

# Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.02/D/47104/2024

TENTANG

INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

## **Gambaran Umum**

Setiap rumah sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (outcome) bagi pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum. Dalam melakukan proses manajemen informasi, rumah sakit menggunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya rumah sakit, dengan memperhatikan perkembangan teknologi informasi. Proses manajemen informasi tersebut juga 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 Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

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. Pelaksanaan asuhan pasien di rumah sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi. Komunikasi dilakukan antara rumah sakit dengan pasien dan keluarga, antar Professional Pemberi Asuhan (PPA), serta komunitas di wilayah rumah sakit.

Kegagalan dalam komunikasi adalah salah satu akar masalah pada insiden keselamatan pasien yang paling sering dijumpai. Sering kali, kegagalan komunikasi terjadi akibat tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan, simbol dan kode yang tidak seragam di dalam rumah sakit. Seiring dengan perjalanan waktu dan perkembangannya, rumah sakit diharapkan mampu mengelola informasi secara lebih efektif dalam hal:

- 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. Memaparkan dan melaporkan data serta informasi kepada publik;
- f. Melindungi kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi;
- g. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya dikembangkan untuk meningkatkan efisiensi, prinsip teknologi informasi yang baik harus diterapkan untuk seluruh metode dokumentasi. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting dalam komunikasi antar PPA, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis.

Rekam medis (RM) merupakan bukti tertulis yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, hasil pengkajian, rencana dan pelaksanaan asuhan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan pasien pulang yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit harus dilaksanakan secara elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Penyelenggaraan rekam medis elektronik merupakan proses kegiatan yang dimulai saat registrasi pasien, pendistribusian data Rekam Medis Elektronik, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan Rekam Medis Elektronik, penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik, sampai dengan transfer isi Rekam Medis Elektronik untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan. Dalam pemberian pelayanan kepada pasien, teknologi informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi dan keamanan dalam proses komunikasi dan informasi. Standar Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ini berfokus pada:

- h. Manajemen informasi
- i. Pengelolaan dokumen
- j. Rekam medis pasien
- k. Teknologi Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan

## **a. Manajemen Informasi**

### **Standar MRMIK 1**

Rumah sakit menetapkan proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 1**

Informasi yang diperoleh selama masa perawatan pasien dalam rekam medis elektronik harus dapat dikelola dengan aman dan efektif oleh rumah sakit berdasarkan prinsip keamanan data dan informasi. Kemampuan memperoleh dan menyediakan informasi tersebut memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan ini melibatkan masukan dari berbagai sumber yang membutuhkan data dan informasi, termasuk:

- a) Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang memberikan pelayanan kepada pasien
- b) Pimpinan rumah sakit dan para kepala departemen/unit layanan
- c) Staf, unit pelayanan, dan badan/individu di luar rumah sakit yang membutuhkan atau memerlukan data atau informasi tentang operasional dan proses perawatan rumah sakit.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Dalam menyusun perencanaan, ditentukan prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber strategi manajemen informasi rumah sakit 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. Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala sesuai ketentuan rumah sakit terhadap perencanaan tersebut. Selanjutnya, rumah sakit melakukan upaya perbaikan berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi berkala yang telah dilakukan.

Apabila rumah sakit menyelenggarakan program penelitian dan atau pendidikan kesehatan maka pengelolaan terdapat data dan informasi yang mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset telah tersedia tepat waktu dari sumber data terkini.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 1	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menetapkan regulasi pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi sesuai poin a) – g) yang terdapat dalam gambaran umum.	R	Penetapan Kebijakan Pengelolaan Sistem Informasi Rumah Sakit meliputi poin a) – g) yang terdapat dalam gambaran umum	10 - 0
2) Terdapat bukti rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen/unit layanan dan badan/individu dari luar rumah sakit.	D	Bukti penerapan proses pengelolaan informasi dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen/unit layanan dan badan/individu dari luar rumah sakit.	10 5 0

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMK 1	Kelengkapan Bukti		Skoring
	O	Penerapan proses pengelolaan informasi dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit	
3) Proses yang diterapkan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas layanan, ketersediaan staf terlatih, sumber daya teknis, dan sumber daya lainnya.	D	Bukti penerapan pengelolaan informasi dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan yang dikaitkan dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas layanan, ketersediaan staf terlatih, sumber daya teknis, dan sumber daya lainnya.	10
			5
			0
	O	Penerapan proses pengelolaan informasi dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit	



