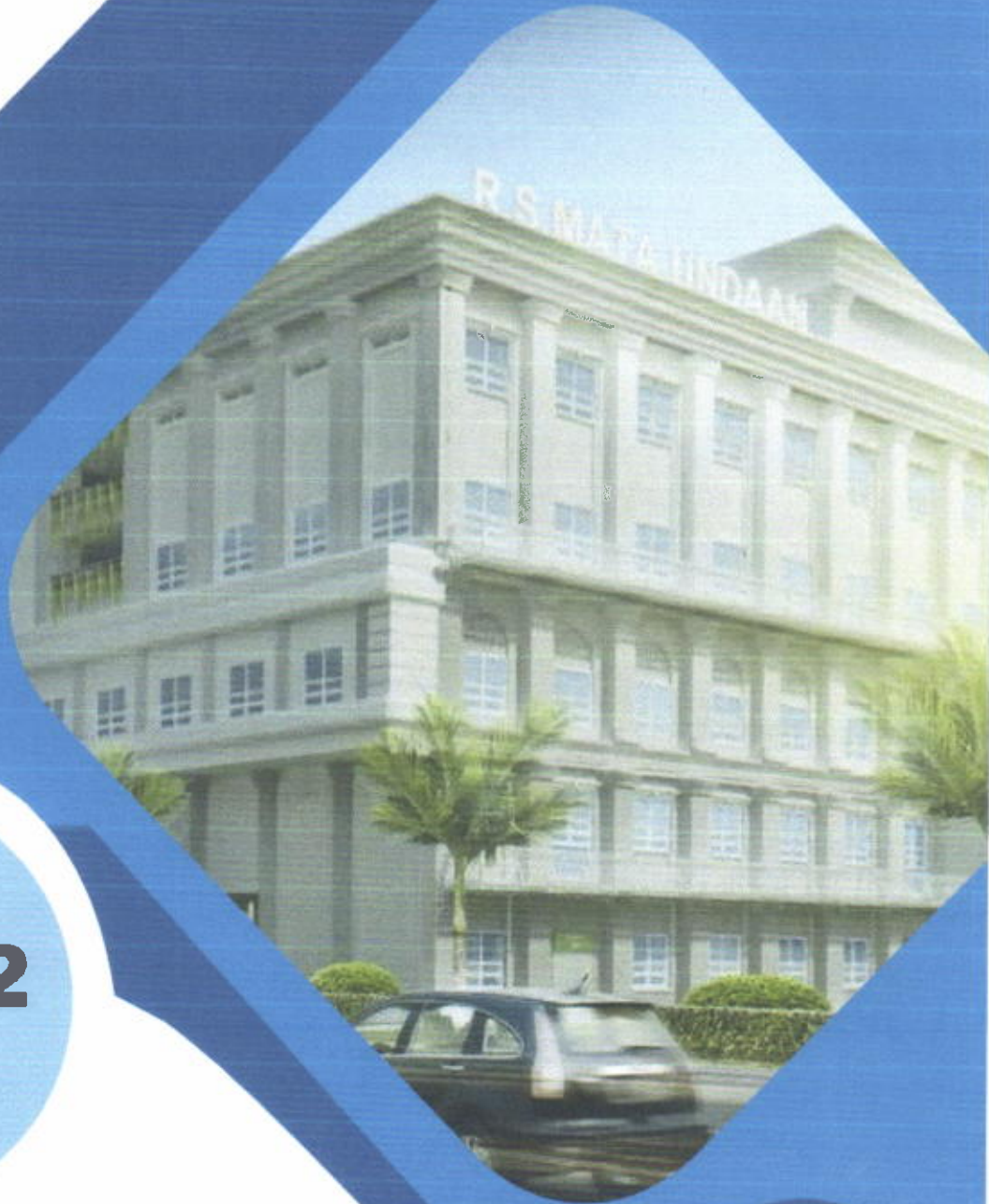




RS Mata Undaan
Care and Smile



Edisi 2

Tahun 2019

**PANDUAN
AUDIT MEDIS
RS. Mata Undaan Surabaya**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA NOMOR : 170/PER/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 02 FEBRUARI 2019 TENTANG PANDUAN AUDIT MEDIS RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA NÖMÖR : 170/PER/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 02 FEBRUARI 2019 TENTANG PANDUAN AUDIT MEDIS RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA 1	
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	1
1.3 Definisi Operasional	2
BAB II RUANG LINGKUP	3
2.1 Kebijakan Rumah Sakit	3
2.2 Pelaksanaan Audit Medis	3
BAB III TATA LAKSANA	4
3.1 Pelaksanaan Audit Medis	4
3.2 Langkah-Langkah Persiapan Pelaksanaan Audit Medis	4
3.3 Persyaratan Audit Medis	4
3.4 Tata Laksana Audit Medis	5
3.5 Mekanisme Rapat Audit Medis	8
3.6 Pembahasan Khusus	9
3.7 Standar dan Kriteria	11
3.8 Pencatatan dan Pelaporan	13
BAB IV DOKUMENTASI	14



RS Mata Undaan
Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 170/PER/DIR/RSMU/II/2019
TANGGAL : 02 FEBRUARI 2019
TENTANG
PANDUAN AUDIT MEDIS
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

Menimbang : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya terhadap tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, perlu diselenggarakan kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis;
b. Bahwa rangka pelaksanaan audit di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu disusun panduan audit medis;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor 346/P4M-RSMU/SK/X/2014 tentang berlakunya Struktur Organisasi;
7. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;

(+)MSBL
KAMU 2014

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Audit Medis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
Kedua : Panduan Audit Medis ini digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan audit medis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga** : Panduan Audit Medis di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat** : Mencabut Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 617D/RSMU/SK/XII/2015 Tanggal 9 Desember 2015 Tentang Panduan Audit Medis.
- Kelima** : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Keenam** : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 02 Februari 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 170/PER/DIR/RSMU/II/2019
