

MODUL AUDIT INFORMASI KLINIS



Disusun Oleh:

TIM DOSEN PRODI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

UNIVERSITAS INDONESIA MAJU

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

FAKULTAS VOKASI

UNIVERSITAS INDONESIA MAJU

JAKARTA

2022



Modul Audit Informasi Klinis

Nama Mahasiswa :

NPM :

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Fakultas Vokasi

Universitas Indonesia Maju

2022

KATA PENGANTAR

Buku petunjuk praktikum ini disusun untuk memenuhi kebutuhan mahasiswa sebagai panduan dalam melaksanakan praktikum Audit Informasi Klinis, untuk mahasiswa program studi D4 Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) UIMA. Dengan adanya buku petunjuk praktikum ini diharapkan akan membantu dan mempermudah mahasiswa dalam memahami dan melaksanakan praktikum Audit Informasi Klinis sehingga akan memperoleh hasil yang baik.

Materi yang dipraktikumkan merupakan materi yang selaras dengan materi kuliah Audit Informasi Klinis. Untuk itu dasar teori yang didapatkan saat kuliah juga akan sangat membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum ini.

Buku petunjuk ini masih dalam proses penyempurnaan. Insha Allah perbaikan akan terus dilakukan demi kesempurnaan buku petunjuk praktikum ini dan disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Semoga buku petunjuk ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, September 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II AUDIT KLINIS DAN KAITANNYA DENGAN MUTU PELAYANAN MEDIS	4
BAB III TATA LAKSANA AUDIT INFORMASI KLINIS	8
BAB IV MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN AUDIT INFORMASI KLINIS	19
DAFTAR PUSTAKA	20

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu faktor kunci dalam pengembangan pelayanan rumah sakit adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan medik. Karena mutu pelayanan medik merupakan indikator penting, baik buruknya pelayanan di rumah sakit. Di sisi lain mutu sangat terkait dengan *safety* (keselamatan), karena itu upaya pencegahan *medical error* sangatlah penting.

Di luar negeri, masalah *medical error* merupakan masalah yang serius, karena semakin banyaknya data terkait dengan *medical error*. Di Amerika Serikat 1 diantara 200 orang menghadapi resiko *medical error* di rumah sakit, apabila dibandingkan dengan resiko naik pesawat terbang yang hanya 1 per 2.000.000 maka resiko mendapatkan *medical error* di rumah sakit lebih tinggi. Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999, melaporkan bahwa diperkirakan per tahun

44.000 – 98.000 pasien rawat inap meninggal karena *medical error*. Apabila dibandingkan dengan angka kematian karena AIDS yang 16.500 setiap tahun atau dibandingkan dengan 32.000 orang setiap tahun terbunuh dengan senjata maka perkiraan *medical error* tersebut sangatlah mengejutkan. Studi di New York, Colorado, Utah dan Australia menjelaskan bahwa pelayanan yang tidak menyenangkan karena mis-manajemen rumah sakit untuk pasien rawat inap sekitar 3,7 – 10,6 %.

E.A. McGlynn, 1998 (*President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care Industry*) melaporkan terkait dengan *overuse* pelayanan dan *under use* pelayanan. *Over use* pelayanan terjadi pada CABG dimana 14 % tidak sesuai dengan prosedur, di Inggris angka tersebut 21 % dan di Canada 9 %. Sedangkan *URTI*, 30 - 70 % pemberian resep antibiotik tidak sesuai untuk infeksi virus dan untuk *N S A I D S* 42 mendapatkan resep

yang tidak diperlukan. Namun di sisi lain, *under use* pelayanan juga terjadi. Hanya 76 % anak yang mendapat imunisasi lengkap dan hanya 16 % pasien DM yang diperiksa HbA1C. Pasien CAD yang perlu dilakukan intervensi hanya 42 - 61 % yang dilaksanakan. *Medical error* paling sering terjadi adalah kesalahan obat yaitu 4 per 1.000, terbanyak pada obat antibiotik, obat kardiovaskuler, obat gastrointestinal dan narkotik. *Medical error* sering berakhir dengan tuntutan pasien. Laporan dari NHS di Inggris pada tahun 1998, dana yg terkait dengan tuntutan pasien berjumlah 380 juta Pound/th (Rp 5,3 triliun), dimana 325.000 juta Pound untuk *medical error*.