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 1	Kelengkapan Bukti		Skoring
4) Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala sesuai ketentuan rumah sakit serta upaya perbaikan terhadap pemenuhan informasi internal dan eksternal dalam mendukung asuhan, pelayanan, dan mutu serta keselamatan pasien	D	1. Bukti pemantauan dan evaluasi secara berkala terhadap pemenuhan informasi internal dan eksternal dalam mendukung asuhan, pelayanan, dan mutu serta keselamatan pasien	10
	W	2. Bukti upaya perbaikan sesuai hasil pemantauan dan evaluasi Staf IT	5 0
5) Apabila terdapat program penelitian dan atau pendidikan kesehatan di rumah sakit, terdapat bukti bahwa data dan informasi yang mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset telah tersedia tepat waktu dari sumber data terkini.	D	Bukti Data dan informasi yang mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset tersedia tepat waktu dari sumber data terkini (Jika terdapat program penelitian dan atau pendidikan kesehatan di rumah sakit)	10 5 0 TDD

## **a. Manajemen Informasi**

### **Standar MRMIK 2**

Seluruh komponen dalam rumah sakit termasuk pimpinan rumah sakit, PPA, kepala unit klinis/non klinis dan staf dilatih mengenai prinsip manajemen dan penggunaan informasi.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 2**

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. Dengan demikian, mereka harus dilatih tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi agar dapat berpartisipasi secara efektif.

Pelatihan tersebut berfokus pada:

- a) penggunaan sistem informasi, termasuk penggunaan 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.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Semua staf dilatih sesuai tanggung jawab, uraian tugas, serta kebutuhan data dan informasi. Dalam penyelenggaraan rekam medis elektronik di rumah sakit harus dipastikan bahwa staf dapat mengakses, meninjau, dan/atau mendokumentasikan rekam medis pasien sesuai dengan hak akses yang diberikan oleh Direktur rumah sakit, dan staf dimaksud telah mendapatkan pelatihan untuk menggunakan sistem rekam medis elektronik secara efektif dan efisien. PPA, peneliti, pendidik, kepala unit klinis / non klinis seringkali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab, serta peran dan fungsi masing-masing. Informasi yang dibutuhkan 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. 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. Proses manajemen informasi mendukung para pimpinan departemen/pelayanan dengan data perbandingan dan data longitudinal terintegrasi.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 2	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Terdapat bukti PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen, unit layanan dan staf telah dilatih tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi sistem sesuai dengan peran dan tanggung jawab mereka.	D	Bukti pelatihan bagi PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen, unit layanan dan staf tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan sistem informasi termasuk rekam medis elektronik	10
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pimpinan Rumah Sakit</li> <li>- Kepala Departemen/ Unit Pelayanan</li> <li>- PPA</li> </ul>	5 0
2) Terdapat bukti bahwa data dan informasi klinis serta non klinis diintegrasikan sesuai kebutuhan dan digunakan dalam mendukung proses pengambilan keputusan sesuai dengan peraturan perundang undangan.	D	Bukti data dan informasi klinis serta non klinis diintegrasikan sesuai kebutuhan dan digunakan dalam mendukung proses pengambilan keputusan sesuai dengan peraturan perundang undangan.	10
	O	Bukti data dan informasi klinis serta non klinis diintegrasikan secara <i>real time</i> menggunakan sistem elektronik.	5 0

## **a. Manajemen Informasi**

### **Standar MRMIK 2.1**

Rumah sakit menjaga keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data dan informasi termasuk data Rekam Medis elektronik melalui proses untuk mengelola dan mengontrol akses.

### **Standar MRMIK 2.2**

Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi, integritas data dan informasi melalui proses yang melindungi data dan informasi dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 2.1 dan MRMIK 2.2**

Rumah sakit menjaga kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan data dan informasi pasien yang bersifat sensitif, berdasarkan prinsip keamanan data dan informasi. Keseimbangan antara keterbukaan dan kerahasiaan data harus diperhatikan. Pimpinan rumah sakit melakukan pemberian dan penetapan hak akses kepada sumber daya manusia kesehatan tertentu (tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga lain), sehingga data dan informasi yang ada dalam sistem informasi rumah sakit termasuk data Rekam Medis Elektronik terlindungi penggunaan dan penyebarannya.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Rumah sakit harus menerapkan langkah- langkah untuk mengamankan dan melindungi data dan informasi yang dimiliki. Data dan informasi meliputi rekam medis pasien, data dari peralatan dan perangkat medis, data penelitian, data mutu, data tagihan, data sumber daya manusia, data operasional dan keuangan serta sumber lainnya, sebagaimana berlaku untuk rumah sakit. Langkah-langkah keamanan mencakup proses untuk mengelola dan mengontrol akses. Sebagai contoh, untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan rekam medis pasien, rumah sakit menentukan orang yang memiliki hak akses, yaitu siapa yang berwenang untuk melakukan penginputan data, perbaikan data, dan melihat data rekam medis.