TANGGAL : 02 FEBRUARI 2019
TENTANG
PANDUAN AUDIT MEDIS
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1 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.

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 NSAIDS 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 yang 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 medik di rumah sakit sehingga rumah sakit diharapkan dapat dan mampu melaksanakan audit medik secara berkala dan berkesinambungan.

1.2 Tujuan

Tujuan Panduan Audit Medis terbagi menjadi 2 (dua), yaitu :

1. Tujuan Umum

Memberikan acuan dalam melaksanakan audit medik dalam rangka monitoring dan peningkatan mutu pelayanan medik di Rumah Sakit Mata Undaan.

2. Tujuan Khusus

- a. Agar semua pihak terkait dapat melaksanakan audit medik sesuai amanat Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- b. Sebagai acuan bagi Sub Komite Mutu Profesi dalam melakukan evaluasi pelayanan medik di Rumah Sakit Mata Undaan.

Tujuan Audit medis yang kaitannya dengan mutu pelayanan medik, yaitu:

1. Tujuan Audit Medis.

a. **Tujuan umum**

Tercapainya pelayanan medik prima di Rumah Sakit Mata Undaan.

b. **Tujuan khusus**

- 1) Melakukan evaluasi mutu pelayanan medik
- 2) Mengetahui penerapan standar pelayanan kedokteran.
- 3) Melakukan perbaikan pelayanan medik sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan medik.

1.3 Definisi Operasional

1. Auditor adalah orang yang melakukan audit
2. Klien adalah orang, departemen atau kelompok yang meminta audit atau dengan kata lain klien adalah pelanggan auditor.
3. 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
4. Audit secara umum meliputi *review*, *assessment* dan *surveillance*, namun mengingat pembahasan kasus adalah melaksanakan evaluasi terhadap upaya medik yang diberikan kepada pasien, maka pembahasan kasus sudah merupakan bentuk audit medik yang sederhana atau tingkat awal.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dalam panduan ini meliputi:

2.1 Kebijakan Rumah Sakit

1. Rumah sakit melakukan evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien melalui audit medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Audit medis dilakukan setiap tahun sekali dengan topik tertentu sesuai hasil kesepakatan.
3. Pelaksanaan audit medis menggunakan rekam medis yang dilakukan oleh profesi medis.

