PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor: KEP/216/IX/2026

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAN
SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT
(SIMRS) RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang :

a. bahwa perkembangan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan menuntut rumah sakit memiliki sistem informasi yang terintegrasi, efektif, efisien, aman, akurat, lengkap, tersedia, dan dapat dipertanggungjawabkan;
b. bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit merupakan bagian penting dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengelolaan Rekam Medis Elektronik, administrasi, manajemen, pelaporan, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pendidikan, penelitian, serta pengambilan keputusan di RSAU dr. Esnawan Antariksa;
c. bahwa pengelolaan data dan informasi kesehatan harus memperhatikan keamanan, kerahasiaan, integritas, ketersediaan, keterlacakan, akuntabilitas, dan pelindungan data pribadi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
d. bahwa untuk menjamin terselenggaranya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit secara terarah,

terintegrasi, berkesinambungan, dan sesuai dengan kebutuhan organisasi, diperlukan pedoman yang menjadi acuan bagi seluruh unit kerja dan pengguna sistem informasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

e. bahwa untuk mendukung monitoring dan pelaporan internal rumah sakit telah dikembangkan SIMONLAP (Sistem Informasi Monitoring Laporan RSAU dr. Esnawan Antariksa) sebagai sistem pendukung pengelolaan, monitoring, dan penyajian informasi manajemen;

f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf e, perlu menetapkan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2024 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
3. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Peraturan Presiden Nomor 39 Tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan melalui Sistem Informasi Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/ MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

10. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor: Kep/211/IX/2026 tanggal 16 September 2026 tentang Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi RSAU dr. Esnawan Antariksa

11. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor: Kep/215/IX/2026 tanggal 16 September 2026 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik RSAU dr. Esnawan Antariksa.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : Keputusan Kepala RSAU Dr. Esnawan Antariksa Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSAU Dr. Esnawan Antariksa.

KESATU

Menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA

Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi seluruh unit kerja, tenaga kesehatan, tenaga nonkesehatan, pengelola teknologi informasi, peserta didik, peneliti, dan pengguna lainnya dalam penyelenggaraan dan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

KETIGA

SIMRS RSAU dr. Esnawan Antariksa diselenggarakan untuk mendukung:

a. pelayanan kesehatan;
b. Rekam Medis Elektronik;
c. administrasi rumah sakit;
d. pengelolaan sumber daya;
e. pelaporan internal dan eksternal;
f. peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

g. manajemen risiko;
h. pendidikan;
i. penelitian;
j. monitoring dan evaluasi;
k. pengambilan keputusan manajemen; dan
l. kebutuhan informasi lainnya sesuai kewenangan.

KEEMPAT

Dalam mendukung pengelolaan informasi manajemen rumah sakit, RSAU dr. Esnawan Antariksa menggunakan SIMONLAP (Sistem Informasi Monitoring Laporan RSAU dr. Esnawan Antariksa) sebagai sistem pendukung monitoring, pengumpulan, pengolahan, pemantauan, analisis, dan pelaporan data serta informasi rumah sakit.

KELIMA

SIMONLAP sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEEMPAT merupakan sistem pendukung dan tidak menghilangkan fungsi SIMRS dan/atau Rekam Medis Elektronik sebagai sumber data pelayanan sesuai dengan fungsi masing-masing sistem.

KEENAM

Penyelenggaraan SIMRS, RME, dan sistem pendukung informasi lainnya wajib menerapkan prinsip:

a. kerahasiaan;
b. integritas;
c. ketersediaan;
d. akurasi;
e. ketepatan waktu;
f. keterlacakan;
g. akuntabilitas;
h. keamanan;
i. interoperabilitas; dan
j. kesinambungan pelayanan.

KETUJUH

Setiap pengguna sistem informasi wajib:

a. menggunakan akun pribadi;
b. menggunakan sistem sesuai kewenangan;
c. menjaga kerahasiaan username dan password;
d. menjaga kerahasiaan data pasien;
e. menjaga keamanan perangkat yang digunakan;
f. memastikan kebenaran data yang dimasukkan;
g. tidak melakukan akses di luar kewenangan;
h. tidak memberikan akun kepada pihak lain; dan
i. melaporkan setiap gangguan atau insiden keamanan informasi.

KEDELAPAN

Pemberian, perubahan, peninjauan, pembatasan, dan pencabutan hak akses dilakukan berdasarkan tugas, fungsi, jabatan, unit kerja, kewenangan, kebutuhan pekerjaan, serta prinsip least privilege dan need to know.

