


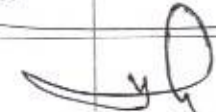


**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 146/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG
PANDUAN AUDIT MEDIS**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI
PANDUAN AUDIT MEDIS
NOMOR: 146/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr. Johnson Manurung, Sp.PD	Subkomite Mutu Profesi		30.11.2022
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		30.11.2022
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		30.11.2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		30.11.2022

LEMBAR PENGESAHAN

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA NOMOR : 146/PER/DIR/RSIH/XI/2022 TENTANG PANDUAN AUDIT MEDIS

DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa profesionalisme staf medis perlu dipelihara untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien;
- b. bahwa Komite Medik memiliki peran strategis dalam mengendalikan kompetensi dan perilaku staf medis di rumah sakit melalui pelaksanaan audit medis;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan Audit Medis;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
7. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
8. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN AUDIT MEDIS**
- Kesatu : Menetapkan Peraturan Direktur Nomor 146/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Audit Medis
- Kedua : Panduan Panduan Audit Medis digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan audit medis seluruh jajaran staf medis di RS Intan Husada
- Ketiga : Panduan Audit Medis sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 30 November 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	2
TATA LAKSANA.....	3
BAB IV	6
DOKUMENTASI	6

BAB I

DEFINISI

Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*). Mutu suatu penatalaksanaan asuhan medis tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.

Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:

- A. Pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, presentasi kasus sulit, kasus kematian (*death case*), audit medis, pekan ilmiah.
- B. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), *In House Training*, dan lain sebagainya.

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya. Kegiatan audit medis merupakan salah satu fungsi dari komite medik dalam tugasnya untuk memelihara mutu profesi staf medis. Kegiatan audit medis dilaksanakan oleh subkomite mutu profesi. Setelah dilakukan kegiatan audit medis, komite medik berwenang memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai tindak lanjut audit medis.

BAB II RUANG LINGKUP

Pelaksanaan audit medis merupakan implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus.

Dalam hal terdapat laporan kejadian dengan dugaan kelalaian seorang staf medis, mekanisme yang digunakan adalah mekanisme disiplin profesi, bukannya mekanisme audit medis. Audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis dengan prinsip utama **no name** (tidak menyebutkan nama), **no blame** (tidak menyalahkan), **no shame** (tidak memperlakukan).

Audit medis yang dilakukan oleh subkomite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit, sehingga rumah sakit, komite medik atau masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus. Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), baik secara perorangan maupun kelompok.

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu:

- A. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit.
- B. Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki.
- C. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- D. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

BAB III TATALAKSANA

Tata laksana pelaksanaan Audit Medis merupakan kegiatan yang berbentuk siklus sebagai upaya perbaikan yang terus menerus sebagai berikut:



Diagram 1. Siklus Tatalaksana Audit Medis

A. Memilih Topik

Memilih topik yang akan dilakukan audit medis dapat berupa:

1. Penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit, misalnya: demam berdarah *Dengue*, demam tifoid.
2. Penggunaan obat tertentu, misalnya: penggunaan antibiotik, antikoagulan, thrombolitik.
3. Tentang prosedur atau tindakan tertentu, misalnya: CT-Scan dengan sedasi.
4. Tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, misalnya: *Ventilator-Associated Pneumonia*, infeksi luka operasi.
5. Tentang kematian karena penyakit tertentu, dan lain-lain.

Memilih topik merupakan hal yang utama dan sangat penting dalam penentuan audit medis. 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 *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) cukup banyak dengan angka kematian cukup tinggi. Hal ini tentunya menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan.

Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis.

B. Menetapkan 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 DHF maka perlu ditetapkan prosedur pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan DHF. Penetapan standar dan prosedur ini oleh tim pengkaji internal dan/atau dengan organisasi profesi. Ada dua level standar dan kriteria yaitu *must do* yang merupakan absolut minimum kriteria dan *should do* yang merupakan tambahan kriteria hasil penelitian yang berbasis bukti.

C. Menetapkan Jumlah Kasus/Sampel yang Akan Diaudit.

Dalam mengambil sampel bisa dengan menggunakan metode pengambilan sampel tetapi bisa juga dengan cara sederhana yaitu menetapkan kasus DHF yang akan diaudit dalam kurun waktu tertentu, misalnya dari 3 bulan terakhir. Misalnya selama 3 bulan tersebut ada 20 kasus maka 20 kasus tersebut yang akan dilakukan audit.