2.2 Pelaksanaan Audit Medik

1. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit
2. Penetapan standar dan kriteria.
3. Penetapan jumlah kasus/sampai yang akan diaudit
4. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan
5. Melakukan analisa kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria
6. Tindakan korektif
7. Rencana Re-audit

BAB III TATA LAKSANA

3.1 Pelaksanaan Audit Medik

Di Rumah Sakit Mata Undaan pelaksana audit medik adalah Sub Komite Mutu Profesi yang berada di bawah Komite Medik. Mengingat audit medik sangat terkait dengan berkas rekam medik, maka pelaksana audit medik wajib melibatkan bagian rekam medik khususnya dalam hal pengumpulan berkas rekam medik.

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

3.2 Langkah-langkah persiapan pelaksanaan Audit Medik

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 medik, perlu melakukan langkah-langkah persiapan audit medik sebagai berikut :

- a. Sub Komite Mutu Profesi yang telah dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan melaksanakan koordinasi dengan SMF untuk menetapkan indikasi dan kriteria dilaksanakannya audit medik.
- b. Apabila dalam evaluasi pelayanan medik 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 rumah sakit melalui audit medik, maka setiap dokter yang memberikan pelayanan medik wajib membuat rekam medik dan harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan medik.
- d. Sub Komite Mutu Profesi agar senantiasa melakukan sosialisasi terkait dengan pelaksanaan audit medik kepada seluruh tenaga dokter yang memberikan pelayanan medik di Rumah Sakit Mata Undaan.

3.3 Persyaratan Audit Medik Rumah Sakit Mata Undaan

- a. Audit medik harus dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab, dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan bukan untuk menyalahkan atau menghakimi seseorang.
- b. Pelaksanaan audit medik harus obyektif, independen dan memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan wajib simpan rahasia kedokteran.
- c. Pelaksanaan analisa hasil audit medik harus dilakukan oleh Staf Medik Fungsional 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 medik diatas, sebelum melakukan audit, perlu membuat perencanaan audit yang meliputi :

a. Design Audit

Design audit meliputi :

1. Tujuan audit harus jelas. Apa yang ingin diketahui dari audit harus jelas dan ditetapkan dalam menyusun *design* audit tersebut.
 2. 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.
 3. Bagaimana melakukan pencarian literatur. Pencarian literatur penting dilakukan untuk menetapkan standar/kriteria dan sebagai acuan dalam melakukan analisa data.
 4. Bagaimana menjamin bahwa audit dapat mengukur pelayanan medik. Karena itu pemilihan topik yang akan di audit harus jelas sehingga keluaran dari audit juga jelas.
 5. Bagaimana menetapkan strategi untuk pengumpulan data dan dari mana saja data tersebut dikumpulkan.
 6. Bagaimana menetapkan sampel dari pasien yang layak.
 7. Bagaimana data yang dikumpulkan di analisa dan di presentasikan.
 8. 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.
- c. Hasil audit (*result*)
- Apakah mutu pelayanan yang diukur, hasilnya telah memenuhi standar. Perlu ada kesepakatan bagaimana mengubah praktik tenaga medik agar dapat mencapai mutu pelayanan terbaik.
- d. Reaudit (*second audit cycle*)
- Peningkatan mutu pelayanan yang bagaimana yang ingin dicapai pada audit ke dua.

3.4 Tata laksana Audit Medik

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 ditentukan pula bahwa tujuan audit medik bukan merupakan suatu upaya memberikan sanksi atau hukuman. Upaya ini sungguh-sungguh merupakan suatu cara dan alat evaluasi pelayanan medik, untuk menjamin pasien dan masyarakat pengguna, bahwa mutu pelayanan yang tinggi perlu ditegakkan sebagai sasaran yang harus dibina secara terus menerus.

