

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 496/MENKES/SK/IV/2005
TENTANG
PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan rumah sakit terhadap tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, perlu diselenggarakan kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis;
- b. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a perlu menetapkan Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit, yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-undang No.23 Tahun 1992 tentang kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara 3637);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159.b/ Menkes/Per/11/1988 tentang Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333/Menkes/SK/X11/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/X/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- Kesatu **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT.**
- Kedua : Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit dimaksud dalam Diktum
- Ketiga : Setiap rumah sakit dalam melaksanakan audit medis agar mengacu pada pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua.
- Keempat : Pembinaan dan pengawasan audit medis dilaksanakan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mengikut sertakan Organisasi Profesi sesuai dengan tugas fungsinya masing-masing.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 5 April 2005
MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR : 496/MENKESISK/IV/2005
TANGGAL : 5 April 2005

PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT

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.

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 *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 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.

1.2. TUJUAN PEDOMAN AUDIT MEDIS.

Umum :

Memberikan pedoman sebagai acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan audit medis dalam rangka monitoring dan peningkatan mutu pelayanan medis.

Khusus:

- 1.2.1. Agar rumah sakit dapat mengetahui tentang dan bagaimana audit medis dilaksanakan.
- 1.2.2. Agar staf medis di rumah sakit dapat melaksanakan audit medis.
- 1.2.3. Agar dapat sebagai acuan bagi pemerintah dalam melakukan pembinaan pelayanan medis di rumah sakit.
- 1.2.4. Agar dapat sebagai acuan dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit.

II. AUDIT MEDIS DAN KAITANNYA DENGAN MUTU PELAYANAN MEDIS

2.1. 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

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 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 dirumah 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 perumahnyasakit 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

III. TATA LAKSANA AUDIT MEDIS

3.1. Pelaksana 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 audit, ukuran organisasi yang diaudit dan permintaan klien. Seorang auditor harus mempunyai ketrampilan yang cukup untuk 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. Peminta harus yang mempunyai kewenangan untuk hal tersebut dan harus mengetahui untuk apa audit diminta.

Auditee dapat berupa orang, fungsi atau area yang akan di audit. Auditee mempunyai beberapa tanggung jawab untuk memudahkan pelaksanaan audit, yaitu bekerja sama dan membantu dalam suatu audit, memberikan fasilitas yang memadai dan peralatan yang diperlukan untuk menyelesaikan audit, mengkaji rekomendasi dan kesimpulan audit, dan menerapkan setiap tindakan korektif yang diperlukan.

Pengertian auditor, klien dan auditee sulit untuk diterapkan secara tepat dalam pelayanan medis di rumah sakit. Audit medis adalah merupakan *peer review*, *peer surveillance* dan *peer assessment*. Karena itu istilah auditor, klien dan auditee sebaiknya tidak dipergunakan dalam pelaksanaan audit medis.

3.2. Pelaksana Audit Medis di RS

Direktur rumah sakit harus membentuk tim pelaksana audit medis berikut uraian tugasnya. Tim pelaksana tersebut dapat merupakan tim ataupun panitia yang dibentuk di bawah Komite Medis atau panitia yang dibentuk khusus untuk itu.

Jadi pelaksanaan audit medis dapat dilakukan oleh Komite Medis, Sub Komite (Panitia) Peningkatan Mutu Medis atau Sub Komite (Panitia) Audit Medis.

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, audit medis merupakan *peer review* maka pelaksana audit medis wajib melibatkan kelompok staf medis dalam melakukan audit medis yaitu mulai dari pemilihan topik, penyusunan standar dan kriteria serta analisa hasil audit medis. Apabila diperlukan, pelaksana audit medis dapat mengundang konsultan tamu atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa hasil audit medis dan memberikan rekomendasi khusus.

3.3 Langkah-langkah persiapan pelaksanaan audit medis.

Di masa lalu, audit identik 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 dilaksanakan dicari akar permasalahan sehingga bisa dilakukan upaya perbaikan.

Apabila dari hasil audit ditemukan kesalahan atau tidak dipatuhinya standar maka perlu dilakukan pembinaan dan dicari solusi pemecahan permasalahannya.

Walaupun telah ada perubahan pengertian dan tujuan audit, namun kesan mencari-cari kesalahan kadang-kadang masih dirasakan. Oleh karena itu sebelum melakukan audit medis, rumah sakit perlu melakukan langkah-langkah persiapan audit medis sebagai berikut :

- a. Rumah sakit menetapkan pelaksana audit medis sebagaimana diuraikan pada ad) 3.1 tersebut diatas. Karena itu rumah sakit wajib mempunyai Komite Medis dan sub-sub komite, dimana komite dan sub komite tersebut telah menjalankan kegiatan atau berfungsi. Penetapan organisasi pelaksana audit medis harus dilengkapi dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dan uraian tugas anggota.

