

Gambaran Mutu Berkas Rekam Medis Gawat Darurat Di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya Pada Triwulan IV Tahun 2015

Reni Andriani¹, Arief Tarmansyah Iman¹

Abstrak

Huffman (1994) mengatakan bahwa mutu rekam medis yang baik yaitu memenuhi indikator-indikator dalam kelengkapan pengisian, ketepatan waktu, dan memenuhi persyaratan aspek hukum. Hasil studi pendahuluan di RS.SMC Kab.Tasikmalaya menunjukkan sebagian besar formulir tidak terisi lengkap, ketidaklengkapan tertinggi didapat pada item Nomor RM sebesar 90%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran mutu dokumen rekam medis gawat darurat meliputi 3 indikator yaitu kelengkapan, ketepatan dan aspek hukum. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi yang digunakan adalah formulir gawat darurat triwulan IV tahun 2015 sebanyak 2.525 formulir dengan besar sampel sebanyak 97 formulir yang diambil dengan teknik *Simple Random Sampling*. Hasil penelitian menunjukkan seluruh pengisian formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat kurang lengkap. Persentase indikator ketepatan waktu pengembalian berkas rekam medis 56,70%, ketidaktepatan waktu pengembalian berkas 43,30%, dan tidak memenuhi persyaratan aspek hukum 100%. Dapat disimpulkan bahwa mutu berkas rekam medis gawat darurat yang terdiri atas formulir anamnesa dan resume di RS MSC kurang bermutu. Disarankan adanya penempatan petugas di bagian IGD, kepala rekam medis memberikan laporan secara rutin kepada pihak-pihak terkait untuk melengkapi pengisian formulir IGD dan sosialisasi kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya secara rutin mengenai ketidaklengkapan pengisian rekam medis IGD.

Kata kunci : mutu berkas rekam medis, formulir gawat darurat

Abstract

According to Huffman (1994), good quality of medical records (MR) should be reach indicators of completeness admission filling, timeliness, and meet the requirements of the legal aspects. Results of a preliminary study in RS.SMC Kab.Tasikmalaya showed that most of the form is not filled full, the highest incompleteness are MR Number obtained on items by 90%. This study aims to describe the quality of emergency medical record document includes three indicators, namely the completeness, accuracy and legal aspects. The Research method is descriptive. The population is the emergency form the fourth quarter of 2015 as many as 2.525 forms. The sample size as many 97 forms taken by simple random sampling technique. The result showed that completeness indicator percentage is 100% not complete, the percentage of MR files return punctuality is 56,70 % on time and legal indicator depicts that 100% is not fulfill . It can be concluded that the quality of emergency medical record file consisting of anamnesis form and resume in RS MSC patchy. Suggested are placement MR officer at the IGD, the head of the MR to report regularly to the relevant unit and outreach to physicians and other health professionals on a regular basis regarding the incompleteness of filling MR of IGD.

Keywords : medical record quality, emergency form

¹ Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Pendahuluan

Berdasarkan Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera, guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

UGD/IGD bertugas untuk menerima pasien yang membutuhkan perawatan segera (*emergency*) dan korban kecelakaan (*casualty*). Pasien gawat darurat merupakan pasien yang datang ke tempat penerimaan pasien gawat darurat yang dibuka selama 24 jam pelayanan. Disini pasien ditolong lebih dahulu setelah itu kemudian menyelesaikan administrasinya (Budi, 2011).

Penekanan pada UGD adalah menolong pasien secepatnya demi menyelamatkan nyawanya. Oleh karena itu seringkali data/informasi dalam kesehatan gawat darurat kurang diperhatikan kelengkapannya (Hatta, 2013). Bagaimanapun juga, data/informasi tersebut tetap harus tertulis atau terekam dalam sebuah berkas rekam medis dan dijaga kelengkapannya, karena data/informasi tersebut berisi catatan tentang pasien dari mulai masuk UGD sampai pasien pulang, serta untuk menjaga agar informasi menjadi akurat dan dapat berkesinambungan.

Kelengkapan pengisian rekam medis pasien mencerminkan mutu pelayanan yang diberikan. Rekam medis sangat penting dalam mengemban mutu pelayanan medik yang diberikan oleh rumah sakit beserta staf mediknya. Rekam medis harus diberi data yang cukup terperinci, sehingga dokter dapat mengetahui bagaimana pengobatan dan perawatan kepada pasien, dokter yang bersangkutan dapat memperkirakan kembali keadaan pasien yang akan datang dari prosedur yang telah dilaksanakan. Dokter yang merawat menulis tanggal dan tanda tangannya pada

catatan rekam medis, semua tindakan pengobatan medik ataupun tindakan pembedahan harus ditulis dicantumkan tanggal serta ditanda tangani oleh dokter (Wijono, 2000). Kelengkapan dan ketepatan pelayanan menunjukkan mutu rekam medis.

