



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Jend. Sudirman No. 181 Telp (0283) 671431 Fax 671095

B R E B E S 52212

PANDUAN

AUDIT MEDIS



RSUD BREBES

2023

I. DEFINISI

Dalam Panduan Audit Medis di Rumah Sakit Dr.Moewardi, yang dimaksud :

1. Pelayanan medik adalah upaya kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi yang diberikan kepada pasien oleh tenaga medis sesuai dengan standar pelayanan medis dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan fasilitas secara optimal
2. Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang berkerja di instalasi dalam jabatan fungsional
3. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
4. Standar Prosedur Operasional selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu, atau langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama dalam melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.
5. PNPK adalah Standar Pelayanan yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh Menteri

TUJUAN PEDOMAN AUDIT MEDIS.

Tujuan Pedoman Audit medis terbagi menjadi 2 (dua) yaitu :

Umum :

Memberikan acuan dalam melaksanakan audit medis dalam rangka monitoring dan peningkatan mutu pelayanan medis di RSUD Brebes

Khusus :

- 1.2.1. Agar semua pihak terkait dapat melaksanakan audit medis sesuai amanat Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- 1.2.2. Sebagai acuan bagi Sub Komite Audit Medis dalam melakukan evaluasi pelayanan medis di RSUD Brebes

II. RUANG LINGKUP

2.1. Tujuan Audit Medis.

Audit medis sangat terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, maka tujuan dilakukan audit adalah :

Tujuan umum :

Tercapainya pelayanan medis prima di RSUD Brebes

Tujuan khusus :

- a. Melakukan evaluasi mutu pelayanan medis
- b. Mengetahui penerapan standar pelayanan kedokteran/kedokteran gigi
- c. Melakukan perbaikan-perbaikan pelayanan medis sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis.

2.2. Mutu Pelayanan Medis.

Salah satu peran utama rumah sakit adalah memberikan pelayanan medis. Sedangkan salah satu pasal dalam Kode Etik Kedokteran (KODEKI) menyebutkan bahwa seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Yang dimaksud dengan ukuran tertinggi adalah yang sesuai dengan perkembangan IPTEK Kedokteran, etika umum, etika kedokteran, hukum dan agama, sesuai tingkat/jenjang pelayanan kesehatan, serta kondisi dan situasi setempat.

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis wajib memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien. Karena itu setiap dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya, dimana dalam rangka pelaksanaan kegiatan tersebut dapat diselenggarakan audit medis. Pengertian audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan oleh profesi medis.

Berdasarkan hal tersebut maka audit medis sangatlah penting untuk meningkatkan mutu pelayanan medis. Audit medis terdiri dari audit internal dan eksternal. Audit dalam pedoman ini adalah audit internal yang merupakan kegiatan yang sistematis dan dilakukan oleh peer yang terdiri dari kegiatan review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis.

Selain pengertian audit medis tersebut diatas, Komite Medik dan atau Kelompok Staf Medis dapat menyelenggarakan kegiatan audit dalam bentuk pembahasan kasus.

Pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian atau yang lebih dikenal dengan istilah death case, kasus sulit, kasus langka, kasus kesakitan, kasus yang sedang dalam tuntutan pasien atau sedang dalam proses pengadilan dan lain sebagainya. Kasus yang dibahas pada pembahasan kasus tersebut adalah kasus perorangan / per-pasien dan pembahasan kasus kualitatif. Pembahasan kasus pada umumnya hanya meliputi review dan assessment, jarang dengan melaksanakan surveillance.

Pengertian audit secara umum meliputi review, assessment dan surveillance, namun mengingat pembahasan kasus adalah melaksanakan evaluasi terhadap upaya medis yang diberikan kepada pasien, maka pembahasan kasus sudah merupakan bentuk audit medis yang sederhana atau tingkat awal.

Dalam menjalankan profesinya di rumah sakit, tenaga medis yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis dikelompokkan sesuai dengan keahliannya atau cara lain dengan pertimbangan kasus kedalam Kelompok Staf Medis. Kelompok staf medis ini mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan pelatihan serta penelitian dan pengembangan pelayanan medis. Sedangkan sebagai pengarah (steering) dalam pemberian pelayanan medis adalah Komite Medik. Komite Medik merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Kelompok Staf Medis. Fungsi dan wewenang Komite Medik adalah menegakkan etika dan atau disiplin profesi medis, dan mutu pelayanan medis berbasis bukti. Karena itu konsep dan filosofi Komite Medik adalah perpaduan antara ketiga komponen yang terdiri dari Etika, Disiplin Profesi, Mutu Profesi dan Evidence-based Medicine.

Staf medis sebagai pelaksana pelayanan medis merupakan profesi mandiri, karena setiap tenaga medis memiliki kebebasan profesi dalam mengambil keputusan klinis pada pasien sesuai dengan asas otonomi dalam konsep profesionalisme. Dalam memutuskan tindakan medis maupun pemberian terapi kepada pasien harus dilakukan atas kebebasan dan kemandirian profesi dan tidak boleh atas pengaruh atau tekanan pihak lain. Namun perlu disadari, kebebasan profesi bukan diartikan kebebasan yang penuh karena tetap terkait dengan etika /disiplin profesi, mutu profesi dan pelayanan medis berbasis bukti.

