



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai, Painan (Kode Pos 25611)

Telp. (0756) 21428-21518. Fax. (0756) 21398, Email.rsudpainan @ ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800 / 14.3 / RSUD-SK / I / 2019

TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS
DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang:**
- a. bahwa dengan menerapkan Pola PPK BLU (Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum), Rumah Sakit menyelenggarakan kegiatan jasa pelayanan, pendidikan, dan penelitian, serta usaha lain di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa Pengelolaan Penyelenggaraan Rekam Medis rumah sakit merupakan hal yang sangat penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ;
 - c. bahwa sebagai acuan dalam penyelenggaraan rekam medis, perlu disusun pedoman rekam medis;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan di atas, perlu penetapan Keputusan Direktur tentang Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis.

- Mengingat :**
1. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
 2. Undang- Undang nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
 3. Undang-Undang nomor 44 tahun 2010 tentang Rumah Sakit.
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 /Menkes/Per/ III/2008 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis.
 6. Keputusan Bupati Pesisir Selatan No 1 Tahun 2015 tentang penetapan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai PPL BLUD secara Penuh.
 7. Keputusan Gubernur No 440.1.2010 tentang perubahan Keputusan Gubernur 440-509-2009 tentang Penetapan RSUD sebagai RS PPK BLUD
 8. Peraturan Daerah Proponsi Sumatera Barat no 4 tahun 2010 tentang susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
 9. Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Nomor : 800/MKI/02 /RSUD-PS/IV/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis.
 10. Pedoman Peningkatan Mutu Rumah Sakit, Kemenkes RI, 1994.

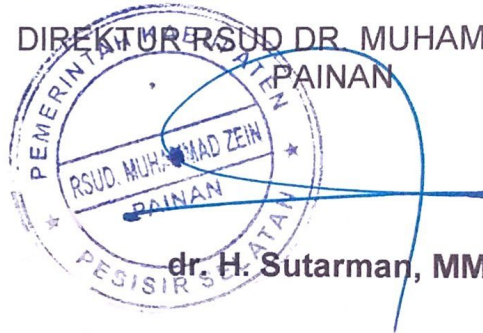
MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS RSUD
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN.

- Kesatu** : Ruang lingkup Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RSUD Dr. M Zein Painan meliputi aturan umum rekam medis, isi dan jenis rekam medis, aturan dan waktu pengisian rekam medis, penyelenggaraan rekam medis di RSUD Dr. M Zein Painan.
- Kedua** : Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur ini.
- Ketiga** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Painan
Pada tanggal : 2 Januari 2019

DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN



dr. H. Sutarman, MM

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah unit organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan yang bersifat preventif, kuratif maupun rehabilitatif. RSUD Dr. M Zein Painan sebagai rumah sakit umum pusat mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Keberadaan unit rekam medis pada suatu rumah sakit sangat penting. Hal ini karena sumber informasi yang berasal dari data rekam medis sangat berguna sebagai landasan untuk menilai kinerja unit pelayanan medis, sehingga dapat digunakan untuk evaluasi kinerja dan kepuasan pasien yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan atau penetapan kebijakan selanjutnya.

Dalam rangka memberikan pelayanan medis kepada setiap pasien wajib dibuatkan suatu dokumen yang berisi rekaman setiap tindakan pelayanan medis kepada pasien tersebut secara kronologis yang disebut dengan rekam medis. Dengan rekam medis pelayanan medis mempunyai bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan.

Standar tentang pelayanan dan operasional unit rekam medis diatur dalam PERMENKES No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis, KMK no. 377 Tahun 2007 tentang standar perekam medis dan informasi kesehatan, Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang SPM RS Tahun 2005, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, PORMIKI Tahun 2008, Kep Dirjen Yanmed 78/1991 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di RS, dan SE Dirjen Yanmed HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit Tahun 1995.

Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antar staf. Rekam Medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Penyelenggara RM merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP) serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

Rekam medis memiliki tenaga aspek-aspek yang sangat penting, yaitu:

1. Aspek Administrasi : karena isi RM menyangkut tindakan berdasar atas wewenang tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan, professional pemberi asuhan PPA dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis: karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek Hukum :karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hokum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan: karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
5. Aspek Penelitian: karena menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagi dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan: karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medic yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi : karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban serta laporan RS.