Menurut Crosby dalam Azwar (2010) Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Menurut Huffman (1994) mengatakan bahwa mutu rekam medis yang baik dapat mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan akan baik pula. Mutu rekam medis yang baik yaitu memenuhi indikator-indikator dalam kelengkapan pengisian resume medis, keakuratannya, tepat waktu, dan memenuhi persyaratan aspek hukum serta didukung oleh tenaga pengisi rekam medis, karena hal tersebut banyak berpengaruh terhadap peningkatan mutu pelayanan yang diselenggarakan.

Hatta dalam Rachma (2012) menyatakan syarat rekam medis yang bermutu adalah kelengkapan, keakuratan, ketepatan, dan memenuhi persyaratan aspek hukum. Lengkap yaitu mencakup seluruh kekhususan pasien dan system yang dibutuhkan. Akurat yaitu menggambarkan proses dan hasil akhir pelayanan yang diukur secara benar. Terpercaya yaitu dapat digunakan dalam berbagai kepentingan. Valid atau sah sesuai dengan gambaran proses atau produk hasil akhir yang diukur. Tepat waktu dikaitkan dengan episode pelayanan yang terjadi dan dapat digunakan untuk kajian, analisa, dan pengambilan keputusan. Mutu rekam medis dapat dinilai dari beberapa indikator terdiri dari kelengkapannya, keakuratannya, tepat waktu dan memenuhi persyaratan aspek hukum. Indikator keakuratan dapat dinilai/ diukur dengan menggunakan analisis kualitatif sedangkan indikator kelengkapan, tepat waktu, dan memenuhi persyaratan aspek hukum dapat dinilai/diukur menggunakan analisis kuantitatif.

Nilai ilmiah dari sebuah rekam medis adalah sesuai dengan taraf pengobatan dan perawatan yang tercatat. Oleh karena itu ditinjau

dari beberapa segi, rekam medis sangat bernilai penting karena bagi pasien untuk kepentingan penyakitnya di masa sekarang maupun di masa yang akan datang, dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum (medikalegal), bila mana rekam medis tidak lengkap dan tidak benar maka kemungkinan akan merugikan pasien, rumah sakit, maupun dokter sendiri, dapat dipergunakan untuk meneliti medik maupun administratif (Wijono, 2000).

Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes, 2006).

Berdasarkan Permenkes 269 Tahun 2008, isi rekam medis Gawat Darurat sekurang-kurangnya memuat: identitas pasien, kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, pengobatan/tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana transportasi yang digunakan pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pada implementasinya rekam medis gawat darurat harus terisi lengkap. Untuk mengevaluasi dalam rangka membantu dokter dalam penganalisaan kembali terhadap berkas rekam medis, maka petugas rekam medis harus melakukan analisis kualitatif dan kuantitatif.

Analisis kuantitatif harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hukum dan administratif yang kemudian diintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan. Dengan demikian analisis kuantitatif format rekaman kertas (manual)

maupun elektronik harus betul-betul menyeluruh. Rekam Medis dikatakan lengkap apabila berisi kelengkapan data sosial pasien (demografi) yaitu nama lengkap (nama pasien & nama ayah/suami/marga), nomor pasien, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, tanda tangan persetujuan. Adanya bukti rekaman yaitu info kunjungan, alasan, keluhan (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), prosedur diagnostik lain, rujukan (kalau ada), diagnosis/kondisi. Adanya tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, menelaah tata cara mencatat yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar (Hatta, 2013). Seperti yang tercantum pada UU Praktik Kedokteran No.29 tahun 2004 pasal 46 ayat 3 yang menegaskan: "Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan."

Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Rahmi (2014) di RSUD dr. Slamet Garut terhadap formulir rekam medis gawat darurat pada tahun 2013 menunjukkan 100% ketidaklengkapan meliputi persentase ketidaklengkapan pada identifikasi tertinggi terdapat pada status, nama dan alamat yang dihubungi yaitu 100%. Persentase ketidaklengkapan tertinggi pada laporan yang penting terdapat pada kode ICD yaitu 100%.

Rumah Sakit Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya adalah rumah sakit tipe C. Menurut Permenkes Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit pasal 14 menyatakan bahwa kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah sakit umum kelas C meliputi: pelayanan medik umum, Pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik dan

pelayanan penunjang non klinik. Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan intensif, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen dan rekam medis. Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan, dan tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan rumah sakit.

