

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

Pengertian rekam medis menurut PERMENKES RI No. 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, 2017), rekam medis adalah bukti tertulis (kertas/eletronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan keputusannya yang dibuat oleh profesional pemberi asuhan (PPA).

Penyelenggaraan rekam medis 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 (SNARS, 2017).

Peran serta seluruh petugas rumah sakit serta dukungan pimpinan rumah sakit didalam proses penyelenggaraan rekam medis di Indonesia sangat diharapkan sekali didalam pengelolaan rekam medis (Depkes, 2006).

Menurut SNARS (2017) beberapa kegunaan rekam medis dalam beberapa aspek, antara lain:

1. Aspek Administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis: karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yg harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum 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 sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan: karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik 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 pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Menurut SNARS (2017) Rekam medis memiliki kegunaan sebagai:

1. Alat komunikasi antara profesional pemberi asuhan (ppa) yang memberikan asuhan pasien (*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 pertanggungjawaban dan pelaporan
7. Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit
8. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun profesional pemberi asuhan (*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 sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan, serta berfokus pada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi.

2.1.1 Penyimpanan Rekam Medis

Menurut Departemen Pendidikan Nasional, (2002), penyimpanan adalah tempat menyimpan (mengumpulkan), proses, cara perbuatan menyimpan. Ruang penyimpanan yaitu ruang yang menyimpan rekam medis, agar rekam medis dapat dijaga keutuhan fisiknya dan kerahasiaan informasi yang terkandung dalam rekam medis tersebut. Dalam pembangunan ruangan untuk menyimpan rekam medis harus memperhatikan konstruksi dan kelengkapannya, pengendalian iklim (suhu dan kelembaban), penerangan, pencegahan debu, dan pencegahan bahaya kebakaran sehingga kertas rekam medis dapat tersimpan dengan baik.

Penyimpanan rekam medis ada dua cara, yaitu sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Sedangkan desentralisasi adalah terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan ditempat penyimpanan yang terpisah (Depkes, 2006).

2.1.2 Pengambilan Kembali Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006), ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah sebagai berikut.

1. Tidak satu pun rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis, tanpa tanda keluar/ kartu peminjaman. Peraturan ini tidak hanya

berlaku bagi orang-orang diluar ruang rekam medis, tetapi juga bagi petugas-petugas rekam medis sendiri.

2. Seseorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu satu rekam medis diperbolehkan tidak berada dirak penyimpanan. Seharunya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
3. Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari fasilitas kesehatan, kecuali atas perintah pengadilan.
4. Dokter-dokter atau pegawai-pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa keruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan keruang rekam medis pada akhir jam kerja.
5. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara diruang rekam medis.
6. Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang, dan berpindah dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi "Kartu Pindah Tangan" karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak-balik dikirim kebagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai petunjuk keluarnya rekam medis, kartu pindah tangan tersebut berisi: tanggal, pindah tangan dari siapa, kepada siapa, untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

2.2 *Tracer*

Petunjuk keluar merupakan sarana penting dalam mengontrol penggunaan rekam medis. Biasanya digunakan untuk menggantikan rekam medis yang keluar dari penyimpanan. *Tracer* ini tetap berada di penyimpanan sampai rekam medis yang dipinjam dikembalikan dan disimpan kembali. *Tracer* yang baik menggunakan triplek yang dilapisi plastik berwarna dan dilip kertas agar tidak hilang dan rusak serta mengetahui keterlambatan laporan sampai rekam medis dikembalikan ke *filing*. Karena *tracer* digunakan berulang-ulang, maka bahan yang digunakan bahan yang kuat (Anggraeni, 2013).

Tracer yaitu pengganti rekam medis yang akan dikeluarkan dari penyimpanan untuk tujuan apapun. Harus terbuat dari bahan yang kuat dan berwarna. Petunjuk keluar atau *tracer* juga meningkatkan efisien dan keakuratan dalam peminjaman dengan menunjukkan dimana sebuah rekam medis untuk disimpan saat kembali (Anggraeni, 2013).

Jenis petunjuk keluar atau *tracer* yang baik adalah dalam bentuk kartu, biasanya ukuran sama atau sedikit lebih besar dari dokumen rekam medis, dan harus tercantum :

- 1) Nomor rekam medis;
- 2) Nama pasien;
- 3) Tujuan rekam medis atau peminjaman; dan
- 4) Tanggal keluar.

2.3 Standar Prosedur Operasional

Standar Prosedur Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (Permenpan, 2012).

Dalam sebuah perusahaan, Standar Prosedur Operasional memiliki peran yang sangat penting. Standar Prosedur Operasional dapat dijadikan sebuah pedoman untuk mengantisipasi berbagai macam situasi yang dapat terjadi ketika perusahaan sedang dijalankan. Sebuah bisnis yang sedang berkembang akan bisa konsisten jika mematuhi Standar Prosedur Operasional yang ditetapkan (Muthmainah, 2019).