Di Indonesia data secara pasti belum ada, beberapa kasus mencuat seperti ketinggalan gunting di dalam perut, kesalahan obat dan lain sebagainya, karena kasus-kasus tersebut menjadi masalah hukum akibat terjadinya tuntutan dari pasien. Salah satu sebab lemahnya data *medical error* di Indonesia adalah belum berjalannya audit medis di rumah sakit sehingga rumah sakit tidak mempunyai data secara pasti berapa angka *medical error* yang terjadi. Sejalan dengan diperlukannya *good clinical governance* maka rumah sakit diharapkan dapat dan mampu melaksanakan audit medis secara berkala dan berkesinambungan. Berdasarkan hal tersebut maka perlu ada acuan berupa Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.

B. Ruang Lingkup Audit Informasi Klinis

1. Pelayanan Kedokteran.
2. Pelayanan Keperawatan yang berhubungan dengan pelayanan kedokteran.
3. Pelayanan Penunjang Medik yang berhubungan dengan pelayanan kedokteran.

C. Daftar Istilah

1. Audit Klinik (Clinical Audit) adalah suatu kegiatan peningkatan mutu proses dan hasil dari pelayanan klinik (clinical care), yang dilakukan dalam bentuk telaah sistematis terhadap pelayanan medik yang telah diberikan dibandingkan dengan kriteria / standar yang dinyatakan secara eksplisit , dan diikuti dengan upaya perbaikan (NICE , 2002), sehingga audit klinik dapat disebut juga sebagai audit medic.
2. Audit Klinik mencakup audit pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang medik, sehingga audit klinik mengintegrasikan kegiatan audit medik dan audit keperawatan .
3. Definisi Audit Klinik / Audit Medik adalah :
 - a. suatu telaah kritis dan sistematis terhadap mutu pelayanan klinik, termasuk prosedur diagnosis dan terapi, penggunaan sumber daya rumah sakit, dan hasil serta mutu hidup (*quality of life*) dari pasien
 - b. sebuah proses peningkatan mutu yang bertujuan meningkatkan pelayanan dan hasil pasien melalui tinjauan pelayanan secara sistematis terhadap kriteria yang jelas dan implementasi perubahan .
4. Siklus Audit Klinik / Audit Medik adalah suatu tahapan – tahapan yang harus dijalani terus – menerus di mulai dari pemilihan topic, penetapan criteria, pengumpulan data, menganalisa data, menetapkan perubahan dan melakukannya, melakukan re- audit.
5. Tim Audit adalah suatu tim yang bekerja dalam suatu proses audit klinik /audit medic yang terdiri dari :
 - a. Komite Medik, dalam hal ini sub Komite Mutu Profesi.
 - b. Tim Ad-hoc (tim kerja) yang dibentuk oleh Direktur RS berdasarkan

usulan Komite Medik.

- c. Asisten Audit adalah staf rekam medis yang bertugas mencari dan mengolah data.
6. Tim Ad-hoc adalah tim kerja audit medik yang dibentuk oleh direktur, bertugas menyusun pedoman dan menentukan kriteria audit klinis; yang terdiri dari semua anggota bagian / unit yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sesuai topic audit.

BAB II

AUDIT KLINIS DAN KAITANNYA DENGAN MUTU PELAYANAN MEDIS

A. Tujuan Audit Medis

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

Tujuan umum :

Tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit

Tujuan khusus :

- a. Untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan medis
- b. Untuk mengetahui penerapan standar pelayanan medis
- c. Untuk melakukan perbaikan-perbaikan pelayanan medis sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis

B. 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 dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi 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 kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan 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 yang dilakukan oleh rumah sakit 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, di rumah sakit khususnya rumah sakit pendidikan, komite medis dan atau kelompok staf medis sering menyelenggarakan kegiatan 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 dilakukan secara kualitatif. Walaupun pembahasan kasus pada umumnya hanya meliputi review dan assessment, kurang/tidak ada surveillancenya.

