



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR : 07/UN4.24/KEP/2019
TENTANG
PEMBERLAKUAN PANDUAN AUDIT KEPERAWATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang : 1. Bahwa dalam dalam rangka memelihara dan meningkatkan mutu profesi dan mutu pelayanan keperawatan serta menjamin keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan Keputusan tentang Pemberlakuan Panduan Audit Keperawatan.
2. Bahwa agar pelaksanaan Audit Keperawatan dapat berjalan dengan baik, perlu adanya panduan Audit Keperawatan staf keperawatan sebagai landasan bagi proses pelaksanaan audit bagi Komite Keperawatan RS Universitas Hasanuddin.
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan poin 2, maka dipandang perlu ditetapkan pemberlakuan panduan Audit Keperawatan staf keperawatan dengan keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Staf Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
4. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
5. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Ijin dan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Penyelenggaraan Praktek Perawat sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri kesehatan No 17 tahun 2013;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 149 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Staf Kesehatan;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin;
12. Peraturan Presiden Republik Indonesia No.77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
15. Keputusan Rektor Unhas Nomor 2817/UN4.1/KEP/2018 tanggal 18 Juli 2018 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
16. Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 12/UN4.24/2019 Tentang Pedoman Kerja Komite Keperawatan

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TENTANG PEMBERLAKUAN PANDUAN AUDIT KEPERAWATAN RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
- Kesatu : Panduan Audit Keperawatan Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu harus dijadikan acuan dalam pelaksanaan proses Audit Keperawatan perawat dan bidan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- Kedua : Pengawasan terhadap pelaksanaan Audit Keperawatan staf keperawatan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar dilakukan oleh Komite Keperawatan dan Direktur Utama Rumah Sakit.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila apabila di kemudian hari ternyata kekeliruan dalam penetapan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal 30 Desember 2019

DIREKTUR UTAMA,



SYAFRI KAMSUL ARIF

NIP. 196705241995031001



PANDUAN AUDIT KEPERAWATAN

KOMITE KEPERAWATAN RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2019

Sekretariat: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar
90245 Telp: (0411) 591 331 Fax: (0411) 591332
Website: www.rs.unhas.ac.id

PANDUAN AUDIT KEPERAWATAN

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum WrWb. Semoga keselamatan dan keberkahan senantiasa melimpah untuk kita semua.

Segala Puji dan Syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan Karunia-Nya yang tak terhingga serta kemudahan dan kelancaran yang telah diberikan sehingga Panduan Audit Keperawatan Rumah Sakit Unhas ini dapat kami selesaikan. Salawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita Rasulullah Muhammad S.A.W, beserta keluarga dan para sahabatnya. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada para pimpinan dan para staf keperawatan yang berkontribusi untuk terwujudnya panduan ini.

Dalam rangka menjamin kualitas pelayanan/asuhan keperawatan dan kebidanan, maka staf keperawatan sebagai pemberi pelayanan harus memiliki kompetensi, etis dan peka budaya. Mutu profesi tenaga keperawatan harus selalu ditingkatkan melalui program pengembangan profesional berkelanjutan yang disusun secara sistematis, terarah dan terpola/terstruktur. Mutu profesi tenaga keperawatan harus selalu ditingkatkan secara terus menerus sesuai perkembangan masalah kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan standar profesi, standar pelayanan serta hasil-hasil penelitian terbaru. Salah satu upaya untuk peningkatan mutu profesi keperawatan dan kebidanan dalam memberikan layanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan dapat dilakukan melalui audit keperawatan. Audit keperawatan merupakan sebuah proses untuk Memastikan mutu profesi tenaga keperawatan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya. Oleh karena itu, dengan adanya panduan ini, akan memudahkan komite keperawatan dan auditor dalam melaksanakan audit keperawatan. Selain itu, para staf keperawatan juga akan mengetahui gambaran tujuan maupun pelaksanaan audit keperawatan.

Dalam penyusunan panduan ini, tentunya ada hal-hal yang masih perlu dikembangkan atau bahkan perlu diperbaiki. Oleh karena itu, masukan dari pengguna akan sangat membantu untuk perbaikan dan pengembangan panduan ini demi pelaksanaan audit keperawatan yang lebih efisien, efektif dan optimal sehingga akan mendukung pencapaian mutu asuhan keperawatan dan kebidanan yang optimal pula.

