

**Pengalaman Implementasi**

# **AUDIT KLINIK**

di

**Rumah Sakit Immanuel Bandung**

**SETIADI HERMAWAN  
PANITIA AUDIT KLINIK R.S. IMMANUEL**

Sekilas RS. Immanuel



# THE HISTORY

- End of year 1900: **Mr. B. Alkema**, a father / pastor, was touched to see sick people on the street
- His stable at **Jl. Pasirkaliki no. 2** was converted into a clinic with bamboo cabin
- Immanuel Hospital was founded on September 23, 1910



LOVE - CARE - HONOR  
KASIH - PEDULI - HORMAT



HealthmaR&k

Certificate Number QS 461.02



005  
Certificate Number  
QID 00032

# Immanuel

means

# God Be With Us

# HEALTH CARE SERVICES

## Inpatient Units

- Total : 383 beds
- Diagnostic Centre :147 beds
- Medical Centre : 218 beds
- (30 % available for third class)
- Special Care Unit : 18 beds
- (NICU, ICU, and Stroke Unit)
- Suite rooms, VIP rooms
- 1st , 2nd , and 3rd classes
- Special Care : ICU, NICU, Stroke and Hemodialysis Unit

# AWARD AND ACHIEVEMENT

- The winner as Private Teaching Hospital Working for Province West Java level in 1996
- The Winner as Love Baby Hospital for class A/B categorial Province Level in 1999
- The Best third Teaching General Hospital A/B for National Level in 2001
- In 2001, Immanuel Christian Hospital was the first private hospital that achieve the advance grade of accreditation.
- In 2002, Immanuel Christian Hospital was the first private hospital that update its status from general private hospital to private teaching hospital
- This Continous improvement also proved by achievement of certificate of ISO 9001:2000 in 2002.

# OUTPATIENT UNIT

## ➤ POLYCLINIC

- INTERNAL CLINIC
- DERMATOLOGY AND VENERAL DISEASE CLINIC
- SURGERY CLINIC
- PEDIATRIC CLINIC
- NUTRITION CLINIC
- OBSTETRIC CLINIC
- EAR, NOSE AND THROAT CLINIC
- PSYCHOLOGY CLINIC
- OPHTHALMOLOGY CLINIC
- DENTAL CLINIC
- CEUROLOGY CLINIC
- BKAI/LACTASY/FAMILY PLANNING PROGRAM
- GENERAL CLINIC

# OUTPATIENT UNIT

## ➤ SUB SPECIALIST POLYCLINIC

- CARDIOLOGY CLINIC
- UROLOGY SURGERY CLINIC
- RHEUMATOLOGY CLINIC
- CHILD SURGERY CLINIC
- PULMONOLOGY AND ASTHMA CLINIC
- ORTHOPEDY SURGERY CLINIC
- ONCOLOGY/CHEMOTHERAPY CLINIC
- HEPATO GASTRO ENTEROLOGY CLINIC
- ENDOCRIN/DM CLINIC
- NEUROLOGICAL SURGERY CLINIC
- HYPERTENSION AND KINDEY CLINIC
- VASCULAR AND THORAX CLINIC
- HEMATOLOGY CLINIC
- PEDIATRIC CLINIC
- DIGESTIVE SURGERY CLINIC
- MEDICAL SKIN AND COSMETIC CLINIC