Bergantung pada tingkat aksesnya, pengguna yang berwenang dapat memasukkan data, memodifikasi, dan menghapus informasi, atau hanya memiliki akses untuk hanya membaca atau akses terbatas ke beberapa sistem/modul. Rumah sakit juga menentukan tingkat akses untuk data lainnya seperti data peningkatan mutu, data laporan keuangan, dan data kinerja rumah sakit. Setiap staf memiliki tingkat akses dan kewenangan yang berbeda atas data dan informasi sesuai dengan kebutuhan, peran dan tanggung jawab staf tersebut.

Proses pemberian otorisasi yang efektif harus mendefinisikan:

- 1) Siapa yang memiliki hak akses tertentu terhadap data dan informasi, termasuk data dan informasi pada rekam medis pasien;
- 2) Informasi mana yang dapat diakses oleh staf tertentu (dan tingkat aksesnya);
- 3) Proses untuk memberikan hak akses kepada staf yang berwenang;
- 4) Kewajiban staf untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi;
- 5) Proses untuk menjaga integritas data (keakuratan, konsistensi, dan kelengkapannya); dan
- 6) Proses yang dilakukan apabila terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan, keamanan, ataupun integritas data.

Rumah sakit menerapkan proses secara proaktif melakukan penjaminan mutu melalui audit mutu terhadap sistem informasi rumah sakit, termasuk sistem rekam medis elektronik. Penjaminan mutu dilakukan berupa kegiatan pemantauan keamanan secara rutin oleh tim reviu yang dibentuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan kebijakan rumah sakit dengan mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan untuk mengidentifikasi kerentanan sistem dan pelanggaran terhadap kebijakan kerahasiaan dan keamanan data dan informasi rumah sakit.





KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 2.1	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menerapkan proses untuk memastikan kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi sesuai dengan peraturan perundangan.	O	Bukti penerapan proses untuk memastikan kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi sesuai dengan peraturan perundangan	10 5 0
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pimpinan Rumah Sakit</li><li>- Staf IT</li><li>- Staf Rekam Medis PPA</li></ul>	
2) Rumah sakit menerapkan proses pemberian akses kepada staf yang berwenang untuk mengakses data dan informasi, termasuk entry ke dalam rekam medis pasien.	O	Bukti penerapan pemberian akses kepada staf yang berwenang untuk mengakses data dan informasi, termasuk entry ke dalam rekam medis pasien sesuai ketentuan Rumah Sakit.	10 5 0
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>- Staf IT (Hak Akses)</li><li>- Staf Rekam Medis</li><li>- PPA</li></ul>	



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 2.1	Kelengkapan Bukti		Skoring
3) Rumah sakit memantau kepatuhan terhadap proses ini dan mengambil tindakan Ketika terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan, keamanan, atau integritas data.	D	1. Bukti pemantauan	10
		kepatuhan kerahasiaan,	5
		keamanan dan integritas data dan informasi.	0
		2. Bukti tindak lanjut apabila terjadi pelanggaran.	

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 2.2	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Data dan informasi yang disimpan terlindung dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.	O	1. Tempat penyimpanan berkas rekam medis dan sistem teknologi informasi, <i>software</i> dan <i>hardware</i> rekam medis elektronik	10
		2. Tanda peringatan Akses Terbatas ke ruang rekam medis, ruang server.	5
		3. Pintu terkunci, tersedia APAR, alat pemantauan suhu dan kelembaban, CCTV, <i>backup</i> server, penangkal petir, dll., sesuai dengan peraturan perundangan - undangan.	0
2) Rumah sakit menerapkan pemantauan dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi.	D	Bukti hasil pemantauan dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi.	10
			5
			0



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR **HK.02.02/D/47104/2024**  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 2.2	Kelengkapan Bukti		Skoring
3) Terdapat bukti rumah sakit telah melakukan tindakan perbaikan untuk meningkatkan keamanan data dan informasi.	D	Bukti tindakan perbaikan untuk	10
		meningkatkan keamanan data	5
		dan informasi.	0

## **b. Pengelolaan dokumen**

### **Standar MRMIK 3**

Rumah Sakit menerapkan proses pengelolaan dokumen, termasuk kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kerja secara konsisten dan seragam.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 3**

Kebijakan dan prosedur bertujuan untuk memberikan acuan yang seragam mengenai fungsi klinis dan non-klinis di rumah sakit. Rumah Sakit dapat membuat Tata naskah untuk memandu cara menyusun dan mengendalikan dokumen misalnya kebijakan, prosedur, dan program rumah sakit.