Tanpa adanya Standar Prosedur Operasional , anggota sebuah perusahaan seakan-akan tidak memiliki pedoman yang jelas dan baku sehingga efektivitas pekerjaan dapat menurun. Dari inilah, adanya Standar Prosedur Operasional sangat penting untuk mencapai keuntungan maksimal dengan pekerjaan yang lebih efektif. Standar Prosedur Operasional penggunaan *tracer* adalah proses atau tatacara menggunakan *tracer* (Muthmainah, 2019).

2.4.1 Tujuan SPO

Tujuan pembuatan SPO adalah untuk menjelaskan perincian atau standar yang tetap mengenai aktivitas pekerjaan yang berulang-ulang yang diselenggarakan dalam suatu organisasi. SPO yang baik adalah SPO yang mampu menjadikan arus kerja yang lebih baik, menjadi panduan untuk karyawan baru, penghematan biaya, memudahkan pengawasan, serta mengakibatkan koordinasi yang baik antara bagian-bagian yang berlainan dalam perusahaan (Riadi, 2016).

Berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan SPO Untuk Rumah Sakit, Nico A. Lumenta (2001), dinyatakan bahwa:

Tujuan Umum SPO, adalah:

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif dan aman, serta senantiasa meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan pencapaian standar profesi dan standar pelayanan Rumah Sakit.

Tujuan Khusus SPO, adalah:

- a. Untuk menjaga konsistensi dan tingkat penampilan kinerja suatu kegiatan secara optimal
- b. Sebagai acuan (check list) dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, supervisor, surveyor dsb.
- c. Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan
- d. Merupakan parameter dalam meningkatkan mutu pelayanan
- e. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif

- f. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait
- g. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan malpraktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas
- h. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan
- i. Sebagai dokumen sejarah bila dibuat revisi SPO yang baru.

2.4.2 Manfaat SPO

Menurut Permenpan Nomor 35 tahun 2012, Manfaat SPO atau yang sering disebut sebagai prosedur tetap (protap) adalah:

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya;
2. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas;
3. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan;
4. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;
5. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;
6. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan;
7. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi;
8. Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur;
9. Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
10. Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi aparatur;
11. Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
12. Sebagai instrumen yang dapat melindungi aparatur dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan;
13. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas;
14. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan procedural dalam memberikan pelayanan;

15. Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan, sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan.

2.4.3 Prinsip Penyusunan SPO

Menurut Permenpan Nomor 35 tahun 2012, SPO memiliki prinsip dalam penyusunannya antara lain:

- a. Kemudahan dan kejelasan. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua aparatur bahkan bagi seseorang yang sama sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya;
- b. Efisiensi dan efektivitas. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas;
- c. Keselarasan. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur-prosedur standar lain yang terkait;
- d. Keterukuran. *Output* dari prosedur-prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas atau mutu baku tertentu yang dapat diukur pencapaian keberhasilannya;
- e. Dinamis. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan;
- f. Berorientasi pada pengguna atau pihak yang dilayani. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (*customer's needs*) sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna;
- g. Kepatuhan hukum. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan-peraturan pemerintah yang berlaku;
- h. Kepastian hukum. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi aparatur atau pelaksana dari kemungkinan tuntutan hukum.

2.4.4 Format SPO

Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2012) SPO memiliki format dalam penyusunannya antara lain:

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002.
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang memeriksa SPO, dll, namun tidak boleh mengurangi itemitem yang ada di SPO .
4. Format SPO sebagai berikut :

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Sumber: KARS (2012)

Gambar 2. 1 Format SPO

Penjelasan :

Penulisan SPO yang harus tetap di dalam tabel/ kotak adalah: nama RS dan logo, judul SPO, SPO, no dokumen, no revisi, tanggal terbit dan tanda tangan Direktur RS, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur dan unit terkait boleh tidak diberi kotak/tabel.

2.4.5 Petunjuk Pengisian SPO

Petunjuk pengisian SPO menurut KARS (2012):

a. Kotak Heading: masing-masing kotak (Rumah Sakit, Judul SPO, No. Dokumen, No. Revisi, Halaman, Prosedur Tetap, Tanggal terbit, Ditetapkan Direktur) diisi sebagai berikut :

1. Heading dan kotaknya dicetak pada setiap halaman. Pada halaman pertama kotak heading harus lengkap, untuk halaman-

halaman berikutnya kotak heading dapat hanya memuat : Kotak Nama RS, Judul SPO, No. Dokumen, No. Revisi dan Halaman.