Rekam Memiliki kegunaan sebagai:

1. Alat komunikasi antara professional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan (communication).
2. Dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (financial billing)
3. Penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (research & education).
4. Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (assessment).
5. Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis)
6. Sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan pelaporan.

7. Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di RS.
8. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, RS maupun PPA (legal documentation).

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu system pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan serta berfokus kepada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi.

B. PENGERTIAN

1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008)
2. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI)
3. Pelayanan rekam medis merupakan kegiatan penunjang yang secara profesional yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.
4. Tenaga kesehatan adalah tenaga yang bertanggung jawab dalam mengisi rekam medis meliputi: Dokter / Dokter gigi spesialis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien (UU No.29 Tahun 2004 Tentang praktik kedokteran)
5. Penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan pencatatan data medis, asuhan keperawatan dan penunjang medis seseorang pasien, selama pasien itu mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, kemudian dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan dan pengeluaran berkas dari tempat penyimpanannya, yang setiap waktu dan siap diambil kembali secara cepat dan tepat waktu bila diperlukan dalam melayani permintaan / peminjaman berkas tersebut untuk keperluan pengobatan pasien, dan lainnya.
6. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya
7. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.

8. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
9. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Pedoman Rekam Medis RSUD Dr M. Zein Painan meliputi aturan umum rekam medis, isi dan jenis rekam medis, aturan dan waktu pengisian rekam medis, penyelenggaraan rekam medis di RSUD Dr M. Zein Painan

BAB III

KEBIJAKAN

1. Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan
2. Setiap pasien memiliki rekam medis yang formulirnya selalu diperbaharui
3. setiap pasien memiliki RM dengan satu nomor RM sesuai dengan system penomoran unit, pengaturan urutan berkas RM, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang
4. Berkas rekam medis tersedia bagi semua profesional pemberi asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit
5. Rekam medis pasien harus terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca
6. Assesmen awal harus dilakukan di rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Assesmen awal medis dan keperawatan dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan.
7. Assesmen gawat darurat dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang
8. Assesmen awal harus diselesaikan dalam jangka waktu yang sudah ditentukan
9. Assesmen tambahan harus dilakukan pada pasien tertentu
10. Assesmen ulang harus dilakukan untuk semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi.
11. Sebelum pasien di lakukan anestesi dan sedasi harus dilakukan persetujuan dan assesmen praanestesi
12. Sebelum pasien dilakukan tindakan pembedahan harus dilakukan persetujuan tindakan pembedahan
13. Ringkasan pasien pulang (discharge summary) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bertanggungjawab atas pelayanan/perawatan pasien rawat inap dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien / keluarga
14. Rekam medis harus menetapkan waktu pemusnahan
15. Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan,serta akses dan penggunaan yang tidak berhak

16. Standardisasi kode diagnosis, menggunakan ICD 10 dan kode prosedur/tindakan, menggunakan ICD 9CM
17. Simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, diatur dalam kebijakan tersendiri serta dimonitor pelaksanaannya.
18. Kepemilikan dan kerahasiaan rekam medis harus terjamin sesuai permenkes 269 Tahun 2008
19. Individu yang berwenang mengisi rekam medis dan melakukan koreksi yaitu Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
20. Untuk pengisian rekam medis harus mengikuti ketentuan sebagai berikut:
 - a. Dokter menggunakan pena dengan tinta berwarna hitam
 - b. Perawat dan Penunjang menggunakan pena dengan tinta berwarna biru

BAB IV
TATA LAKSANA

A. ISI REKAM MEDIS

- (1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang – kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan Riwayat penyakit
 - d. Diagnosis
 - e. Pengobatan dan/atau tindakan
 - f. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - g. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - h. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- (2) Isi rekam medis untuk rawat inap dan perawatan sekurang – kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan Riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang atau resume medis (discharge summary)

k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu

(3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang – kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Kondisi saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan
- c. Identitas pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu kedatangan
- e. Tanggal dan waktu keluar
- f. Hasil anamnesis, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan Riwayat pasien
- g. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- h. Diagnosis
- i. Pengobatan dan/atau tindakan
- j. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat
- k. Instruksi tindak lanjut asuhan

B. ASESMEN PASIEN (AP)

Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR yang terdiri dari:

- a. Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang staus fisik, bio-psiko, sosial, spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, resiko jatuh, asesmen fungsional, resiko nutrisional, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (Discharge Palnning).Pada SOAP adalah S–Subyektif dan O–Obyektif.
- b. Analisis data dan informasi (huruf A), yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A–Asesmen.
- c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b. Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. Pada SOAP adalah P–Plan.

1) ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN

a. Isi Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan

1. Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.

Asesmen awal medis pasien rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
- 2) riwayat alergi;
- 3) pemeriksaan fisik;
- 4) diagnosis;
- 5) rencana asuhan

2. Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan

Asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) bio-psiko-spiritual;
- 2) ekonomi
- 3) skrining dan asesmen nyeri
- 4) status fungsional
- 5) risiko jatuh
- 6) risiko nutrisi
- 7) masalah keperawatan
- 8) rencana asuhan

b. Waktu Penyelesaian Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan.

- 1) Asesmen awal pasien rawat jalan harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan asesmen.
- 2) Pasien rawat jalan dengan penyakit akut/non kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 1 (satu) bulan.
- 3) Pasien rawat jalan dengan penyakit kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan

2). ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT INAP

a. Isi Asesmen Awal Pasien Rawat Inap

Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap

Isi Asesmen awal medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan Riwayat penyakit;
- 2) Riwayat penggunaan obat
- 3) Riwayat alergi;
- 4) pemeriksaan fisik;
- 5) diagnosis;
- 6) rencana asuhan
- 7) kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;

b. Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap

Asesmen awal keperawatan pasien rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) bio-psiko-spiritual;
- 2) ekonomi;
- 3) skrining dan asesmen nyeri;
- 4) status fungsional;
- 5) risiko jatuh;
- 6) risiko nutrisi;
- 7) masalah keperawatan;
- 8) rencana asuhan
- 9) identifikasi pemulangan pasien yang kompleks

c. Waktu Penyelesaian Asesmen Awal Pasien Rawat Inap

Asesmen awal rawat inap harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap;

3). ASESMEN AWAL PASIEN GAWAT DARURAT.

a. Isi Asesmen Awal Pasien Gawat Darurat

1. Asesmen awal medis pasien gawat darurat

Asesmen awal medis pasien gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:

- 8) Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan Riwayat penyakit;
- 9) Riwayat penggunaan obat
- 10) Riwayat alergi;
- 11) pemeriksaan fisik;
- 12) diagnosis;
- 13) rencana asuhan
- 14) kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;

2. Asesmen awal keperawatan gawat darurat

Asesmen awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) bio-psiko-spiritual;
- 2) skrining dan asesmen nyeri
- 3) status fungsional
- 4) risiko jatuh
- 5) risiko nutrisi
- 6) masalah keperawatan
- 7) rencana asuhan

b. Waktu Penyelesaian Asesmen Awal Pasien Gawat Darurat

Asesmen gawat darurat harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 2 jam setelah dilakukan asuhan sesuai kebutuhan pasien.

4). SKRINING ASESMEN AWAL

1. Skrining Status Nutrisi:

- a. Skrining awal untuk menentukan risiko nutrisi pasien dengan menggunakan tools STRONG KIDS dan MST.
- b. Tools STRONG KIDS digunakan untuk Pasien dengan usia ≤ 14 tahun.
- c. Bila skor STRONG KIDS 4-5 maka dilakukan pengkajian lanjutan oleh ahli gizi
- d. MST digunakan untuk Pasien Usia > 14 tahun.
- e. Apabila skor MST > 2 maka dilakukan pengkajian lanjutan oleh ahli gizi.

2. Skrining Kebutuhan Fungsional.

- a. Skrining Kebutuhan Fungsional menggunakan Barthel Index.
- b. Hasil skrining kebutuhan fungsional dengan Barthel Index dikategorikan sebagai berikut:

Tabel Tingkat Ketergantungan

Pasien Berdasarkan Bartel Index

Kategori nilai	Tingkat	Ketergantungan
I	100	Mandiri
II	91-99	Ringan
III	62-90	Sedang
IV	21-61	Berat
V	0-20	Total

- c. Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS .

