komunikasi dan kolaborasi
- (2). Kegiatan pelayanan utama (*Front Office*) meliputi:
  - a. Proses pendaftaran rawat jalan dan rawat inap
  - b. Proses rawat digunakan proses rawat dan pulang
  - c. Proses mendapat layanan dan tindakan dari instalasi/ unit seperti farmasi, laboratorium, radiologi, gizi, bedah, invasive, diagnostik non invasiv dan lainnya.
  - d. Proses mendapatkan order/pesanan dari dokter misalnya berupa resep untuk farmasi, formulir lab dan sejenisnya dan perawat.
  - e. Pendaftaran dan penjadwalan tindakan yang dilakukan mulai dari poliklinik/gawat darurat sampai ke kamar operasi
  - f. Sumber untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pelayanan kesehatan
  - g. Informasi tentang Indonesia Casemix Base Group's (INA-

CBG's);

- (3) Kegiatan pelayanan administratif (*Back-Office*) meliputi: Perencanaan, Pembelian/ pengadaan, Pemeliharaan stok/ inventori, Pengelolaan asset, Pengelolaan SDM dan Pengelolaan uang (hutang, piutang, kas, buku besar dan lainnya)
- (4) Rumah Sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang digunakan selama asuhan pasien dalam pengelolaan yang aman dan efektif meliputi perencanaan dan menggabungkan masukan berbagai sumber meliputi:
  - a. Seluruh PPA (Profesional Pemberi Asuhan) dan dukungan komunikasi efektif diantara pemberi pelayanan.
  - b. Para pimpinan/manajer dan kepala pelayanan kepala urusan di Rumah Sakit
  - c. Pihak luar Rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit
  - d. Rumah sakit dalam perencanaan memasukkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai

Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber mempengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit sesuai ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, SDM yang memberikan pelayanan langsung disetiap instalasi dan pelayanan rumah sakit.

## **Pengelolaan Data dan Informasi Rumah Sakit**

### **Pasal 19**

- (1) Data serta informasi klinis dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan
- (2) Kumpulan data terdiri dari amutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilans infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen resiko,

- untuk dapat membantu rumah sakit mengetahui kinerja dan mengidentifikasi untuk peningkatan dan perbaikan.
- (3) Penyampaian data dan informasi disampaikan tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang di kehendaki.
  - (4) Data dan informasi mendukung asuhan pasien dan manajemen.

### **Keamanan SIMRS**

#### **Pasal 20**

- (1) SIMRS yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit harus memenuhi 3 (tiga) unsur yang meliputi :
  - a. Keamanan secara fisik,
  - b. Jaringan, dan
  - c. Sistem aplikasi.
- (2) Infrastruktur sistem dan keamanan SIMRS RS. Dharma Nugraha menggunakan:
  - a. antivirus (karpersky, smadav, avast)
  - b. *backup* data harian, mingguan dan bulanan (cronjob, filezilla, FTP)
- (3) Kebutuhan infrastruktur jaringan komputer mendukung pelayanan Rumah Sakit, maka infrastruktur jaringan komunikasi data yang disyaratkan adalah:
  - a. Meningkatkan unjuk kerja dan memudahkan untuk melakukan manajemen lalu lintas data pada jaringan komputer, seperti utilisasi, segmentasi jaringan, dan security.
  - b. Membatasi jaringan, duplikasi IP address dan segmentasi jaringan menggunakan VLAN (virtual LAN) untuk setiap gedung dan atau lantai.
  - c. Memanfaatkan peralatan aktif yang ada, baik untuk melengkapi kekurangan sumber daya maupun sebagai backup.



## **Manfaat data dan informasi rumah sakit**

### **Pasal 21**

- (1) Sistem Manajemen Data dan Informasi Rumah Sakit menyiapkan kumpulan data dan menentukan data dan informasi yang secara rutin (regular) dikumpulkan sesuai kebutuhan manajemen rumah sakit tentang kegiatan peningkatan kinerja Rumah Sakit, untuk mendapatkan gambaran atau profil rumah sakit selama kurun waktu setiap triwulan, untuk membandingkan kinerja rumah sakit /serta badan/ pihak lain diluar rumah sakit, kumpulan data akan dapat mengetahui kinerja terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan data antara lain:
  - a. Data mutu dan insiden keselamatan pasien
  - b. Data surveilens infeksi
  - c. Data kecelakaan kerja
  - d. Data pola kuman dan resistensi antibiotic
  - e. Data INM , Data IMP RS , Data IMP
- (2) Kumpulan data dan informasi dianalisis dan akan menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit dan dapat memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu, membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain dan berguna untuk upaya peningkatan kinerja rumah sakit/ manajemen data (pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, dan publikasi internal dan eksternal). Kumpulan data meliputi:
  - a. Data mutu dan insiden keselamatan pasien
  - b. *Surveillance* infeksi
  - c. Data kecelakaan kerja
  - d. Manajemen risiko
  - e. Sistem manajemen utilitas
  - f. Pencegahan dan pengendalian infeksi