KESEMBILAN

Unit yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan SIMRS wajib melakukan:

a. pengelolaan sistem;
b. pemeliharaan infrastruktur;
c. pengelolaan database;
d. pengelolaan akun dan hak akses;
e. pengamanan sistem;
f. monitoring sistem;
g. backup dan pemulihan data;
h. penanganan gangguan;
i. pengelolaan downtime;
j. pengelolaan perubahan sistem;
k. pengelolaan integrasi;
l. dokumentasi sistem;
m. monitoring dan evaluasi; dan
n. pengembangan sistem sesuai kebutuhan.

KESEPULUH

Setiap perubahan atau pengembangan SIMRS yang berdampak terhadap pelayanan, data, keamanan, integrasi, atau hak akses harus melalui proses pengkajian, pengujian, persetujuan, dokumentasi, dan evaluasi.

KESEBELAS

SIMRS harus memiliki mekanisme pencatatan aktivitas pengguna melalui audit trail sesuai kemampuan dan fungsi sistem untuk menjamin keterlacakan penggunaan dan perubahan data.

KEDUABELAS

Data SIMRS/RME harus memiliki mekanisme backup dan pemulihan yang memadai serta dilakukan pengujian pemulihan data secara berkala.

KETIGABELAS

Dalam hal terjadi gangguan sistem atau downtime, rumah sakit wajib memiliki mekanisme pelayanan alternatif agar kesinambungan pelayanan dan pencatatan data pasien tetap terjamin.

KEEMPATBELAS

Penyelenggaraan SIMRS dievaluasi secara berkala untuk menilai efektivitas, keamanan, ketersediaan, kualitas data, kepuasan pengguna, integrasi, serta kesesuaian dengan kebutuhan pelayanan dan ketentuan yang berlaku.

KELIMABELAS

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan dan pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit secara berkelanjutan.

KEENAMBELAS

Ketentuan teknis pelaksanaan Keputusan ini dituangkan lebih lanjut dalam:

a. Pedoman;
b. Standar Prosedur Operasional;
c. petunjuk teknis;
d. instruksi kerja;
e. formulir;
f. checklist;

g. matriks hak akses;
h. standar keamanan; dan
i. dokumen terkait lainnya.

KETUJUHBELAS

Seluruh unit kerja wajib melaksanakan ketentuan dalam Keputusan ini dan mendukung penyediaan data yang lengkap, akurat, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan.

KEDELAPANBELAS

Pedoman ini dilakukan evaluasi sekurang-kurangnya secara berkala dan/atau apabila terdapat perubahan regulasi, organisasi, teknologi, sistem, kebutuhan pelayanan, hasil audit, hasil evaluasi, atau perubahan risiko.

KESEMBILANBELAS

Dengan ditetapkannya Keputusan ini, seluruh ketentuan sebelumnya mengenai penyelenggaraan SIMRS yang bertentangan dengan Keputusan ini dinyatakan disesuaikan.

KEDUA PULUH

Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini, akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

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

Lamp. Kep Ka RSAU Antariksa
Nomor Kep/ 12 /IX/2026
Tanggal 16 September 2026

KEBIJAKAN PEDOMAN PENYELENGGARAAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT RSAU DR. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem informasi merupakan salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan rumah sakit modern. Ketersediaan data dan informasi yang akurat, lengkap, tepat waktu, aman, dan dapat ditelusuri diperlukan untuk mendukung pelayanan pasien, keselamatan pasien, pengelolaan sumber daya, peningkatan mutu, manajemen risiko, pendidikan, penelitian, pelaporan, dan pengambilan keputusan.

RSAU dr. Esnawan Antariksa menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit sebagai sistem yang mendukung proses bisnis rumah sakit, baik klinis maupun nonklinis.

SIMRS harus mampu mendukung pengelolaan informasi secara terintegrasi mulai dari proses pendaftaran pasien, pelayanan klinis, pelayanan penunjang, farmasi, billing, rekam medis, pelaporan, sampai dengan penyediaan informasi manajemen.

Dalam penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik, sistem informasi juga harus mampu menjaga keamanan, kerahasiaan, integritas, ketersediaan, dan keterlacakan data.

SIMRS SEHAT adalah aplikasi yang digunakan RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai sistem informasi manajemen rumah sakit

Oleh karena itu, diperlukan pedoman yang mengatur seluruh aspek penyelenggaraan sistem informasi rumah sakit secara terintegrasi.

B. Tujuan Umum

Memberikan pedoman dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang aman, efektif, efisien, terintegrasi, berkesinambungan, dan mendukung peningkatan mutu pelayanan.

C. Tujuan Khusus

Pedoman ini untuk:

1. memastikan SIMRS tersedia dan dapat digunakan;
2. menjamin data yang dihasilkan akurat;
3. menjamin keamanan informasi;
4. menjaga kerahasiaan data pasien;
5. menjamin integritas data;
6. menyediakan informasi tepat waktu;
7. mendukung RME;
8. mendukung pelaporan;
9. mendukung pendidikan dan penelitian;
10. mendukung pengambilan keputusan;
11. mendukung akreditasi rumah sakit;
12. menyediakan mekanisme backup;
13. menyediakan mekanisme pemulihan;
14. mengendalikan hak akses;
15. menyediakan audit trail;
16. mengelola downtime;
17. melakukan monitoring dan evaluasi.