3. Skrining Resiko Jatuh.

- a. Skrining resiko jatuh dilakukan dengan menggunakan formulir yang sesuai yaitu:

- 1) Seluruh neonatal termasuk kategori risiko tinggi jatuh
- 2) Anak usia 1-14 tahun menggunakan formulir Humpty dumpty
- 3) Dewasa menggunakan Mors
- 4) Igd dan rawat jalan get up and got test

- b. Kategori hasil assmen resiko jatuh untuk masing-masing tools adalah sebagai berikut:

Tabel Kategori Resiko Jatuh

Humpty dumpty	
0-7	Rendah
8-11	Sedang
≥ 12	Tinggi

Morse	
0-24	Tidak Berisiko
25-44	Rendah
≥ 45	Tinggi
Get up and got test	

Get Up and Got Test	
Tidak berisiko	Bila tidak memenuhi 2 kriteria
Beresiko sedang	Bila memenuhi salah satu kriteria
Beresiko tinggi	Bila memenuhi kedua kriteria

- c. untuk pasien rawat inap jika pasien terkategori risiko jatuh sedang dan tinggi, maka pasang stiker kuning di gelang pasien dan penanda segitiga risiko jatuh di tempat tidur pasien.
- d. untuk pasien IGD dan poliklinik, jika berisiko tinggi pasien diberi edukasi dan brosur pencegahan risiko jatuh pasang stiker kuning risiko jatuh pada dada kanan bagian atas pakaian terluar pasien dan selanjutnya ditulis dalam catatan keperawatan.

4. Skrining Nyeri

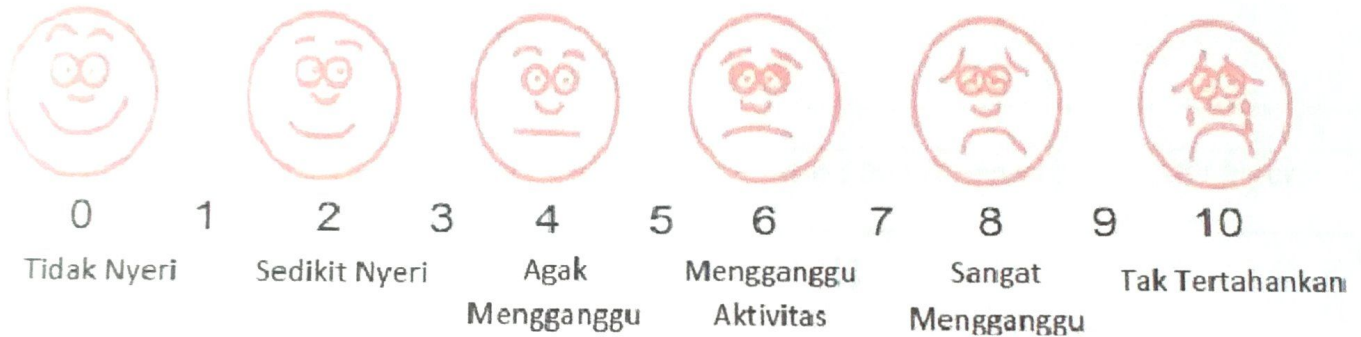
- a. Skrining nyeri dilakukan dengan mengajukan pertanyaan : “Apakah pasien merasa nyeri “?”
- b. Jika pasien menjawab “Ya”, maka dilanjutkan asesmen nyeri dengan menggunakan formulir
- 1) Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) untuk neonatal
 - 2) Skrining nyeri anak 2 bulan – 7 tahun menggunakan FLAAC Scale 3) Wong Baker untuk anak 7-14 tahun
 - 3) Wong Baker untuk anak > 7 tahun
 - 4) Numerik scale untuk dewasa

c. Kategori hasil assesmen nyeri untuk masing-masing tools adalah sebagai berikut:

Tabel Kategori Nyeri

NIPS	
0-2	Tidak nyeri - ringan
3-4	Nyeri ringan - sedang
>4	Nyeri hebat
Numerik scale	
0	Tidak nyeri
1-3	Ringan
4-6	Sedang
>7	Berat