Pengembangan upaya peningkatan mutu pelayanan pada saat ini mengarah kepada patient safety yaitu keselamatan dan keamanan pasien, karena itu, penerapan patient safety sangat penting untuk meningkatkan mutu rumah sakit dalam rangka globalisasi. Dalam World Health Assembly pada tanggal 18 Januari 2002, WHO Executive Board yang terdiri dari 32 wakil dari 191 negara anggota telah mengeluarkan suatu resolusi yang disponsori oleh pemerintah Inggris, Belgia, Italia dan Jepang untuk membentuk patient safety yang terdiri dari 4 aspek utama yakni :

1. Penerapan norma, standar dan pedoman global mengenai pengertian, pengaturan dan pelaporan dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penerapan aturan untuk menurunkan risiko.
2. Merencanakan kebijakan upaya peningkatan pelayanan pasien berbasis bukti dengan standar global, yang menitikberatkan terutama dalam aspek produk yang aman dan praktek klinis yang aman sesuai dengan pedoman, medical product dan medical devices yang aman sesuai dengan pedoman, medical product dan medical devices yang aman digunakan serta mengkreasi budaya keselamatan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan dan organisasi pendidikan.
3. Mengembangkan mekanisme melalui akreditasi untuk mengakui karakteristik provider pelayanan kesehatan bahwa telah melewati benchmark untuk unggulan dalam keselamatan dan keamanan pasien secara internasional (patient safety internationally).
4. Mendorong penelitian terkait dengan patient safety.

Keempat aspek diatas sangat erat kaitannya dengan globalisasi bidang kesehatan yang menitikberatkan akan “mutu”. Dengan adanya program keselamatan dan keamanan

pasien (patient safety) tersebut, diharapkan para dokter bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan standar yang tinggi sesuai dengan kondisi rumah sakit sehingga terwujudnya pelayanan medik prima di RSUD Brebes

Aspek mutu pelayanan medis di rumah sakit berkaitan erat dengan masalah medikolegal. Di masa lalu rumah sakit sering dianggap sebagai lembaga sosial yang kebal hukum berdasarkan “doctrine of charitable immunity”, sebab menghukum rumah sakit untuk membayar ganti rugi sama artinya dengan mengurangi asetnya, yang pada gilirannya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat.

Namun dengan terjadinya perubahan paradigma perumahsakitan di dunia, dimana rumah sakit merupakan institusi yang padat modal, padat teknologi dan padat tenaga sehingga pengelolaan rumah sakit tidak bisa semata-mata sebagai unit sosial. Maka sejak saat itu rumah sakit mulai dijadikan sebagai subyek hukum dan sebagai target gugatan atas perilakunya yang dinilai merugikan. Gugatan tersebut juga terjadi pada pelayanan medis. Beberapa dokter telah digugat karena pelayanan yang diberikan tidak memuaskan pasien. Oleh karena itu dalam memberikan pelayanan medis, tenaga medis diharapkan dapat :

1. Memberikan pelayanan medik dengan standar yang tinggi
2. Mempunyai sistem dan proses untuk melakukan monitoring dan meningkatkan pelayanan meliputi :
 - a. Konsultasi yang melibatkan pasien,
 - b. Manajemen risiko klinis,
 - c. Audit medis,
 - d. Riset dan efektivitas,
 - e. Pengorganisasian dan manajemen staf medis,
 - f. Pendidikan, pelatihan dan pengembangan profesi berkelanjutan (Continuing Professional Development /CPD),
 - g. Memanfaatkan informasi tentang pengalaman, proses dan outcome,
3. Secara efektif melaksanakan clinical governance yaitu:
 - a. Adanya komitmen terhadap mutu
 - b. Meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien secara berkelanjutan;
 - c. Memberikan pelayanan dengan pendekatan yang berfokus pada pasien;
 - d. Mencegah clinical medical error;

Upaya peningkatan mutu dapat dilaksanakan melalui clinical governance. Karena upaya peningkatan mutu sangat terkait dengan standar baik input, proses maupun outcome maka penyusunan indikator mutu klinis yang merupakan standar outcome sangatlah penting. Sesuai dengan Pedoman Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medik, masing-masing Kelompok Staf Medis wajib menyusun minimal 3 jenis indikator mutu pelayanan medis.

Dengan adanya penetapan jenis indikator mutu pelayanan medis diharapkan masing-masing Kelompok Staf Medis melakukan monitoring melalui pengumpulan data, pengolahan data dan melakukan analisa pencapaiannya dan kemudian melakukan tindakan koreksi.

Upaya peningkatan mutu pelayanan medis tidak dipisahkan dengan upaya standarisasi pelayanan medis, karena itu pelayanan medis di rumah sakit wajib mempunyai standar pelayanan medis yang kemudian perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar prosedur operasional. Tanpa ada standar untuk melakukan pengukuran mutu pelayanan.

Berdasarkan hal tersebut audit medis adalah merupakan salah satu sistem dan proses untuk melakukan monitoring dan peningkatan mutu pelayanan medis.

Selain audit medis di rumah sakit juga ada kegiatan audit rekam medis. Walaupun ada persamaan berkas yang diaudit yaitu berkas rekam medis, namun ada perbedaan prinsip antara audit medis dengan audit rekam medis. Audit rekam medis dilakukan

oleh Sub Komite rekam Medis dan atau penanggung jawab unit kerja rekam medis. Audit rekam medis tersebut, terkait dengan kelengkapan pengisian rekam medis diagnosis dan pengobatan yang terdokumentasi dalam rekam medis tersebut telah sesuai dengan standar atau belum. Karena itu audit rekam medis bukan merupakan audit medis.