- g. Tinjauan pemanfaatan / utilitas dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.
- h. Data dianalisis dan dijadikan informasi untuk mendukung program manajemen mutu
- i. Hasil analisis dijadikan informasi untuk mendukung pendidikan dan penelitian

### **Ketentuan penyampaian data dan informasi**

#### **Pasal 22**

- (1) Rumah Sakit Dharma Nugraha mengatur penyampaian data dan informasi secara tepat waktu sesuai dengan format dan metode penyebarluasan (diseminasi) data dan informasi memenuhi harapan, strategi penyebarluasan (diseminasi), meliputi :
  - a. Memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna;
  - b. Membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan;
  - c. Memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna/ tiap triwulan
  - d. Mengaitkan sumber data dan informasi.
  - e. Memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.
  - f. Rumah Sakit menetapkan staf memiliki akses ke data dan informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan tanggung jawab pekerjaan sesuai dengan bidang/bagian.
- (2) SIMRS di RS Dharma Nugraha memiliki kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) dengan:
  - a. Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), secara internal dilaksanakan untuk memperoleh informasi yang diperlukan manajerial yang diperlukan untuk mengambil langkah-langkah strategis terkait *bussiness proses* rumah sakit contoh laporan profit margin, laporan penjualan obat. Laporan eksternal adalah bentuk pelaporan pelayanan rumah sakit terhadap pemerintah contoh pelaporan RL 2 A dan RL 2 B, INACBG's, SEP BPJS.
  - b. Aplikasi lain yang dikembangkan oleh Pemerintah.

- c. Sistem informasi manajemen fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

### **Fasilitas untuk informasi data terkini**

#### **Pasal 23**

- (1) Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini/ literatur ilmiah dan manajemen untuk mendukung asuhan pasien untuk mendukung PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang/ bagian, kepala instalasi sesuai dengan kebutuhannya akan informasi untuk membantu dalam pelaksanaan tanggungjawab.
- (2) Yang termasuk dalam sumber informasi adalah:
  - a. Panduan praktik klinis
  - b. Hasil/ temuan penelitian
  - c. Metode pendidikan/diklat
  - d. Materi cetakan di perpustakaan,
  - e. Sumber pencarian *on-line*
  - f. Materi pribadi
  - g. Materi terkini dibatasi pada masa terbit 5 ( lima ) tahun terakhir
  - h. Rumah Sakit menyediakan fasilitas internet untuk kebutuhan informasi perkantoran jam kerja, unit pelayanan tertentu 24 jam (ICU, OK, VK, IGD).
- (3) Rumah Sakit dapat mengembangkan SIMRS dengan menambahkan arsitektur pendukung yang berupa:
  - a. Sistem Manajemen Dokumen (*Document Management System*)
  - b. Sistem Antar Muka Peralatan Klinik, serta Data Warehouse dan *Bussines Intelligence*.
- (4) Rumah Sakit Dharma Nugraha melaksanakan pengelolaan data secara keseluruhan proses awal pasien Rawat Inap rumah sakit sampai dengan sistem pelaporan antara lain:
  - a. Registrasi/pendaftaran pasien melalui telepon, datang langsung, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap
  - b. Pembayaran pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap baik pribadi, asuransi, jaminan perusahaan, JKN/BPJS.
  - c. Data informasi rawat inap (Anak, Obsgyn, Bedah, Penyakit Dalam dan lain-lain).
  - d. Data informasi penunjang medis (Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Rehab Medik & KTK).

- e. Data informasi Kamar Bersalin dan Kamar Operasi
- f. Data informasi Poliklinik (Spesialis dan Sub Spesialis) dan Instalasi Gawat Darurat.
- g. Data Informasi klinik khusus
- h. Data informasi administrasi dan lain-lain

### **Pembinaan dan Pengawasan SIMRS**

#### **Pasal 24**

- (1) Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha yang menyelenggarakan urusan dibidang Bina Upaya Kesehatan, melalui Tim SIMRS dan bagian Diklat melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan SIMRS sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk:
  - a. meningkatkan mutu penyelenggaraan SIMRS; dan
  - b. mengembangkan penyelenggaraan SIMRS.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi dan sosialisasi;
  - b. pendidikan dan pelatihan;
  - c. bimbingan teknis; dan/atau
  - d. pemantauan dan evaluasi.

---

## **BAB VI**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 25**

#### **Penetapan**

Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada Peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 16 April 2023  
DIREKTUR,



**dr. Agung Darmanto SpA**