Sedangkan pengertian audit secara umum meliputi review, assessment dan surveillance, namun mengingat pembahasan kasus adalah merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, maka pembahasan kasus adalah 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 khusus 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 Medis. Komite Medis merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Kelompok Staf Medis. Fungsi dan wewenang Komite Medis adalah menegakkan etika dan atau disiplin profesi medis, dan mutu pelayanan medis berbasis bukti. Karena itu konsep dan filosofi Komite Medis 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 terikat 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 program *patient safety* yang terdiri dari 4 aspek utama yakni :

1. Penetapan norma, standar dan pedoman global mengenai pengertian, pengaturan dan pelaporan dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penerapan aturan untuk menurunkan resiko.
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 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 rumah sakit bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan standar yang tinggi sesuai dengan kondisi rumah sakit sehingga terwujudnya pelayanan medik prima di rumah sakit.

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 "*doctrin 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 perumahsakit 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, 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 resiko 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 untuk mutu;
- b. Meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien secara berkesinambungan;
- c. Memberikan pelayanan dengan pendekatan yang berfokus pada pasien;
- d. Mencegah *clinical medical error*;

Upaya peningkatan mutu dapat dilaksanakan melalui *clinical governance*. Karena secara sederhana *Clinical Governance* adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dan efisien dalam organisasi rumah sakit. 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 Medis, 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 dapat 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 sulit untuk melakukan pengukuran mutu pelayanan.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka 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 sedangkan audit medis dilakukan oleh staf medis dengan melihat diagnose dan pengobatan yang terdokumentasi dalam rekam medis tersebut telah sesuai dengan standar atau belum. Karena itu audit rekam medis bukan merupakan audit medis

BAB III

TATA LAKSANA AUDIT INFORMASI KLINIS

A. Memilih dan Menetapkan Topic

Audit klinik / medis dapat meliputi audit struktur, audit proses, maupun audit hasil. Rapat penentuan topik audit dilakukan pada rapat komite medik yang dihadiri oleh sub komite mutu profesi dan direksi.

Dasar penentuan topik adalah dari data –data rutin RS :

- Data kesalahan medis /*medical error*.
- Data survey kepuasan pasien.
- Data observasi proses pemberian pelayanan.
- Masukan dari manajemen, asuransi, dan unit –unit layanan.

Topik audit dipilih dengan kriteria / memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- Proses / kegiatan tersebut dapat diperbaiki.
- Proses / kegiatan tersebut beresiko tinggi, biaya mahal, volume tinggi.
- Mendapat dukungan / konsensus semua anggota bagian yang terlibat.
- Proses / kegiatan tersebut memiliki panduan klinik (*clinical guidelines*), baik nasional maupun internasional sebagai pedoman.

B. Menentukan Latar Belakang, Tujuan Dan Sasaran Audit

Latar belakang, tujuan dan sasaran audit HARUS dibuat untuk memastikan audit yang dilakukan tetap fokus serta menggunakan waktu dan sumber daya sebaik-baiknya.

Latar belakang isinya :

- Rasionalitas dan justifikasi topic yang dipilih.
- Pengertian singkat dari penyakit/ tindakan yang dijadikan topic.
- Data epidemiologi yang ada (internasional , nasional, RS bersangkutan).
- Ketersediaan panduan / *guedlines* dan beberapa isi pentingnya.
- Permasalahan yang ada.

Tujuan berisi :

Gambaran yang akan dicapai dari suatu audit, yaitu untuk MEMASTIKAN atau MEMPERBAIKI mutu pelayanan kesehatan.

Contoh tujuan audit klinik “ meningkatkan manajemen pelayanan klinik pada pasien dengan ulkus diabetes “

Sasaran berisi langkah-langkah untuk mencapai tujuan audit , yaitu dengan menggunakan aspek dimensi mutu :

- Appropriateness* : sesuai dengan standar.
- Timeliness* : tepat waktu.
- Effectiveness* ; hasil sesuai harapan.

