

IMPLEMENTASI CLINICAL RISK MANAGEMENT (CRM) DI UNIT GAWAT DARURAT RSUD BANYUMAS TAHUN 2018

IMPLEMENTATION OF CLINICAL RISK MANAGEMENT (CRM) IN EMERGENCY ROOM RSUD BANYUMAS 2018

Putri Titis Cahyawening, Arih Diyaning Intiasari, Budi Aji
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Jenderal Soedirman

ABSTRACT

Patient safety is a system in hospital to make patient care safer. The system includes risk assessment, identification and management of patient risk, incident analysis and report, capability of learning from an incident and its follow-up, and solution implementation to minimize risk. Risk management is reducing mistakes and accidents as low as possible, and minimizing possible worst outcome for patient. This research is an evaluative descriptive qualitative research. Informants in this research are 4 health workers, 2 stakeholders, and 2 Hospital committee chosen using purposive sampling method. The techniques used for data collection are in-depth interview, observation, and documentation. Data analysis used content analysis. Four global themes obtained are: input implementation is still not good; implementation process good enough but there are some obstacles; output implementation has some drawback; implementation of programs has some obstacles; role of policy makers for strategy in implementation. CRM implementation in Emergency Room of RSUD Banyumas is passable and could provide some benefits to its human resources, however some drawbacks still exist in the implementation.

Keywords: Implementation, CRM, Emergency Room, Risk, Hospital.

ABSTRAK

Keselamatan pasien adalah sistem di rumah sakit untuk membuat perawatan pasien lebih aman. Sistem ini mencakup penilaian risiko, identifikasi dan manajemen risiko pasien, analisis dan laporan insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, dan implementasi solusi untuk meminimalkan risiko. Manajemen risiko mengurangi kesalahan dan kecelakaan serendah mungkin, dan meminimalkan kemungkinan hasil terburuk untuk pasien. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif deskriptif. Informan dalam penelitian ini adalah 4 tenaga kesehatan, 2 stakeholder, dan 2 komite rumah sakit yang dipilih menggunakan metode purposive sampling. Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data adalah wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Analisis data yang digunakan adalah analisis isi. Empat tema global yang didapat adalah: implementasi input masih belum baik; proses implementasi cukup baik tetapi ada beberapa kendala; implementasi output memiliki beberapa kelemahan; implementasi program memiliki beberapa kendala; peran pembuat kebijakan untuk strategi dalam implementasi. Implementasi CRM di Ruang Gawat Darurat RSUD Banyumas lumayan dan dapat memberikan beberapa manfaat bagi sumber daya manusianya, namun beberapa kelemahan masih ada dalam pelaksanaannya.

Kata kunci: Implementasi, CRM, Ruang Gawat Darurat, Risiko, Rumah Sakit.

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem di rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. (Gunawan, *et.al*, 2015) Berbagai risiko pada pelayanan medis seperti risiko akibat tindakan medis terjadi sebagai bagian dari pelayanan pada pasien, menurut WHO pada tahun 2004 telah mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit berbagai Negara : Amerika, Inggris, Denmark dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3.2-16,6%. Data- data tersebut yang menjadikan berbagai negara melakukan penelitian serta mengembangkan yang terkait dengan sistem keselamatan pasien.

Penelitian di Canada menunjukkan bahwa 7%-12% pasien mengalami insiden keselamatan yang 30%-40% nya sebenarnya dapat dilakukan pencegahan. Laporan IKP

di Indonesia tahun 2007 berdasarkan provinsi menemukan bahwa insiden yang dilaporkan, kasus tersebut terjadi di wilayah Jakarta sebesar 37,9%, Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68%. Laporan IKP di Indonesia berdasarkan kepemilikan rumah sakit pada tahun 2010 pada triwulan III ditemukan bahwa rumah sakit Pemerintah Daerah memiliki presentase lebih tinggi yaitu sebesar 16% dibandingkan dengan rumah sakit swasta sebesar 12%. (Gunawan,*et.al*, 2015). Identifikasi risiko diperlukan membentuk manajemen risiko yang bertujuan untuk mempermudah pelaksanaan monitoring dan evaluasi guna kepentingan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Manajemen risiko adalah mengurangi sejauh mungkin kesalahan (*human errors* atau karena lalai – *negligence*) dan kecelakaan (*medical accident*), serta mengurangi serendah mungkin *outcome* yang buruk bagi pasien (Gde, 2004). Rumah sakit perlu menjamin