Wassalam,
Hormat Kami,

Tim penyusun
Komite Keperawatan Rumah Sakit Unhas

DAFTAR ISI

SAMPUL PANDUAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I DEFENISI	1
BAB II RUANG LINGKUP	2
BAB III TATA LAKSANA	4
BAB IV DOKUMENTASI	19

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

DEFINISI

1. Direktur Utama adalah seseorang yang ditunjuk oleh Rektor Universitas Hasanuddin untuk menjabat posisi tersebut sebagaimana ditetapkan dalam statuta Universitas Hasanuddin yang bertugas dan bertanggung jawab mengoperasikan dan mengelola rumah sakit.
2. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme staf keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
3. Staf Keperawatan adalah perawat dan bidan yang terkait perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit
4. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan D3 perawat, Ners dan Ners Spesialis baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
5. Bidan adalah seorang yang lulus dari pendidikan kebidanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis dan atau data pendukung lainnya oleh tenaga keperawatan.
7. Auditor keperawatan adalah tenaga keperawatan atau tim yang melaksanakan audit keperawatan.
8. Auditee keperawatan adalah individu tenaga keperawatan, unit kerja, atau kelompok profesi keperawatan yang akan di audit. Auditee harus bekerjasama dan membantu terlaksananya proses audit keperawatan dengan memberikan akses dan fasilitas yang diperlukan untuk menyelesaikan audit, mengkaji rekomendasi dan kesimpulan audit, dan menerapkan setiap tindakan korektif yang diperlukan.

BAB II

RUANG LINGKUP

A. Jenis Audit

Audit keperawatan di Rumah Sakit Unhas ada dua macam, yaitu:

1. Audit kasus (insiden) keperawatan merupakan proses evaluasi secara professional terhadap mutu profesi tenaga keperawatan dan pelayanan asuhan keperawatan berdasarkan peristiwa yang terjadi selama proses pelayanan asuhan keperawatan
2. Audit klinik keperawatan, merupakan proses evaluasi secara professional terhadap mutu profesi tenaga keperawatan dan pelayanan asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh tenaga keperawatan secara periodik dan terencana (dilakukan minimal 2(dua kali setahun)

B. Tujuan audit keperawatan

1. Meningkatkan mutu profesi keperawatan dan keselamatan pasien di rumah sakit
2. Mengevaluasi profesionalisme proses asuhan keperawatan untuk mencapai pelayanan keperawatan yang berkualitas
3. Untuk mengetahui penerapan standar pelayanan keperawatandi rumah sakit
4. Menstimulasi pelaporan yang lebih baik terhadap mutu profesi dan pelayanan keperawatan
5. Untuk melakukan rekomendasi perbaikan pelayanan keperawatan sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan keperawatan

C. Lingkup Audit

Mutu profesi tenaga keperawatan meliputi *knowledge*, *attitude* dan *skill*. Mutu profesi tenaga keperawatan mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien. Mutu profesi tenaga keperawatan harus dipelihara secara *continue* dan *comprehensive*. Evaluasi mutu asuhan keperawatan harus dilaksanakan secara sistematis melalui audit keperawatan.

Skema 3.1 Siklus Audit Keperawatan



D. Tahapan-tahapan dalam audit klinik

1. Menentukan topik audit
2. Menentukan kriteria dan standar
3. Mengumpulkan data dengan pelayanan saat ini
4. Menganalisa data dengan cara membandingkan pelayanan saat ini dengan kriteria/standar yang telah ditentukan
5. Menetapkan perubahan berdasarkan hasil temuan audit
6. Melakukan re-audit untuk memastikan bahwa perubahan dilakukan dan terdapat peningkatan pelayanan

E. Tim Audit

Dalam melakukan Audit klinis di RS terdapat 3 (tiga) tim yang terlibat, dengan tugas yang berbeda-beda yaitu :