Wong Baker



Skrining Nyeri Anak 2 bulan – 7 tahun menggunakan FLACC

	Kategori	Nilai	Score
Face Wajah	Tidak ada sekali-kali menggarutkan dahi, muram ogah-ogahan	0	
	Dagu bergetar dan rahang diketap berulang	2	
Leg Ekstremitas	Posisi normal atau santai	0	
	Gelisah, resah dan tegang	1	
	Menendang atau menarik kaki	2	
Aktifiti Gerakan	Rebahan dengan tenang, posisi normal bergerak dengan mudah	0	
	Mengeliat, maju, mudur, tegang	1	
	Menekuk/ posisi tubuh	2	

	meringkuk kaki dan menyetak		
	Tidak ada tangisan terjaga atau tertidur	0	
Cry Tangisan	Tidak ada tangisan terjaga atau tertidur	0	
	Mengerang/ merengek gerutan sekali-kali	1	
	Menangis tersedu sedu, menjerit terisak-rusak, menggerutu berulang-ulang	2	
Consolability	Senang santai	0	
	Dapat, ditenangkan degan sentuhan, pelaku atau berbicara, dapat diahlikan	1	
Kemampuan Ditenangkan	Sulit / tidak ditenangkan dengan sentuhan, pelaku atau berbicara, dapat dilingkahi	2	
	SKOR TOTAL		
0 : Tidak Nyeri Kuat 1-3 : Nyeri Ringan 4-6 : Nyeri Sedang 7-10 : Nyeri			

5. ASSESMEN TAMBAHAN

- (1) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan sebagai asesmen tambahan.
- (2) Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis dan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Asesmen tambahan antara lain untuk:
 - I. Neonatus
 - II. Anak
 - III. Remaja
 - IV. Obstetri/maternitas
 - V. Geriatri
 - VI. Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)

VII. Sakit terminal/menghadapi kematian

- (4) Tambahan asesmen terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka dalam kerangka kultural pasien. Proses asesmen disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan dan standar professional.

6. ASESMEN ULANG

- (1) Asesmen ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh professional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan;
- (2) Asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut;
- (3) Asesmen ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
- (4) Asesmen ulang oleh profesional pemberi asuhan lainnya dilaksanakan sesuai kondisi pasien.
- (5) Pelaksanaan Asesmen ulang dicatat pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

C. PELAYANAN SEDASI DAN ANESTESI

- (1) Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan, setelah diberikan penjelasan.
- (2) Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.
- (3) Catatan yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi:
 - a. asesmen pra sedasi/anestesi
 - b. asesmen pra induksi
 - c. monitoring status fisiologis
 - d. monitoring pemulihan sedasi/anestesi
 - e. evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general

D. ASESMEN PRA SEDASI/ANESTESI MELIPUTI:

- a) Mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat memengaruhi jenis sedasi/anestesi;
- b) Evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi/anestesi;
- c) Merencanakan jenis sedasi/anestesi dan tingkat kedalaman sedasi/anestesi yang diperlukan pasien berdasar atasedasi/anestesi yang diterapkan;
- d) Pemberian sedasi/anestesi secara aman; dan
- e) Mengevaluasi serta menyimpulkan temuan monitor selama dan sesudah sedasi/anestesi.

E. PELAYANAN BEDAH

- (1) Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan, setelah diberikan penjelasan.
- (2) Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.
- (3) Catatan yang harus dilakukan untuk tindakan bedah meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. asesmen pra operasi untuk melengkapi asesmen awal bedah
 - b. monitoring status fisiologis bila tindakan bedah menggunakan anestesi lokal
 - c. penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua sisi, serta melibatkan pasien

F. RINGKASAN PULANG

- (1) Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan sebelum pasien pulang;
- (2) Ringkasan pulang diberikan kepada pasien, disimpan dalam rekam medis pasien, dan dapat diberikan kepada tenaga kesehatan yang akan melanjutkan asuhan pasien;
- (3) Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada poin (1) sekurang-kurangnya memuat:
 - a. identitas pasien;
 - b. Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik;
 - c. diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
 - d. prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan;

- e. obat yang diberikan termasuk obat setelah keluar rumah sakit;
 - f. kondisi kesehatan pasien saat akan dipulangkan
 - g. instruksi tindak lanjut.
- (4) Bukti pelaksanaan pemberian salinan ringkasan pulang diberikan kepada:

- a. pasien
- b. tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan
- c. rekam medis
- d. pihak penjamin pasien
- e. sebagai jawaban rujukan

G. PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN (PRMRJ)

- a. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) dibuatkan untuk Pasien dengan kriteria diagnosis yang kompleks dan kriteria asuhan yang kompleks
- b. Penyimpanan PRMRJ agar mudah ditelusur (easy to retrieve) dan direview Informasi penting dalam PRMRJ oleh DPJP.
- c. Adapun kondisi pasien yang memerlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) adalah sebagai berikut:
 - 1) Pasien yang datang beberapa kali dengan masalah kompleks.
 - 2) Pasien yang menjalani tindakan beberapa kali dan datang di beberapa unit klinik yang memungkinkan bertambahnya diagnosis, obat, tindakan dan perkembangan riwayat penyakit serta temuan pada pemeriksaan fisik pasien tersebut.