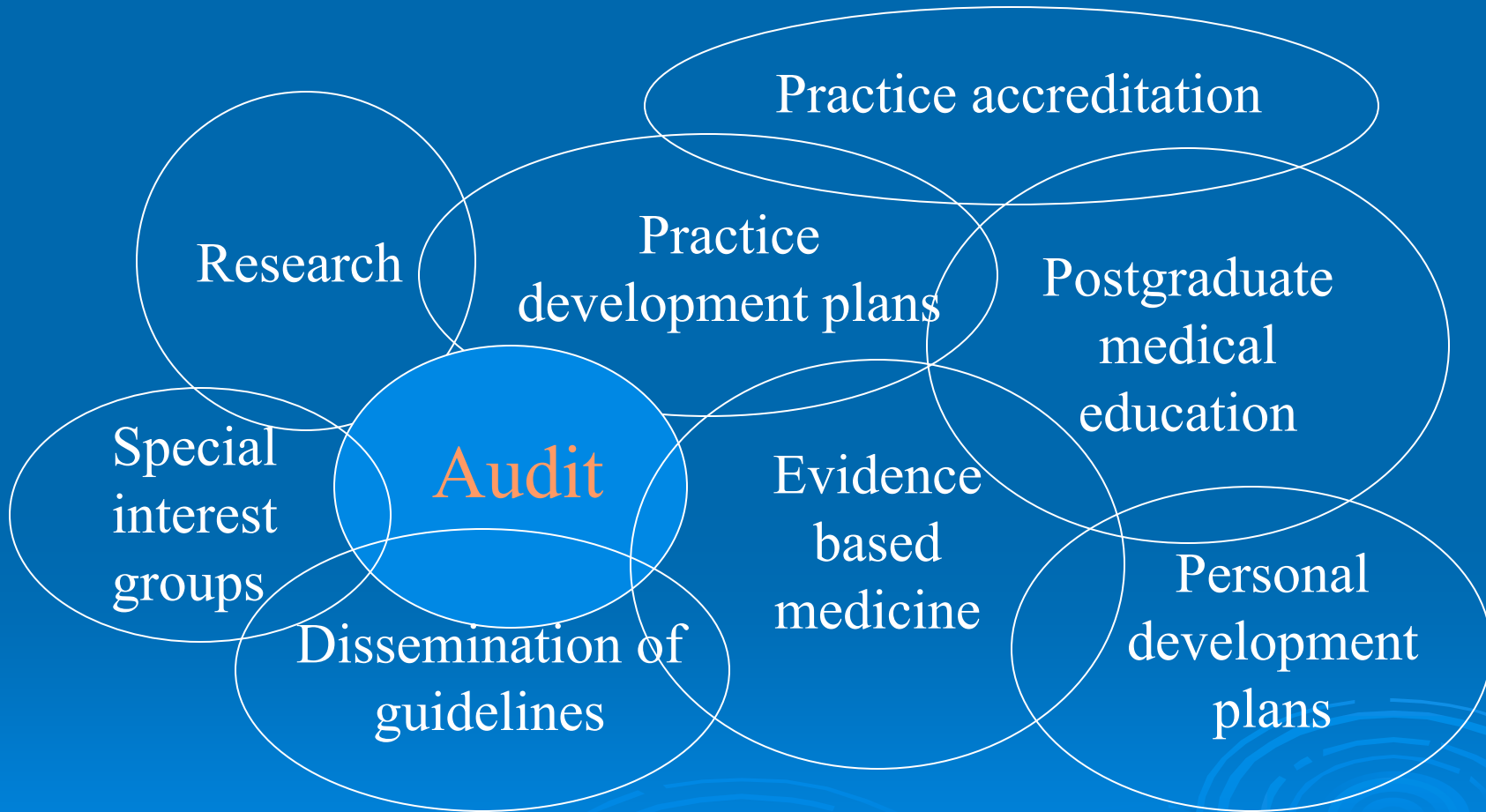
**PENERAPAN**  
**AUDIT KLINIK**  
di  
**R.S. IMMANUEL**  
**BANDUNG**



# Pendahuluan

- Gambaran singkat audit klinik
- Latar belakang audit klinik di RS Immanuel
- Tahap-tahap pelaksanaan audit klinik

# Audit klinik merupakan bagian dari 'Clinical Governance'



# Latar Belakang Audit Klinik di RS Immanuel

- Rumah sakit swasta besar yang sekaligus melaksanakan proses pendidikan
- Telah membangun komitmen peningkatan mutu, baik pada tingkat manajemen, praktisi/klinisi, dan tingkat karyawan.
- Telah menerapkan sistem manajemen mutu berbasis ISO 9001:2000

# MANFAAT PELAKSANAAN KEGIATAN AUDIT KLINIK :

- Meningkatnya komunikasi antara para pemberi jasa pelayanan kesehatan.
- Meningkatnya pencatatan dalam kartu rekam medik.
- Meningkatnya mutu pemberian jasa pelayanan kesehatan bagi semua penderita supaya tetap optimal.
- Adanya kepastian kepada para pemberi jasa pelayanan kesehatan bahwa mutu pelayanan kesehatan mereka sudah optimal.
- Menjamin Patient Safety di Rumah Sakit.