Rumah sakit menyusun pedoman audit medis rumah sakit, standar prosedur operasional audit medis serta standar dan kriteria jenis kasus atau jenis penyakit yang akan dilakukan audit

- b. Rumah sakit membudayakan upaya self assessment atau evaluasi pelayanan termasuk evaluasi pelayanan medis, sehingga setiap orang/unit kerja di rumah sakit sudah terbiasa dengan siklus PDCA (*Plan, Do, Check, Action*). Rumah sakit yang sudah terbiasa dengan siklus PDCA pada umumnya adalah rumah sakit yang sudah terakreditasi atau rumah sakit yang sedang mempersiapkan proses akreditasi, dimana kegiatan melakukan evaluasi atau self assessment telah menjadi budaya.
- c. Rumah sakit agar membuat ketentuan bahwa setiap dokter/dokter gigi yang memberikan pelayanan medis wajib membuat rekam medis dan harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan medis.
- d. Rumah sakit melalui komite medis agar melakukan sosialisasi dan atau training hal-hal yang terkait dengan persiapan pelaksanaan audit medis kepada seluruh tenaga dokter/dokter gigi yang memberikan pelayanan medis di rumah sakit.

3.4. Persyaratan Audit Medis Rumah sakit.

Sebagaimana diuraikan diatas, sebelum melakukan audit medis, ada persyaratan yang harus diperhatikan rumah sakit yaitu :

- a. Pelaksanaan audit medis harus penuh tanggung jawab, dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan bukan untuk menyalahkan atau menghakimi 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 ketrampilan 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 tersebut diatas, sebelum audit dilakukan perlu membuat perencanaan audit yang meliputi :

a. Design Audit

Design audit sangatlah penting dan harus sudah disusun sebelum audit dilaksanakan. Design audit meliputi sebagai berikut :

- ? 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 lyaitu 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 mans saja data tersebut dikumpulkan.
- ? Bagaimana menetapkan sampel dari pasien yang layak.
- ? Bagaimana data yang dikumpulkan di analisa dan di presentasikan
- ? Susun perkiraan waktu audit, waktu mulai dilakukan audit sampai audit tersebut selesai.

b. Pengumpulan data

- ? Untuk melakukan pengumpulan data, pada tahap pertama perlu rnelakukan uji cobs atau *pilot study*. Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah data yang dikumpulkan mudah untuk dinilai dan mudah dikumpulkan.
- ? Dalam melakukan pengumpulan data dapat dengan mengg'unakan 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 mengubah 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 peningkatan mutu profesi/Tim pelaksana audit medis merupakan orang yang penting dalam mensukseskan kegiatan audit medis. Perlu ditekankan pula bahwa tujuan audit medis bukan merupakan suatu upaya meniberikan 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 dibina secara terus menerus.

Dalam hal melaksanakan audit medis, kehadiran konsultan tamu kadangkadang sangat berguna untuk melaksanakan dan membantu kegiatankegiatan analisa dasar dan membuat rekomendasi khusus. Walaupun tanggung jawab terbesar, pelaksanaan audit medis tetap pada pelaksana audit dengan peran kelompok staf medis terkait.