Dokumen pedoman tata naskah mencakup beberapa komponen kunci sebagai berikut:

- 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)

Proses-proses tersebut diterapkan dalam menyusun serta memelihara dokumen termasuk kebijakan, prosedur, dan program kerja.

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:
  - (1) Kebijakan di tingkat unit (klinis dan non klinis)
  - (2) Pedoman pengorganisasian
  - (3) Pedoman pelayanan/penyelenggaraan
  - (4) Standar operasional prosedur (SOP)
  - (5) Program kerja unit (tahunan)

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMK 3	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menerapkan pengelolaan dokumen sesuai dengan butir a) - h) dalam maksud dan tujuan.	R	Penetapan Pedoman Tata Naskah meliputi butir a) - h) dalam maksud dan tujuan.	10 5 0
2) Rumah sakit memiliki dan menerapkan format yang seragam untuk semua dokumen sejenis sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	D	Bukti penerapan format yang seragam untuk semua sejenis sesuai dengan pedoman tata naskah.	10 5 0
3) Rumah sakit telah memiliki dokumen internal mencakup butir a) - c) dalam maksud dan tujuan.	D  W	Bukti dokumen internal, yang mencakup butir a) - c) dalam maksud dan tujuan  - Pimpinan Rumah Sakit - Kepala Unit kerja/Unit Pelayanan	10 5 0



## **b. Pengelolaan dokumen**

### **Standar MRMIK 4**

Kebutuhan data dan informasi dari pihak dalam dan luar rumah sakit dipenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang diinginkan.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 4**

Penyebaran data dan informasi untuk memenuhi kebutuhan pihak di dalam dan di luar rumah sakit merupakan aspek penting dari manajemen informasi. 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.

Secara internal, penyebaran data dan informasi 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.



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Secara eksternal, rumah sakit dapat memberikan data dan informasi kepada Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan, sumber daya manusia 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).

Format dan kerangka waktu untuk menyebarkan data dan informasi dirancang untuk memenuhi harapan pengguna sesuai dengan layanan yang diberikan. Ketika data dan informasi dibutuhkan untuk perawatan pasien, data dan informasi tersebut harus disediakan pada waktu yang tepat guna mendukung kesinambungan perawatan dan keselamatan pasien.

Contoh 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 yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional;
- 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.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMK 4	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Terdapat bukti bahwa penyebaran data dan informasi memenuhi kebutuhan internal dan eksternal rumah sakit sesuai dengan yang tercantum dalam maksud dan tujuan.	D	Bukti penyebaran data dan informasi memenuhi kebutuhan internal dan eksternal rumah sakit sesuai dengan yang tercantum dalam maksud dan tujuan: a. Tepat waktu b. Sesuai format yang seragam c. Sesuai frekuensi (Contoh: laporan ke Kementerian Kesehatan/ Dinas Kesehatan/BPJS)	10 5 0
2) Terdapat proses yang memastikan bahwa data dan informasi yang dibutuhkan untuk perawatan pasien telah diterima tepat waktu dan sesuai format yang seragam dan sesuai dengan kebutuhan.	D	Bukti data dan informasi yang dibutuhkan untuk perawatan pasien telah diterima: a. Tepat waktu b. Sesuai format yang seragam atau yang ditetapkan RS. c. Sesuai kebutuhan	10 5 0

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 5**

Rumah sakit menetapkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis elektronik terkait asuhan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 5**

Penyelenggaraan rekam medis elektronik merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat registrasi pasien, pendistribusian data Rekam Medis Elektronik, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan Rekam Medis Elektronik, penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik, sampai dengan transfer isi Rekam Medis Elektronik untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan. Proses penyelenggaraan rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

Kegiatan pengelolaan rekam medis yang meliputi: penerimaan pasien, assembling, analisis coding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan. Rumah sakit menetapkan unit yang mengelola sistem rekam medis secara tepat, bernilai, dan dapat dipertanggungjawabkan. Unit kerja rekam medis memiliki struktur organisasi, uraian tugas, fungsi, tanggungjawab dan tata hubungan kerja dengan unit pelayanan lain. Informasi kesehatan dalam rekam medis elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya dan disimpan sesuai dengan peraturan perundangan.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Informasi kesehatan dalam rekam medis elektronik harus menjamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3 (tiga) tempat, yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (backup) data rutin, dan data virtual (cloud) atau salinan (backup) data di luar rumah sakit. Penyimpanan dokumen rekam medis hanya dapat diakses oleh staf yang berwenang.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 5		Kelengkapan Bukti	Skoring
1)	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.	R Penetapan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik di rumah sakit.	10 - 0
2)	Rumah sakit menetapkan unit penyelenggara rekam medis dan 1 (satu) orang yang kompeten mengelola rekam medis.	R 1. Penetapan Pedoman Organisasi Unit Penyelenggara Rekam Medis. 2. SK Penunjukan 1 (satu) orang yang kompeten mengelola rekam medis sesuai dengan kualifikasinya disertai uraian tugas dan wewenang sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.	10 - 0