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 10 Februari 2016 di Rumah Sakit Singaparna Medika CitraUtama Kabupaten Tasikmalaya pada 10 formulir gawat darurat yang diambil secara acak masih terdapat pengisian formulir yang tidak terisi lengkap. Dengan ketidaklengkapan tertinggi pada item No.RM sebesar 90% tidak lengkap, item terdapat tanggal dan waktu pemeriksaan dan tindakan sebesar 50% tidak lengkap, item Terdapat tanda tangan dokter sebesar 40% tidak lengkap. Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut menunjukkan bahwa rekam medis itu tidak bermutu karena tidak memenuhi indikator mutu yang baik. Dengan Ketidaklengkapan pengisian formulir registrasi pasien gawat darurat tersebut maka akan berdampak dan menghambat pada laporan kebijakan rumah sakit dan pengolahan data sehingga tidak menghasilkan informasi yang lengkap, tepat, akurat, dan tepat waktu serta akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan oleh manajemen Rumah Sakit dan kelengkapan berkas rekam medis itu sendiri. Dalam pengisian formulir gawat darurat harus lengkap, karena data/informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap kualitas yang telah diberikan kepada pasien. Selain itu, data/informasi yang terdapat pada formulir gawat darurat dapat digunakan secara berkesinambungan serta tidak terjadi *miss communication* antar tenaga medis. Khusus pada instalasi rekam medis di rumah sakit Singaparna Medika CitraUtama Kabupaten Tasikmalaya diketahui pula bahwa seluruh staf rekam medis berjumlah 22 orang, termasuk didalamnya hanya ada 6 orang dengan latar belakang pendidikan DIII Rekam medis, tetapi dari ke 6 orang tersebut tidak ada yang bertugas di TPPGD.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti melakukan penelitian di Rumah Sakit Singaparna Medika CitraUtama Kabupaten Tasikmalaya dengan judul “Gambaran Mutu Berkas Rekam Medis Gawat Darurat di Rumah Sakit Singaparna Medika CitraUtama Kabupaten Tasikmalaya pada Triwulan IV Tahun 2015.”

Metode

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, yaitu menggambarkan berbagai karakteristik data yang berasal dari suatu sampel (Sujarweni, 2014). Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif yaitu suatu proses menemukan pengetahuan yang menggunakan data berupa angka sebagai alat menganalisis keterangan mengenai apa yang ingin diketahui (Sujarweni, 2014). Dengan mengamati atau mengobservasi Mutu Berkas Rekam Medis Gawat Darurat Di RS. SMC Kabupaten Tasikmalaya.

Pada penelitian ini populasi yang digunakan yaitu formulir gawat darurat RS.SMC Kabupaten Tasikmalaya pada triwulan IV tahun 2015 sebanyak 2.525 formulir.

Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan cara membagi jumlah anggota populasi, dengan menggunakan rumus Slovin didapatkan sampel sebanyak 97 formulir.

Pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan memakai undian serta menggunakan komputer. Variabel dalam penelitian ini adalah indikator mutu rekam medis yaitu: kelengkapannya, tepat waktu, dan memenuhi persyaratan aspek hukum.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman observasi dan buku ekspedisi. Observasi pada penelitian ini adalah mengamati langsung pada berkas rekam medis, kemudian mencatat hasil yang diamati dengan menggunakan alat tulis yang dibutuhkan.

Sumber data yang digunakan terbagi menjadi dua bagian yaitu sumber data primer pada penelitian kali ini didapat dari hasil observasi pada formulir gawat darurat di RS.SMC,

sedangkan sumber data sekunder pada penelitian kali ini dengan menggunakan pedoman lembar observasi untuk menelaah atau menganalisis laporan yang sudah ada seperti: laporan data kunjungan pasien, buku register, dan buku ekspedisi.

Pengolahan dan Analisis data yaitu *collecting* dengan dilakukan pengumpulan rekam medis formulir gawat darurat, tabulating hasil pengumpulan data dikelompokkan dan data dimasukkan ke dalam tabel, klasifikasi setelah memulai proses tabulating maka data dikelompokkan menjadi dua yaitu data yang diisi dan data yang tidak diisi beserta jumlahnya.

Analisis data menggunakan rumus distribusi frekuensi untuk data diskrit menurut Siswanto, dkk (2013).

Hasil dan Pembahasan

Hasil Penelitian

Secara umum, keseluruhan hasil review terhadap item-item pada formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat kurang bermutu. Kurang bermutu tersebut dilihat dari 3 indikator mutu rekam medis yaitu kelengkapan, ketepatan waktu dan memenuhi persyaratan aspek hukum. Gambaran mutu pada formulir gawat darurat adalah sebagai berikut:

Tabel 1 Gambaran Mutu Rekam Medis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya

No	Mutu Rekam Medis	F	%	Jumlah	%
1	Bermutu	0	0%	97	100%
2	Kurang Bermutu	97	100%	97	100%

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel 1 kelengkapan dari formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat diketahui bahwa persentase formulir rekam medis IGD yang tidak bermutu yaitu 100%. Jadi dapat disimpulkan formulir

anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat belum bisa dikatakan tidak bermutu.

Berikut ini adalah hasil tabel gambaran mutu rekam medis berdasarkan 3 indikator mutu rekam medis:

Tabel 2 Gambaran Mutu Rekam Medis Berdasarkan 3 Indikator Mutu Rekam Medis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya

No	Indikator Mutu Rekam Medis	Bermutu		Tidak Bermutu		Jumlah	%
		F	%	F	%		
1	Kelengkapan Pengisian	0	0	97	100	97	100
2	Ketepatan Waktu	55	56,7	42	43,3	97	100
3	Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum	0	0	97	100	97	100

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel 2, Persentase dari indikator ketidaklengkapan tertinggi yaitu 100%, persentase dari indikator ketepatan waktu pengembalian berkas rekam medis yaitu 56,70% dan persentase ketidaktepatan waktu pengembalian berkas yaitu 43,30%, persentase dari indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu 100%. Jadi dapat

disimpulkan formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat belum bermutu.