II. TATA LAKSANA AUDIT MEDIS

3.1. Pelaksanaan Audit Medis

Dalam pelaksanaan audit ada yang disebut auditor, klien dan auditee. Auditor adalah orang yang melakukan audit. Suatu audit dapat dilaksanakan oleh satu auditor atau lebih. Hal tersebut tergantung dengan ruang lingkup rekam medis yang akan dilakukan audit. Seorang auditor harus mempunyai keterampilan yang cukup untuk dapat melaksanakan suatu audit

Klien adalah orang, departemen atau kelompok yang meminta audit atau dengan kata lain klien adalah pelanggan auditor. Audit dimulai berdasarkan suatu permintaan dari klien atau pelanggan. Pelanggan harus mempunyai kewenangan untuk hal tersebut dan harus mengetahui untuk apa audit diminta.

Auditee dapat berupa orang, unit kerja atau kelompok profesi yang akan di audit, yaitu yang harus bekerja sama dan membantu dalam proses audit, dengan memberikan akses dan fasilitas yang diperlukan untuk menyelesaikan audit, mengkaji rekomendasi dan kesimpulan audit, dan menerapkan setiap tindakan korektif yang diperlukan

Walaupun secara teoritis ada pemisahan dan penetapan auditor, klien dan auditee, namun karena sulit untuk diterapkan secara tepat dalam pelayanan rumah sakit maka istilah auditor, klien dan auditee tidak dipergunakan dalam pelaksanaan audit rumah sakit. Audit medis di RSUD Brebes lebih merupakan peer review, peer surveillance dan peer assessment.

3.2. Pelaksanaan Audit Medis di RSUD Dr. Moewardi

Di RSUD Brebes pelaksanaan audit medis adalah Sub Komite Mutu Profesi yang berada di bawah Komite Medik. Mengingat audit medis sangat terkait dengan berkas rekam medis, maka pelaksana audit medis wajib melibatkan bagian rekam medis khususnya dalam hal pengumpulan berkas rekam medis.

Selain itu, karena audit medis merupakan peer review maka dalam pelaksanaan audit medis wajib melibatkan Kelompok Staf Medis terkait, dan dapat pula mengundang konsultan rumah sakit atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa terhadap hasil audit medis dan memberikan rekomendasi khusus.

3.3. Langkah-langkah persiapan pelaksanaan audit medis.

Audit identifikasi dengan mencari-cari kesalahan. Budaya menyalahkan dan budaya mengkritik adalah merupakan gaya audit dimasa lalu. Namun dalam perspektif baru audit merupakan review, surveillance dan assessment secara sistematis dan independen untuk menentukan apakah kegiatan penerapan standar sudah dilaksanakan atau belum. Dan bila belum agar dicari akar permasalahan sehingga bisa dilakukan upaya perbaikan. Sebelum melakukan audit medis, perlu melakukan langkah-langkah persiapan audit medis sebagai berikut

- a. Sub Komite Mutu Profesi yang telah dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Brebes melaksanakan koordinasi dengan KSM untuk menetapkan indikasi dan kriteria dilaksanakannya audit medis.
- b. Apabila dalam evaluasi pelayanan medis didapatkan adanya masalah, maka perlu dilakukan analisa penyebab terjadinya masalah dengan menggunakan fish bone diagram. Setelah masalah dapat diidentifikasi, selanjutnya dilakukan upaya

- perbaikan dengan menggunakan siklus PDCA (Plan, Do, Check, Action).
- c. Berkaitan dengan upaya peningkatan mutu pelayanan ramah sakit melalui audit medis sesuai amanat Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, maka setiap dokter/dokter gigi yang memberikan pelayanan medis wajib niembuat rekam medis dan hams segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan medis.
 - d. Sub Komite Mutu Profesi agar senantiasa melakukan sosialisasi terkait dengan pelaksanaan audit medis kepada seluruh tenaga dokter/dokter gigi yang memberikan pelayanan medis di RSUD Brebes

3.4.Persyaratan Audit Medis RSUD DrsMoewardi

- a. Audit medis harus dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab, dengan tujuan untuk meningkatkan mutu' pelayanan bukan untuk menyalahkan atau mengha.kimi seseorang.
- b. Pelaksanaan audit medis harus obyektif, independen dan memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan wajib simpan rahasia kedokteran.
- c. Pelaksanaan analisa hasil audit medis harus dilakukan oleh Kelompok Staf Medis terkait yang mempunyai kompetensi, pengetahuan dan keterampilan sesuai bidang pelayanan dan atau kasus yang di audit.
- d. Publikasi hasil audit harus tetap memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan citra rumah sakit di masyarakat.

Selain persyaratan persyaratan audit medis diatas, sebelum melakukan audit, perlu membuat perencanaan audit yang meliputi :

- a. Design Audit
Design audit sangat penting dan harus sudah disusun sebelum audit dilaksanakan.
Design audit meliputi :
 - Tujuan audit harus jelas. Apa yang ingin diketahui dari audit harus jelas dan ditetapkan dalam menyusun design audit tersebut.
 - Bagaimana menetapkan standar /kriteria. Penetapan standar/ kriteria sangatlah penting karena itu harus tercantum dalam design audit. Standar/kriteria dapat dibagi dua yaitu kriteria wajib dan kriteria tambahan.
 - Bagaimana melakukan pencarian literatur. Pencarian literatur penting dilakukan untuk menetapkan standar/kriteria dan sebagai acuan dalam melakukan analisa data.
 - Bagaimana menjamin bahwa audit' dapat mengukur pelayanan medis. Karena itu pemilihan topik yang akan di audit harus jelas sehingga keluaran dari audit juga jelas.
 - Bagaimana menetapkan strategi untuk pengumpulan data dan dari mana saja data tersebut dikumpulkan
 - Bagaimana menetapkan sampel dari pasien yang layak
 - Bagaimana data yang dikumpulkan dianalisa dan di pre sentasikan.
 - Susun perkiraan waktu audit, waktu mulai dilakukan audit sampai audit tersebut selesai.
- b. Pengumpulan data
 - Untuk melakukan pengumpulan data, pada tahap pertama perlu melakukan uji coba atau pilot study. Tujuannya adalah -untuk mengetahui apakah data yang dikumpulkan mudah untuk dinilai dan mudah dikumpulkan.
 - Dalam melakukan pengumpulan data dapat dengan menggunakan komputer.
 - Kumpulkan data yang dibutuhkan atau diperlukan saja.
 - Menjamin untuk kerahasiaan