berjalannya sistem untuk mengendalikan dan mengurangi risiko. Manajemen Risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan asuhan keselamatan pasien yang akan berujung dampak pada pencapaian sasaran mutu rumah sakit. (Pramanik, 2016). Menurut hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan pihak RSUD Banyumas yang terdiri dari Koordinator Tim Manajemen Risiko Klinis RSUD Banyumas, Kepala Instalasi Gawat Darurat, Kepala Perawat Instalasi Gawat Darurat, dan Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien didapatkan hasil, bahwa RSUD Banyumas sendiri sudah memiliki sub komite Manajemen Risiko Klinis dan Non Klinis dengan bekerja secara tim dengan komite lain dalam Komite Mutu dan Keselamatan Pasien seperti Komite K3, Komite PPI dan Manajemen Struktural. Sub Komite Manajemen Risiko Klinis di RSUD Banyumas sudah terbentuk sejak tahun 2016, melalui beberapa tahap di setiap unitnya. Penerapan manajemen risiko klinis di RSUD Banyumas berdasarkan pada tahapan peningkatan budaya mutu. Penerapan

di RSUD Banyumas baru melalui beberapa tahap seperti pada tahapan identifikasi risiko di setiap unitnya. Pada tahun 2017 terjadi angka insiden kasus risiko yang terjadi pada tenaga kesehatan dan pasien sebesar 18 kasus untuk SKP 5 seperti pada kasus identifikasi pasien, komunikasi efektif, ketepatan operasi, pemberian obatan *high alert* dan kejadian pasien jatuh, sedangkan untuk insiden yang terjadi pada SKP 6 seperti kasus pencegahan infeksi kasus tertusuk jarum sebanyak 13 kasus, dan 2 kasus diantaranya tenaga kesehatan yang ada di RSUD Banyumas positif terkena B20.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif evaluatif yang dilakukan di Unit Gawat Darurat RSUD Banyumas pada April 2018. Subjek penelitian yang digunakan pada penelitian ini dipilih berdasarkan teknik *purposive sampling* yaitu sebanyak 9 orang. Pengumpulan data dalam penelitian ini dipenuhi dengan melakukan wawancara mendalam dengan subjek penelitian dan observasi. Analisis

data pada penelitian ini yaitu analisis konten.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input Dalam Implementasi CRM

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan menunjukkan bahwa diketahui input dalam implementasi CRM masih memiliki kekurangan. Kekurangan tersebut antara lain, kualitas sumber daya manusia yang kurang dikarenakan masih kurangnya jumlah sosialisasi dan pelatihan terkait implementasi CRM, tidak adanya dana yang dikhususkan untuk implementasi CRM dan pengadaan fasilitas sarana prasarana yang membutuhkan waktu yang lama. Tenaga kesehatan yang ada di RSUD Banyumas telah sesuai dengan Undang Undang No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang menyebutkan bahwa kualifikasi minimum untuk tenaga kesehatan yaitu Diploma 3, kecuali tenaga medis.

Tenaga kesehatan yang ada sudah mampu dan kompeten dalam melaksanakan tugasnya sebagai fungsional di IGD tetapi dalam implemantasinya dalam CRM masih

kurang dikarenakan jumlah sosialisasi dan pelatihan yang kurang. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardani (2016) yang menyebutkan bahwa kompetensi berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai di fasilitas pelayanan kesehatan. Tidak adanya dana khusus dalam implementasi diakrenakan dana untuk implementasi CRM sendiri bergabung dengan dana untuk program mutu rumah sakit. Dana tersebut digunakan untuk pengadaan sosialisasi dan pelatihan tenaga pelaksana yang ada di rumah sakit terkait dengan CRM.