Untuk mengetahui secara rinci review ketidaklengkapan formulir gawat darurat, berikut adalah data hasil *review* pengisian formulir gawat darurat yang meliputi: Indikator kelengkapan pengisian, indikator ketepatan waktu pengembalian, dan indikator memenuhi persyaratan aspek hukum.

Indikator Kelengkapan Pengisian

Berikut ini adalah hasil tabel distribusi frekuensi indikator kelengkapan pengisian:

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian pada formulir Gawat Darurat (Anamnesa Gawat Darurat) di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya

No	Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Jml	
		F	%	F	%	F	%
1	Nama	96	98,9	1	1,04	97	100
2	L/P	83	85,5	14	14,4	97	100
3	Umur	95	97,9	2	2,07	97	100
4	Dokter	85	87,6	12	12,3	97	100
5	Ruang/Kelas	55	56,7	42	43,3	97	100
6	No.RM	65	67,0	32	32,9	97	100
7	Anamnesa	97	100	0	0	97	100
8	Pemeriksaan Fisik	97	100	0	0	97	100
9	Hasil Laboratorium	97	100	0	0	97	100
10	Diagnosa Kerja	97	100	0	0	97	100
11	Tindakan/Pengobatan	96	98,9	1	1,04	97	100
12	Kode ICD	59	60,8	38	39,1	97	100
13	Kode Tindakan	-	-	97	100	97	100
14	Status Kegawatdaruratan	0	0	97	100	97	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 3 diketahui indikator kelengkapan pengisian formulir anamnesa gawat darurat diketahui persentase kelengkapan tertinggi terdapat pada item nama (1), L/P (2), umur (3), dokter (4), anamnesa (7), pemeriksaan fisik (8), hasil laboratorium (9), diagnosa kerja (10), tindakan pengobatan (11) yaitu 100% dengan jumlah formulir sebanyak 97 formulir dan persentase kelengkapan terendah terdapat pada item kode tindakan (13) dan status kegawatdaruratan (14) yaitu 0,00%. Penjelasan

petugas, item-item pada lembar lanjutan konsultasi tidak diisi dikarenakan lembar lanjutan konsultasi tersebut tidak dipakai. Berdasarkan observasi yang telah dilakukan serta pengakuan petugas *coder* kode tindakan memang tidak diisi dikarenakan tidak dilakukannya tindakan, pasien yang datang ke IGD hanya diberikan obat saja. Dapat disimpulkan bahwa seluruh dokumen belum dikatakan lengkap, berdasarkan rincian di atas masih terdapat item-item yang tidak diisi.

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian pada Formulir Gawat Darurat (Resume Gawat Darurat) di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya

No	Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		F	%	F	%	F	%
1	Nama	97	100	0	0	97	100
2	No.RM	59	60,82	38	39,18	97	100
3	Tanggal	90	92,78	7	7,22	97	100
4	Umur	90	92,78	7	7,22	97	100
5	Alamat	70	72,16	27	27,84	97	100
6	Dokter yang merawat	44	45,36	53	54,64	97	100
7	Tanda-Tanda vital	93	95,87	4	4,13	97	100
8	Diagnosa	45	46,39	52	53,61	97	100
9	Terapi	94	96,90	3	3,10	97	100

10	Penunjang Medik	48	49,48	-	-	48	100
11	LAB	56	57,73	-	-	56	100
12	Rontgen	42	43,29	-	-	42	100
13	TTD Dokter Ruangan	0	0	97	100	97	100
14	TTD Perawat IGD	84	86,5	13	13,41	97	100

Sumber: Data Primer

Tabel 4 tentang indikator kelengkapan pengisian formulir Resume gawat darurat persentase kelengkapan tertinggi terdapat pada item nama (1), tanggal (3), umur (4), alamat (5), tanda-tanda vital (7), terapi (9), tanda tangan perawat IGD (14) yaitu 100%. Sedangkan, persentase kelengkapan terendah terdapat pada item no.rm (2), dokter yang merawat (6), diagnosa (8), tanda tangan dokter ruangan (13)

yaitu 100%. Dapat disimpulkan bahwa seluruh dokumen belum dikatakan lengkap, berdasarkan rincian di atas masih terdapat item-item yang tidak diisi.

Indikator Ketepatan Waktu

Berikut ini adalah hasil tabel gambaran mutu rekam medis:

Tabel 5 Tabel Gambaran Mutu Rekam Medis Berdasarkan Ketepatan Waktu Pengembalian di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya

No	Indikator Mutu Rekam Medis	Tepat		Tidak Tepat		Jml	%
		F	%	F	%		
1	Ketepatan Waktu	55	56,7	42	43,3	97	100

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel 4 menjelaskan indikator ketepatan waktu pengembalian berkas rekam medis gawat darurat $\leq 1 \times 24$ Jam dengan formulir yang diteliti yaitu anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat. Persentase ketepatan pengembalian dokumen rekam medis gawat darurat dengan persentase 56,70%, dan

persentase ketidaktepatan pengembalian dokumen rekam medis gawat darurat dengan persentase 43,30%. Dapat disimpulkan bahwa seluruh dokumen rekam medis belum dikatakan tepat waktu, berdasarkan rincian di atas ketidaktepatan pengembalian dokumen rekam medis masih tinggi.