- c. Hasil audit (result)
 - Apakah mutu pelayanan yang diukur, hasilnya telah memenuhi standar.
 - Perlu ada kesepakatan bagaimana mengelola praktik tenaga medis agar dapat mencapai mutu pelayanan terbaik.
- d. Reaudit (second audit cycle)
 - Peningkatan mutu pelayanan yang bagaimana yang ingin dicapai pada audit ke dua.

3.5. Tata laksana audit medis

Pelaksanaan audit harus secara terbuka, transparan, tidak konfrontasional, tidak menghakimi, friendly dan konfidensial. Setelah audit dilakukan perlu didukung dengan umpan balik antara lain berbentuk presentasi. Perlu selalu ditekankan bahwa audit bukan untuk seseorang atau nama, bukan untuk menyalahkan atau membuat malu tetapi untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien.

Mengingat, tidak seorangpun senang untuk dikritik, maka Sub Komite Profesi harus bijaksana dalam mensukseskan kegiatan audit medis. Perlu ditentukan pula bahwa tujuan audit medis bukan merupakan suatu upaya memberikan sanksi atau hukuman. Upaya ini sungguh-sungguh merupakan suatu cara dan alat evaluasi pelayanan medis, untuk menjamin pasien dan masyarakat pengguna, bahwa mutu pelayanan yang

tinggi perlu ditegakkan sebagai sasaran yang harus dibangun secara terus menerus.

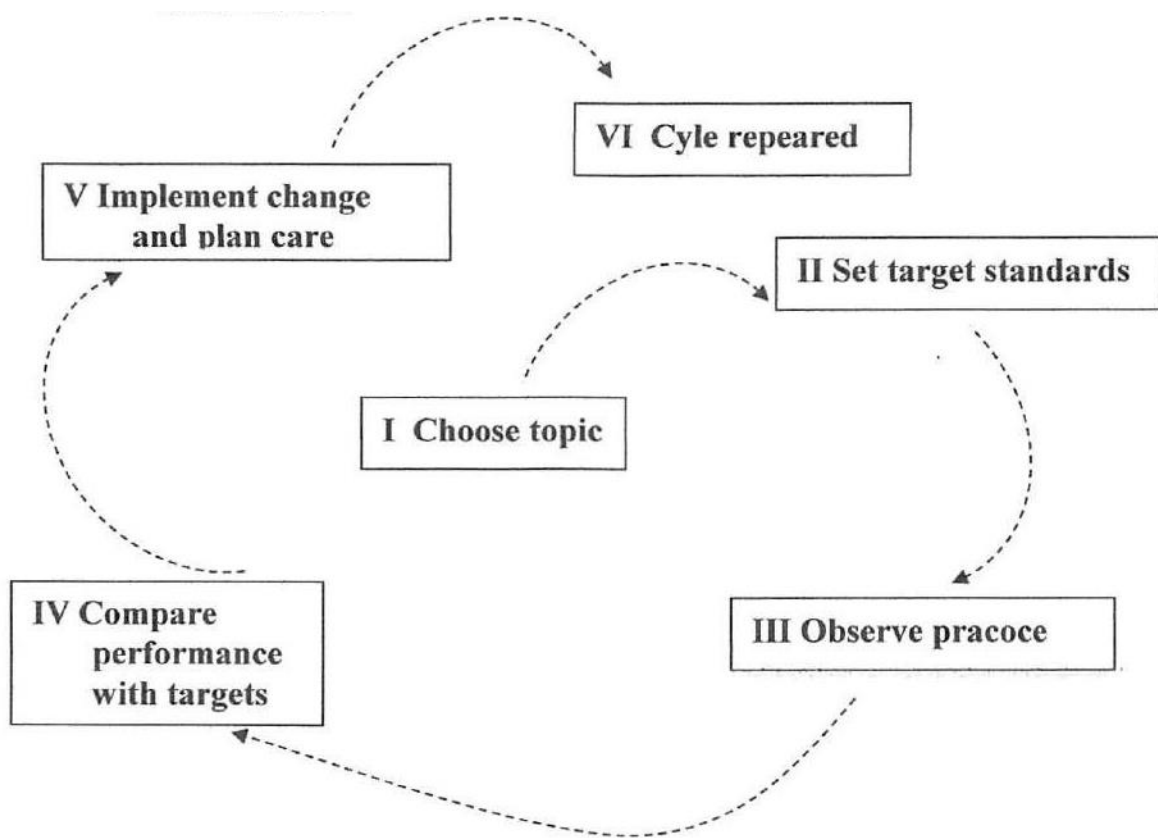
Dalam hal melaksanakan audit medis, dapat dengan mengundang konsultan tamu untuk melaksanakan dan membantu kegiatan-kegiatan analisa dasar dan membuat rekomendasi khusus. Apabila Sub Komite Audit Medis bermaksud mengundang konsultan tamu, harus mengajukan dan mendapat persetujuan dari Ketua Komite Medik dan Direktur RSUD Brebes

Hal pokok yang menjadi pedoman pelaksanaan audit medis adalah bahwa pelaksanaan audit medis harus selalu menyertakan Kelompok Staf Medis terkait.