D. Ruang Lingkup

Pedoman ini mencakup:

1. tata kelola SIMRS;
2. organisasi dan SDM;
3. aplikasi;
4. database;
5. infrastruktur;
6. jaringan;

7. keamanan;
8. user dan hak akses;
9. Rekam Medis Elektronik;
10. audit trail;
11. backup;
12. restore;
13. downtime;
14. disaster recovery;
15. integrasi;
16. SIMONLAP;
17. pelaporan;
18. pendidikan;
19. penelitian;
20. monitoring;
21. evaluasi;
22. pengembangan;
23. manajemen risiko;
24. dokumentasi.

E. Prinsip Penyelenggaran

SIMRS diselenggarakan berdasarkan prinsip:

1. Kerahasiaan

Informasi hanya dapat diakses oleh pihak yang memiliki kewenangan.

2. Integritas

Data harus tetap lengkap, benar, konsisten, dan tidak mengalami perubahan tanpa kewenangan.

3. Ketersediaan

Informasi dan sistem tersedia ketika diperlukan untuk pelayanan dan manajemen.

4. Akurasi

Data yang disimpan dan disajikan harus benar dan sesuai sumber.

5. Ketepatan

Waktu Informasi tersedia sesuai kebutuhan pelayanan dan manajemen.

6. Keterlacakan

Aktivitas pengguna dan perubahan data dapat ditelusuri.

7. Akuntabilitas

Setiap penggunaan sistem dapat dipertanggungjawabkan.

8. Keamanan

Sistem terlindungi dari akses, penggunaan, perubahan, kerusakan, atau kehilangan yang tidak sah.

9. Interoperabilitas

Sistem dapat bertukar data dengan sistem lain sesuai standar dan ketentuan.

BAB II
PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK

A. Tata Kelola SIMRS

1. Kepala RSAU

Kepala RSAU bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan SIMRS secara keseluruhan.

2. Penanggung Jawab SIMRS

Penanggung jawab SIMRS mengoordinasikan penyelenggaraan dan pengembangan sistem informasi.

3. Unit SIMRS/IT

Bertanggung jawab terhadap:

a. aplikasi;
b. server;
c. database;
d. jaringan;
e. keamanan;
f. backup;
g. user;
h. integrasi;
i. monitoring;
j. maintenance;
k. troubleshooting;
l. dokumentasi.

4. Unit Pengguna

Setiap unit bertanggung jawab atas:

a. kebenaran data;
b. kelengkapan data;
c. ketepatan waktu input;
d. penggunaan sistem;
e. keamanan akun;
f. pelaporan gangguan

B. Penyelenggara RME

RME diselenggarakan sebagai bagian dari SIMRS sesuai ketentuan yang berlaku. Alur minimal:

Registrasi → Pelayanan → Pengisian Klinis → Pemeriksaan Penunjang → Diagnosis → Tindakan/Terapi → Farmasi → Resume → Pengolahan

Rekam Medis → Pelaporan/Pemanfaatan Data

PPA wajib melakukan pencatatan sesuai kewenangan dan tanggung jawab profesionalnya.

C. Hak Akses

Hak akses diberikan berdasarkan role.

Role	Akses Utama
Super Admin	Administrasi sistem
IT	Teknis sistem
Dokter	Pelayanan klinis
Perawat	Keperawatan
Rekam Medis	Pengelolaan rekam medis
Koder	Koding
Farmasi	Pelayanan obat
Laboratorium	Pemeriksaan laboratorium
Radiologi	Pemeriksaan radiologi
Pendaftaran	Registrasi
Manajemen	Informasi manajemen
Auditor	Read only sesuai kewenangan

D. Audit Trail

Audit trail harus digunakan untuk menelusuri aktivitas pengguna. Data yang dicatat sekurang-kurangnya:

1. user;
2. tanggal;
3. waktu;

4. aktivitas;
5. modul;
6. data yang diakses;
7. perubahan;
8. pengguna yang melakukan perubahan.

E. Backup dan Redundansi

RSAU menerapkan strategi backup untuk mengurangi risiko kehilangan data.

DATA PRODUKSI

Server Lokal	Backup Internal	Offsite/Cloud
Salinan utama pada server rumah sakit	Salinan cadangan pada media	Salinan cadangan pada lokasi/cloud

Backup harus:

1. terjadwal;
2. dicatat;
3. diverifikasi;
4. dimonitor;
5. diuji restore.