Indikator Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum

Berikut ini adalah hasil tabel distribusi frekuensi indikator memenuhi persyaratan aspek hukum:

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum pada Formulir Gawat Darurat (Anamnesa Gawat Darurat) di RS SMC Kabupaten Tasikmalaya

No	Persyaratan Aspek Hukum	Ya		Tidak		Jumlah	
		F	%	F	%	F	%
1	Penulisan RM tidak memakai pensil	97	100	0	0	97	100
2	Penghapusan tidak ada	97	100	0	0	97	100
3	Jika terjadi kesalahan dilakukan pencoretan	97	100	0	0	97	100
4	Terdapat tanda tangan dokter	0	0	97	100	97	100
5	Terdapat tanggal&waktu pemeriksaan dan tindakan	97	100	0	0	97	100
6	Terdapat Lembar Persetujuan Tindakan	97	100	0	0	97	100

Sumber: Data Primer

Tabel 6 menjelaskan indikator memenuhi persyaratan aspek hukum pada formulir gawat

darurat (Anamnesa gawat darurat). Persentase indikator yang memenuhi persyaratan hukum

yaitu penulisan RM tidak memakai pensil, penghapusan tidak ada, jika terjadi kesalahan dilakukan pencoretan, terdapat lembar persetujuan tindakan dengan persentase 100%, dan persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu terdapat tanda

tangan dokter, terdapat tanggal & waktu pemeriksaan dan tindakan dengan persentase 100%. Dapat disimpulkan bahwa seluruh dokumen belum dikatakan baik, berdasarkan rincian di atas masih terdapat item-item yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum.

Tabel 7 Distribusi Frekuensi Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum pada Formulir Gawat Darurat (Resume Gawat Darurat) di RS SMC Kabupaten Tasikmalaya

No	Persyaratan Aspek Hukum	Ya		Tidak		Jumlah	
		F	%	F	%	F	%
1	Penulisan RM tidak memakai pensil	97	100	0	0	97	100
2	Penghapusan tidak ada	97	100	0	0	97	100
3	Jika terjadi kesalahan dilakukan pencoretan	97	100	0	0	97	100
4	Terdapat tanda tangan dokter	0	0	97	100	97	100
5	Terdapat tanggal & waktu pemeriksaan dan tindakan	0	0	97	100	97	100
6	Terdapat lembar persetujuan tindakan	97	100	0	0	97	100

Sumber: Data Primer

Tabel 7 menjelaskan indikator memenuhi persyaratan aspek hukum pada formulir gawat darurat (Resume IGD). Persentase indikator yang memenuhi persyaratan hukum yaitu penulisan RM tidak memakai pensil, penghapusan tidak ada, jika terjadi kesalahan dilakukan pencoretan, terdapat tanggal & waktu pemeriksaan dan tindakan, terdapat lembar persetujuan tindakan dengan persentase 100%, dan persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu terdapat tanda tangan dokter dengan persentase 100%. Dapat disimpulkan bahwa seluruh dokumen belum dikatakan baik, berdasarkan rincian di atas masih terdapat item-item yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum.

Pembahasan

Hasil penelitian dengan merujuk pada 3 indikator mutu rekam medis secara keseluruhan formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama belum bermutu dikarenakan masih banyak item-item pada formulir tersebut tidak diisi atau belum lengkap 100%. Persentase dari

indikator ketidaklengkapan tertinggi yaitu 100%, persentase dari indikator ketepatan waktu pengembalian berkas rekam medis yaitu 56,70% dan persentase ketidaktepatan waktu pengembalian berkas yaitu 43,30%, persentase dari indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu 100%. Jadi dapat disimpulkan formulir anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat belum bermutu.

Huffman (1994) dalam Rachma (2012) mengatakan bahwa mutu rekam medis yang baik dapat mencerminkan mutu pelayanan kesehatan diberikan akan baik pula. Mutu rekam medis memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut: kelengkapan pengisian, tepat waktu, Pemenuhan persyaratan hukum.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Singaparna Medika citrautama Kabupaten Tasikmalaya masih menunjukkan banyak formulir gawat darurat yaitu anamnesa gawat darurat dan resume gawat darurat yang belum terisi lengkap.

Kelengkapan Pengisian

Anamnesa Gawat Darurat

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketidaklengkapan formulir anamnesa gawat darurat, untuk persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada kode tindakan (14) dan status kegawatdaruratan (15) yaitu 100%. Ketidaklengkapan pengisian kode tindakan akan berdampak pada pengklaiman dan pelaporan (RL 10 besar penyakit) sedangkan ketidaklengkapan pada item status kegawatdaruratan akan berdampak pada pelaporan.

