KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/211/IX/2026

tentang

PEDOMAN PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu dan efisiensi di RSAU dr. Esnawan Antariksa melalui dukungan tata kelola data dan informasi yang aman, efektif, dan terintegrasi, diperlukan Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi;

b. bahwa RSAU dr. Esnawan Antariksa senantiasa berupaya meningkatkan mutu melalui pengelolaan data dan informasi rumah sakit harus diselenggarakan secara terstandar;

c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu ditetapkan Pedoman pengelolaan data dan informasi di RSAU dr. Esnawan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008;

2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi;

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;

6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

7. Keputusan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Kep/10-PKS/V/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Pemberhentian Dari dan Pengangkatan Dalam Jabatan di Lingkungan TNI AU

Memperhatikan : Kebijakan Pimpinan dalam upaya pengelolaan data dan informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa agar lebih optimal, efektif dan efisien

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pemberlakuan Pedoman Pengelolaan data dan Informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

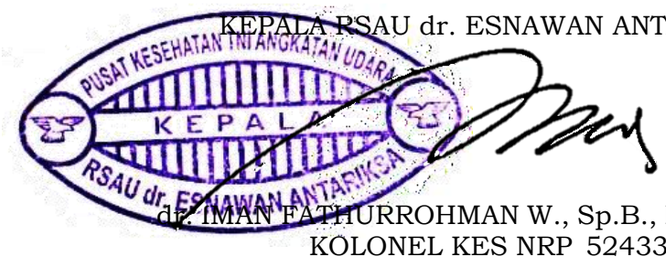
2. Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu dijadikan acuan dalam penyelenggaraan perencanaan, pengumpulan, pengolahan, penyebaran, serta pengamanan data dan informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

3. Hal-hal lain yang belum ada dalam keputusan ini, apabila diperlukan akan ditambah dan/atau diubah sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 16 September 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 211 /IX/2026
Tanggal 16 September 2026

PEDOMAN
PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 211 /IX/2026
Tanggal 16 September 2026

PEDOMAN PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I

PENDAHULUAN

1. **Latar Belakang. .** Pengelolaan data dan informasi yang baik akan mendukung kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien, efisiensi operasional, serta akuntabilitas rumah sakit kepada pemangku kepentingan, termasuk pasien, pegawai, pemilik, pemerintah, dan masyarakat. Sebaliknya, kegagalan dalam mengelola data dan informasi dapat berdampak pada kesalahan pengambilan keputusan, terganggunya kontinuitas pelayanan, hingga pelanggaran terhadap kerahasiaan dan keamanan data pasien. Seiring dengan perkembangan Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) dan transformasi digital nasional melalui penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) serta integrasi ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SATUSEHAT)**.**

2. **Maksud dan Tujuan**

a. **Maksud.** Penyusunan Pedoman ini disusun sebagai acuan kerja terstandar bagi seluruh staf, PPA, unit kerja klinis/non-klinis, dan manajemen di RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam merencanakan, mengumpulkan, mengolah, menyebarkan, serta mengamankan data dan informasi.

b. **Tujuan**

1) **Tujuan Umum.** Mewujudkan tata kelola informasi rumah sakit yang efektif, transparan, akuntabel, dan terintegrasi untuk mendukung mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

2) **Tujuan Khusus:**

a) Menjadi acuan dalam mengidentifikasi kebutuhan data, informasi, dan teknologi informasi rumah sakit.
b) Menjadi acuan dalam penetapan jenis informasi serta metode perolehan data yang diperlukan
c) Menjadi acuan dalam proses analisa data menjadi informasi yang bermakna.
d) Menjadi acuan dalam pemaparan dan pelaporan data serta informasi kepada publik
e) Menjadi acuan dalam melindungi kerahasiaan, keamanan dan integritas data serta informasi rumah sakit.

3. **Ruang Lingkup dan Tata Urut.** Ruang lingkup Pedoman Pengelolaan data dan informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa disusun dengan tata urut sebagai berikut:

a. Bab I Pendahuluan

b. Bab II Tata laksana Pengelolaan Data dan Informasi

c. Bab III Organisasi dan Tanggung Jawab

d. Bab IV Dokumentasi

e. Bab V Penutup

4. **Batasan Operasional.**

a. **Data:** Kumpulan fakta mentah berupa angka, teks, atau gambar yang diperoleh dari pelayanan klinis (pendaftaran, pemeriksaan, resep) dan kegiatan non-klinis rumah sakit.

b. **Informasi:** Hasil pengolahan data mentah yang telah dianalisis sehingga memiliki arti dan nilai guna bagi pengambilan keputusan klinis maupun manajerial.

c. **Rekam Medis Elektronik (RME**): Dokumentasi medis berbasis sistem elektronik yang mencatat identitas, diagnosis, tindakan, dan perkembangan kesehatan pasien.

d. **Hak Akses Kredensial Unik**: Otoritas login berbasis kombinasi username dan password pribadi yang diberikan resmi oleh Kepala RS sesuai peran staf.