1. Komite keperawatan, dalam hal ini Sub Komite Mutu Profesi (Permenkes 49 th 2013 tentang Komite Keperawatan), yang bertugas menentukan dan memfasilitasi jalannya proses audit keperawatan yang baik.
2. Tim *Ad-hoc* Audit Klinis (tim kerja) yang dibentuk oleh Direktur RS berdasarkan usulan Komite Keperawatan, bertugas untuk menyusun pedoman dan menentukan kriteria audit klinis. Tim ini terdiri dari semua anggota kelompok staf perawat, seminat bagian/unit yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sesuai topik audit.
3. Asisten, yaitu staf Rekam Medik yang bertugas mencari dan mengolah data. Dalam hal ini biasanya staf Rekam Medik yang terpilih harus yang sudah terlatih dan tidak berganti-ganti serta memiliki tupoksi sebagai asisten audit klinik.

BAB III TATA LAKSANA

A. Pemilihan Topik

1. Memilih dan menetapkan topik audit

Fokus dari audit klinik adalah untuk melihat kesesuaian proses pelayanan kesehatan, baik diagnosis, perawatan atau prosedur dengan standar yang telah disetujui untuk mendapatkan hasil yang terbaik. Sehingga pelaksanaan Audit Klinik dapat meliputi audit struktur, audit proses maupun audit hasil :

- a. Audit Struktur: dilakukan untuk menentukan apa saja yang dibutuhkan agar standar dapat terpenuhi. Misalnya: sarana prasana, jumlah SDM, dll.
- b. Audit Proses: fokus pada bagaimana pelayanan kesehatan dilakukan. Misalnya terapi, prosedur pelayanan, dll.
- c. Audit Hasil : fokus pada hasil dari intervensi yang telah dilakukan, apakah memberikan perubahan terhadap status kesehatan pasien.

Audit Klinik biasanya fokus pada **Proses** (misalnya diagnosis keperawatan, rencana perawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi). Audit struktur hampir selalu dihubungkan dengan masalah manajemen, misalnya kekurangan peralatan, kekurangan SDM dan pengadaan. Dalam kasus tersebut perubahan tidak dapat langsung dilakukan karena tergantung prioritas manajemen, sehingga siklus audit tidak dapat diterapkan secara penuh. Sementara pengukuran hasil biasanya sangat kompleks, meskipun begitu, ada baiknya audit klinis juga menggunakan kriteria hasil.

2. Menentukan topik audit klinik

Penentuan topik audit klinik dilakukan pada rapat komite keperawatan yang diikuti oleh sub komite mutu profesi (dirubah menjadi Komite keperawatan, Komite Medis dan Komite Nakes lain dan Sireksi. Topik diambil berdasarkan data-data rutin rumah sakit (data *medical error*, dll), survey kepuasan pasien, observasi proses pemberian layanan serta masukan dari berbagai pihak, seperti manajemen, asuransi dan unit-unit pelayanan. Atas dasar ini maka *Audit klinis tidak dikerjakan dengan alasan "Menarik untuk mengetahui apakah...."*

Topik audit dipilih dengan memperhatikan hal-hal berikut :

- a. Pilih topik audit yang dapat diperbaiki. Jangan menghabiskan waktu mencari topik pada area yang tidak mungkin/kecil kemungkinannya untuk dilakukan peningkatan.
- b. Pilih topik berdasarkan pelayanan/kegiatan/diagnosa yang high risk, high cost, high volume dan problem prone (cenderung menimbulkan masalah)., dan Program unggulan RS
- c. Topik yang dipilih harus mendapat dukungan atau

konsensus dari seluruh klinisi/semua anggota bagian.

- d. Topik yang dipilih harus memiliki *clinical guidelines*, baik nasional maupun internasional sebagai pedoman (*evidence based*)
- e. Penetapan topik audit keperawatan dibagi 2 yaitu audit regular keperawatan yang meliputi keseluruhan proses Asuhan Keperawatan dan Audit Unggulan Mutu dan Keselamatan pasien yang penetapannya dilaksanakan secara bersama oleh tim
- f. Penetapan topik Audit Wajib terkait Nurse Sensitif Indikator yang wajib di audit untuk semua kasus: 1) Keselamatan pasien (khusus keperawatan: risiko jatuh, medikasi error, Persiapan Operasi (khusus kasus bedah operasi) 2) Kenyamanan: Asuhan Nyeri secara mandiri level 1-3, dan kolaborasi di atas tk 4 3). Pemenuhan ADL (khusus total care: kebersihan diri), membantu eliminasi, mobilisasi dan nutrisi 4). Edukasi pada pasien dan keluarga (wajib ada pada semua pasien