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan serta pengakuan petugas *coder* kode tindakan memang tidak diisi dikarenakan memang tidak adanya tindakan yang dicantumkan di formulir IGD, pasien yang masuk IGD hanya di beri obat saja kecuali pasien yang dari IGD dan di rawat inap pasti dicantumkan tindakan di formulir ringkasan masuk dan keluar. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Depkes (2006) pemberian kode adalah penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan manajemen dan riset bidang kesehatan.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian Chairul (2013) mengenai analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit bhayangkara semarang pada periode bulan mei tahun 2012, persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada item kode tindakan yaitu 85% tidak lengkap. Penulisan kode tindakan itu sangat penting karena sebagai dasar untuk menentukan perhitungan biaya pembayaran, dan kesinambungan informasi medis dari penelitian. Jika kode tindakan tidak diisi

maka akan menghambat pada klaim asuransi, terutama pada pasien jamkesmas yang harus membutuhkan kode tindakan dari diagnosa yang diberikan.

Resume Gawat Darurat

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketidaklengkapan pengisian formulir resume gawat darurat, untuk persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada item No.RM (2), dokter yang merawat (6), diagnosa (8), tanda tangan dokter ruangan (13) yaitu 100%.

Identifikasi pasien yang dibutuhkan dalam rekam medis gawat darurat minimal memuat data sesuai isi rekam medis pada Permenkes No.269/2008. Menurut Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 2 ayat (3) isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat Diagnosis, Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

Pengisian identifikasi nomor rekam medis terkadang tidak ditulis sama sekali, sehingga dapat menyulitkan petugas rekam medis dalam menggabungkan formulir tersebut jika tercecer dan terlepas dari mapnya. Menurut Budi (2011), pengisian nomor rekam medis diisi berdasarkan urutan nomor rekam medis yang sudah disiapkan, sesuai dengan aturan dari masing-masing rumah sakit. Apabila rumah sakit menerapkan sistem penomoran yang otomatis pasien maka secara otomatis pasien baru akan mendapatkan satu nomor rekam medis sesuai dengan urutannya. Nomor rekam medis diisikan pada sampul berkas rekam medis dan identitas di setiap sampul lembar rekam medis. Dengan ketidaklengkapan tersebut dapat mempengaruhi kepemilikan dokumen rekam medis dan jika ada formulir yang tercecer terlepas dari mapnya akan

menyulitkan petugas rekam medis untuk menggabungkan jika suatu saat formulir tersebut dibutuhkan. Ini terjadi diakibatkan banyak faktor, namun secara keseluruhan faktor kesadaran dan kedisiplinan petugas penanggung jawab pengisian data dokumen rekam medis sangat mendominasi tidak terisinya dokumen rekam medis tersebut. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Permenkes No 269.MenKes/Per/III/2008 tentang rekam medis pasal 2 tentang jenis dan isi rekam medis, rekam medis harus dibuat secara lengkap dan jelas atau secara elektronik Hal ini harus segera lebih diperhatikan mengingat hal tersebut sangat diperlukan rumah sakit untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi dan sertifikasi.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian Meigian (2014) mengenai analisis kelengkapan pengisian resume medis pasien *hyperplasia of prostate* pada dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit mulia hati wonogiri tahun 2013, persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada nomor RM yaitu 89% tidak lengkap. Dilihat dari jumlah tenaga medis yang dapat mengisi resume medis, ternyata petugas medis (dokter atau perawat) yang ada masih melewatkan isian review identifikasi yang isinya nomor rekam medis. Menurut responden yang ada di rumah sakit, hal yang menyebabkan resume medis pada review identifikasi pasien tidak diisi yaitu petugas tidak konsisten dan tidak mengecek kembali setiap item pada DRM dalam mengisi item review identifikasi pasien lembar resume medis.

Ketepatan Waktu Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketepatan waktu pengembalian dokumen rekam medis gawat darurat. Untuk persentase ketidaktepatan pengembalian

dokumen rekam medis gawat darurat dengan persentase 44,33%. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Permenkes Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan, rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana, asuhan, tindak lanjut dan resume.

Rekam medis yang baik dapat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang baik dan salah satu faktor yang mendukung pelayanan rekam medis yang baik yaitu ketepatan waktu pengembalian rekam medis, karena apabila tidak tepat waktu dapat mempengaruhi lama waktu pasien mendapatkan pelayanan menjadi lama, mutu rekam medis kurang baik, penilaian untuk akreditasi menjadi rendah dan proses pengolahan data menjadi terhambat. Ketepatan waktu adalah keadaan betul atau benar dalam mengembalikan rekam medis ke tempat asalnya/semulanya dengan waktu yang sudah ditetapkan. Berdasarkan kebijakan yang ditetapkan permenkes dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengembalian rekam medis \leq 24 jam setelah selesai pelayanan. Ketidaktepatan pengembalian dokumen rekam medis dikarenakan dokumen tersebut di pinjam di bagian loket pembayaran (kasir) karena untuk keperluan jaminan pasien yang bermasalah, oleh sebab itu terjadi ketidaktepatan pengembalian dokumen rekam medis ke ruangan rekam medis. Dari catatan ketepatan waktu pengembalian rekam medis diketahui batas waktu pengembalian rekam medis ke ruangan paling cepat (minimum) 1 hari, dan batas waktu pengembalian rekam medis ke