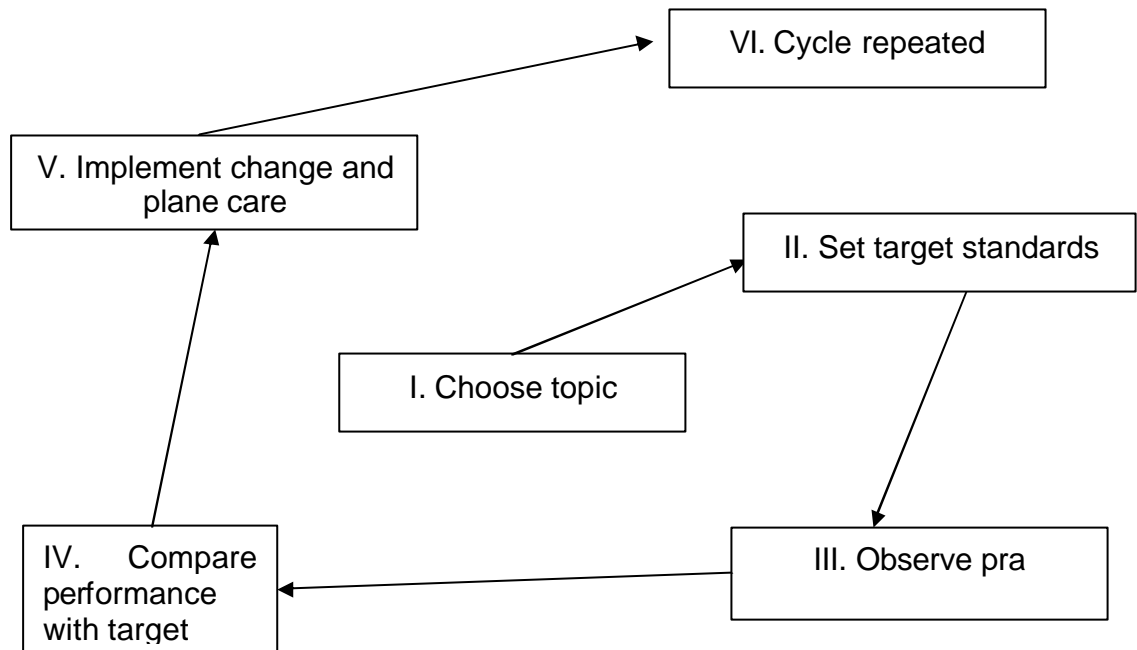
Keadaan ini mirip dengan kegiatan audit keuangan yang dilakukan orang luar, dimana seorang auditor medis sebagai konsultan, akan bebas melakukan evaluasi secara objektif pada semua faktor yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang sedang dilaksanakan. Konsultan ini, dapat membantu menyusun suatu program mengenai pencatatan dan pelaporan, serta mengembangkan metodologi untuk menilai secara terus menerus, akurat, dan efektif tentang aspek umum maupun khusus dari kegiatan-kegiatan para profesi, perseorangan ataupun secara berkelompok.

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 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 medis, namun harus ditekankan bahwa statistik hanya merupakan suatu bagian saja dan pada dasarnya hanya berperan sebagai titik tolak dari semua upaya audit medis untuk keperluan dokumentasi. Yang paling penting dari audit medis ini ialah interpretasi secara profesional tentang fakta-fakta yang ditemukan yang mempengaruhi standar pelayanan medis. Apabila didapatkan keadaan yang ternyata berbeda dengan yang normal maka keadaan ini perlu diperhatikan dan dijelaskan. Karena itu, rekam 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 lalu.

mengorganisasi pelaksanaan audit medis tersebut, namun untuk melaksanakan audit diperlukan kesediaan dokter untuk melaksanakan program audit. Sikap dan perilaku para dokter adalah merupakan kunci keberhasilan. Jika ada dokter yang mengatakan bahwa audit medis membuang waktu maka subkomite peningkatan mutu profesi/tim pelaksana audit medis perlu menanyakan mengapa dan mengetahui bagaimana pandangannya terhadap audit medis, apabila ada perbedaan pandangan maka perlu diberi penjelasan tentang tujuan dan harapan dilaksanakan audit itu.

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 : thypus abdominalis), penggunaan obat tertentu (misalnya: penggunaan a ntibiotik), tentang prosedur a tau 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 di rumah sakit kasus Typhus Abdominalis cukup banyak dengan angka kematian cukup tinggi. Hal ini

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, diagnose dan pengobatan Typhus Abdominalis. Penetapan standar dan prosedur ini oleh peer-group (kelompok staf medis terkait) dan atau dengan

ikatan proteksi 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/sampel 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. Misainya selama 3 bulan tersebut ada 200 kasus maka 200 kasus tersebut yang akan dilakukan audit.

4. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/Tim Pelaksana audit medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah kriteria atau standar dan prosedur yang telah ditetapkan tadi telah dilaksanakan atau telah dicapai dalam masalah atau kasus-kasus yang dipelajari. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisa. Misainya 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 peningkatan mutu profesi/tim pelaksana 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 penyimpangannya terhadap standar adalah "*acceptable*" karena penyulit atau komplikasi yg 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*"., dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, 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 peningkatan mutu profesi/Tim P elaksana audit 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 m elakukan a udit perlu m emperhatikan a pa yang harus dilakukan (*do's*) dan apa yang jangan dilakukan (*don'ts*)

Do's

- ? Menjamin bahwa audit memberikan rekomendasi perubahan
- ? Hargai staf bila standar telah dicapainya
- ? Waktu melakukan rapat audit media harus tepat waktu

Don'ts

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

3.6. Mekanisme rapat audit medis

Audit medis seharusnya mendorong, memberi penghargaan dan bermanfaat bagi pasien, namun mengapa banyak dokter berpikir rapat audit adalah membosankan, tidak menyenangkan dan pimpinan jarang mengubahnya.