5. **Landasan Hukum**

a. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008;

b. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi;

c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

BAB II

TATA LAKSANA
PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI

6. **Mengidentifikasi Kebutuhan Informasi dan Teknologi Informasi.** Rumah sakit melakukan identifikasi kebutuhan data, informasi, dan teknologi informasi pendukung yang diperlukan untuk operasional pelayanan klinis maupun manajerial, dengan ketentuan sebagai berikut :

a. Setiap unit kerja melakukan asesmen kebutuhan data dan informasi sesuai dengan fungsi dan tanggung jawabnya, meliputi kebutuhan data klinis, data manajerial, data mutu dan keselamatan pasien, serta data untuk pelaporan eksternal.

b. Unit IT SIMRS bersama unit terkait mengidentifikasi kebutuhan teknologi informasi (perangkat keras, perangkat lunak, jaringan, dan sumber daya manusia) yang mendukung pengelolaan data dan informasi.

c. Identifikasi kebutuhan dilakukan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atau sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan, regulasi baru, maupun perkembangan teknologi.

d. Hasil identifikasi kebutuhan menjadi dasar penyusunan perencanaan pengembangan sistem informasi dan anggaran teknologi informasi rumah sakit.

7. **Mengembangkan Sistem Informasi Manajemen.** Rumah sakit membangun dan mengembangkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terorganisasi untuk mengelola data secara efisien, dengan ketentuan:

a. SIMRS dikembangkan secara bertahap dan berkesinambungan, mengintegrasikan modul pelayanan klinis (registrasi, rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, penunjang medis), rekam medis elektronik, farmasi, laboratorium, radiologi, keuangan, serta manajemen mutu.

b. Pengembangan SIMRS memperhatikan kebutuhan pengguna, kemudahan akses, keandalan sistem, serta kesesuaian dengan standar interoperabilitas data kesehatan nasional (SATUSEHAT).

c. Rumah sakit menyediakan infrastruktur teknologi informasi yang memadai, termasuk server, jaringan, perangkat cadangan (backup), dan mekanisme pemulihan bencana (disaster recovery plan).

d. Unit IT SIMRS bertanggung jawab terhadap pemeliharaan,pemutakhiran (update), dan keandalan sistem secara berkala, termasuk penanganan gangguan sistem (downtime procedure).

e. Rumah sakit menyelenggarakan pelatihan dan sosialisasi penggunaan SIMRS bagi seluruh pengguna secara berkala.

8. **Menetapkan Jenis Informasi dan Cara Memperoleh Data.** Rumah Sakit menetapkan klasifikasi data yang dikumpulkan serta prosedur teknis perolehannya, meliputi:

a. Data klinis, meliputi data rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan data asuhan pasien;

b. Data manajerial, meliputi data sumber daya manusia, keuangan, logistik, dan sarana prasarana;

c. Data mutu dan keselamatan pasien, meliputi indikator mutu, insiden keselamatan pasien, dan data surveilans;

d. Data eksternal, meliputi data kebutuhan pelaporan kepada instansi pemerintah, BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan lain.

e. Perolehan data dilakukan melalui metode manual maupun elektronik oleh petugas yang telah ditetapkan (*person in charge*) pada setiap unit kerja menggunakan format.

f. Prosedur pengumpulan data yang telah distandardisasi, dengan jadwal pengumpulan yang ditetapkan sesuai kebutuhan masing-masing jenis data.

9. **Menganalisa data dan mengubahnya menjadi informasi.** Rumah sakit mengolah kumpulan data mentah agar menjadi informasi yang bermakna bagi manajemen dan klinis, dengan ketentuan:

a. Data yang telah dikumpulkan divalidasi terlebih dahulu untuk memastikan keakuratan dan kelengkapannya sebelum dilakukan analisis;

b. Analisis data dilakukan menggunakan metode statistik yang sesuai, termasuk analisis tren, perbandingan (benchmarking), maupun analisis capaian terhadap standar/target;

c. Hasil analisis disajikan dalam bentuk yang mudah dipahami, seperti tabel, grafik, atau run chart, untuk mendukung interpretasi oleh pengambil keputusan;

d. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) berkoordinasi dengan Instalasi SIMRS dalam proses analisis data indikator mutu rumah sakit

10. **Memaparkan dan Melaporkan Data serta Informasi kepada Publik**. Rumah sakit menyusun mekanisme transparansi informasi kepada masyarakat sesuai ketentuan yang berlaku, dengan tetap memperhatikan kerahasiaan data pasien, meliputi:

a. Pelaporan internal kepada pimpinan rumah sakit dan pemilik/dewan pengawas secara berkala;

b. Pelaporan eksternal kepada instansi pemerintah (Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara) dan lembaga terkait sesuai peraturan perundang-undangan;

c. Pemaparan informasi publik melalui papan informasi, laman resmi (website), atau media informasi lain mengenai profil, jenis pelayanan, hak dan kewajiban pasien, serta capaian kinerja rumah sakit;

d. Informasi yang bersifat rahasia, termasuk data identitas dan kondisi kesehatan pasien, tidak dipublikasikan tanpa persetujuan yang berwenang sesuai ketentuan pelepasan informasi rekam medis.Data yang telah dikumpulkan divalidasi terlebih dahulu untuk memastikan keakuratan dan kelengkapannya sebelum dilakukan analisis;