ruangan paling lama (maximum) yaitu 82 hari.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian Utama (2002) mengenai evaluasi mutu rekam medis di RS.PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta pada pasien *sectio caesaria*, yang menyatakan bahwa Pengembalian rekam medis pasien dari ruangan rawat inap setelah dirawat sering mengalami keterlambatan. Hal ini dikarenakan berkas rekam medis pasien tidak langsung dikembalikan ke unit rekam medis melainkan di tumpuk di ruangan untuk kemudian dikembalikan sekaligus bersamaan dengan pasien lain yang masih dirawat.

Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum Anamnesa Gawat Darurat

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai indikator memenuhi persyaratan aspek hukum sesuai dengan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 formulir anamnesa gawat darurat, untuk persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu terdapat tanda tangan dokter, terdapat tanggal&waktu pemeriksaan dan tindakan dengan persentase 100%. Hal tersebut belum sesuai dengan teori menurut Hatta (2013), bahwa salah satu kriteria analisis kuantitatif adalah menelaah tata cara mencatat yang meliputi adanya tanggal dan keterangan waktu. Kelengkapan item keterangan waktu dan tanggal seringkali ada yang tidak diisi, kelengkapan item keterangan waktu dan tanggal dapat membantu petugas yang berkaitan untuk menentukan jumlah hari rawat yang diterima pasien. Selain itu adanya tanggal dan waktu ini juga berguna sebagai informasi pasien masuk dan keluar bagi pihak yang membutuhkan, juga untuk menentukan tanggal meninggal pasien. Hal tersebut akan berdampak pada implementasi tupoksi rekam medis, serta

hasil kelengkapan pengisian pencatatan pada formulir gawat darurat.

Menurut penelitian Haby (2013) mengenai analisis kuantitatif pengisian resume medis pada dokumen rekam medis rawat inap di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr.Kariadi Semarang, yang menyatakan bahwa persentase ketidangelengkapan tertinggi terdapat pada item tanggal & waktu pemeriksaan yaitu 85%. Hal ini dibuktikan petugas rekam medis menemukan ada beberapa isian pada review otentikasi tidak terisi, yang mengakibatkan petugas rekam medis sulit mencocokkan dengan lembar lainnya pada dokumen rekam medis jika pasien dirawat kembali di rumah sakit dengan diagnosis berbeda.

Resume Gawat Darurat

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai indikator memenuhi persyaratan aspek hukum sesuai dengan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 formulir resume gawat darurat, untuk persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu terdapat tanda tangan dokter dengan persentase 100%. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/III/2008 tentang rekam medis pasal (5) ayat 1 menyebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Pasal (5) ayat 4 menyebutkan bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Pasal 6 menyebutkan bahwa dokter, dokter gigi dan/ atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/ atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.

Dokter yang merawat pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan keakuratan pengisian rekam medis. Di

dalam praktek memang dapat saja pengisian rekam medis dilakukan oleh tenaga kesehatan lain (perawat, asisten, residen, co-ass), namun dokter yang merawat pasienlah yang memikul tanggung jawabnya. Perlu diingat bahwa kelengkapan dan keakuratan isi rekam medis sangat bermanfaat, baik bagi perawatan dan pengobatan pasien, bukti hukum bagi rumah sakit dan dokter, maupun bagi kepentingan penelitian medis dan administratif. Tanggung jawab utama atas kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Dokter yang merawat bertanggung jawab akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Dewi (2002) mengenai tinjauan analisis kuantitatif catatan dokter pada berkas rekam medis rawat inap guna menjaga mutu rekam medis di RS.Pantai Indah Kapuk, yang menyatakan bahwa kelengkapan pengisian tanda tangan dokter hanya sebanyak 29%, yang menunjukkan seorang dokter sedikit mengabaikan bagaimana pentingnya suatu kelengkapan berkas rekam medis. Sedangkan pada kolom nama dan paraf dokter sangat berkaitan dengan tanggung jawabnya terhadap perawatan dan kelanjutan pengobatan pasien, terutama berkaitan dengan aspek hukum apabila adanya peristiwa kejadian di pengadilan.