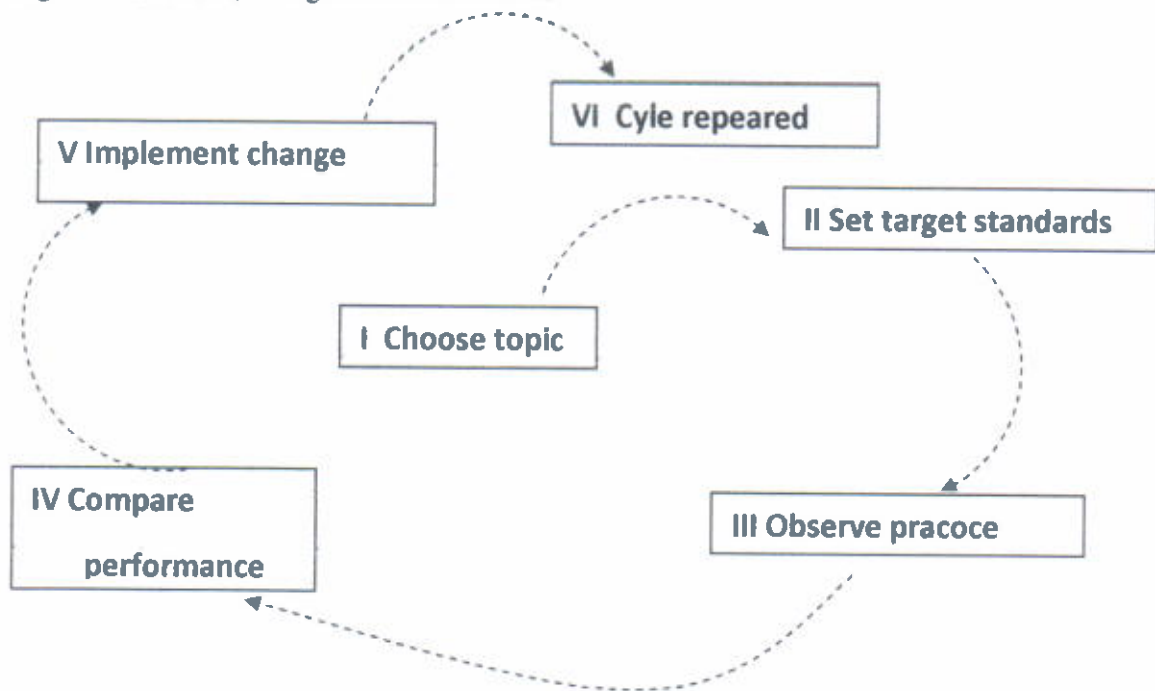
Dalam hal melaksanakan audit medik, dapat dengan mengundang konsultan tamu untuk melaksanakan dan membantu kegiatan- kegiatan analisa dasar dan membuat rekomendasi khusus. Apabila Sub Komite Mutu Profesi bermaksud mengundang konsultan tamu, harus mengajukan dan mendapat persetujuan dari Ketua Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan. Hal pokok yang menjadi panduan pelaksanaan audit medik adalah bahwa pelaksanaan audit medik harus selalu menyertakan Staf Medik Fungsional 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 medik. Untuk melaksanakan evaluasi pada proses audit diperlukan standar, namun banyak faktor yang mempengaruhi penetapan standar, diantaranya adalah beberapa faktor yang berhubungan dan dapat diukur secara tepat. Maka hasil evaluasi dan interpretasi dari semua aspek hasil audit memerlukan pertimbangan yang sangat bijaksana dengan kesadaran akan adanya kaitan dari satu aspek ke aspek lainnya. Selain itu, walaupun perhitungan statistik

merupakan bagian dari audit medik, namun harus ditekankan bahwa berperan sebagai titik tolak dari semua upaya audit medik untuk keperluan dokumentasi.

Yang paling penting dari audit medik ini adalah interpretasi secara professional tentang fakta-fakta yang ditemukan yang mempengaruhi standar pelayanan medik. Harusnya 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 medik merupakan siklus yang terus menerus karena merupakan upaya perbaikan yang terus menerus, sebagaimana dibawah ini.



