

5. INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KARS UNTUK MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN (MRMIK)

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 Professional 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. Standar ini dirancang untuk digunakan pada sistem informasi berbasis kertas serta elektronik.

Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting dalam komunikasi antar PPA, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis. Rekam medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti hasil pengkajian, rencana dan pelaksanaan asuhan, pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan pasien pulang yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit dan melaksanakan rencana asuhan dari PPA. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya. 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:

- A. Manajemen informasi
- B. Pengelolaan dokumen
- C. Rekam medis pasien
- D. 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 harus dapat dikelola dengan aman dan efektif oleh rumah sakit. 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.

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.

Elemen Penilaian MRMK 1	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi sesuai poin a)-g) yang terdapat dalam gambaran umum	R	Bukti tentang regulasi pengelolaan informasi rumah sakit meliputi: 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.	10 - 0	TL - TT
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	1) Bukti tentang pengelolaan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan pihak lain dari luar rumah sakit. 2) Tersedia kumpulan data terdiri atas: a) Data mutu dan insiden keselamatan pasien b) Data survei/ins infeksi c) Data kecelakaan kerja	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala Bidang		

		• Kepala Unit • Kepala/staf unit SIM-RS • Ketua/tim PMKP		
3. Proses yang diterapkan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas layanan, ketersediaan staf terlatih, sumber daya teknis, dan sumber daya lainnya	D	1) Bukti tentang hasil pengelolaan informasi disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit, sumber daya teknis dan sumber daya lainnya. 2) Bukti pelaksanaan pelatihan staf tentang SIM-RS	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala Bidang • Kepala Unit • Kepala/staf unit SIM-RS • Ketua/tim PMKP		
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 tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pemenuhan informasi internal dan eksternal. 2) Rencana tindak lanjut	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala Bidang • Kepala Unit • Kepala/staf unit SIM-RS • Ketua/tim PMKP		
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 tentang pelaksanaan analisis data menjadi informasi untuk mendukung pendidikan dan penelitian	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala/staf unit SIM-RS • Ketua/Timkordik		
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, 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.

Semua staf dilatih sesuai tanggung jawab, uraian tugas, serta kebutuhan data dan informasi. 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. Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (on line), dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

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.

Elemen Penilaian MRMIK 2	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Terdapat bukti PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen, unit layanan dan staf telah dilatih tentang	D	Bukti tentang pelatihan prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi sistem bagi PPA, pimpinan rumah sakit, kepala	10 5 0	TL TS TT

sakit. Langkah-langkah keamanan mencakup proses untuk mengelola dan mengontrol akses. Sebagai contoh, untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan rekam medis pasien, rumah sakit menentukan siapa yang berwenang untuk mengakses rekam medis dan tingkat akses individu yang berwenang terhadap rekam medis tersebut. Jika menggunakan sistem informasi elektronik, rumah sakit mengimplementasikan proses untuk memberikan otorisasi kepada pengguna yang berwenang sesuai dengan tingkat akses mereka.

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. Tingkat akses untuk sistem rekam medis elektronik dapat mengidentifikasi siapa yang dapat mengakses dan membuat entry dalam rekam medis, memasukkan instruksi untuk pasien, dan sebagainya. 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:

- 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.

Untuk rumah sakit dengan sistem informasi elektronik, pemantauan terhadap data dan informasi pasien melalui audit keamanan terhadap penggunaan akses dapat membantu melindungi kerahasiaan dan keamanan. 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.

Misalnya, sebagai bagian dari proses ini rumah sakit dapat mengidentifikasi pengguna sistem yang telah mengubah, mengedit, atau menghapus informasi dan melacak perubahan yang dibuat pada rekam medis elektronik. Hasil proses pemantauan tersebut dapat digunakan untuk melakukan validasi apakah penggunaan akses dan otorisasi telah diterapkan dengan tepat. Pemantauan keamanan juga efektif dalam mengidentifikasi kerentanan dalam keamanan, seperti adanya akses pengguna yang perlu diperbarui atau dihapus karena perubahan atau pergantian staf.