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 5		Kelengkapan Bukti		Skoring
3)	Rumah Sakit menerapkan penyelenggaraan Rekam Medis yang dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.	D	Bukti penerapan	10
			penyelenggaraan rekam medis elektronik sejak pasien masuk	5
			sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.	0
4)	Pengelolaan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaannya, melalui penjaminan mutu secara berkala yang dilakukan oleh tim revidu yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit	D	Bukti audit pengelolaan rekam medis elektronik yang menjamin keamanan dan kerahasiaannya oleh staf IT yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.	10
				5
				0



### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 6**

Setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandar dalam format yang seragam dan selalu diperbaharui (terkini) dan diisi sesuai dengan ketentuan rumah sakit dalam tatacara pengisian rekam medis.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 6**

Setiap pasien memiliki rekam medis, yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien serta media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, rekam medis harus selalu dievaluasi dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan medis dalam pelayanan pasien. Standardisasi dan identifikasi formulir rekam medis diperlukan untuk memberikan kemudahan PPA dalam melakukan pendokumentasian pada rekam medis pasien dan kemudahan dalam melakukan telusur isi rekam medis. Rekam medis pasien dipastikan selalu tersedia selama pemberian asuhan baik di rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat. Rumah sakit memastikan isi, format dan tata cara pengisian dalam rekam medis pasien sesuai dengan kebutuhan masing-masing PPA. Rumah sakit harus memiliki standar formulir rekam medis sebagai acuan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan /Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pelayanan pasien.

Pengelolaan rekam medis pasien harus mendukung terciptanya sistem yang baik sejak data pasien dibuat atau direviu, dan dievaluasi penerapannya secara periodik, termasuk penyimpanan rekam medis yang digunakan dan pemusnahan rekam medis yang sudah tidak digunakan lagi.



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 6	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Terdapat bukti bahwa setiap pasien memiliki rekam medik dengan 1 (satu) nomor RM sesuai sistem penomoran yang ditetapkan	O	Bukti penomoran rekam medis hanya 1 (satu) nomor sesuai dengan sistem penomoran yang telah ditetapkan.	10
	W	Staf rekam medis.	5 0
2) Rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang disusun dan diisi sesuai ketentuan rumah sakit.	D	Bukti rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang disusun dan diisi sesuai ketentuan rumah sakit.	10
	O	Unit rekam medis, rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang	5 0
3) Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.	D	Bukti evaluasi formulir rekam medis dan pembaharuan (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan dilakukan secara periodik.	10
			5 0

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 7**

Rumah sakit menetapkan informasi yang akan dimuat pada rekam medis pasien.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 7**

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien untuk melakukan penilaian/pengkajian dan mendapatkan pengobatan maupun tindakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sebagai pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Ketetapan ini sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk:

- a) Mengidentifikasi pasien;
- b) Mendukung diagnosis;
- c) Justifikasi/dasar pemberian pengobatan;
- d) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan hasil pengobatan;
- e) Memuat ringkasan pasien pulang (discharge summary); dan
- f) Meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMK 7	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Terdapat bukti rekam medis pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketentuan rumah sakit dan peraturan perundangan yang berlaku	D	Bukti rekam medis elektronik pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketentuan rumah sakit dan peraturan perundangan.	10
	O	Rekam medis elektronik pasien	5 0
2) Terdapat bukti rekam medis pasien mengandung informasi yang memadai sesuai butir a) – f) pada maksud dan tujuan	D	Bukti rekam medis elektronik pasien telah berisi informasi yang memadai sesuai butir a) - f) pada maksud dan tujuan.	10
	O	Rekam medis elektronik pasien	5 0

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 8**

Setiap catatan (entry) pada rekam medis pasien mencantumkan identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang menulis dan kapan catatan tersebut ditulis di dalam rekam medis.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 8**

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. Rumah sakit menetapkan proses pembenaran/koreksi terhadap kesalahan penulisan catatan dalam rekam medis. Selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis.