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

1. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit

Tahap pertama dari audit medik adalah pemilihan topik yang akan dilakukan audit. Pemilihan topik tersebut bisa berupa penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit (misalnya: thypus 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 epidemiology 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 Staf Medik Fungsional .

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 Katarak

Senilis Mature maka perlu ditetapkan prosedur pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan Katarak Senilis Mature.

Penetapan standar dan prosedur ini oleh *peer-group* (Staf Medik Fungsional 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 Katarak Senilis Mature 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 Mutu Profesi mempelajari rekam medik untuk mengetahui apakah 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 Mutu Profesi menyerahkan ke 20 kasus tersebut pada "*peer-group*" atau Staf Medik Fungsional 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 Mutu Profesi dan *peer group* dapat memilih topik yang lain.

Terlaksananya langkah - langkah audit medik sebagaimana tersebut diatas sangat tergantung dengan motivasi staf medik 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 medik harus tepat waktu

Don'ts

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

3.5 Mekanisme Rapat Audit Medik

Audit medik yang dilaksanakan harus mampu mendorong, memberi penghargaan kepada dokter dan bermanfaat bagi pasien. Kesuksesan program audit dibutuhkan keterlibatan seluruh Staf Medik Fungsional. Karena itu rapat Komite Medik yang membahas hasil audit medik harus dihadiri oleh seluruh Staf Medik Fungsional, minimal Staf Medik Fungsional yang terkait dengan topik audit medik tersebut. Apabila diperlukan, jadwal rapat dapat di review ulang sehingga dapat dipastikan bahwa seluruh Staf Medik Fungsional yang terkait hadir.

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

Rapat dimulai dengan presentasi 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 Staf Medik Fungsional dan dibuatkan kesimpulan dalam notulen rapat. Untuk menerapkan perubahan yang efektif maka kesimpulan dalam notulen rapat harus jelas, sederhana dan lengkap. Setiap pertemuan yang membahas audit medik 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 disepakati maka sekretaris Komite Medik memasukan dalam buku panduan pelayanan medik. Mekanisme rapat audit medik sebagaimana diuraikan diatas adalah mekanisme rapat ditingkat Komite Medik atau *second party audit*. Namun sebenarnya rapat audit medik juga bisa dilakukan di tingkat Staf Medik Fungsional atau disebut dengan *first party*.

a. Tingkat Staf Medik Fungsional - *First Party Audit*

Pimpinan	: Ketua Staf Medik Fungsional
Sekretaris	: Sekretaris Komite Medik
Penyaji	: Ketua Sub Komite Mutu Profesi
Peserta	: Seluruh anggota Staf Medik Fungsional dan wakil dari penanggung jawab pelayanan medik
Hasil	: - alternatif pemecahan masalah - salinan dikirim ke Komite Medik - rencana audit & presentasi yang akan datang

b. Tingkat Komite Medik - *second Party Audit*

Pimpinan	: Ketua Staf Medik Fungsional
Sekretaris	: Sekretaris Komite Medik
Penyaji	: Ketua Sub Komite Mutu Profesi
Peserta	: Seluruh anggota Staf Medik Fungsional, minimal dari Staf Medik Fungsional terkait dan Direktur Pelayanan atau yang mewakili
Hasil	: - alternatif pemecahan masalah - salinan dikirim ke Komite Medik - rencana audit & presentasi yang akan datang

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam rapat audit medik :

- Menjamin bahwa rekomendasi dari hasil audit medik 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 Staf Medik Fungsional sesuai tingkat mekanisme rapat audit medik.
- 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.

3.6 Pembahasan Khusus

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

Dalam pengertian audit medik diatas, sudah dijelaskan bahwa pembahasan kasus merupakan salah satu bentuk audit medik yang sederhana atau awal. Pembahasan kasus dapat dilakukan melalui mekanisme rapat audit medik 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 Staf Medik Fungsional 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 medik 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 pula kasus yang langsung dibahas di tingkat kedua tidak melalui tingkat pertama, karena kasus tersebut jelas melibatkan banyak jenis spesialisasi.

a. Pembahasan kasus tingkat Staf Medik Fungsional - *First Party Audit*

- | | |
|------------|--|
| Pimpinan | : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/ Tim Pelaksana Audit Medik |
| Sekretaris | : Anggota Staf Medik Fungsional |
| Penyaji | : Anggota Staf Medik Fungsional |
| Peserta | : - Seluruh anggota Staf Medik Fungsional
- Wakil dari penanggung jawab pelayanan medik 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.