Menurut Saifudin (2007) dalam Rahmawati (2013) anggaran merupakan salah satu penyebab keberhasilan program. Tetapi dengan anggaran yang cukup dapat pula menjadi penyebab kegagalan dalam pencapaian target program yang diakibatkan karena pengelolaan manajemen keuangan yang kurang tepat sehingga tidak berdampak pada kinerja tenaga pelaksana sehingga program yang tidak tercapai. Ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di IGD dari hasil observasi didapatkan sudah sesuai dengan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Pelayanan IGD.

Proses Dalam Implementasi CRM

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, pada proses implementasi terdapat kendala yaitu kurangnya keterlibatan SDM dalam proses implementasi. Keterlibatan SDM tersebut mencakup, keterlibatannya dalam identifikasi risiko yang ada di IGD, keterlibatan dalam proses perencanaan CRM, penganggaran dan pembuatan kebijakan. Kurangnya keterlibatan tersebut karena faktor dari sumber daya kesehatan sendiri yang sudah memiliki *jobdesc* dalam melayani pasien dan stakeholder hanya sebagai fasilitator. Menurut penelitian Putra, dkk (2017) bahwa *stakeholder* yang ada dalam kebijakan tersebut mempunyai posisi untuk keberhasilan suatu program.

Output Dalam Implementasi CRM

Berdasarkan hasil wawancara dan studi dokumen yang telah dilakukan, output dalam implementasi masih terdapat kendala. Kendala yang dihadapi

yaitu kurangnya dukungan stakeholder dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap implementasi CRM. Kendala lain yang dihadapi yaitu kurangnya keterlibatan SDM dalam pelaporan.

Kendala tersebut karena tenaga kesehatan yang ada di IGD memiliki pembagian *shift* sendiri sehingga untuk keterlibatannya disesuaikan dengan jadwal tersebut, dan tenaga kesehatan juga lebih memasrahkan tugas pembuatan laporan tersebut kepada pihak management ruangan atau kepala ruang yang dianggap lebih berhak. Kurangnya dukungan stakeholder terkait dengan pembinaan dan pengawasan tersebut karena stakeholder hanya dilibatkan sebagai fasilitator. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Tondong, dkk (2014) menjelaskan keterlibatan dalam kebijakan yang bersifat *top down* bukan inisiatif akan menyebabkan respon yang belum siap dalam suatu program rumah sakit atau balai pengobatan. Untuk masih kurangnya pembinaan dan pengawasan sendiri menurut penelitian yang dilakukan oleh Napirah (2017) tidak ada nya sistem evaluasi yang tepat menjadi

salah satu hal yang menghambat peningkatan kemampuan yang ada.

Peran Isi Kebijakan Dalam Implementasi CRM

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, peran kebijakan program sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Kebijakan CRM yang ada di RSUD Banyumas sudah diadakan selama 2 tahun, dengan masa 1 tahun masa identifikasi risiko. Dari implementasi tersebut bagi tenaga kesehatan sudah memberikan manfaat yang dirasakan. Manfaat tersebut perubahan pada perilaku dan lebih *confident* dalam bekerja, serta terhindar dari kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja dan kejadian yang tidak diinginkan lainnya. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Harus dan Ani (2015) bahwa tenaga kesehatan yang telah menerima informasi terkait keselamatan pasien dan pelatihan. Pelatihan sendiri adalah bagian dari pendidikan menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku

dalam waktu yang relative singkat. Banyaknya pelatihan yang diikuti oleh tenaga kesehatan berpengaruh baik terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.

Namun dalam implementasinya, CRM masih terdapat beberapa kendala. Kendala yang dihadapi antara lain, kurangnya kuantitas dan kualitas SDM, tidak adanya dana khusus dan pengadaan fasilitas sarana prasarana yang masih kurang. Kurangnya jumlah SDM membuat tenaga kesehatan tersebut memiliki beban ganda. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Shocker (2008) dalam Kusumawati (2015) menyebutkan beban kerja tidak terlepas dari masing-masing individu perawat karena setiap inividu memiliki daerah kerja dimana beban kerja tersebut akan berpengaruh terhadap kinerja seorang perawat.