F. Downtime

Dalam kondisi SIMRS tidak dapat digunakan, unit pelayanan menerapkan prosedur downtime.

Data pelayanan selama downtime harus:

1. dicatat menggunakan formulir downtime;
2. disimpan dengan aman;
3. dimasukkan kembali ke sistem setelah sistem normal;
4. diverifikasi;
5. didokumentasikan.

G. SIMONLAP

SIMONLAP digunakan untuk:

1. pengumpulan laporan;
2. monitoring laporan;
3. monitoring indikator;
4. monitoring program;
5. monitoring tindak lanjut;
6. dashboard;
7. analisis;
8. pelaporan manajemen.

Data SIMONLAP harus memiliki sumber data yang jelas.

H. Keamanan Informasi

Pengamanan dilakukan melalui:

1. username/password;
2. role-based access;
3. pembatasan akses;
4. audit trail;
5. backup;
6. antivirus/endpoint protection;
7. firewall;
8. monitoring;
9. pengamanan jaringan;
10. pengelolaan insiden.

I. Pendidikan Dan Penelitian

Data untuk pendidikan dan penelitian hanya diberikan berdasarkan:

1. permintaan resmi;
2. tujuan yang jelas;
3. persetujuan pejabat berwenang;
4. kebutuhan data;
5. prinsip minimalisasi data;
6. perlindungan kerahasiaan;
7. de-identifikasi bila diperlukan.

J. Integrasi

SIMRS dapat terintegrasi dengan:

1. SATUSEHAT;
2. BPJS;
3. laboratorium;
4. radiologi;
5. farmasi;
6. sistem pembayaran;
7. sistem pelaporan;
8. sistem internal lainnya.

Setiap integrasi harus dimonitor dan memiliki dokumentasi.

K. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring meliputi:

1. uptime;
2. downtime;
3. performa;
4. backup;
5. keamanan;
6. hak akses;
7. audit trail;
8. integrasi;
9. kepuasan pengguna;
10. insiden;
11. kualitas data.

Hasil evaluasi dituangkan dalam laporan dan rencana tindak lanjut.

L. Pelatihan

Pengguna SIMRS harus mendapatkan pelatihan sesuai kebutuhan. Dokumen pelatihan meliputi:

1. TOR;
2. undangan;

3. daftar hadir;
4. materi;
5. dokumentasi;
6. laporan;
7. evaluasi;
8. sertifikat jika diperlukan.

M. MANAJEMEN RISIKO

Risiko sistem informasi harus diidentifikasi, dianalisis, dievaluasi, dan ditindaklanjuti. Risiko meliputi:

1. kehilangan data;
2. kebocoran data;
3. akses tidak sah;
4. server failure;
5. network failure;
6. malware;
7. kegagalan backup;
8. kesalahan pengguna;
9. downtime;
10. kegagalan integrasi.

N. Pengelolaan Pihak Ketiga

Pihak ketiga yang memperoleh akses sistem harus:

1. memiliki kewenangan;
2. memiliki perjanjian;
3. dibatasi aksesnya;
4. menggunakan akun yang dapat ditelusuri;
5. mematuhi kerahasiaan;
6. tidak mengambil data tanpa izin;
7. mengikuti ketentuan keamanan.

O. EVALUASI DAN PENINGKATAN

Evaluasi dilakukan secara berkala berdasarkan:

1. indikator;
2. audit;
3. insiden;
4. keluhan;
5. kebutuhan pengguna;
6. perubahan regulasi;
7. perkembangan teknologi.

Hasil evaluasi menjadi dasar pengembangan SIMRS.

P. DOKUMENTASI DAN EVIDENCE

Sebagai bukti implementasi, Unit SIMRS/IT memelihara:

1. daftar pengguna;
2. matriks hak akses;
3. review hak akses;
4. screenshot role;
5. audit trail;
6. log aktivitas;
7. daftar akun aktif/nonaktif;
8. bukti penonaktifan akun;
9. laporan insiden;
10. tindak lanjut;
11. pengujian keamanan;
12. backup;
13. restore test;
14. rapat/review;
15. checklist audit;
16. laporan monitoring;
17. laporan evaluasi;
18. dokumentasi SIMONLAP;

19. dokumentasi integrasi;
20. dokumentasi downtime.

BAB III

PENUTUP

Pedoman ini menjadi acuan dalam penyelenggaraan SIMRS di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Setiap unit kerja wajib melaksanakan ketentuan yang ditetapkan dalam pedoman ini. Pedoman ditinjau secara berkala dan diperbarui sesuai perubahan regulasi, teknologi,

kebutuhan pelayanan, hasil evaluasi, dan perkembangan organisasi.

Ditetapkan di Jakarta

pada tanggal 16 September 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S

Kolonel Kes NRP 524330