Andrew Gibbons dan *Da/fit Dhariwal* menjelaskan bagaimana membuat audit menjadi nyaman. Kesuksesan program audit dibutuhkan keterlibatan seluruh kelompok staf medis. Karena itu rapat komite medis yang membahas hasil audit medis harus dihadiri oleh seluruh kelompok staf medis, minimal kelompok staf medis yang terkait dengan topik audit medis tersebut. Apabila diperlukan, jadwal rapat dapat di review ulang sehingga dapat dipastikan bahwa seluruh kelompok staf medis hadir.

Program audit medis b iasanya dipublikasi paling lama setiap 6 bulan sekali dalam rapat komite medis yang khusus membahas hasil audit medis. Karena itu perlu ruangan yang cukup besar agar supaya semua kelompok staf medis mendapat tempat duduk. Selain itu ruangan juga perlu dilengkapi dengan peralatan audio visual, misalnya komputer, LCD, over head projector dan lain sebagainya.

Rapat dimulai dengan presentasi dari Ketua Komite Medis tentang ahngka 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 medis dan diibuatkan kesimpulan dalam notulen rapat. Untuk menerapkan perubahan yang efektif maka kesimpulan dalam notulen rapat harus jelas, sederhana dan lengkap. Setiap pertemuan yang membahas audit medis ditutup dengan melakukan review dan rencana presentasi yang akan datang.

Sekretaris komite medis menyimpan notulen rapat, daftar hadir, materi setiap presentasi. Apabila perubahan kebijakan telah disepakati maka sekretaris komite medis memasukan dalam buku pedoman pelayanan medis.

Mekanisme rapat audit medis sebagaimana diuraikan diatas adalah mekanisme rapat di tingkat komite medis atau *second party audit*. Namun sebenarnya rapat audit medis juga bisa dilakukan di tingkat kelompok staf medis atau disebut dengan *first party*. Untuk lebih jelasnya kami uraikan sebagai berikut :

a. Tingkat Kelompok Staf Medis – *First Party Audit*

Pimpinan	: Ketua Kelompok Staf Medis
Sekretaris	: Sekretaris Komite Medis
Penyaji	: Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/ Ketua Tim pelaksana audit medis
Peserta	: Seluruh anggota kelompok staf medis dan wakil dari penanggung jawab pelayanan medis RS (Direktur Medis atau Kepala Bagian Pelayanan Medis).
Hasil	: <ul style="list-style-type: none">- alternatif pemecahan masalah.- salinan dikirim ke Komite Medik.- rencana audit & presentasi yang akan datang

b. Tingkat Komite Medik – *Second Party Audit*.

Pimpinan	: Ketua Komite Medis
Sekretaris	: Sekretaris Komite Medis
Penyaji	: Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi/ Ketua Tim Pelaksana audit medis
Peserta	: Seluruh kelompok staf medis minimal dari Kelompok staf medis terkait dan Direktur Medis / wakil penanggung jawab pelayanan medis RS
Hasil	: <ul style="list-style-type: none">- alternatif pemecahan masalah.- salinan dikirim ke Direktur Rumah Sakit.- rencana audit & presentasi yang akan datang

Yang perlu diperhatikan dalam rapat audit medis sebagai berikut :

- Menjamin bahwa rekomendasi dari hasil audit medis untuk perbaikan mutu pelayanan;

- ? Memberi 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 :
 - o Penyajian hasil audit : 15 menit.
 - o Diskusi : 20 menit
 - o Kesimpulan : 5 menit
 - o Penutup : Ketua Komite Medik (5 menit) dan Direktur (5 menit)
- o Resume dan laporan tertulis : Sekretaris Komite Medik

3.7. Pembahasan kasus

Harus diakui kemampuan rumah sakit di Indonesia sangat bervariasi. Rumah sakit yang kecil 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, juga sudah dijelaskan bahwa pembahasan kasus merupakan salah satu bentuk audit medis yang sederhana atau tingkat awal.

Pembahasan kasus dapat dilakukan melalui mekanisme rapat audit medis dan dapat pula dilakukan secara bertingkat yaitu tingkat pertama dilakukan di rapat kelompok staf medis dan tingkat kedua dilakukan di rapat komite medis. 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 pertama dan 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 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 : Pukul sampai 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 :

c. 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 :
Kasus : orang (daftar hadir terlampir)
Identitas pasien :
Kronologis :

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 :
 n : 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.

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*

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.

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.

V. PENUTUP

Audit medis merupakan hal penting yang wajib dilakukan oleh rumah sakit. Dengan adanya berbagai bentuk audit maka rumah sakit diharapkan dapat memilih sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit masing-masing. Dengan telah disusunnya pedoman audit medis diharapkan rumah sakit yang melakukan audit medis mengacu pedoman ini.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, SpJP(K)