Peran Lingkungan Kebijakan Dalam Implementasi CRM

Respon dari Pemangku Kebijakan sudah cukup baik, namun dari hasil wawancara yang dilakukan masih terdapat keterlambatan. Keterlambatan tersebut dikarenakan

data identifikasi risiko dan pelaporan dikumpulkan secara kumulatif semua unit di rumah sakit. Pengumpulan identifikasi risiko dan laporan insiden dikumpulkan kepada komite mutu dan keselamatan pasien dan sub komiten k3 rumah sakit. Hal tersebut sehingga mengakibatkan terlambatnya respon dari pemangku kebijakan. Respon dari *stakeholder* merupakan salah satu keterlibatan yang dilakukan oleh *stakeholder* dalam implementasi CRM, namun dalam pelaksanaannya masih kurang. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakkan oleh Napirah (2017) menyebutkan kontribusi *stakeholder* dalam organisasi perlu diperhatikan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang akan berpengaruh pada ketercapaian program.

Strategi yang dibutuhkan antara lain yaitu, penambahan jumlah sumber daya manusia dari kuantitas dan kualitas, penambahan kualitas sumber daya manusia melalui jumlah sosialisasi dan pelatihan yang dilakukan oleh tenaga pelaksana dan penambahan sarana dan prasarana yang ada. Karena jumlah sumber daya yang ada belum dengan

kebutuhan yang ada dirumah sakit, standar yang ada dirumah sakit untuk satu *bed* tempat tidur membutuhkan satu orang perawat. Sosialisasi dan pelatihan yang diberikan ditambah karena dirasa masih cukup kurang untuk memberikan pemahaman kepada tenaga pelaksana terkait implementasi CRM. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Napirah (2017) menyebutkan strategi sangat diperlukan untuk mengukur kinerja organisasi sebab dapat dijadikan sebagai monitor (acuan) sudah sejauh mana tujuan organisasi telah dicapai, sehingga pihak manajemen bisa mengambil langkah cepat dan tepat dalam membuat keputusan. Strategi juga mendefinisikan kunci-kunci yang menjadi kunci keberhasilan, sehingga mendorong motivasi tenaga kerja untuk mencapainya.

SIMPULAN DAN SARAN

Implementasi CRM di IGD RSUD Banyumas masih kurang baik, hal tersebut karena masih terdapat kendala dalam pelaksanaannya. Pada input implementasi masih terdapat kekurangan, kekurangan tersebut meliputi kuangnya jumlah dan

kualitas SDM, tidak adanya dana khusus dalam implementasi, belum adanya evaluasi keuangan terhadap implementasi dan pengadaan fasilitas sarana prasarana yang lama. Pada proses implementasi masih terdapat kendala, yaitu kurangnya keterlibatan SDM dalam identifikasi risiko dan stakeholder dalam perencanaan serta tidak adanya perubahan pada renstra rumah sakit. Pada output implementasi masih terdapat kekurangan yaitu belum adanya pembinaan dan pengawasan khusus untuk implementasi CRM. Peran kebijakan CRM sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, namun masih terdapat kendala seperti kurangnya kuantitas dan kualitas SDM dan kurangnya sarana prasarana. Pemangku kebijakan sudah memiliki pemahaman baik, namun masih terdapat kendala sehingga memerlukan beberapa strategi.

Rumah Sakit melakukan sosialisasi dan pelatihan secara rutin dan berkala terhadap implementasi CRM serta menggiatkan pembinaan dan pengawasan yang dilakukan dalam implementasi CRM,