C. Menyusun Kriteria Audit.

Kriteria Audit adalah bukti yang diperlukan dan yang HARUS ADA , bahwa penderita telah diberikan pelayanan pada taraf yang seoptimal mungkin. Kriteria dapat berupa :

- Diagnosis
- Pengobatan
- Tindakan
- Reaksi penderita
- Keadaan lain terkait dengan kondisi atau penyakit yang berhubungan dengan topic

Contoh Kriteria audit :

- Diagnosis : “ harus dilakukan pengukuran gula darah puasa dan 2 jam setelah makan”.....
- Pengobatan : “ harus diberikan obat antidiabetes “
-
-Dst

Kriteria audit harus SMART :

- Specific* : jelas dan khusus, tidak ambigu, bebas dari kepentingan tertentu
- Measureable* : dapat diukur

- *Agreed* : disetujui semua pihak
- *Relevant* : bersangkutan-paut
- *Theoretical sound* : ada bukti klinis yang terbaik dan terbaru

Perlu diketahui Kriteria audit BUKAN Kriteria Diagnosis :

Contoh : Kasus Ulkus DM

- Kriteria Diagnosis : Pasien menderita Diabetes, ada luka yg sulit sembuh.
- Kriteria Audit : Dilakukan anamnesa riwayat DM dan pengobatan DM, dilakukan pemeriksaan gula darah..... (tdk berhubungan dengan hasil pemeriksaan)... tapi ada tindakan melakukan anamnesa, dan pemeriksaan gula darah

D. Menyusun Standar, Perkecualian, Petunjuk Pengambilan Data dan Variasi.

Standar dipakai untuk menentukan apakah suatu catatan medik memenuhi kriteria pedoman audit atau tidak. Contoh pada ulkus diabetes, kriteria pemeriksaan gula darah standarnya 100 % harus dilakukan.

Perkecualian adalah keadaan yang mungkin merupakan alasan bagi sebuah catatan medis untuk tidak memenuhi standar yang berhubungan dengan kondisi pasien, misalnya pasien tidak diberikan antibiotic tertentu karena alergi.

Perkecualian tidak boleh berhubungan dengan hal diluar klinis pasien (misalnya masalah manajemen). Contoh : criteria auditnya adalah harus dilakukan pemeriksaan gula darah, namun tidak dilakukan karena alat glukosameter rusak atau pasien tidak mampu bayar, ini masalah manajemen tidak boleh dimasukkan dalam perkecualian.

Petunjuk pengambilan data adalah menunjukan bagian mana dalam rekam medis yang dapat diambil sebagai data (misalnya data diambil pada lembar RM 01. RM 05 ... dsb).

Variabel adalah hal-hal tertentu baik dari aspek rumah sakit, dokter, perawat, pasien yang mempengaruhi mutu pelayanan. Misalnya pasien dirawat diruang kelas 3 banyak terjadi flebitis, maka variabelnya adalah ruang perawatan.

Variabel dapat ditentukan berdasarkan :

- Penelitian sebelumnya.
- Asumsi tim ad-hoc.

E. Memilih Populasi Dan Sampel Audit

Populasi dan sampel diambil sesuai dengan topic audit yang sudah ditentukan. Jumlah sampel ditentukan dengan cara :

- Menetapkan jumlah populasi.
- Menentukan angka kepercayaan (mis 90%).
- Menentukan tingkat ketidak tepatan (mis 10%).
- Pakai software program.

CONTOH :

Jumlah Populasi	Jumlah Sampel (95% kepercayaan ; 5% akurasi)
50	44
100	79
150	108
200	132
500	217
1000	278
2000	322

Metode pengambilan sampel dapat dilakukan dengan sampel acak sederhana atau dengan sampel bertingkat.

F. Mengumpulkan Data Audit.

Ada 2 cara pengumpulan data audit :

1. Retrospektif.

Mengambil data yang sudah ada / data di masa lampau.