3. Menentukan latar belakang, tujuan dan sasaran audit

Setelah menentukan topik audit klinik, kemudian harus ditetapkan latar belakang, tujuan dan sasaran audit klinik. Dengan menetapkan latar belakang, tujuan dan sasaran audit, maka seluruh anggota tim mengetahui dengan pasti untuk apa audit klinik ini dilakukan. Hal ini juga untuk memastikan audit yang dilakukan tetap fokus serta menggunakan waktu dan sumber daya dengan sebaik-baiknya. Dengan kata lain, pada tahap ini kita menentukan tujuan dilakukannya audit klinik.

a. Menentukan latar belakang

Latar belakang merupakan rasionalitas atau justifikasi topik audit yang telah dipilih. Dalam latar belakang perlu dijelaskan pengertian singkat dari penyakit/tindakan dan diagnosis keperawatan yang dijadikan topik audit, data epidemiologi baik internasional, nasional maupun di RS bersangkutan, ketersediaan *guidelines* dan beberapa isi pentingnya, serta permasalahan yang ada, misalnya yang terkait dengan proses penatalaksanaan ataupun *outcome* klinisnya.

b. Menentukan tujuan

Tujuan audit klinik harus dapat menggambarkan struktur umum dari audit yang dilakukan, yaitu untuk memastikan atau memperbaiki mutu pelayanan kesehatan, tidak hanya sekedar "menghitung jumlah (misalnya menghitung angka terjadinya infeksi luka operasi)" atau "memeriksa (misalnya memeriksa tingkat kepatuhan terhadap suatu prosedur penatalaksanaan)".

Tujuan audit klinik bisa dalam bentuk pertanyaan yang harus dapat dijawab oleh audit yang dilakukan

Contoh:

- 1) "Apakah kita memberikan pelayanan klinik terbaik pada pasien dengan *ca-mamme*?"

- 2) "Apakah penatalaksanaan pasien dengan ca-paru sudah sesuai dengan guidelines?"
- 3) "Apakah manajemen kita dalam merawat pasien dengan patah tulang terbuka sudah sesuai dengan standar/guidelines?"

Atau dapat juga dalam bentuk pernyataan yang merupakan hasil akhir dari audit yang dilakukan.

Contoh:

"Meningkatkan manajemen pelayanan klinik pada pasien dengan ulkus diabetes"

"Standarisasi manajemen pelayanan pasien dengan patah tulang terbuka"

Tujuan yang sifatnya umum tersebut harus dijabarkan dalam bagian-bagian yang lebih kecil atau spesifik dalam bentuk sasaran audit.

c. Menentukan sasaran

Sasaran audit menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan umum audit. Hal ini dapat dilakukan dengan menentukan berbagai pekerjaan yang harus dilakukan atau menggunakan aspek dimensi mutu sebagai fokus audit yang dilakukan. Dalam menentukan sasaran, gunakan kata-kata "**untuk meyakinkan bahwa...**" sebagai bantuan.

Aspek dimensi mutu yang digunakan dalam sasaran Audit Klinis adalah *appropriateness*, *timeliness*, *effectiveness*, *acceptability*, *accessibility*.

Namun fokus dalam audit klinik terutama terletak pada:

- 1) **Appropriateness:** Apakah penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai?
- 2) **Timeliness:** Apakah penatalaksanaan yang diberikan "tepat waktu"?
- 3) **Effectiveness** :Apakah penatalaksanaan yang diberikan memberikan hasil sesuai dengan yang diharapkan?

Sementara dimensi mutu lainnya tidak terlalu menjadi fokus dalam audit klinik, yaitu:

- 1) **Acceptability:** Apakah pasien puas dengan pelayanan yang diberikan?
- 2) **Accessibility:** Bagaimana kemudahan pasien dalam mendapatkan pelayanan?
- 3) **Efficiency:** Apakah terapi yang diberikan menggunakan biaya, tenaga dan sumberdaya yang minimal?
- 4) **Equity:** Apakah perawatan yang tersedia bisa dirasakan merata?