Upaya ini akan menjamin mutu pelayanan agar tetap tinggi dan efisien, khususnya di bidang klinis, yang pada akhirnya akan berperan sebagai suatu nilai tambah bagi pelaksanaan upaya pelayanan medis. Untuk melaksanakan evaluasi pada proses audit diperlukan standar, namun banyak faktor yang mempengaruhi penetapan standar, diantaranya adalah beberapa faktor yang berhubungan dengan standar dapat diukur secara tepat. Maka hasil evaluasi dan interpretasi dari semua aspek hasil audit memerlukan pertimbangan yang sangat bijaksana dengan kesadaran akan adanya keterbatasan dari satu aspek ke aspek lainnya. Selain itu, walaupun perhitungan statistik merupakan bagian dari audit medis, namun harus ditekankan bahwa berperan sebagai titik tolak dari semua upaya audit medis untuk keperluan dokumentasi.

Yang paling penting dari audit medis ini adalah interpretasi secara profesional tentang fakta-fakta yang ditemukan yang mempengaruhi standar pelayanan medis. Haruslah merupakan bahan utama dalam upaya evaluasi terus menerus ini, agar dapat dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain ataupun dengan pencapaian upaya sendiri dimasa yang lalu.

Audit medis merupakan siklus yang terus menerus karena merupakan upaya perbaikan yang terus menerus, sebagaimana dibawah ini.



Berdasarkan hal tersebut diatas maka langkah - langkah pelaksanaan audit medis sebagai berikut :

1. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit

Tahap pertama dari audit medis adalah pemilihan topik yang akan dilakukan audit. Pemilihan topik tersebut bisa berupa penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit (misalnya: typhus abdominalis), penggunaan tertentu (misalnya : penggunaan antibiotik), tentang prosedur atau tindakan tertentu, tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, tentang kematian karena penyakit tertentu, dan lain-lain.

Pemilihan topik ini sangat penting, dalam memilih topik agar memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan. Sebagai contoh bahwa lama perawatan kasus Typhus Abdominalis cukup banyak yang melebihi dari angka nasional. Untuk mengetahui penyebabnya sehingga dapat dilakukan perbaikan maka perlu dilakukan audit terhadap kasus-kasus tersebut.

Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan Komite Medik dan Kelompok Staf Medis.

2. Penetapan standar dan kriteria.

Setelah topik dipilih maka perlu ditentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut. Misalnya topik yang dipilih Typhus Abdominalis maka perlu ditetapkan prosedur pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan Typhus Abdominalis.

Penetapan standar dan prosedur ini oleh peer-group (Kelompok Staf Medis terkait) dan atau dengan ikatan profesi setempat. Ada dua level standar dan kriteria yaitu must do yang merupakan absolut minimum kriteria dan should do yang merupakan tambahan kriteria yang merupakan hasil penelitian yang berbasis bukti.

3. Penetapan jumlah kasus/sampai yang akan diaudit

Dalam mengambil sampel bisa dengan menggunakan metode pengambilan sampel

tetapi bisa juga dengan cara sederhana yaitu menetapkan kasus Typhus Abdominalis yang akan di audit dalam kurun waktu tertentu, misalnya dari bulan Januari sampai Maret. Misalnya selama 3 bulan tersebut ada 200 kasus maka 200 kasus tersebut yang akan dilakukan audit.

4. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan,

Sub Komite Audit Medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah kasus-kasus yang dipelajari sudah sesuai dengan kriteria dan standar prosedur yang berlaku. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisa.

Misalnya dari 200 kasus ada 20 kasus yang tidak memenuhi kriteria atau standar maka 20 kasus tersebut agar dipisahkan dan dikumpulkan.

5. Melakukan analisa kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria

Sub Komite Audit Medis menyerahkan ke 20 kasus tersebut pada "peer-group" atau Kelompok Staf Medis untuk dinilai lebih lanjut. Kasus-kasus tersebut di analisa dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidak sesuaian dengan standar. Hasilnya : bisa jadi terdapat (misalnya) 15 kasus yang menyimpang terhadap standar adalah "acceptable" karena penyulit atau komplikasi yang tak diduga sebelumnya (unforeseen). Kelompok ini disebut deviasi (yang acceptable). Sisanya yang 5 kasus adalah deviasi yang unacceptable, dan hal ini dikatakan sebagai "defisiensi". Untuk melakukan analisa kasus tersebut apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau pakar dari luar, yang biasanya dari rumah sakit pendidikan.

6. Tindakan korektif

Peer group melakukan tindakan korektif terhadap kelima kasus yang defisiensi tersebut. Secara kolegal, dan menghindari "blaming culture", membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pelatihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

7. Rencana re-audit

Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan re-audit dilaksanakan adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan. Hal ini bukan berarti topik audit adalah sama terus menerus, audit yang dilakukan 6 (enam) bulan kemudian ini lebih untuk melihat upaya perbaikan. Namun sambil melihat upaya perbaikan ini, Sub Komite Audit Medis dan peer group dapat memilih topik yang lain.