melakukan secara kuantitatif untuk mengetahui seberapa besar pengaruh implementasi kebijakan dalam bentuk angka riil terhadap pemahaman dan perilaku SDM yang ada di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, Andika Purwita, dkk. 2016. Pemahaman Implementasi Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Petanahan. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 5 (2): 93-106, Juli 2016. <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs>.
- Ardani, Risa. 2016. Pengaruh Modal Sosial, Pendidikan Pelatihan, Kompetensi dan Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Pegawai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan RSUD dr. Sayidiman Magetan. *Thesis*. S-2 Magister Ekonomi dan Studi Pembangunan. Dipublikasikan Tahun 2016.
- Azwar, DR. Dr. Azrul, M.PH. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Binarupa Aksara
- Bungin, Prof. Dr. H.M.Burhan. 2017. *Metodelogi Penelitian Kuantitatif Edisi Kedua*. Kencana:Jakarta.
- Daymon, Christine dan Immy Holloway. 2002. *Metode-Metode Riset Kualitatif dalam Public Relations Marketing Communications*. Bentang:Yogyakarta.
- Gunawan, Fajar Yuli Widodo, Tatona Harijanto. 2015. Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 2
- Harus, Bernadeta Dece dan Ani Sutriningsih. 2015. Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Dengan Pelaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. *Jurnal Care*, Vol. 3, No. 1, 2015.
- Herdrawan, Harimat, dkk. 2017. Implementasi Pelayanan Neonatal Emergency Komprehensif di Rumah Sakit PONEK di

- Indonesia. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, Vol. 1, No.2, Desember 2017.
- Kasmarani, Murni K., 2012. Pengaruh Beban Kerja Fisik dan Mental Terhadap Stress Kerja Pada Perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Cianjur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume1, Nomor 2, Tahun 2012, Halaman 767-776. Online di <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Keles Angelia W.,S.D.Kandou,Ch. R. Tilaar. 2015. Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. *JKMU*, Vol.5, No.2, April 2015.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/menkes/SK/IX/2009 tentang Standar IGD Rumah Sakit.
- Khariza, Hubaib Alif. 2015. Program Jaminan Kesehatan Nasional:Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Kebijakan dan Manajemen Publik ISSN 2303-341X*, Volume 3, Nomer 1, Januari-April 2015.
- Kusumawati, Diana, Deny Frandinata. 2015. Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat di Ruang IGD Blambangan Banyuwangi Tahun 2015. *Prodi SI Keperawatan STIKES Banyuwangi*. Dipublikasikan Tahun 2015.
- Martha E. dan Kresno S. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan*. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Muninjaya, Prof. Dr. A.A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan E/2*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Muninjaya, Prof. Dr. A.A. Gde. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Murti, B. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta.
- Murti, wilya, dkk. 2014. Studi Evaluatif Tentang Kebijakan Pemerintah Kabupaten Aceh Selatan Dalam Rekrutmen Calon Guru Tingkat Sekolah Menengah Tahun 2014. *Jurnal Magister Administrasi Pendidikan Pascasarjana Universitas Syiah Kuala ISSN 2302-0156 pp. 141-146*
- Napirah, Muh. Ryman, dkk. 2017. Penilaian Kinerja Dengan Menggunakan Konsep Performance Prism Di Unit Rawat Jalan RSUD Undata Palu. *Jurnal Preventif*, Volume 8 Nomor 1, April 2017:1-58
- Nonutu P. T, Mulyadi, Reginus M., 2015. Hubungan Jumlah Kunjungan Pasien Dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase Di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. *Ejournal Keperawatan (e-Kp) Volume 3. Nomor 2. Mei 2015*.
- Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Kementerian kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan dan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan serta Sarana dan Prasarana Penunjang Sub Bidan Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016
- Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Keselamatan pasien Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
- Pramanik G S. 2016. Keselamatan Pasien Manajemen Risiko Klinis. *Tugas*. Program Magister Fakultas Farmasi Universitas Padjajaran Bandung Tahun 2016.
- Purnomo M. 2016. Pencapaian Standar Pelayanan Gawat Darurat di RSU Habibullah Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2014. *The 3rd University Research Colloquium 2016. ISSN 2407-9189*
- Putra, Palawa P.H.,dkk. 2017. Analisis Peran Stakeholder Dalam Kebijakan Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan Masyarakat di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal) Volume 5, Nomor 3, Juli 2017 (ISSN:23563346)*. <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>.
- Rahmawati, Novi. Pengaruh partisipasi Anggaran dan Akuntansi

Pertanggungjawaban Pada Pusat Biaya Terhadap Kinerja Manajerial Pada Dinas Pemuda, Olahraga, Kebudayaan dan Pariwisata Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hilir. *Skripsi*. Jurusan Akuntansi S1

Konsentrasi Akuntansi Manajemen Fakultas Ekonomi dan Ilmu Sosial Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau Pekanbaru Tahun 2013.