2. Prospektif

Pengumpulan data dilakukan oleh Asisten audit , yaitu staf Rekam Medik yang ditunjuk. Langkah-langkah pengambilan data sebagai berikut :

1. Ambil rekam medik yang menjadi sampel audit, pelajari apakah setiap kriteria yang ditentukan telah terpenuhi dalam rekam medik tersebut (lihat kesesuaian).
2. Tentukan hasil apakah sesuai kriteria, tidak sesuai kriteria namun memenuhi perkecuaalian justifikasi, atau tidak sesuai kriteria dan tidakada justifikasi.
3. Tulis hasil tersebut dalam bentuk kode :
 - a. 1 sesuai kriteria.
 - b. 2 tidak sesuai kriteria tapi ada justifikasi. c.
 - 3 tidak sesuai kriteria tidak ada justifikasi.
4. Memisahkan rekam medik yang mengandung penyimpangan (tidak sesuai kriteria) berdasarkan pedoman dan indtrumen audit yang telah disusun oleh tim ad-hoc.

G. Menganalisa Data Audit.

Sebelum analisa dengan *tools* statistic, terlebih dahulu lakukan re-check analisa penyimpangan/perkecuaalian untukmemastikan apakah hasil audit dari asisten audit sudah benar. Re audit dapat dilakukan oleh tim ad hoc.

Analisa audit klinis umumnya dilakukan dengan statistic deskriptif dan RCA (*root cause analysis*) dengan metoda diagram tulang ikan (*fish bone*). Statistik deskriptif digambarkan dalam bentuk tabel maupun grafik. RCA dipakai untuk menemukan penyebab ketidaksesuaian antara kenyataan dan kriteria standar.

H. Menetapkan Perubahan /Plan Of Action.

Bagian terpenting darisiklus audit adalah mebuat perubahan. Membuat perubahan juga merupakan bagian paling sulit.

Supaya efektif maka perubahan harus :

- Ditujukan pada yang kompeten, yaitu yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sesuai topic.
- Perubahan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu (ada *dateline* nya).

- Dibuat rencana tindak lanjut (*Plan of Action/ POA*)yang menjelaskan “ SIAPA melakukan APA dan KAPAN “.
- Tanggungjawab melakukan perubahan ditegaskan dan dikomunikasikan kepada yang berkepentingan ; tim ad-hoc ikut mengawasi.
- Jangka waktu pelaksanaan perubahan tidak lebih dari 3 bulan untuk dilakukan re-audit.

I. Re-Audit.

Tujuan re audit adalah untuk melihat apakah telah terjadi perubahan setelah menerapkan POA. Proses re-audit sama dengan proses audit.Uji statistic membandingkan proses audit dan re-audit menggunakan *chi-square test*.

J. Menyusun Laporan Audit.

Laporan audit dibuat dengan format sebagai berikut :

1. Halaman depan : Judul Audit, nama RS dan bagian, tim audit dan tanggal audit).
2. Daftar Isi.
3. Ringkasan Eksekutif.
4. Pendahuluan
5. Metodologi.
6. Hasil dan Pembahasan.
7. Rencana Tindak Lanjut / Plan of Action (POA).
8. Pelaksanaan tindakan perbaikan.
9. Hasil re audit.
10. Kesimpulan dan Saran.
11. Referensi dan catatan tambahan.

Laporan audit akan diserahkan kepada Direktur dan akan didokumentasikan dalam *hardcopy* dan *softcopy*di Komite Medik .

K. 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 : Dokter yang memegang kasus
- Peserta : - Seluruh anggota kelompok staf medis
- Wakil dari penanggung jawab pelayanan medis di rumah sakit
- Wakil dari anggota Komite Medis
- Semua anggota Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/ Tim Pelaksana Audit
- Hasil : - alternatif pemecahan masalah.
: - Kesimpulan : 5 menit
: - rencana audit dan presentasi yang akan datang
- Pelaksanaan : Dilakukan rutin, paling lama 1 bulan sekali.