H. EDUKASI

1. EDUKASI TERINTEGRASI.

- a. Profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan edukasi harus mampu memberikan edukasi secara efektif tentang hasil asesmen, diagnosis dan rencana asuhan yang akan diberikan.
- b. Asesmen kemampuan, kemauan belajar dan kebutuhan edukasi dicatat pada rekam medis. Variabel asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga meliputi :
 - a) Keyakinan dan nilai nilai pasien dan keluarga

- b) Kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan
 - c) Hambatan emosional dan motivasi
 - d) Keterbatasan fisik dan kognitif
 - e) Kesiapan pasien untuk menerima informasi
- c. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi :
- (1) penggunaan obat-obatan yang didapat pasien secara efektif dan aman (bukan hanya obat yang diresepkan untuk dibawa pulang), termasuk potensi efek samping obat;
 - (2) penggunaan peralatan medis secara efektif dan aman;
 - (3) potensi interaksi antara obat yang diresepkan dan obat lainnya termasuk obat yang tidak diresepkan serta makanan;
 - (4) diet dan nutrisi;
 - (5) manajemen nyeri;
 - (6) teknik rehabilitasi;
 - (7) cara cuci tangan yang benar
 - (8) Edukasi terintegrasi yang diberikan didokumentasikan pada form edukasi terintegrasi no. RM.26.

1. EDUKASI KHUSUS

- a. Untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan diberikan edukasi tentang: Resiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap Informasi alternatif pelayanan kesehatan yang ada.
- b. Edukasi yang diberikan didokumentasikan pada form edukasi no. RM.18.2

I. TRANSFER PASIEN

- 1) Transfer pasien adalah perpindahan pasien antar unit pelayanan didalam rumah sakit.
- 2) Form transfer minimal memuat:
 - Indikasi pasien masuk dirawat

- riwayat kesehatan,
- pemeriksaan fisik, dan
- pemeriksaan diagnostik
- diagnosis yang dibuat
- prosedur yang dilakukan
- obat yang diberikan dan tindakan lain yang dilakukan.
- keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer).

J. RUJUKAN PASIEN

- a. Informasi tentang pasien dirujuk disertakan bersama dengan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan.
- b. Dokumen rujukan diberikan kepada fasilitas pelayanan kesehatan penerima bersama dengan pasien
- c. Dokumen rujukan berisi:
 - 1) identitas pasien;
 - 2) hasil pemeriksaan (anamesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
 - 3) diagnosis kerja.
 - 4) terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
 - 5) tujuan rujukan;
 - 6) nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.
 - 7) nama fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju
 - 8) nama orang yang menyetujui menerima pasien,
 - 9) kondisi khusus untuk rujukan (seperti kalau ruangan tersedia di penerima rujukan atau tentang status pasien).
 - 10) Catatan kondisi pasien atau perubahan selama ditransfer (misalnya, pasien meninggal atau membutuhkan resusitasi).

- d. Dokumen lain yang diminta sesuai dengan kebijakan rumah sakit (misalnya, tanda tangan perawat atau dokter yang menerima serta nama orang yang memonitor pasien dalam perjalanan rujukan) masuk dalam catatan.
- e. Catatan setiap pasien yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya memuat juga dokumentasi selama proses rujukan.

K. TATA CARA PENYELENGGARAAN RM

- (1) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis adalah:
 - a. Profesional pemberi asuhan yang telah mendapat kewenangan terhadap pasien terkait;
 - b. Staf klinis pemberi asuhan terhadap pasien terkait;
 - c. Staf rekam medis sesuai penugasannya;
 - d. Direktur atau jajaran
 - e. Komite Medis/ Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
 - f. Komite Keperawatan/Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
- (2) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis dan berhak menulis/mengisi rekam medis adalah staf klinis terhadap pasien terkait.
- (3) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.
- (4) Pembetulan sebagaimana dimaksud pada poin (3) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.
- (5) Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak dengan cara:
 - a. Ruangan penyimpanan RM menggunakan pintu dengan Fingerprint.
 - b. Untuk akses RM elektronik menggunakan password masing-masing petugas yang berhak.

L. PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN DAN KERAHASIAAN.

1. PENYIMPANAN

- a. Penyimpanan lembar-lembar RM diurutkan agar mudah dicari kembali, diakses dan terstandar
- b. Urutan tersebut memudahkan PPA menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis .
- c. Adapun urutan penyimpanan lembar-lembar RM adalah sebagai berikut:

No	NAMA FORMULIR	KODE/NOMOR FORM
IRJ		
1	Persetujuan umum (general consent) rawat jalan	RM 4
2	Asasmen awal keperawatan rawat jalan	RM 2 Revisi 01
3	Asasmen awal medis rawat jalan	RM 2.2 Revisi 01
4	Hasil laboratorium/x-ray/dll	RM 17
IGD		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Asesmen keperawatan gawat darurat	RM 1 Revisi 01
3	Asesmen awal medis gawat darurat	RM 1.1 Revisi 01
4	Catatan perkembangan terintegrasi igd	RM 9.1
5	Triase gawat darurat	RM 1.5
IRNA		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Data visite dokter	RM 1.2
3	Ringkasan masuk dan keluar	RM 3
4	Hak dan kewajiban pasien rumah sakit	RM 4.1
A. Pembatas merah untuk asasmen awal pasien rawat inap		
1	Tata tertib dan hak dan kewajiban pasien	
2	Asasmen awal medis rawat inap	RM 6 Revisi 01
3	Asesmen awal keperawatan rawat inap	RM 5 Revisi 01
4	Catatan perawatan intensif	RM 10.1
5	Catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap	RM 9 Revisi 02
6	Pemantauan harian pasien	RM 10
7	Rencana tindakan keperawatan	RM 5.1
8	Daftar pemberian obat	RM 10
9	Hasil pemeriksaan laboratorium	RM 17
10	Persetujuan/penolakan diruang kesehatan	RM 18
B. Pembatas merah muda		
1	Resume medis	RM 23 revisi 01
2	Resume keperawatan	RM 23.1
3	Form A-evaluasi awal manejer pelayanan pasien	RM 23.3
C. Pembatas biru		
1	Pengkajian resiko terhadap infeksi	RM 24 revisi 01

2	Dokumen edukasi terintegrasi	RM 26 revisi 2A IRNA
21	Checklist rencana pemulangan pasien	RM 27 revisi 01
D. Pembatas hijau		
22	Formulir rekonsiliasi obat	RM 31

2. PEMUSNAHAN

- (1) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurangkurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
- (2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada poin (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- (3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada poin (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- (4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada poin (1) dan poin (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

3. KERAHASIAAN ISI REKAM MEDIS

- (1) Informasi tentang identitas diagnosis, Riwayat penyakit, Riwayat pemeriksaan dan Riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, Riwayat penyakit, Riwayat pemeriksaan, dan Riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:
 - a. untuk kepentingan kesehatan pasien;
 - b. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
 - d. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundangundangan; dan
 - e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien;

- (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada poin (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

M. KEPEMILIKAN REKAM MEDIS

- (1) Berkas rekam medis milik rumah sakit.
- (2) Isi rekam medis merupakan milik pasien.
- (3) Pasien mempunyai akses Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada poin (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- (4) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada poin (3) dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu
- (5) .Berkas rekam medis milik rumah sakit dan dikelola oleh instalasi rekam medis

N. IDENTITAS PASIEN DAN SISTEM PENOMORAN REKAM MEDIS

1. Pemberian identitas pasien meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor rekam medis dan nomor telepon.
2. Sistem penomoran rekam medis
 - Metode yang digunakan adalah Unit Numbering System yaitu setiap pasien memperoleh satu nomor pada waktu kunjungan pertama dan berlaku untuk seterusnya.
 - Nomor rekam medis diatur secara berurutan dan berkesinambungan yang dalam sistem telah dirancang secara online.
 - Nomor rekam medis terdiri dari 6 digit : 00.00.00.
 - Bayi yang baru lahir di Rumah Sakit akan memperoleh nomor rekam medis sendiri diluar nomor rekam medis ibunya.