Alasan dimensi mutu tersebut tidak menjadi fokus dalam audit karena *Acceptability* biasanya lebih melibatkan pasien dan dilakukan oleh tim penelitian (jarang pada Audit Klinis). Sementara *Accessability* dan *equity* lebih dibahas pada waktu pemilihan topik Audit. Sedangkan *Efficiency* biasanya

baru dapat dicapai saat peningkatan pelayanan telah dilakukan.

B. Menyusun Kriteria dan Standar Audit

1. Menyusun kriteria audit klinik

Audit klinik secara definisi adalah sesuatu yang *standar-based* atau *criterion-based*, dimana hal ini mencakup pengumpulan informasi tentang pasien dan pelayanan, tapi lebih dari itu, audit klinik merupakan sebuah proses untuk memastikan bahwa kita melakukan yang HARUS dilakukan. Menentukan kriteria adalah hal yang sulit dalam pelaksanaan audit klinis. Kriteria audit adalah bukti yang diperlukan dan yang harus ada, bahwa penderita telah diberikan pelayanan pada taraf yang seoptimal mungkin. Kriteria dapat berupa diagnosis, pengobatan, tindakan, reaksi penderita, atau peristiwa lain yang ada kaitannya dengan penyakit atau kondisi yang berhubungan dengan topik audit klinik. Kriteria yang biasa digunakan dalam audit adalah kriteria proses, mulai pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Sementara kriteria yang jarang diaudit adalah yang kriteria **input dan output**. Kriteria *input* tidak lazim dilakukan karena biasanya terkait dengan keterbatasan anggaran dan merupakan masalah manajemen, sehingga siklus audit tidak bisa lengkap. Sementara kriteria *output* agak sulit diukur karena akan terkait dengan faktor lain seperti penyakit penyerta, status keluar rumah sakit, LOS, kematian, komplikasi, dll.

Kriteria audit adalah bagaimana pelaksanaan pelayanan dilakukan. Apabila menginginkan hasil yang baik, berarti tindakan diagnosa dan terapi harus baik

Contoh pertanyaan "pancingan" untuk mengidentifikasi kriteria audit:

"Penatalaksanaan pasien ...(sesuai judul).....dapat dikatakan baik/bermutu bila?"

- a. "Harus dilakukan....."
- b. "Harus ada"
- c. "Harus tidak ada....."

Menulis kriteria audit klinis

Tidak ada sebuah cara khusus untuk menulis kriteria audit klinik, namun kriteria atau standar yang baik harus bersifat **SMART**, yaitu :

- a. **Specific**: jelas dan khusus, tidak ambigu dan bebas dari kepentingan-kepentingan tertentu
- b. **Measureable**: dapat diukur
- c. **Agreed**: disetujui oleh semua pihak
- d. **Relevant**: relevan
- e. **Theoretically sound**: berdasarkan bukti klinis yang terbaik dan terbaru, misalnya bersumber dari referensi di www.sign.co.uk atau www.cochrane.org

Jumlah kriteria tidak perlu terlalu banyak, sekitar 6-10 kriteria

sudah cukup.

Yang harus diperhatikan

- 1) Kriteria Audit **BUKAN** kriteria diagnosis.

Contoh : Untuk kasus Pneumonia

- a) Kriteria diagnosis pneumonia adalah: ada demam, sesak nafas dan batuk
- b) Kriteria auditnya adalah: dilakukan pemeriksaan suhu tubuh, pemeriksaan frekuensi nafas dan anamnesa mengenai riwayat batuk. Kriteria audit ini merupakan kriteria proses pelayanan klinis yang diberikan, sehingga tidak tergantung dari hasil pemeriksaan (penatalaksanaan pneumonia disebut baik/memenuhi standar bila dokter telah memeriksa suhu tubuh pasien meski hasil pemeriksaannya pasien tidak demam, atau dokter telah memeriksa frekuensi nafas meski hasil pemeriksaan menunjukkan frekuensi napas masih dalam batas normal)

- 2) Kriteria **JANGAN** terlalu luas, harus spesifik.