Dapat disimpulkan Ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dapat disebabkan beberapa faktor, diantaranya masih rendahnya kesadaran praktisi kesehatan terhadap kelengkapan pengisian rekam medis dan belum adanya sanksi bagi para dokter yang tidak melengkapi rekam medis. Ketidaklengkapan dalam proses pengisian rekam medis dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di Rumah Sakit Singaparna Medikacitrautama serta akan jadi masalah

apabila nantinya dokumen rekam medis tersebut dibawa pada masalah hukum karena dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan ketidakvalidan data pada saat dibawa ke meja hukum.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mutu rekam medis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya belum baik, ditandai dengan hampir seluruh formulir belum terisi lengkap 100%. Hal ini diketahui berdasarkan dari ketiga indikator mutu rekam medis yaitu persentase kelengkapan pengisian yaitu 100% tidak lengkap, persentase ketepatan waktu pengembalian yaitu 43,30% tidak tepat, persentase memenuhi persyaratan aspek hukum yaitu 100% tidak baik. Berikut ini simpulan khusus dengan rincian sebagai berikut:

1. Kelengkapan Pengisian

Ketidaklengkapan seluruh formulir anamnesa gawat darurat dengan persentase tertinggi didapat pada item kode tindakan yaitu 100% dan item status kegawatdaruratan yaitu 100%. Ketidaklengkapan seluruh formulir resume gawat darurat dengan persentase tertinggi didapat pada item tanda tangan dokter ruangan yaitu 100% dan item diagnosa yaitu 53,61%.

2. Ketepatan Waktu

Ketepatan waktu pengembalian dokumen rekam medis $\leq 1 \times 24$ jam tidak dikembalikan dengan tepat waktu dengan persentase sebesar 43,30%.

3. Memenuhi Persyaratan Aspek Hukum

Persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum pada formulir anamnesa gawat darurat terdapat pada item tanda tangan dokter yaitu 100% tidak baik, item terdapat tanggal&waktu pemeriksaan dan tindakan dengan persentase 100% tidak baik. Persentase indikator yang tidak memenuhi persyaratan aspek hukum pada

formulir resume gawat darurat terdapat pada item tanda tangan dokter dengan persentase 100%.

Saran

Berdasarkan simpulan diatas peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut ;Bagi Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama agar dapat menempatkan petugas rekam medis di bagian pendaftaran IGD, Kepala Rekam Medis dapat memberikan laporan secara rutin kepada pihak-pihak yang terkait seperti komite medis, pelayanan medik, untuk menindak lanjuti dokter/perawat atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien untuk melengkapi formulir serta memberikan sosialisasi kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya secara rutin mengenai ketidaklengkapan pengisian rekam medis IGD.

Bagi Jurusan Perekam dan Informasi Kesehatan Sebagai bahan referensi dan kepustakaan khususnya dalam bidang rekam medis.

Bagi Peneliti selanjutnya diharapkan setelah dilakukan penelitian mengenai gambaran mutu berkas rekam medis dapat dikembangkan oleh peneliti selanjutnya mengenai desain formulir gawat darurat agar formulir tersebut efektif dan efisien.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya disampaikan kepada

- 1.Ibu Hj. Betty Suprapti, SKp M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
- 2.dr. H. Asep Nursyamsi, M.MKes., selaku Direktur Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya,
- 3.Imas Masturoh, SKM, M.Kes (Epid) selaku Plt. Ketua Jurusan Perekam dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Tasikmalaya.

4.Ibu Ida Sugiarti, S.Kep, Ners, M.H.Kes, selaku Ketua Prodi DIII Perekam dan Informasi Politeknik Kesehatan Kemenkes Tasikmalaya.

5.Ibu Neng Lia Amelia, SKM, M.Kes, selaku Kepala Unit Rekam Medis Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya.

Daftar Pustaka

- Azwar (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Tangerang: Binapura Aksara
- Chairul, Universitas Dian Nuswantoro, (2013). *Analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang pada periode bulan Mei tahun 2012*. Jurnal
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat jenderal Bina Pelayanan di Rumah Sakit
- Dewi, Akademi Perekam Kesehatan Indonesia Esa Unggul, (2002). *Tinjauan Analisis Kuantitatif Catatan Dokter pada berkas rekam medis rawat inap guna menjaga mutu rekam medis di RS.Pantai Indah Kapuk*. Jurnal
- Haby, Universitas Dian Nuswantoro, (2013). *Analisis kelengkapan pengisian Resume Medis pada dokumen rekam medis rawat inap di bangsal HCU-Stroke RSUP dr.Kariadi Semarang*. Jurnal
- Hatta, Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman, Edna K. (1999). *Health Information Management*. Jennifer Cofer. RRA

- Hutama, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, (2002). *Evaluasi Mutu Rekam Medis di RS.PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta pada pasien Sectio Casarea*. Jurnal
- Meigian, Universitas Muhammadiyah Surakarta, (2014). *Analisis kelengkapan pengisian Resume Medis pasien Hyperplasia of Prostate pada dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Mulia Hati Wonogiri tahun 2013*. Jurnal
- Menkes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik. Jakarta: Menteri Kesehatan.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Permenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Rachma, FKM UI, (2012). *Pengaruh Karakteristik Individu Dokter Dan Petugas Pengembali Berkas Rekam Medis (Pos Perawatan) Terhadap Mutu Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011*. Skripsi
- Rahmi, (2014). *Gambaran Pengisian Formulir Gawat Darurat Di RSUD.dr.Slamet Garut Pada Triwulan IV Tahun 2013*. Karya Tulis Ilmiah: Tasikmalaya: tidak di terbitkan
- Undang-Undang No.29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Wijono, Djoko. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press