Saat menggunakan rekam medis elektronik, langkah-langkah keamanan tambahan untuk masuk/login ke dalam sistem harus diterapkan. Sebagai contoh, rumah sakit memiliki proses untuk memastikan bahwa staf mengakses sistem (login) menggunakan kredensial unik yang diberikan hanya untuk mereka dan kredensial tersebut tidak dipakai bersama orang lain. Selain proses untuk mengelola dan mengendalikan akses, rumah sakit memastikan bahwa seluruh data dan informasi rekam medis berbentuk cetak atau elektronik dilindungi dari kehilangan, pencurian, gangguan, kerusakan, dan penghancuran yang tidak diinginkan.

Penting bagi rumah sakit untuk menjaga dan memantau keamanan data dan informasi, baik yang disimpan dalam bentuk cetak maupun elektronik terhadap kehilangan, pencurian dan akses orang yang tidak berwenang. Rumah sakit menerapkan praktik terbaik untuk keamanan data dan memastikan penyimpanan catatan, data, dan informasi medis yang aman dan terjamin.

Contoh 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.

Elemen Penilaian MRMK 2.1	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menerapkan proses untuk memastikan kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi sesuai dengan peraturan perundangan	R	Regulasi tentang kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi.	10 - 0	TL - TT
2. Rumah sakit menerapkan proses pemberian akses kepada staf yang berwenang untuk mengakses data dan informasi, termasuk entry ke dalam rekam medis pasien	D W	Bukti tentang penetapan staf yang memiliki hak akses data dan informasi termasuk mengisi rekam medis. Kepala/staf unit SIM-RS	10 5 0	TL TS TT

3. Rumah sakit memantau kepatuhan terhadap proses ini dan mengambil tindakan ketika terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan, keamanan, atau integritas data.	D	Bukti tentang hasil monitoring dan evaluasi kepatuhan staf terhadap kerahasiaan, keamanan, atau integritas data.	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala Bidang • Kepala Unit • Kepala/staf unit SIM-RS		
Elemen Penilaian MRMIK 2.2	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Data dan informasi yang disimpan terlindung dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran	D	Bukti tentang pelaksanaan perlindungan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.	10 5 0	TL TS TT
	O	1) Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis 2) Lihat sistem teknologi informasi, software dan hardware rekam medis elektronik		
	W	• Kepala/staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS		
2. Rumah sakit menerapkan pemantauan dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi	D	Bukti tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi serta rencana tindaklanjutnya	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS		
3. Terdapat bukti rumah sakit telah melakukan tindakan perbaikan untuk meningkatkan keamanan data dan informasi.	D	Bukti tentang pelaksanaan rencana tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS		
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)

Elemen Penilaian MRMIK 3	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menerapkan pengelolaan dokumen sesuai dengan butir a) - h) dalam maksud dan tujuan	R	Bukti regulasi tentang pengelolaan dokumen sesuai dengan butir a)-h) dalam maksud dan tujuan	10 - 0	TL - TT

2. Rumah sakit memiliki dan menerapkan format yang seragam tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi sistem sesuai dengan ketentuan rumah sakit	D	Bukti rumah sakit memiliki dan menerapkan format yang seragam	10	TL
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS	5 0	TS TT
3. Rumah sakit telah memiliki dokumen internal mencakup butir a)-c) dalam maksud dan tujuan.	D	Bukti tersedia dokumen internal mencakup butir a)-c) dalam maksud dan tujuan.	10	TL
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS	5 0	TS TT

Standar MRMK 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 MRMK 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.

Secara 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).

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 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.				
Elemen Penilaian MRMiK 4	Instrumen Survei KARS		Skor	
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 tentang laporan data dan informasi telah disampaikan sesuai kebutuhan pengguna internal dan eksternal rumah sakit	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS		
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 laporan tentang data yang diberikan tepat waktu dan menggunakan format yang ditetapkan.	10 5 0	TL TS TT
	W	• Kepala /staf unit RM • Kepala/staf unit SIM-RS		
C. REKAM MEDIS PASIEN				
Standar MRMiK 5				
Rumah sakit menetapkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				
Maksud dan Tujuan MRMiK 5				
Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. 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 (rekam medis) baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya dan disimpan sesuai dengan peraturan perundangan. Informasi kesehatan yang dikelola secara 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 fisik rekam medis mencakup lokasi yang tidak terkena panas serta aman dari air dan api, hanya dapat diakses oleh staf yang berwenang dan memastikan ruang penyimpanan rekam medis fisik memiliki suhu dan tingkat kelembaban yang tepat.