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 8	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) PPA mencantumkan identitas secara jelas pada saat mengisi RM.	D	Bukti rekam medis elektronik yang mencantumkan identitas PPA secara jelas.	10 5 0
2) Tanggal dan waktu penulisan setiap catatan dalam rekam medis pasien dapat diidentifikasi.	D	Bukti rekam medis elektronik yang mencantumkan tanggal dan waktu penulisan oleh PPA.	10 5 0
	O	Rekam medis elektronik	
3) Terdapat prosedur koreksi penulisan dalam pengisian RM elektronik dan non elektronik.	R	Penetapan prosedur koreksi penulisan dalam pengisian rekam medis elektronik dan non elektronik.	10 - 0
4) Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis, dan hasil evaluasi yang ada telah digunakan sebagai dasar upaya perbaikan di rumah sakit.	D	1. Bukti pemantauan dan evaluasi (reviu) rekam medis pasien terhadap penulisan identitas, tanggal, waktu penulisan serta koreksi penulisan	10 5 0
	W	2. Bukti rencana tindak-lanjut hasil evaluasi (reviu) sebagai dasar upaya perbaikan di rumah sakit. Komite/Tim Rekam Medis	

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 9**

Rumah sakit menggunakan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang seragam dan terstandar.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 9**

Penggunaan kode, simbol, dan singkatan yang terstandar berguna untuk mencegah terjadinya kesalahan komunikasi dan kesalahan pemberian asuhan kepada pasien. Penggunaan singkatan yang baku dan seragam menunjukkan bahwa singkatan, kode, simbol yang digunakan mempunyai satu arti/makna yang digunakan dan berlaku di semua lingkungan rumah sakit.

Rumah sakit menyusun dan menetapkan daftar atau penggunaan kode, simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan di rumah sakit. Penggunaan kode, simbol, dan singkatan baku yang seragam harus konsisten dengan standar praktik profesional. Prinsip penggunaan kode di rekam medis utamanya menggunakan ICD-10 untuk kode Penyakit dan dan ICD-9 CM untuk kode Tindakan. Penggunaan kode di rekam medis sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit serta dilakukan evaluasi terkait penggunaan kode tersebut.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 9	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	R	Penetapan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol dalam rekam medis.	10 5 0
	O	Bukti penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol dalam rekam medis.	
2) Dilakukan evaluasi secara berkala penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol yang berlaku di rumah sakit dan hasilnya digunakan sebagai upaya tindak lanjut untuk perbaikan.	D	1. Bukti evaluasi penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol yang berlaku di rumah sakit.	10 5 0
		2. Bukti perbaikan sesuai hasil evaluasi.	



### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 10**

Rumah sakit menjamin keamanan, kerahasiaan dan kepemilikan rekam medis serta privasi pasien.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 10**

Rekam medis adalah pusat informasi yang digunakan untuk tujuan klinis, penelitian, bukti hukum, administrasi, dan keuangan, sehingga harus dibatasi aksesibilitasnya. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas kehilangan, kerusakan pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis. Rekam medis adalah alat komunikasi yang mendukung pengambilan keputusan klinis, koordinasi pelayanan, evaluasi mutu dan ketepatan perawatan, penelitian, perlindungan hukum, pendidikan, dan akreditasi serta proses manajemen. Dengan demikian, setiap pengisian rekam medis harus dapat dijamin otentifikasinya. Menjaga kerahasiaan yang dimaksud termasuk adalah memastikan bahwa hanya individu yang berwenang yang memiliki akses ke informasi tersebut. Selain keamanan dan kerahasiaan maka dibutuhkan privasi sebagai hak “untuk menjadi diri sendiri atau hak otonomi”, hak untuk “menyimpan informasi tentang diri mereka sendiri dari yang diungkapkan kepada orang lain; hak untuk diketahui diri sendiri, maupun gangguan dari pihak yang tidak berkepentingan kecuali yang dimungkinkan atas perintah peraturan perundang-undangan.



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 10	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menentukan otoritas pengisian rekam medis termasuk isi dan format rekam medis.	R	Penetapan penentuan otoritas pengisian rekam medis termasuk isi dan format rekam medis.	10 - 0
2) Rumah Sakit menentukan hak akses dalam pelepasan informasi rekam medis	R	Penetapan penentuan hak akses dalam pelepasan informasi rekam medis.	10 - 0
3) Rumah sakit menjamin otentifikasi, keamanan dan kerahasiaan data rekam medis baik kertas maupun elektronik sebagai bagian dari hak pasien.	D	Bukti rekam medis elektronik terjamin otentifikasi, keamanan dan kerahasiaan data sebagai bagian dari hak pasien dan dokumen tertentu yang ditetapkan rumah sakit dalam bentuk kertas.	10 5 0

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 11**

Rumah sakit mengatur lama penyimpanan rekam medis, data dan informasi pasien.

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 11**

Rumah sakit menentukan jangka waktu penyimpanan rekam medis, 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. Rumah sakit bertanggungjawab terhadap keamanan dan kerahasiaan data rekam medis selama proses penyimpanan sampai dengan pemusnahan. Penentuan jangka waktu penyimpanan rekam medis ditentukan atas dasar nilai manfaat setiap rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi.