Terlaksananya langkah - langkah audit medis sebagaimana tersebut diatas sangat tergantung dengan motivasi staf medis untuk meningkatkan mutu pelayanan, karena itu dalam melakukan audit perlu memperhatikan apa yang harus dilakukan (do's) dan apa yang jangan dilakukan (don'ts)

Do's

- Menjamin bahwa audit memberikan rekomendasi perubahan
- Beri penghargaan bila standar telah dicapai
- Waktu melakukan rapat audit medis harus tepat waktu

Don'ts

- Jangan tidak ada makanan ringan (snack)
- Jangan melebihi waktu yang ditetapkan

3.6.Mekanisme rapat audit medis

Audit medis yang dilaksanakan harus mampu mendorong, memberi penghargaan kepada dokter dan bermanfaat bagi pasien.

Andrew Gibbons dan Daljit Dhariwal menjelaskan bagaimana membuat audit menjadi nyaman. Kesuksesan program audit dibutuhkan keterlibatan seluruh Kelompok Staf Medis. Karena itu rapat Komite Medik yang membahas hasil audit media hams dihadiri oleh seluruh Kelompok Staf Media, minimal Kelompok Staf Media yang terkait dengan topik audit medis tersebut. Apabila diperlukan, jadwal rapat dapat di review Wang sehingga dapat dipastikan bahwa seluruh Kelompok Staf Medis yang terkait Nadir.

Program audit medis dapat dipublikasi paling lama setiap 6 bulan sekali dalam rapat Komite Medik yang kusus membahas hasil audit media. Penyajian hasil audit media dapat dilakukan dengan presentasi.

Rapat dimulai dengan presentasi dari dari Ketua Komite Medik tentang angka kesakitan, kematian di rumah sakit latar belakang atau dasar pemilihan topik. Presentasi perlu dibatasi, hanya beberapa menit dan diikuti dengan diskusi.

Acara kemudian dilanjutkan dengan presentasi hasil audit dan didiskusikan secara bebas di antara para Kelompok Staf Media dan dibua tkan kesimpulan dalam notulen rapat. Untuk menerapkan perubahan yang efektif maka kesimpulan dalam notulen rapat hams jelas, sederhana dan lengkap. Setiap pertemuan yang membahas audit media ditutup dengan melakukan review dan rencana presentasi yang akan datang. Sekretaris Komite Medik menyimpan notulen rapat, daftar hadir, materi setiap presentasi. Apabila perubahan kebijakan telah disepkati maka sekretaris Komite Medik memasukan dalam buku pedornan pelayanan media.

Mekanisme rapat audit medis sebagaimana diuraikan diatas adalah rnekanisme rapat ditingkat Komite Medik atau second party audit. Namun sebenarnya rapat audit media juga bisa dilakukan di tingkat Kelompok Staf Media atau disebut dengan first party.

a. Tingkat Kelompok Staf Media - First Party Audit

Pimpinan	: Ketua Sub Korn ite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit Media
Sekretaris	: Anggota Kelompok Staf Media
Penyaji	: Anggota Kelompok Staf Media
Peserta	: • Seluruh anggota Kelompok Staf Media • Wakil dari penanggung jawab pelayanan medis di rumah sakit • Semua anggota Sub Komite Peningkatan Mutu • Profesi /Tim Pelaksana Audit
Hasil	: • alternatif pemecahan masalah • salinan dikirim ke Komite Medik. • rencana audit dan presentasi yang akan datang
Pelaksanaan	: Dilakukan rutin, paling lama 1 bulan sekali.

b. Tingkat Komite Medik - second Party Audit.

Pimpinan	: Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit Medis
Sekretaris	: Sekretaris Komite Medik
Moderator	: Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Ketua Tim Pelaksana Audit Medis
Penyaji	: Dokter pemegang kasus dan Ketua Kelompok Staf Medis yang bersangkutan
Peserta	- Seluruh staf medis, minimal staf medis terkait dengan kasus tersebut - Wakil dari penanggung jawab pelayanan medis di rumah sakit - Semua anggota Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit
Hasil	: Penyelesaian kasus
Pelaksanaan	: Dilakukan rutin, paling lama 3 bulan sekali,

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam rapat audit medis :

- Menjamin bahwa rekomendasi dari hasil audit medis untuk perbaikan mutu pelayanan;
- Memberikan penghargaan staf yang telah mencapai standar;
- Rapat harus tepat waktu dan jangan terlambat atau melewati Batas waktu;
- Perlu disediakan snack;
- Pembukaan oleh Ketua Komite Medik (5 menit);
- Diskusi : sebagai moderator Ketua Komite Medik atau Ketua Kelompok Staf Medis sesuai tingkat mekanisme rapat audit medis.
- Jadwal acara :
 - Penyajian hasil audit : 15 menit
 - Diskusi : 20 menit
 - Kesimpulan : 5 menit
 - Penutup : Ketua Komite Medik (5 menit) dan Direksi (5 menit).
- Resume dan laporan tertulis Sekretaris Komite Medik.

3.7. Pembahasan Khusus

Harus diakui dengan jumlah dokter terbatas tentunya sulit untuk melakukan audit medis secara sistematis sebagaimana tersebut diatas, maka pembahasan kasus adalah merupakan alternatif pemecahan masalahnya. Melalui pembahasan kasus diharapkan ada upaya evaluasi secara profesional pelayanan medis yang berkesinambungan

Dalam pengertian audit medis diatas, sudah dijelaskan bahwa pembahasan kasus merupakan salah satu bentuk audit medis yang sederhana atau awal. Pembahasan kasus dapat dilakukan melalui mekanisme rapat audit medis dan dapat dilakukan di rapat Komite Medik. Yang perlu diperhatikan adalah tidak semua kasus harus dibahas di tingkat pertama dan kemudian dilanjutkan tingkat kedua.