Elemen Penilaian MRMIK 5	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit	R	Regulasi tentang Pedoman Rekam Medis	10 - 0	TL - TT
2. Rumah sakit menetapkan unit penyelenggara rekam medis dan 1 (satu) orang yang kompeten mengelola rekam medis	R	Penetapan unit kerja yang mengelola rekam medis dalam susunan organisasi dan tatakerja (SOTK), disertai: 1) Pedoman Pengorganisasian 2) Pedoman Pelayanan Rekam Medis 3) Program Kepala unit rekam medik adalah profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK). Bukti tentang kualifikasi dan kewenangan pimpinan unit rekam medis sesuai persyaratan jabatan meliputi: Keputusan pengangkatan, ijazah, sertifikasi	10 - 0	TL - TT
3. Rumah Sakit menerapkan penyelenggaraan Rekam Medis	D	Bukti penyelenggaraan berkas Rekam Medis sejak pasien	10 5	TL TS

yang dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal		masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal	0	TT
	W	Kepala /staf unit RM		
4. Tersedia penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan baik kertas maupun elektronik.	O	- Lihat ruang penyimpanan rekam medis di unit rekam medis - Lihat penyimpanan saat rekam medis berada di unit pelayanan - Lihat sistem teknologi informasi, software dan hardware rekam medis elektronik	10 5 0	TL TS TT

Standar MRMIK 6

Setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandarisasi 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, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik 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 dalam pelayanan pasien. Standarisasi dan identifikasi formulir rekam medis diperlukan untuk memberikan kemudahan PPA dalam melakukan pendokumentasian pada rekam medis pasien serta kerapihan dalam penyimpanan 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 tatacara pengisian dalam rekam medis pasien sesuai dengan kebutuhan masing-masing PPA. Rumah sakit harus memiliki standarisasi formulir rekam medis sebagai acuan bagi tenaga kesehatan/Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pelayanan pasien.

Pengelolaan rekam medis pasien harus mendukung terciptanya sistem yang baik sejak formulir dibuat atau direvisi, dan dievaluasi penerapannya secara periodik, termasuk pengendalian rekam medis yang digunakan dan retensi formulir yang sudah tidak digunakan lagi.

Elemen Penilaian MRMK 6	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Terdapat bukti bahwa setiap pasien memiliki rekam medik dengan satu nomor RM sesuai sistem penomoran yang ditetapkan	D	Bukti tentang setiap pasien memiliki 1 (satu) nomor rekam medis	10 5 0	TL TS TT
2. Rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang disusun dan diisi sesuai ketetapan rumah sakit	D	Bukti pengaturan urutan susunan berkas rekam medis, untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.	10 5 0	TL TS TT
3. Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.	D	Bukti tentang pelaksanaan evaluasi dan pembaharuan (terkini) formulir/dokumen rekam medis. ▪ Periode evaluasi ditetapkan dalam regulasi. ▪ Bukti evaluasi dalam forum rapat. ▪ Bukti rapat meliputi : undangan, materi rapat, daftar hadir dan notulen	10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua/anggota tim review		
Standar MRMK 7 Rumah sakit menetapkan informasi yang akan dimuat pada rekam medis pasien.				
Maksud dan Tujuan MRMK 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: - Mengidentifikasi pasien; - Mendukung diagnosis; - Justifikasi/dasar pemberian pengobatan; - Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan hasil pengobatan; - Memuat ringkasan pasien pulang (<i>discharge summary</i>); dan - Meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA).				
Elemen Penilaian MRMK 7	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Terdapat bukti rekam medis pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketetapan	D	Bukti dalam rekam medis pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketetapan	10 5 0	TL TS TT

rumah sakit dan peraturan perundangan yang berlaku		rumah sakit dan peraturan perundangan yang berlaku		TT
2. Terdapat bukti rekam medis pasien mengandung informasi yang memadai sesuai butir a) – f) pada maksud dan tujuan	D	Bukti dalam rekam medis pasien mengandung informasi yang memadai meliputi: a) Mengidentifikasi pasien; b) Mendukung diagnosis; c) Justifikasi/dasar pemberian pengobatan; d) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan hasil pengobatan; e) Memuat ringkasan pasien pulang (<i>discharge summary</i>); dan f) Meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA).		