Contoh : Untuk Kasus DHF

Kriteria : melakukan terapi cairan sesuai standar (terlalu luas)

Seharusnya: diberikan cairan RL

2. Menyusun standar, pengecualian, petunjuk pengambilan data & variasi

- a. Standar

Dipakai untuk menentukan apakah suatu catatan medik memenuhi kriteria pedoman audit klinik atau tidak dan merupakan batasan yang menyatakan harus ada (100%) atau tidak ada (0%) pada masing-masing unsur.

Contoh:

Audit pembedahan elektif

- 1) Penggunaan antibiotik profilaksis : standar 100% (artinya harus ada penggunaan antibiotik profilaksis)
- 2) Decubitus pada pasien : standar 0% (artinya harus tidak ada decubitus)

- b. Pengecualian

Perkecualian adalah keadaan yang mungkin merupakan alasan bagi sebuah catatan medik untuk tidak memenuhi standar. Perkecualian (atau justifikasi) harus berhubungan dengan kondisi klinis pasien, misalnya pasien tidak diberikan antibiotik tertentu karena alergi. Perkecualian ditentukan berdasarkan pedoman atau *guidelines* yang digunakan. Kondisi dimana pasien menolak perawatan termasuk kondisi klinis karena berhubungan dengan informed consent. Perkecualian tidak boleh berhubungan dengan hal diluar klinis pasien, misalnya masalah manajemen.

Contoh:

Kriteria auditnya adalah harus dilakukan pemeriksaan gula darah setiap kunjungan. Namun tidak dilakukan karena reagen tidak ada. Hal ini tidak bisa dikategorikan sebagai pengecualian

(kondisi manajemen). Contoh lain adalah pasien tidak dilakukan tindakan tertentu karena pasien tidak mampu (kondisi sosial ekonomi)

c. Petunjuk pengumpulan data

Menunjukkan bagian-bagian mana dari suatu catatan rekam medik yang dapat dipercaya sebagai sumber data. Petunjuk-petunjuk yang terdapat dalam rekam medik harus ditulis secara obyektif dan semua istilah harus disebutkan secara lengkap. Hampir semua RS telah menerapkan penulisan kode untuk setiap jenis formulir rekam medis yang digunakan, kode tersebut (misalnya RM 01, RM-I dsb) dapat dijadikan alat bantu identifikasi untuk sumber pengumpulan data

d. Variabel

Variabel adalah hal-hal tertentu, baik dari aspek RS, dokter, perawat, pasien yang mungkin mempengaruhi mutu pelayanan. Selain itu variabel juga menunjukkan kemungkinan apakah ada pola dalam mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Contoh variabel misalnya variabel dokter, kelas perawatan, asal bangsal, umur pasien, cara pembayaran, dsb. Variabel dapat ditentukan dengan 2 cara, yaitu berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya (misalnya, berdasarkan penelitian ternyata kasus kematian yang tidak diharapkan banyak terjadi pada akhir pekan, sehingga variabel yang mempengaruhi adalah hari). Cara yang kedua adalah berdasarkan asumsi dari Tim Adhoc.

No	Kriteria	Standar	Perkecualian	Sumber data
1.	Dilakukan pengkajian nyeri gerak	100%	-	RM-03
2.	Dilakukan pemeriksaan sendi untuk mengetahui nyeri gerak	100%	-	RM-01
3.	kolaborasi untuk dilakukan pemeriksaan cairan sendi	0%	Pembengkakan pada sendi dan persendian yang sakit	RM-21
4.	Kolaborasi dilakukan pemeriksaan rontgen sendi	0%	Pembengkakan pada sendi dan persendian yang sakit berwarna kemerahan	RM-22
5.	Diajarkan	100%	-	RM-12

	manajemen nyeri			
6.	Dilakukan edukasi pasien agar mengurangi gerakan yang meregangkan sendi	100%	-	RM-13/C

Contoh: Formulir audit klinik

	RM no 1	RM no 2	RM no 3	RM no 4	Dst
Variabel					
1. Dokter					
2. Kelas perawatan					
3. Hari masuk					
4. Cara pembayaran					
Kriteria					
1. Dilakukan pengkajian nyeri gerak					
2. Dilakukan pemeriksaan sendi untuk mengetahui nyeri gerak					
3. kolaborasi untuk dilakukan pemeriksaan					
4. cairan sendi					
5. Kolaborasi dilakukan pemeriksaan rontgen sendi					
6. Diajarkan manajemen nyeri					
7. Dilakukan edukasi pasien agar mengurangi gerakan yang meregangkan sendi					

C. Memilih Populasi dan Sampel Audit

Menentukan jumlah sampel tergantung dari jenis audit yang akan dilakukan, apakah merupakan audit pragmatis (internal rumah sakit) atau audit yang dilakukan untuk kepentingan ilmiah.