O. PENGORGANISASIAN

- (1) Pengelolaan rekam medis dilaksanakan unit rekam medis.
- (2) Unit rekam medis wajib menjaga agar hanya tenaga kesehatan yang berwenang yang memiliki akses ke rekam medis.
- (3) Unit rekam medis wajib menjaga kerahasiaan rekam medis dan menjaga dari kehilangan.

(4) Unit rekam medis bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

... dan ...

... dan ...

... Rekam Medis

...	KODE, NOMOR FORM
...	RM 1
...	RM 2 Revisi 01
...	RM 2.2 Revisi 01
...	RM 9
...	RM 17
...	RM 4
...	RM 1 Revisi 01
...	RM 1.1 Revisi 01
...	RM 19.1
...	RM 1.5
...	RM 4
...	RM 1.2
...	RM 3
...	RM 4.1
...	RM 6
...	RM 5
...	RM 10.1
...	RM 8 Revisi 01
...	RM 2.1
...	RM 10
...	RM 5.1
...	RM 30
...	RM 17
...	RM 1
...	RM 1

BAB V
DOKUMEN

Instalasi Rekam Medis RSUP DR.M Zein Painan mempunyai formulir rekam medis yang digunakan pada pelayanan pasien, dimana formulir ini di design oleh petugas rekam medis dibawah pengawasan panitia rekam medis.

Panitia Rekam Medis melakukan pengecekan dan menalaah setiap formulir dan disahkan oleh Direktur Utama Rumah sakit DR.M. Zein Painan. Adapun formulir rekam medis yang digunakan pada pelayanan adalah sebagai berikut:

Tabel Daftar Formulir Rekam Medis

No	NAMA FORMULIR	KODE/NOMOR FORM
1	Persetujuan umum (general consent) rawat jalan	RM 4
2	Asasmen awal keperawatan rawat jalan	RM 2 Revisi 01
3	Asasmen awal medis rawat jalan	RM 2.2 Revisi 01
4	Catatan terintegrasi rawat jalan	RM 9
5	Hasil laboratorium/x-ray/dll	RM 17
IGD		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Asesmen keperawatan gawat darurat	RM 1 Revisi 01
3	Asesmen awal medis gawat darurat	RM 1.1 Revisi 01
4	Catatan perkembangan pasien terintegrasi igd	RM 9.1
5	Triase gawat darurat	RM 1.5
IRNA		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Data visite dokter	RM 1.2
3	Ringkasan masuk dan keluar	RM 3
4	Hak dan kewajiban pasien rumah sakit	RM 4.1
A. Pembatas merah untuk asasmen awal pasien rawat inap		
1	Tata tertib dan hak dan kewajiban pasien	
2	Asasmen awal dokter rawat inap	RM 6
3	Asesmen awal keperawatan rawat inap	RM 5
4	Catatan perawatan intensif	RM 10.1
5	Catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap	RM 9 revisi 02
6	Hasil pemeriksaan, analisis dan tindak lanjut	RM 2.7
7	Pemantauan harian pasien	RM 10
8	Rencana tindakan keperawatan	RM 5.1
9	Daftar pemberian obat	RM 10
10	Hasil pemeriksaan laboratorium	RM 17
11	Persetujuan/penolakan diruang kesehatan	RM 18

B. Pembatas merah muda		
1	Resume medis	RM 23 revisi 01
2	Resume keperawatan	RM 23.1
3	Form A-evaluasi awal manejer pelayanan pasien	RM 23.3
C. Pembatas biru		
1	Pengkajian resiko terhadap infeksi	RM 24 revisi 01
2	Dokumen edukasi terintegrasi	RM 26 revisi 2A IRNA
3	Checklist rencana pemulangan pasien	RM 27 revisi 01
D. Pembatas hijau		
1	Formulir rekonsiliasi obat	RM 31

Selain dari daftar formulir di atas ada beberapa kebutuhan yang lain untuk mendukung pelayanan di instalasi rekam medis yakni

1. Formulir bukti registrasi pasien umum
2. Formulir untuk pembuatan SEP
3. Formulir verifikasi pasien rawat jalan
4. Formulir surat keterangan dokter
6. Tracher untuk pengganti rekam medis keluar dari rak penyimpanan
7. Kertas untuk tracer.