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. Rumah sakit menetapkan dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang memiliki nilai guna untuk disimpan abadi (permanen).

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 11	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit memiliki regulasi jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis (kertas/elektronik), serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien dan prosedur pemusnahannya sesuai dengan peraturan perundangan	R	1. Penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis elektronik, data dan informasi lainnya terkait pasien sesuai peraturan perundangan-undangan.  2. Penetapan prosedur pemusnahan rekam medis (kertas/elektronik) sesuai dengan peraturan perundangan.	10 - 0
2) Dokumen, data dan/informasi terkait pasien dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dengan prosedur yang tidak membahayakan keamanan dan kerahasiaan	D	Bukti pelaksanaan dan berita acara pemusnahan rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan.	10 5 0



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMK 11	Kelengkapan Bukti		Skoring
3) Dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang bernilai guna, disimpan abadi (permanen) sesuai dengan ketentuan rumah sakit	D	Bukti data dan/atau informasi	10
		tertentu terkait pasien yang	5
		bernilai guna, disimpan abadi (permanen) sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	0

### **c. Rekam Medis Elektronik Pasien**

#### **Standar MRMIK 12**

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

#### **Maksud dan Tujuan MRMIK 12**

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan pengkajian terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. 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.

Proses pengkajian dilakukan oleh komite/tim rekam medis melibatkan tenaga medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. Pengkajian berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, keterbacaan, keabsahan dan ketentuan lainnya seperti informasi klinis yang ditetapkan rumah sakit. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan perundangan dimasukkan dalam proses evaluasi rekam medis. Pengkajian rekam medis di rumah sakit tersebut dilakukan terhadap rekam medis pasien yang sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil pengkajian dilaporkan secara berkala kepada pimpinan rumah sakit dan selanjutnya dibuat upaya perbaikan.

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**NOMOR HK.02.02/D/47104/2024**  
**TENTANG**  
**INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 12	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menetapkan komite/tim rekam medis.	R	Penetapan komite/tim rekam medis disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang.	10 - 0
2) Komite/tim secara berkala melakukan pengkajian rekam medis pasien secara berkala setiap tahun dan menggunakan sampel yang mewakili (rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang).	D	Bukti evaluasi pengkajian rekam medis setiap tahun dan menggunakan sampel yang mewakili (rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang).	10 5 0
3) Fokus pengkajian paling sedikit mencakup pada ketepatan waktu, keterbacaan, kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan	D	Bukti pengkajian rekam medis berfokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan.	10 5 0



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Elemen Penilaian MRMIK 12	Kelengkapan Bukti		Skoring
4) Hasil pengkajian yang dilakukan oleh komite/tim rekam medis dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit dan dibuat upaya perbaikan.	D	1. Bukti hasil pengkajian rekam medis oleh komite/tim rekam medis yang dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit.	10
			5
		2. Bukti tindak-lanjut sebagai upaya perbaikan.	0



## **d. Teknologi Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan**

### **Standar MRMIK 13**

Rumah sakit menerapkan sistem teknologi informasi kesehatan di pelayanan kesehatan untuk mengelola data dan informasi klinis serta non klinis sesuai peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 13**

Sistem teknologi informasi di pelayanan kesehatan merupakan 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 peningkatan mutu pelayanan dan pembangunan kesehatan. Untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam pencapaian sistem informasi kesehatan diperlukan SIMRS yang menjadi media berupa sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pengumpulan data, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat.

Dalam pengembangan sistem informasi kesehatan, rumah sakit harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan kesehatan yang meliputi:

- a) Kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan pelayanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional
- b) Kecepatan mengambil keputusan, akurasi dan kecepatan identifikasi masalah dan kemudahan dalam penyusunan strategi dalam pelaksanaan manajerial; dan
- c) Budaya kerja, transparansi, koordinasi antar unit, pemahaman sistem dan pengurangan biaya administrasi dalam pelaksanaan organisasi

Apabila sistem informasi kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit sudah tidak sesuai dengan kebutuhan operasional dalam menunjang peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, maka dibutuhkan pengembangan sistem informasi kesehatan yang lebih optimal dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sistem teknologi informasi rumah sakit harus dikelola secara efektif, komprehensif, dan terintegrasi.