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.

Elemen Penilaian MRMIK 8	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. PPA mencantumkan identitas secara jelas pada saat mengisi RM	D	Bukti dalam rekam medis PPA yang mengisi rekam medis mencantumkan nama dan tanda tangan.	10 5 0	TL TS TT
2. Tanggal dan waktu penulisan setiap catatan dalam rekam medis pasien dapat diidentifikasi	D	Bukti dalam rekam medis tentang tanggal, dan jam pengisian rekam medis	10 5 0	TL TS TT

3. Terdapat prosedur koreksi penulisan dalam pengisian RM elektronik dan non elektronik	R	Bukti tentang regulasi prosedur koreksi penulisan dalam pengisian RM elektronik dan non elektronik	10 5 0	TL TS TT
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 tentang pelaksanaan review yang berfokus pada penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis. 2) Bukti rencana tindak lanjut	10 5 0	TL TS TT
Standar MRMK 9 Rumah sakit menggunakan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang seragam dan terstandar.				
Maksud dan Tujuan MRMK 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 & 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 ICD9 CM untuk kode Tindakan. Penggunaan kode di rekam medis sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit serta dilakukan evaluasi terkait penggunaan kode tersebut.				
Elemen Penilaian MRMK 9	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol sesuai dengan ketentuan rumah sakit	R	Bukti tentang regulasi: 1) Standardisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, 2) simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, 3) singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan	10 - 0	TL - TT

Elemen Penilaian MRMK 10	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menentukan otoritas pengisian rekam medis termasuk isi dan format rekam medis	R	Regulasi tentang penetapan individu yang berwenang mengisi rekam medis	10 - 0	TL - TT
2. Rumah Sakit menentukan hak akses dalam pelepasan informasi rekam medis	R	Regulasi tentang pelepasan informasi (rahasia kedokteran), termasuk hak pasien mendapatkan isi rekam medis dalam bentuk ringkasan rekam medis	10 - 0	TL - TT
3. Rumah sakit menjamin otentifikasi, keamanan dan kerahasiaan data rekam medis baik kertas maupun elektronik sebagai bagian dari hak pasien	D	Bukti dalam rekam medis tentang hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis. Dibuktikan melalui evaluasi pengisian rekam medis hanya oleh staf klinis yang telah ditetapkan dalam regulasi tentang penetapan tenaga kesehatan yang memiliki hak akses ke rekam medis	10 5 0	TL TS TT
	W	Kepala /staf unit RM		

Standar MRMK 11

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

Maksud dan Tujuan MRMK 11

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. 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. 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).

Elemen Penilaian MRMIK 11	Instrumen Survei KARS		Skor	
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	Regulasi tentang penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien dan prosedur pemusnahannya	10 - 0	TL - TT
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 W	1) Bukti pelaksanaan tentang pemusnahan berkas rekam medis 2) Bukti tentang berita acara pemusnahan rekam medis Kepala/staf unit RM	10 5 0	TL TS TT
3. Dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang bernilai guna, disimpan abadi (permanen) sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	D W	Bukti dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang bernilai guna, disimpan permanen. Kepala /staf unit RM	10 5 0	TL TS TT

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.