# Persiapan

- MOU RS Immanuel dengan PMPK FK-UGM
- Pembentukan *Panitia Audit Klinik R.S. immanuel*
- Wawancara kepada *key person* RS Immanuel tentang kesiapan pelaksanaan audit klinik
- Identifikasi data pelayanan, Kepuasan pasien, komplain pasien dan kasus-kasus medis / keperawatan yang pernah terjadi.
- Pelatihan aspek teknis audit klinik
- Seminar *commitment building* ( 25 Mei 2004 )

# PANITIA AUDIT KLINIK

## RUMAH SAKIT IMMANUEL

- Ketua : Dr. med Setiadi Hermawan, SpB. MM (Ketua Komite Medik)
  - Sekretaris : Anna Susana, Skp, Mkes (Asisten Direktur bid. Keperawatan)
  - Anggota : Aloysius suryawan, dr. SpOG  
Edwin Setiabudi, dr. SpPD  
Adi Purnama, dr. SpA  
Bing Haryono, dr. SpS  
Selonen Susang Obeng, dr. SpBD, Fina.  
Marlin Franciska Tambunan, AMK  
Matius Riyanto, AMK  
Lentina, SKp  
Marlin Sandri Kanter, SKp  
Maria Sri Kundayati, AMK  
Pantas MH Lubis, Amd Per Kes.  
Daryun
- Asisten Audit : Yuni Pursita

# Tahap-tahap Pelaksanaan



## I. Pembuatan alat ukur

1. Pemilihan topik audit
  2. Penyusunan pedoman.
- 

## II. Pengukuran


3. Pengumpulan data
4. Pelaporan data.

## IV. Tindakan dan pelaporan

8. Rekomendasi dan tindak lanjut
9. Ringkasan audit.



## III. Peer review

5. Analisis penyimpangan
  6. Analisis angka-angka
  7. Analisis data kekurangan
- 



Hasil  
IMPLEMENTASI

# AUDIT KLINIK


di  
RUMAH SAKIT IMMANUEL  
BANDUNG



# Tahap-tahap pelaksanaan



## I. Pembuatan alat ukur

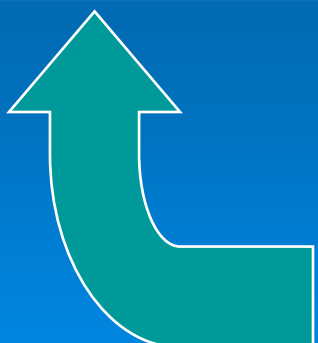
1. Pemilihan topik audit
  2. Penyusunan pedoman.
- 

## II. Pengukuran

3. Pengumpulan data
4. Pelaporan data.



## III. Peer review

5. Analisis penyimpangan
  6. Analisis angka-angka
  7. Analisis data kekurangan
- 

## IV. Tindakan dan pelaporan

8. Rekomendasi dan tindak lanjut
9. Ringkasan audit.

# I.a. Penetapan Topik

- Workshop: Direksi, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan bagian terkait (marketing, manajemen mutu, keuangan, dsb)
  - Pemaparan data-data pelayanan
  - Masukan Direktur
  - *Brainstorming*
  - Pemilihan (pembobotan) topik

# Pertimbangan Pemilihan Topik

- Kaitan topik dengan mutu pelayanan pasien
- Kaitan topik dengan area pelayanan yg penting.
- Topik menyangkut pelayanan yg berisiko tinggi atau pelayanan dgn volume besar.
- Adanya upaya peningkatan mutu yang dapat dilakukan
- Topik menyangkut area dgn kepastian klinis atau adanya konsensus.
- Berhubungan dgn standard/guideline yg sifatnya eksplisit.
- Adanya dukungan klinis
- Melibatkan upaya self audit
- Bersifat multidisiplin.

# Hasil Penetapan Topik

Topik yang terpilih:

- **Audit kematian**
- **Audit perawatan ICU**

# Audit kematian

- Di SMF: Anak, Obsgin, Penyakit Dalam, Bedah, Saraf, dan ICU
- Yang diaudit:
  - Justifikasi kematian (beralasan atau tidak)
  - Pengisian formulir keterangan sebab kematian
  - Lain-lain:
    - Indikasi pemondokan ICU
    - Kelas perawatan
    - Jenis kasus

# Audit perawatan ICU

- 30 pasien yang dirawat di ICU selama 3 bulan terakhir
- Yang diaudit
  - Justifikasi tindakan trakeostomi
  - Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS)
  - Decubitus
  - Kelengkapan data tingkat kesadaran
  - Justifikasi kematian
  - Justifikasi pemondokan
  - Pemberian antibiotika
  - Pengisian formulir keterangan sebab kematian
  - Lain-lain:
    - LOS di ICU dan di non-ICU

## I.b. Penyusunan pedoman

- Persiapan: contoh-contoh pedoman
- Workshop: Panitia *ad hoc*
  - Presentasi usulan pedoman
  - Ujicoba pedoman
  - Penetapan pedoman