Pembahasan kasus sangat tergantung dari ruang lingkup dan besar permasalahan dari kasus tersebut. Apabila ruang lingkup kasus tersebut kecil dan tidak terkait dengan

Kelompok Staf Medis lain maka kasus tersebut tidak perlu dibahas di tingkat kedua, karena sudah dapat diselesaikan di tingkat pertama. Yang perlu diperhatikan adalah : bahwa tingkat kedua tersebut bukanlah merupakan jenjang yang harus dilalui tahap demi tahap, tetapi lebih untuk efisiensi dan efektifitas dalam pembahasan kasus. Idealnya semua kasus dapat diselesaikan di tingkat pertama, namun kita sadari pelayanan_rnedik adalah sangat kompleks dan antar spesialisasi bisa saling terkait karena itu pembahasan tingkat kedua sering masih diperlukan.

Jadi suatu kasus bisa dibahas hanya ditingkat pertama saja dan tidak perlu sampai ke tingkat kedua, namun ada Pula kasus yang perlu dibahas di tingkat pertama dan kemudian perlu dilanjutkan dengan pembahasan di tingkat kedua. Tetapi ada pules kasus yang langsung dibahas di tingkat kedua tidak melalui tingkat pertama, karena kasus tersebut jelas melibatkan banyak jenis spesialisasi.

a. Pembahasan kasus tingkat Kelompok Staf Medis - First Party Audit

Pimpinan	: Ketua. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit Medis
Sekretaris	: Anggota Kelompok Staf Medis
Penyaji	: Anggota Kelompok Staf Medis
Peserta	: - Seluruh anggota Kelompok Staf Medis - Wakil dari penanggung jawab pelayanan medis di rumah sakit Semua anggota Sub Komite Peningkatan Mutu ProfesiTim Pelaksana Audit
Hasil	: - alternatif pemecahan masalah - salinan dikirim ke Komite Medik. - rencana audit dan presentasi yang akan datang
Pelaksanaan	: Dilakukan rutin, paling lama 1 bulan sekali.

Untuk memudahkan pelaksanaan audit, maka dapat nrienggunakan formulir sebagai berikut :

Contoh Formulir

1st PARTY AUDIT

SMF :
.....
Tanggal :
.....
Waktu : Pukulsampai pukul
Yang hadir :orang (daftar hadir terlampir)
.....
Kasus :
.....
Identitas pasien :
.....
No. RM :
.....
Kronologis :
.....
Masalah :
.....
Evaluasi :
.....

No .	Uraian	Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Pelaksanaan SOP kasus tsb			SOP ada/tidak ada
2.	Diagnosis kerja			
3.	Rencana tindakan (penunjang)			
4.	Diagnosis pasti			
5.	Terapi			

Kesimpulan :
Saran :

b. Pembahasan Kasus Tingkat Komite Medik – Second Party Audit.

Pimpinan : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim
Pelaksana Audit Medis
Sekretaris : Sekretaris Komite Medik
Moderator : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Ketua Tim
Pelaksana Audit Medis
Penyaji : Dokter pemegang kasus dan Ketua Staf Medis yang bersangkutan
Kelompok
Peserta : - Seluruh staf medis, minimal staf medis terkait
dengan kasus tersebut

Mutu

- Wakil dari penanggung jawab pelayanan medis di rumah sakit
- Semua anggota Sub Komite Peningkatan

Profesi/Tim Pelaksana Audit
Hasil : Penyelesaian kasus
Pelaksanaan : Dilakukan rutin, paling lama 3 bulan sekali.

Contoh Formulir

2st PARTY AUDIT

SMF :
.....
Tanggal :
.....
Waktu : Pukulsampai pukul
Yang hadir :orang (daftar hadir terlampir)
.....
Kasus :
.....
Identitas pasien :
.....
No. RM :
.....
Kronologis :
.....
Masalah :
.....
Evaluasi :
.....

No .	Uraian	Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Pelaksanaan SOP kasus tsb			SOP ada/tidak ada
2.	Diagnosis kerja			
3.	Rencana tindakan (penunjang)			
4.	Diagnosis pasti			
5.	Terapi			

Kesimpulan :
Saran :

LAPORAN RAPAT AUDIT

Tanggal :

I. Identitas Kasus

- Diagnosis Kasus:
- Nama :
- Umur :
- Jenis Kelamin :
- No. R.M :

II. Pembahasan

1.1. Diagnosis

URAIAN	MASALAH	SOP / SPM

1.2. Penatalaksana

URAIAN	MASALAH	SOP / SPM

III. Kesimpulan :

IV. Saran – saran :

Mengetahui,
.....
Ketua Komite Medik

Surakarta,
Notulis

$$(\quad)$$

()

Di atas sudah disebutkan bahwa pembahasan kasus dapat dilakukan untuk kasus kematian, kasus kesakitan, kasus langka, kasus sulit, kasus pengadilan dan lain sebagainya. Kasus-kasus tersebut dapat berasal dari jajaran Direksi, Komite Medik atau Sub Komite Audit Medis, Ketua Kelompok Staf Medis, tuntutan/komplain dari pasien, pihak ketiga/asuransi dan lain sebagainya.