Elemen Penilaian MRMIK 12	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menetapkan komite/tim rekam medis	R	Bukti tentang regulasi : 1) penetapan tim review rekam medis 2) pedoman kerja; dan 3) program kerja	10 - 0	TL - TT
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	1) Bukti tentang pelaksanaan review rekam medis secara berkala. 2) Komite/Tim revidu menetapkan besaran sampel yang akan direviu, yang meliputi rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang dengan menggunakan kaidah statistik.	10 5 0	TL TS TT
	W	Komite/Tim revidu		
3. Fokus pengkajian paling sedikit mencakup pada ketepatan waktu, keterbacaan, kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan	D	1) Bukti tentang pelaksanaan review yang ber fokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis. 2) Tim revidu menetapkan form sebagai dasar menilai revidu, termasuk kriteria kelengkapan rekam medis	10 5 0	TL TS TT
	W	Ketua komite/tim rekam medis		
4. Hasil pengkajian yang dilakukan oleh komite/tim rekam medis dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit dan dibuat upaya perbaikan	D	1) Bukti laporan tentang hasil review 2) Bukti tentang pengiriman laporan review ke direktur rumah sakit	10 5 0	TL TS TT
	W	- Ketua komite/tim rekam medis - Pimpinan Rumah Sakit		
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
- 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 mutu pelayanan, maka dibutuhkan pengembangan sistem informasi kesehatan yang mendukung mutu pelayanan agar lebih optimal dengan memperhatikan peraturan yang ada. Sistem teknologi informasi rumah sakit harus dikelola secara efektif dan komprehensif serta 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 sistem contohnya penilaian terhadap efektifitas sistem rekam medis elektronik bagi staf dan pasien.

Elemen Penilaian MRMK 13	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan teknologi informasi kesehatan	R	Regulasi tentang penyelenggaraan teknologi informasi kesehatan	10 - 0	TL - TT
2. Rumah sakit menerapkan SIMRS sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku	D W	Bukti penerapan SIMRS 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. • Kepala Unit rekam medis • Kepala unit SIMRS • Pimpinan Rumah Sakit	10 5 0	TL TS TT
3. Rumah sakit menetapkan unit yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara SIMRS dan dipimpin oleh staf kompeten	R	1) Regulasi unit kerja yang mengelola SIM-RS dalam susunan organisasi dan tatakerja rumah sakit (SOTK) 2) Pedoman pengorganisasian unit SIM-RS	10 - 0	TL - TT
4. Data serta informasi klinis dan non klinis diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan	D W	1) Bukti rapat meliputi undangan, materi rapat, daftar hadir dan notulen 2) Bentuk integrasi pelayanan klinis dan non klinis dapat menggunakan: 3) data dalam pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, atau 4) data pelayanan dari unit pelayanan dengan data manajemen terkait • Kepala Unit rekam medis • Kepala unit SIMRS	10 5 0	TL TS TT

		Pimpinan Rumah Sakit (Lihat juga MRMIK 2 EP 2)		
5. Rumah sakit telah menerapkan proses untuk menilai efektifitas sistem rekam medis elektronik dan melakukan upaya perbaikan terkait hasil penilaian yang ada	D	1) Bukti tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi efektifitas sistem rekam medis elektronik 2) Bukti tentang rencana tindak lanjut untuk perbaikan	10 5 0	TL TS TT
	W	- Kepala/Staf Unit rekam medis - Kepala/Staf unit SIMRS		
Standar MRMIK 13.1 Rumah sakit mengembangkan, memelihara, dan menguji program untuk mengatasi waktu henti (<i>down time</i>) 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 (<i>down time</i>), 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 (<i>down time</i>), 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				
Elemen Penilaian MRMIK 13.1		Instrumen Survei KARS		Skor
1. Terdapat prosedur yang harus dilakukan jika terjadi waktu henti sistem data (<i>down time</i>) untuk mengatasi masalah pelayanan	R	Bukti tentang regulasi waktu henti sistem data (<i>down time</i>)	10 - 0	TL - TT
2. Staf dilatih dan memahami perannya di dalam prosedur penanganan waktu henti sistem data (<i>down time</i>), baik	D	Bukti pelaksanaan pelatihan staf tentang prosedur penanganan waktu henti sistem data (<i>down time</i>)	10 5 0	TL TS TT

yang terencana maupun yang tidak terencana		berupa TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat		
	W	Kepala/staf unit SIMRS		
3. Rumah sakit melakukan evaluasi pasca terjadinya waktu henti sistem data (<i>down time</i>) dan menggunakan informasi dari data tersebut untuk persiapan dan perbaikan apabila terjadi waktu henti (<i>down time</i>) berikutnya	D	Bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi pasca terjadinya waktu henti sistem data (<i>down time</i>) dan bukti rencana tindak lanjutnya	10 5 0	TL TS TT
	W	Kepala/staf unit SIMRS		