2. Kotak RS diberi nama RS dan logo RS (bila RS sudah mempunyai logo).
3. Judul SPO : diberi judul/nama SPO sesuai proses kerjanya.
4. No. Dokumen : diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di RS yang bersangkutan, yang dibuat sistematis agar ada keseragaman.
5. No. Revisi : diisi dengan status revisi, dianjurkan menggunakan huruf. Contoh : dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Tetapi dapat juga dengan angka, misalnya untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.
6. Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SPO tersebut. Misalnya : halaman pertama: 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir : 5/5.
7. SPO diberi penamaan sesuai ketentuan (istilah) yang digunakan RS, misalnya : SPO, prosedur, prosedur tetap, petunjuk pelaksanaan, prosedur kerja dan sebagainya.
8. Tanggal terbit : diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SPO tersebut.
9. Ditetapkan Direktur : diberi tanda tangan Direktur dan nama jelasnya.

b. Isi SPO

1. **Pengertian:** berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.
2. **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : ” Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk
3. **Kebijakan:** berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tsb. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.
4. **Prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
5. **Unit terkait:** berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

2.4.6 Proses Penyusunan SPO

Menurut KARS (2012) :

- a. SPO disusun dengan menggunakan format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik

- nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
- b. Penyusunan SPO dapat dikelola oleh suatu Tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut :
 1. Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait.
 2. SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SPO.
 3. Fungsi Tim/Panitia SPO :
 - a) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.
 - b) Sebagai koordinator dari SPO yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SPO/tumpang tindih SPO antar unit.
 - c) Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan di tanda tangani oleh Direktur RS
 - c. Penyusunan SPO dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan SPO. Untuk SPO pelayanan dan SPO administrasi, untuk melakukan identifikasi kebutuhan SPO bisa dilakukan dengan menggambarkan proses bisnis di unit kerja tersebut atau alur kegiatan dari kerja yang dilakukan di unit tersebut. Sedangkan untuk SPO Profesi identifikasi kebutuhan dilakukan dengan mengetahui pola penyakit yang sering ditangani di unit kerja tersebut. Dari identifikasi kebutuhan SPO maka di suatu unit kerja dapat diketahui berapa banyak dan macam SPO yang harus dibuat/disusun. Untuk melakukan identifikasi kebutuhan SPO dapat pula dilakukan dengan memperhatikan elemen penilaian pada standar akreditasi rumah sakit, minimal SPO-SPO apa saja yang harus ada. SPO yang dipersyaratkan di elemen penilaian adalah SPO minimal yang harus ada di rumah sakit. Sedangkan identifikasi SPO dengan menggambarkan terlebih dahulu proses bisnis di unit kerja adalah seluruh SPO secara lengkap yang harus ada di unit kerja tersebut.
 - d. Mengingat SPO merupakan *flow charting* dari proses kegiatan maka untuk memperoleh pengertian yang jelas bagi subyek, penulisan SPO adalah dimulai dengan membuat *flow chart* dari kegiatan yang dilaksanakan. Caranya adalah membuat diagram kotak sederhana yang menggambarkan langkah penting dari seluruh proses.

2.4.7 Tata Cara Penomoran SPO

Menurut KARS (2012) :

1. Semua SPO harus diberi nomor

2. RS agar membuat kebijakan tentang pemberian nomor untuk SPO.
3. Pemberian nomor bisa mengikuti tata persuratan RS atau ketentuan penomoran yang khusus untuk SPO (bisa menggunakan garis miring atau dengan sistem digit). Pemberian nomor sebaiknya secara sentral.
4. Kode-kode yang dipergunakan untuk pemberian nomor :
 - a. Kode unit kerja : masing-masing unit kerja di RS mempunyai kode sendiri-sendiri, kode bisa berbentuk angka bisa juga berbentuk huruf. Sebagai contoh Instalasi gawat darurat mempunyai kode 08 (bila kode berbentuk angka) atau huruf : g (bila kode berbentuk huruf)
 - b. Kode SPO : adalah didalam tata persuratan RS yang diberikan untuk SPO, kode bisa berbentuk angka atau huruf. Sebagai contoh : kode untuk SPO adalah 03 (bila kode berbentuk angka) atau c (bila kode berbentuk huruf)
 - c. Nomer urut SPO adalah urutan nomer SPO di dalam unit kerja.
 - d. Contoh penomoran SPO di Instalasi Gawat Darurat : 08.03.15 (artinya SPO dari Instalasi Gawat Darurat dengan nomer urut SPO = 15) atau g.c.15 (bila penomoran dengan huruf)

Contoh penomoran SPO lainnya :

- a. SPO yang khusus untuk satu unit, misalnya IGD:/IGD/bulan/tahun;
- b. Satu SPO dipergunakan oleh 2 unit yang berbeda misalnya SPO rujukan pasien maka penomoran bisa sebagai berikut:/IGD/Keperawatan/bulan/tahun