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

Contoh Formulir

1st PARTY AUDIT

S M F :
Tanggal :
Waktu : Pukulsampai pukul
Yang hadir :
Kasus orang (daftar hadir terlampir)
Identitas pasien :
No. R M :
Kronologis :
Masalah :

Evaluasi :

Uraian	Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
Pelaksanaan SOP kasus tsb.			SOP ada/tidak ada
Diagnosis kerja			
Rencana tindakan penunjang			
Diagnosis penunjang			
Terapi			

Kesimpulan :

Saran :

L. Pembahasan Kasus Tingkat Komite Medik – *Second Party Audit*.

- Pimpinan : Ketua Komite Medis
 Sekretaris : Sekretaris Komite Medis
 Moderator : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Ketua Tim Pelaksana
 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.

Contoh Formulir

2nd PARTY AUDIT

S M F :
 Tanggal :
 Waktu : Pukulsampai pukul
 Yang hadir :
 Kasusorang (daftar hadir terlampir)
 Identitas pasien :
 Kronologis :

No. R M :
 Kronologis :
 Masalah :
 Evaluasi :

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

Kesimpulan :
 Saran :

LAPORAN RAPAT AUDIT

Tanggal :

I. Identitas Kasus

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

II. Pembahasan

1.1. Diagnosis

URAIAN	MASALAH	SOP/SPM

2.2. Penatalaksanaan

URAIAN	MASALAH	S O P / S P M

III. kesimpulan :

IV. Saran – saran :

Jakarta,

Mengetahui,

Ketua Komite Medik

Notulis

()

()

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 medis/sub komite peningkatan mutu profesi medis, ketua kelompok staf medis, tuntutan/komplain dari pasien, pihak ketiga/asuransi dan lain sebagainya.

Mekanisme pembahasan kasus dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Ketua Komite Medik dan Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis/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.

M. 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 kriteria) dan kriteria tambahan (should do kriteria.). 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 Kriteria,

"MUST DO" KRITERIA

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" KRITERIA

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

BAB IV

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN AUDIT INFORMASI KLINIS

Monitoring dan evaluasi di tingkat rumah sakit dilakukan oleh Komite Medik. Untuk 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 lengkap 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. Prosentase 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.

Selain di tingkat rumah sakit, monitoring dan evaluasi pelaksanaan audit medis dilakukan melalui pelaksanaan akreditasi rumah sakit. Pada akreditasi rumah sakit untuk pelayanan medis ada kewajiban rumah sakit untuk melakukan audit medis. Ketentuan dari akreditasi rumah sakit adalah rumah sakit harus mempunyai tim audit yang dapat merupakan bagian dari sub komite peningkatan mutu dari Komite Medik. Tim ini dibentuk untuk meneliti dan membahas kasus-kasus medik penting. Dalam melaksanakan tugasnya tim audit 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, tim tersebut harus mempunyai, pedoman audit dan tim tersebut juga harus melaksanakan audit secara teratur yaitu dalam waktu satu tahun tim audit 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 tim pelaksana audit medis, yang dibuktikan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Pembentukan Tim Audit.
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 Rumah Sakit.

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

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, H. (2018). Kedudukan Audit Medis dalam Penegakan Hukum Tindak Pidana di Bidang Medis. *Lex Renaissance*, 3(2), 263-283.
- DJASRI, H. (2020). Corona virus dan manajemen mutu pelayanan klinis di rumah sakit. *The Lancet*, 342(8883), 1317-1322.
- Sakidjan, I. (2016). Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasus Tetralogy of F. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(1).
- Yudha, B. O. A. (2016). *TA: Audit Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Berdasarkan Cobit 4.1 Pada Rumah Sakit Islam Jemursari* (Doctoral dissertation, Institut Bisnis dan Informatika Stikom Surabaya).
- Zulkarnaen, D. R., Wahyudi, R., & Wijanarko, A. (2017). Audit Sistem Informasi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Menggunakan Framework Cobit 4.1. *Probisnis*, 10(2).