Untuk memudahkan pelaksanaan audit, maka dapat menggunakan formulir sebagai berikut

Contoh Formulir

1st PARTY AUDIT

SMF :
 Tanggal :
 Waktu : Pukul sampai 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 Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit Medik

Sekretaris : Sekretaris Komite Medik

Moderator : Ketua Sub Komite Mutu Profesi/Ketua Tim Pelaksana Audit Medik

Penyaji : Dokter pemegang kasus dan Ketua Kelompok Staf Medik yang bersangkutan

Peserta : - Seluruh staf medik, minimal staf medik terkait dengan kasus tersebut
 - Wakil dari penanggung jawab pelayanan medik di rumah sakit
 - Semua anggota Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana Audit

Penyelesaian kasus : Dilakukan rutin, paling lama 3 bulan sekali

Contoh Formulir

2st PARTY AUDIT

SMF :
 Tanggal :
 Waktu : Pukul sampai 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 :

Hasil :

Pelaksanaan :

Contoh laporan audit

LAPORAN RAPAT AUDIT

Tanggal :

I. Identitas Kasus

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

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 Mutu Profesi, Ketua Staf Medik Fungsional, tuntutan/komplain dari pasien, pihak ketiga/asuransi dan lain sebagainya.

Mekanisme pembahasan kasus diuraikan sebagai berikut :

1. Ketua Komite Medik dan Ketua Sub Komite Mutu Profesi 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 Staf Medik Fungsional kasus terkait. Jadwal waktu kurang 2 (dua) hari untuk membahas kasus tersebut pada tingkat Staf Medik Fungsional (proses sesuai dengan sistem Staf Medik Fungsional dan mempersiapkannya untuk pembahasan tingkat Komite Medik
4. Ketua Staf Medik Fungsional menyerahkan berkas/formulir kepada Ketua Komite Medik 4 (empat) hari sebelum diskusi tingkat Komite Medik.

3.7 Standar dan Kriteria

Diatas sudah diuraikan bahwa agar audit medik 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

Monitoring dan evaluasi 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 sederhana yaitu mengukur input, proses dan output. Indikator mutu yang terkait dengan pelaksanaan audit medik, yang dapat dikembangkan oleh Komite Medik antara lain sebagai berikut :

1. Jumlah pembahasan kasus per tahun.
2. Jumlah pelaksanaan audit medik per tahun.
3. Prosentase rekomendasi dari pembahasan dilaksanakan.
4. Prosentase rekomendasi dari hasil audit dilaksanakan.
5. Prosentase penurunan *medical error*.

Evaluasi pelaksanaan audit medik dilakukan paling lama setiap tahun. Tujuan evaluasi dari pelaksanaan adalah agar proses audit dapat berjalan lebih baik.

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan audit medik dilakukan sesuai dengan ketentuan yang ada dalam akreditasi rumah sakit. Pada akreditasi rumah sakit ada kewajiban rumah sakit untuk melakukan audit medik. Di Rumah Sakit Mata Undaan audit medik dilaksanakan oleh Sub Komite Mutu Profesi yang berada di bawah Komite Medik.

Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Mutu Profesi 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 panduan 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 Mutu Profesi , yang dibuktikan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan.
2. Panduan audit medik
3. Jumlah kasus yang dilakukan audit minimal 3 (tiga) buah.


3.8 Pencatatan dan Pelaporan

Hasil Audit Medik dilaporkan di sekretariat Komite Medik diteruskan ke Direktur dan Tim PMKP untuk dilakukan evaluasi tindak lanjut.

BAB IV DOKUMENTASI

1. Absensi dan Notulen Rapat
2. Hasil Pembahasan Kasus

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 02 Februari 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, Sp.M (K)