Mekanisme pembahasan kasus diuraikan sebagai berikut :

1. Ketua Komite Medik dan Ketua Sub Komite Audit Medis memilih dan menetapkan kasus berdasarkan data/kasus. Dalam melakukan pemilihan kasus yang akan di audit diharapkan tidak lebih dari 2 (dua) hari.
2. Ketua Komite Medik menetapkan tanggal pelaksanaan diskusi tingkat Komite dan surat undangan yang dilaksanakan kurang dari 2 (dua) hari.
3. Ketua Komite Medik menginformasikan secara tertulis kepada Ketua Kelompok Staf Medis kasus terkait. Jadwal waktu kurang 2 (dua) hari untuk membahas kasus tersebut pada tingkat Kelompok Staf Medis (proses sesuai dengan sistem Kelompok

Staf Medis dan mempersiapkannya untuk pembahasan tingkat Komite Medik

4. Ketua Kelompok Staf Medis menyerahkan berkas/formulir kepada Ketua Komite Medik 4 (empat) hari sebelum diskusi tingkat Komite Medik.

3.8. Standar dan Kriteria

Diatas sudah diuraikan bahwa agar audit medis dapat dilaksanakan dengan baik maka perlu standar dan kriteria dari kasus/topik yang akan di audit tersebut. Kriteria yang ditetapkan tersebut terdiri dari kriteria wajib (must do criteria) dan kriteria tambahan (should do criteria). Kriteria wajib adalah merupakan kriteria minimum yang absolute dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan sesuai kebutuhan dan harus dipenuhi oleh setiap dokter. Sedangkan kriteria tambahan adalah merupakan kriteria-kriteria dari hasil riset yang dapat dibuktikan dan penting. Contoh kriteria sebagai berikut :

ANGINA Summary of Criteria,

“MUST DO” CRITERIA

- The records show that the diagnosis of angina is based on : (a) characteristic symptoms of angina or (b) suggestive symptoms of angina with positive investigative findings.
- The records show that at diagnosis the blood pressure has been recorded and the patient examined for signs of anaemia and has a cardiac examination
- The records show that the patient is on daily aspirin unless contraindicated
- The records show that at least annually there has been an assessment of smoking habit, and advice given to smokers
- The records show that at diagnosis the patient's blood lipids have been checked
- The records show that at least annually the blood pressure has been checked and is within normal limits
- The records show that there is an annual assessment of symptoms

“SHOULD DO” CRITERIA

- The records show that at least annually regular physical activity has been discussed with the patient
- The records show that the body mass index is checked at diagnosis
- The records show that the patient has had a resting 12 lead ECG

Melakukan monitoring dan evaluasi, Komite Medik agar mengembangkan indikator mutu pelayanan yang harus dicapai. Indikator mutu yang dikembangkan dapat berupa indikator yang sederhana yaitu hanya mengukur input namun dapat pula indikator yang sederhana yaitu mengukur input, proses dan output. Indikator mutu yang terkait dengan pelaksanaan audit medis, yang dapat dikembangkan oleh Komite Medik antara lain sebagai berikut :

1. Jumlah pembahasan kasus per tahun.
2. Jumlah pelaksanaan audit medis per tahun.
3. Persentase rekomendasi dari pembahasan kasus yang sudah dilaksanakan.

4. Prosentase rekomendasi dari hasil audit medis yang sudah dilaksanakan.
5. Prosentase penurunan medical error.

Evaluasi pelaksanaan audit medis dilakukan paling lama setiap tahun. Tujuan evaluasi dari pelaksanaan adalah agar proses audit dapat berjalan lebih baik. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan audit medis dilakukan sesuai dengan ketentuan yang ada dalam akreditasi rumah sakit. Pada akreditasi rumah sakit ada kewajiban rumah sakit untuk melakukan audit medis. Di RSUD Brebes audit medis dilaksanakan oleh Sub Komite Audit Medis yang berada di bawah Komite Medik.

Dalam melaksanakan tugasnya Sub Komite Audit Medis dapat mengundang dokter ahli lain yang berasal dari dalam dan luar rumah sakit (dokter ahli lain tersebut bukan anggota tim audit) yang relevan dengan kasus-kasus yang diteliti dan dibahas. Untuk melaksanakan audit, harus sudah mempunyai pedoman audit dan harus meneliti dan membahas paling sedikit 3 (tiga) kasus penting.

Berdasarkan hal tersebut, monitoring dan evaluasi yang akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit meliputi :

1. Keberadaan Sub Komite Audit Medis, yang dibuktikan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Brebes
2. Pedoman audit medis
3. Jumlah kasus yang dilakukan audit minimal 3 (tiga) buah.
4. Laporan kegiatan audit medis.
5. Rekomendasi dari hasil audit
6. Tindak lanjut pelaksanaan rekomendasi.

Dengan dilakukannya monitoring dan evaluasi kegiatan audit medis tersebut maka pencatatan dan pelaporan kegiatan perlu dilakukan dengan baik. Notulen rapat, hasil pembahasan/penelitian kasus yang di audit perlu dilakukan secara tertulis dan dilaporkan. Ke Direktur RSUD BREBES

Dalam memberikan laporan juga perlu diperhatikan konfidensial hasil audit. Pelaporan pada Direktur tetap perlu dilakukan walaupun audit medis merupakan peer review, karena mungkin ada hasil analisa dan rekomendasi, ada yang perlu ditindaklanjuti oleh Direktur, berupa penambahan sarana, prasarana dan peralatan.

Audit medis merupakan hal penting yang wajib dilakukan untuk melaksanakan evaluasi pelayanan medis. Audit medis dilaksanakan dengan mengacu pada Pedoman Audit Medis RSUD Brebes