11. **Melindungi Kerahasiaan, Keamanan dan Integritas data dan informasi**. Rumah sakit menyusun mekanisme transparansi informasi kepada masyarakat sesuai ketentuan yang berlaku, dengan tetap memperhatikan kerahasiaan data pasien, meliputi:

a. Penerapan kendali akses berjenjang (role-based access control) menggunakan user ID dan kata sandi (password) yang bersifat individual bagi setiap pengguna sistem;

b. Penerapan mekanisme *audit trail* untuk memantau setiap akses, perubahan, dan penghapusan data pada SIMRS/Rekam Medis Elektronik; Pengamanan fisik ruang server dan perangkat penyimpanan data dari akses yang tidak sah, kerusakan, maupun bencana;

c. Pelaksanaan cadangan data (backup) secara berkala dan penyimpanan pada lokasi yang aman;

d. Penetapan prosedur pelepasan informasi kesehatan (release of information) yang mensyaratkan persetujuan pasien atau pihak yang berwenang;

e. Penerapan sanksi terhadap pelanggaran kerahasiaan dan keamanan data sesuai peraturan internal rumah sakit dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku, termasuk Undang-Undang Pelindungan Data Pribadi;

f. Penetapan prosedur tanggap insiden keamanan informasi (*incident response*) apabila terjadi kebocoran, kehilangan, atau kerusakan data.

12. **Mengintegrasikan dan Menggunakan Informasi untuk Peningkatan Kinerja**. Rumah sakit memanfaatkan informasi yang telah dikelola untuk mendukung pengambilan keputusan dalam rangka memperbaiki mutu pelayanan, melalui:

a. Pemanfaatan hasil analisis data dan informasi sebagai dasar pengambilan keputusan klinis dan manajerial;

b. Integrasi data indikator mutu, keselamatan pasien, dan kinerja unit ke dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP

c. Pembahasan hasil analisis data dan informasi dalam rapat tinjauan manajemenm (management review) secara berkala;

d. Pemanfaatan informasi sebagai dasar perencanaan strategis, evaluasi kinerja, dan pengembangan pelayanan rumah sakit ke depan.

e. Penerapan mekanisme *audit trail* untuk memantau setiap akses, perubahan, dan penghapusan data pada SIMRS/Rekam Medis Elektronik; Pengamanan fisik ruang server dan perangkat penyimpanan data dari akses yang tidak sah, kerusakan, maupun bencana;

f. Pelaksanaan cadangan data (backup) secara berkala dan penyimpanan pada lokasi yang aman;

g. Penetapan prosedur pelepasan informasi kesehatan (release of information) yang mensyaratkan persetujuan pasien atau pihak yang berwenang;

BAB III

STANDAR ORGANISASI DAN TANGGUNG JAWAB

13. **Ka. RSAU dr. Esnawan Antariksa**. Menetapkan kebijakan, memastikan ketersediaan sumber daya, serta bertanggung jawab secara keseluruhan atas penyelenggaraan pengelolaan data dan informasi rumah sakit.

14. **Unit IT Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS**). Bertanggung jawab terhadap pengembangan, pemeliharaan, keamanan, dan keandalan sistem informasi serta infrastruktur teknologi informasi rumah sakit.

15. **Unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan**. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan rekam medis, kelengkapan data klinis, serta pelepasan informasi kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.

16. **Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)**. Bertanggung jawab terhadap analisis data indikator mutu dan keselamatan pasien serta pemanfaatannya untuk peningkatan kinerja rumah sakit.

17. **Kepala Unit Kerja** Bertanggung jawab terhadap identifikasi kebutuhan data, pengumpulan data, serta penggunaan informasi pada unit kerja masing-masing.

18. **Seluruh Sumber Daya Manusia Rumah Sakit**. Wajib menjaga kerahasiaan, keamanan, dan integritas data serta informasi yang diakses sesuai kewenangannya, dan mematuhi seluruh ketentuan dalam pedoman ini.

BAB IV

DOKUMENTASI

19. Pelaksanaan pengelolaan data dan informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa didokumentasikan dalam bentuk:

a. Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait pengelolaan data dan informasi;

b. Formulir pengumpulan dan pelaporan data;

c. Catatan/log akses dan audit trail sistem informasi;

d. Laporan hasil analisis data dan informasi;

e. Notulen rapat tinjauan manajemen yang membahas pemanfaatan data dan informasi;

f. Bukti pelatihan dan sosialisasi terkait pengelolaan data dan informasi.

BAB V

PENUTUP

20. **Penutup**. Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi ini disusun sebagai acuan bagi seluruh unit kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam menyelenggarakan tata kelola data dan informasi yang efektif, aman, dan terintegrasi. Pedoman ini akan dievaluasi dan disempurnakan secara berkala sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelayanan, teknologi informasi, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

21. Hal-hal yang belum diatur dalam pedoman ini akan ditetapkan lebih lanjut melalui kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) tersendiri.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 16 September 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330