1. Audit ilmiah/ research

Untuk keperluan audit ilmiah atau audit untuk publikasi ilmiah, diperlukan penentuan jumlah sampel yang valid, karena sebuah penelitian baru dapat dikatakan kuat apabila hasilnya dapat

diterapkan secara umum untuk populasi yang besar, baik nasional atau bahkan internasional.

2. Audit pragmatis/audit internal

Panduan sederhana dalam menentukan jumlah sampel untuk audit pragmatis adalah jumlah pasien yang diperlukan agar para klinisi senior bersedia melakukan perubahan berdasarkan hasil audit. Berdasarkan hal tersebut jumlah sampel minimal 30% dari populasi sudah cukup untuk melihat kesesuaian di lapangan dengan kriteria audit.

Memilih jumlah sampel yang terlalu besar akan sangat menyita sumber daya yang ada. Namun apabila audit yang dilakukan adalah audit hasil/*outcome* tetap diperlukan penghitungan sampel agar mewakili populasi audit klinis.

1. Menentukan jumlah sampel

Menghitung sampel tergantung dari 4 variabel, yaitu:

- Jumlah populasi
- Tingkat ketepatan/ *Degree of Accuracy*
- Tingkat kepercayaan/ *Degree of Confidence*
- Frekuensi kesesuaian dengan kriteria audit

Jumlah sampel dapat bervariasi tergantung:

- Angka kejadian yang diharapkan
- Tingkat kepercayaan (***Degree of confidence***) yang digunakan: tidak selalu harus 95%. Misalnya dapat sebesar 90%, 99%, dll
- Tingkat akurasi (***Degree of accuracy***) yang digunakan: tidak selalu harus 5%. Misalnya dapat sebesar 10%, 1%, dll

Contoh:

Audit tata pelaksanaan Hipertensi

- Jumlah pasien: 300 orang (**Jumlah populasi**)
- Kriteria audit: Dilakukan pengukuran tekanan darah setiap kali kontrol. Diperkirakan hasil kepatuhan untuk kriteria ini tercapai 70% (**Kesesuaian dengan kriteria audit**)
- Tingkat ketidakketepatan yang dapat diterima : 5% (***Degree of accuracy***)
- Tingkat kepercayaan: 95% (***Degree of Confidence***)

Menghitung sample dengan menggunakan software program didapat hasilnya 155 sampel. (untuk free software program menghitung sampel dapat menggunakan beberapa program "sample calculator" yang tersedia di internet, misalnya di www.raosoft.com) Tabel berikut ini dapat digunakan sebagai panduan jumlah sampel audit dan diasumsikan angka kejadian (angka kepatuhan terhadap suatu kriteria) yang diharapkan sebesar 50% (yaitu, 50% standar akan terpenuhi). Dengan tingkat kepercayaan 95% dan tingkat keakuratan 5%.

Tabel 5. Panduan ukuran sampel

Ukuran populasi	Ukuran sampel: (95% confidence; +/- 5%)
50	44
100	79

150	108
200	132
500	217
1000	278
2000	322
5000	357

Tabel berikut ini menggambarkan jumlah sampel yang bervariasi dari populasi sebesar 500 :

Tabel 6. Gambaran Variasi Jumlah Sampel N= 500

Tingkat Kepercayaan	Derajat akurasi	Angka Kejadian yang diharapkan	Ukuran sampel
95%	+5%	50%	217
90%	+10%	50%	176
95%	+5%	40%	213
95%	+5%	20%	165
95%	+5%	5%	64
95%	+2.5%	50%	378
95%	+2.5%	5%	185