D. Membandingkan Standar/Kriteria Dengan Pelaksanaan Pelayanan.

Subkomite mutu profesi atau 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 analisis. Misalnya dari 20 kasus ada 5 kasus yang tidak memenuhi kriteria atau standar maka 5 kasus tersebut agar dipisahkan dan dikumpulkan.

E. Melakukan Analisis Kasus yang Tidak Sesuai Standar Dan Kriteria.

Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis menyerahkan kelima kasus tersebut pada tim pengkaji internal untuk dinilai lebih lanjut. Kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar.

Hasilnya, bisa jadi terdapat (misalnya) 3 kasus yang penyimpangannya terhadap standar adalah "*acceptable*" karena penyulit atau komplikasi yang tak diduga sebelumnya (*unforeseen*). Kelompok ini disebut deviasi (yang *acceptable*). Sisanya yang 2 kasus adalah deviasi yang *unacceptable*, dan hal ini dikatakan sebagai "*defisiensi*". Untuk melakukan analisis kasus tersebut apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau pakar dari luar, yang biasanya dari rumah sakit pendidikan.

F. Menerapkan Perbaikan

Tim pengkaji melakukan tindakan korektif terhadap kedua kasus yang defisiensi tersebut secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*". Hal ini dilakukan dengan membuat **rekomendasi** upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

G. Merencanakan Reaudit

Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan reaudit 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, Subkomite mutu profesi atau

tim pelaksana audit dan tim pengkaji dapat memilih topik yang lain.

Dengan demikian, adapun tatalaksana dalam pelaksanaan audit medis di RS Intan Husada sebagai berikut:

1. Kelompok Staf Medis/Komite Medik/Manajer Pelayanan Medis/Direktur melakukan identifikasi dan notifikasi adanya topik yang perlu dilakukan audit medis
2. Direktur atau Ketua Kelompok Staf Medis membuat surat permintaan kepada Ketua Komite Medik untuk melakukan audit medis.
3. Ketua Komite Medik membuat disposisi pelaksanaan audit medis kepada Subkomite Mutu Profesi
4. Subkomite Mutu Profesi menentukan Tim Audit Medis termasuk Tim Pengkaji sesuai topik yang diajukan
5. Tim Audit Medis disahkan oleh Direktur dan dibuatkan surat tugasnya
6. Sekretariat Komite Medik mengatur penjadwalan pelaksanaan audit medis dengan kesepakatan dalam tim audit medis untuk menentukan standar atau kriteria topik terpilih.
7. Sekretariat Komite Medik membuat dan menyebarkan undangan terkait pelaksanaan audit medis yang wajib dihadiri oleh perwakilan manajemen, para ketua komite di RS Intan Husada, dan Tim Pengkaji.
8. Dalam persiapan audit medis, tim audit medis meminta data rekam medis terkait jumlah kasus untuk topik tersebut agar dapat menentukan jumlah sampel yang akan diambil.
9. Audit Medis dilaksanakan sesuai jadwal yang telah ditentukan dengan tujuan melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria
10. Hasil analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria tersebut dilaporkan oleh sekretariat komite medik untuk selanjutnya mendapatkan rekomendasi perbaikan di tingkat RS maupun KSM.
11. Sekretariat Komite Medik merekap dan melaporkan notulensi hasil audit medis berisikan rekomendasi dari tim audit medis untuk bahan evaluasi dan perbaikan bersama.
12. Tim audit medis merencanakan waktu untuk dilakukan reaudit selanjutnya untuk melihat upaya perbaikan yang telah dilakukan.

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan audit medis antara lain:

- A. Surat permintaan dari Direktur atau Ketua Kelompok Staf Medis kepada Ketua Komite Medik untuk melakukan audit medis.
- B. Standar Pelayanan Kedokteran Nasional atau Standar Prosedur Operasional pelayanan kedokteran dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau *standing order*.
- C. Data jumlah kasus/sampel yang didapat dari Instalasi Rekam Medis.
- D. Rekam medis pasien yang menjadi kasus.
- E. Surat rekomendasi perbaikan dari Komite Medik kepada Direktur dan Ketua Kelompok Staf Medis dengan melampirkan laporan hasil analisis kasus yang sesuai/tidak sesuai standar dan kriteria.