# Hasil Penyusunan Pedoman

- **Pedoman audit justifikasi pemondokan**
  - Justifikasi berdasarkan konsensus dr ICU
- **Pedoman audit justifikasi trakeostomi**
  - 100% trakeostomi dilakukan sebelum atau pada hari ke 7 pemasangan ETT tanpa kecuali

# Hasil Penyusunan Pedoman

## ➤ **Pedoman audit kematian**

- Tidak boleh ada pasien yang meninggal tanpa alasan yang dapat diterima

## ➤ **Pedoman audit pemakaian antibiotika**

- Antibiotika yang dipakai di ICU sesuai dengan konsensus dr ICU

# Hasil Penyusunan Pedoman

## ➤ **Pedoman audit pasien pulang APS**

- Tidak boleh ada pasien pulang APS, kecuali stadium terminal

## ➤ **Pedoman audit decubitus**

- Tidak boleh ada pasien dirawat mengalami decubitus, kecuali telah dilaksanakan tindakan keperawatan miring kanan-kiri dan ada perawatan luka

# Tahap-tahap Pelaksanaan



## I. Pembuatan alat ukur

1. Pemilihan topik audit
  2. Penyusunan pedoman.
- 

## II. Pengukuran


3. Pengumpulan data
4. Pelaporan data.

## IV. Tindakan dan pelaporan

8. Rekomendasi dan tindak lanjut
9. Ringkasan audit.



## III. Peer review

5. Analisis penyimpangan
  6. Analisis angka-angka
  7. Analisis data kekurangan
- 

# 3. Pengumpulan Data

- Pengumpulan data dilakukan oleh asisten audit:
  - Sdr. Pantas
  - Sdri. Yuni

# Hasil Pengumpulan Data

## ➤ **Audit kematian:**

- Audit terhadap 76 rekam medik, berasal dari 6 SMF, terdapat X pasien (X%) yang tidak beralasan
- Sebanyak X kasus (X%) keterangan penyebab kematian belum diisi dengan lengkap
- Dari 10 pasien yang ada indikasi dirawat di ICU, X pasien (X%) tidak dirawat di ICU

# Hasil Pengumpulan Data

## ➤ **Audit perawatan ICU**

- Audit terhadap 30 rekam medik, 16 diantaranya merupakan kasus kematian
- Tidak terdapat penyimpangan terhadap pelaksanaan trakheostomi, APS, dekubitus, catatan data kesadaran, pemondokan, dan pemberian antibiotika
- Sebanyak X kasus (X %) kematian tidak beralasan, dan X kasus (X %) keterangan penyebab kematian belum diisi dengan lengkap

# Tahap-tahap Pelaksanaan



## I. Pembuatan alat ukur

1. Pemilihan topik audit
  2. Penyusunan pedoman.
- 

## II. Pengukuran

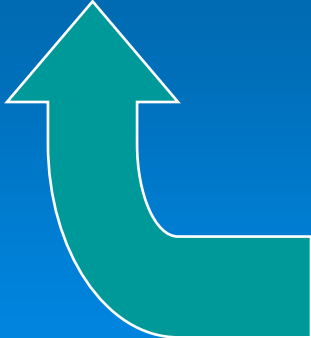
3. Pengumpulan data
4. Pelaporan data.

## IV. Tindakan dan pelaporan

8. Rekomendasi dan tindak lanjut
9. Ringkasan audit.



## III. Peer review

5. Analisis penyimpangan
  6. Analisis angka-angka
  7. Analisis data kekurangan
- 



# III. Peer review



# Peer Review

- Dilakukan oleh masing-masing SMF
  - Obsgin
  - Bedah
  - Anak
  - Penyakit Dalam
  - Saraf
  - ICU

# SMF Kebidanan

**Tidak beralasan antara lain:**

- Krisis hipertensi tidak teratasi sehingga terjadi stroke, belum dilakukan konsultasi ke SMF Penyakit Dalam.
- Keterlambatan pertolongan kasus ruptura uteri imminens karena kesulitan menghubungi dokter jaga per telepon

# SMF Bedah

## Tidak beralasan antara lain:

- Perdarahan lambung karena gejala-gejala/ tanda tidak dikenali secara dini
- Herniasi otak ec subdural hematom dan intra serebral yang seharusnya dapat diatasi dengan operasi namun tidak dilakukan karena SIO tidak ada dari keluarga (karena terlalu lama berunding dll)
- Perdarahan usus karena kecelakaan lalu-lintas yang tidak segera dioperasi (terlambat) karena menunggu SIO