Individu yang mengawasi sistem teknologi informasi kesehatan bertanggung jawab atas setidaknya hal-hal berikut:

- a) Merekomendasikan ruang, peralatan, teknologi, dan sumber daya lainnya kepada pimpinan rumah sakit untuk mendukung sistem teknologi informasi di rumah sakit.
- b) Mengkoordinasikan dan melakukan kegiatan pengkajian risiko untuk menilai risiko keamanan informasi, memprioritaskan risiko, dan mengidentifikasi perbaikan.
- c) Memastikan bahwa staf di rumah sakit telah dilatih tentang keamanan informasi dan kebijakan serta prosedur yang berlaku.
- d) Mengidentifikasi pengukuran untuk menilai efektivitas sistem rekam medis elektronik bagi staf dan pasien.



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMK 13	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan teknologi informasi kesehatan	R	Penetapan Pedoman Sistem Informasi Rumah Sakit	10 - 0
2) Rumah sakit menerapkan SIMRS sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku.	D	Bukti penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku.	10 5 0
3) Rumah sakit menetapkan unit yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara SIMRS dan dipimpin oleh staf kompeten	R	1. Penetapan Pedoman Pengorganisasian Unit yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara Sistem Informasi Rumah Sakit sesuai peraturan perundangan- undangan 2. SK Penunjukan staf kompeten yang memimpin unit tersebut disertai uraian tugas dan wewenang sesuai peraturan perundangan- undangan	10 5 0
	W	Staf IT	



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMK 13	Kelengkapan Bukti		Skoring
4) Data serta informasi klinis dan non klinis diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan.	D	Bukti data dan informasi klinis dan non klinis diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk pengambilan keputusan.	10 5 0
5) Rumah sakit telah menerapkan proses untuk menilai efektivitas sistem rekam medis elektronik dan melakukan upaya perbaikan terkait hasil penilaian yang ada	D	1. Bukti penerapan penilaian efektivitas sistem rekam medis elektronik. 2. Bukti rencana tindak lanjut untuk perbaikan terkait hasil penilaian yang ada.	10 5 0
	W	- Pimpinan Rumah Sakit - Staf IT	

## **d. Teknologi Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan**

### **Standar MRMIK 13.1**

Rumah sakit mengembangkan, memelihara, dan menguji program untuk mengatasi waktu henti (down time) dari sistem data, baik yang terencana maupun yang tidak terencana.

### **Maksud dan Tujuan MRMIK 13.1**

Sistem data adalah bagian yang penting dalam memberikan perawatan/ pelayanan pasien yang aman dan bermutu tinggi. Interupsi dan kegagalan sistem data adalah kejadian yang tidak bisa dihindari. Interupsi ini sering disebut sebagai waktu henti (down time), baik yang terencana maupun tidak terencana.

Waktu henti, baik yang direncanakan atau tidak direncanakan, dapat mempengaruhi seluruh sistem atau hanya mempengaruhi satu aplikasi saja. Komunikasi adalah elemen penting dari strategi kesinambungan pelayanan selama waktu henti. Pemberitahuan tentang waktu henti yang direncanakan memungkinkan dilakukannya persiapan yang diperlukan untuk memastikan bahwa operasional dapat berlanjut dengan cara yang aman dan efektif. Rumah sakit memiliki suatu perencanaan untuk mengatasi waktu henti (down time), baik yang terencana maupun tidak terencana dengan melatih staf tentang prosedur alternatif, menguji program pengelolaan gawat darurat yang dimiliki rumah sakit, melakukan pencadangan data terjadwal secara teratur, dan menguji prosedur pemulihan data.



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/47104/2024  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Elemen Penilaian MRMIK 13.1	Kelengkapan Bukti		Skoring
1) Terdapat prosedur yang harus dilakukan jika terjadi waktu henti sistem data (down time) untuk mengatasi masalah pelayanan	R	Penetapan prosedur jika terjadi waktu henti sistem data ( <i>down time</i> ) untuk mengatasi masalah pelayanan.	10 - 0
2) Staf dilatih dan memahami perannya di dalam prosedur penanganan waktu henti sistem data (down time), baik yang terencana maupun yang tidak terencana.	D  W	Bukti staf dilatih prosedur penanganan waktu henti sistem data ( <i>down time</i> ), baik yang terencana maupun yang tidak terencana.  - Kepala Unit Pelayanan/Unit Kerja - Staf IT - PPA	10 5 0
3) Rumah sakit melakukan evaluasi pasca terjadinya waktu henti sistem data (down time) dan menggunakan informasi dari data tersebut untuk persiapan dan perbaikan apabila terjadi waktu henti (down time) berikutnya.	D	1. Bukti evaluasi pasca terjadinya waktu henti sistem data ( <i>down time</i> ). 2. Bukti rencana tindak lanjut perbaikan apabila terjadi waktu henti ( <i>down time</i> ) berikutnya.	10 5 0

**Terima Kasih**