# SMF Anak

## Tidak beralasan antara lain:

- Penanganan asfiksia neonatorum belum memadai karena alasan sarana dan keterampilan
- Hipoksia irreversible (karena Pneumoni, KP milier, dan Spesis) yang tidak beralasan karena diagnosis kurang akurat
- Tindakan yang dilakukan tidak sesuai protap yang berlaku

# SMF Penyakit Dalam

## Tidak beralasan antara lain:

- 4 kasus kematian syok kardiogenik tidak mendapatkan tindakan pencegahan yang adekuat
  - 1 terlambat pemberian obat yang diperlukan
  - 1 tindakan pencegahan (dikirim ke ICU) tidak dilakukan
  - 2 tidak melaksanakan instruksi bedrest dengan benar
- 1 kasus kematian syok kardiogenik tidak dikenali tanda-tanda awalnya

# SMF Saraf / Stroke Unit

Tidak beralasan antara lain:

- 2 kasus dengan tindakan pencegahan kurang memadai
  - 1 kasus munculnya BP pada pasien stroke
  - 2 kasus hipoksia pada pasien pneumonia
- 1 kasus kematian dengan penyebab yang tidak dapat diatasi karena diagnosis yang tepat tidak ditegakkan sebelumnya
- 1 kasus kematian dengan penyebab kejadian tidak dikenal

# ICU

## Tidak beralasan antara lain:

- 3 Kasus karena tindakan pencegahan tidak adekuat
  - Keterlambatan pemasangan mesin respirator
  - AMI antrikel luas (RBBP) tanpa pemberian streptokinase dan dopamin
  - Keterlambatan penanganan reaksi transfusi
- 2 Kasus karena penyebab tidak dikenali
  - Tromboemboli tidak dapat dipastikan pada kasus AF
  - Sepsis karena fraktur cruris terbuka



# Contoh kematian tidak dikenali

Di MR tercatat: *...pasien tidak dapat tidur/gelisah, oleh perawat, pasien diminta untuk berdoa, kemudian lampu kamar dimatikan, 3 jam kemudian pasien didapatkan meninggal.....*

# Hasil

## Audit perawatan ICU

- Tidak terdapat penyimpangan terhadap pelaksanaan trakheostomi, APS, dekubitus, pencatatan data kesadaran, pemondokan, dan pemberian antibiotika
- Sebanyak X % kasus (X/16) kematian tidak beralasan
- Sebanyak X% catatan medik (X/16) belum diisi lengkap formulir keterangan sebab kematiannya

# Hasil

## Audit Kematian

- Sebanyak  $X\%$  kematian ( $X/76$ ) tidak beralasan
- Sebanyak  $X\%$  catatan medik ( $X/76$ ) belum diisi lengkap formulir keterangan sebab kematiannya
- Sebanyak  $X\%$  pasien ( $X/10$ ) yang dirawat di ruangan ada indikasi masuk ICU tetapi tidak dirawat di ICU

# IV. Tindakan dan Pelaporan

- Pelatihan pengenalan tanda-tanda kegawatdaruratan & konsultasi bagi perawat
- Penyusunan petunjuk kerja pengisian formulir penyebab kematian & sosialisasinya
- Revisi guideline pemondokan di ICU
- Sosialisasi guideline pemondokan di ICU
- Pelatihan resusitasi bagi perawat bangsal & IGD
- Pengadaan peralatan resusitasi & termoregulasi bayi di IRJ
- Penyusunan kebijakan pengelolaan pasien di ICU

# Catatan Pelaksanaan



# Penyimpangan Yang Umum (Melibatkan banyak SMF)

- Kelengkapan pengisian formulir keterangan sebab kematian
- Pendokumentasian proses komunikasi dengan pasien/keluarga
- Pengelolaan kasus mix diagnosis
- Pengenalan dini tanda kegawatdaruratan oleh petugas IGD dan bangsal
- Proses pelaporan kasus dan konsultasi

# Masalah yang Umum

- **Pengertian** “terminal” masih diinterpretasikan berbeda-beda oleh para dokter
- **Keterbatasan waktu** para dokter (selaku *expert*) dalam membahas kasus kematian/ melakukan audit
- Belum adanya **kebijakan rumah sakit** tertulis yang mengatur mengenai: *informed consent* tindakan *life saving*, pembebanan biaya untuk kasus-kasus *life saving*, pengelolaan pasien di ICU

*TERIMA KASIH*