2. Metode pengambilan sampel

Teknik sampling adalah teknik yang digunakan untuk mengambil sampel dari populasi (Arikunto, 1998). Pembagian jenis sampling secara umum ada dua yaitu :

a. *Probability sampling*, yaitu teknik yang memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Yang termasuk jenis ini diantaranya :

1) Sederhana acak (simple random sampling)

Pada cara ini sebelumnya harus dibuat nomor urut untuk setiap rekam medis dari kasus-kasus yang sesuai dengan topik audit. Masing-masing nomor rekam medis mempunyai satu kesempatan yang sama untuk dipilih. Cara yang paling mudah adalah dengan menggunakan *random number table* (tabel angka acak). Caranya: ambil satu angka kanan ke kiri (2 0 1 7 4.....dll). Cara ini dipakai jika anggota populasi dianggap homogen.

2) Pengambilan bertingkat (*stratified sampling*)

Pada cara ini memastikan bahwa setiap kelompok dalam populasi terwakili oleh sampel. Teknik ini digunakan bila populasi anggotanya tidak homogen dan berstrata secara proporsional. Contoh : populasi sebesar 500, terdiri dari 75% pria dan 25% wanita (3:1). Selanjutnya populasi dibagi menjadi 375:125 (3:1). Berdasarkan perhitungan, jumlah sampel yang diperlukan adalah sebesar 217, yang dibagi menjadi 74 wanita dari populasi sejumlah 125, dan 163 pria dari populasi sejumlah 375. Demikian juga misalnya terdapat 3 kelompok spesialisasi keperawatan yang berbeda dalam

kasus audit, maka stratified sampling perlu dilakukan agar keterwakilan setiap kelompok keperawatan tersebut terjamin.

3) Sistematis sampling

Teknik penentuan sampel berdasar urutan dari anggota populasi yang telah diberi nomor urut. Contoh : ada populasi 100 pasien kemudian diambil yang ganjil saja atau yang genap saja (1,3,5,7....99)

b. *Non probability sampling*, yaitu teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Diantara yang termasuk jenis ini yaitu :

1) *Purposive sampling*

Yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti /auditor. Misalnya audit VAP pasien di ruang ICU, maka sampel yang dipilih adalah pasien VAP saja.

2) *Consecutive sampling*

Pemilihan sampel dengan consecutive (berurutan) yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian/audit dimasukkan dalam peurun waktu penelitian/audit sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 1995)

3) *Incidental sampling*

Teknik penentuan sampling berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan auditor dapat digunakan sebagai sampel.

4) Sampling jenuh

Yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini dilakukan jika jumlah populasi relatif kecil.

3. Mengumpulkan data audit

Metode pengumpulan data audit ada 3, yaitu :

a. Retrospektif: menggunakan data lampau. Data yang diperlukan telah dikumpulkan secara rutin, misalnya terdapat dalam komputer atau buku catatan. Keuntungan metode prospektif adalah bisa dilakukan lebih mudah dan bisa dilihat di status. Kerugian metode prospektif adalah kesulitan /tidak bisa diperbaiki secara langsung. Audit dengan metode restrospektif bisa dilaksanakan menggunakan: Data sudah ada di komputer, rekam medis, wawancara, kuesioner atau penyelenggaraan pertemuan.

b. Konkuren: Audit dilaksanakan dengan menilai proses pelayanan asuhan keperawatan yang sedang berlangsung/ diselenggarakan. Teknik ini dilaksanakan dengan pengamatan langsung atau kadang-kadang perlu dilengkapi dengan peninjauan pada Rekam Medis, wawancara pada pasien/ keluarga/ petugas kesehatan, dan mengadakan pertemuan dengan pada pasien/ keluarga/ petugas kesehatan .

Keuntungan metode konkuren adalah pelaksanaan lebih cepat, perbaikan bisa langsung dilaksanakan, mengurangi bias retrospektif. Kerugian metode konkuren adalah subjek tidak mau/ malu menyampaikan data yang akurat, terjadinya perilaku pura-pura/ kepalsuan, pencatatan kurang akurat, bias karena ketidaktahuan pengamat, memerlukan keputusan berapa kali pengamatan harus dilakukan.

- c. Prospektif: menggunakan data baru. Data yang diperlukan diambil pada saat pasien masuk. Data ini digunakan untuk menilai proses asuhan keperawatan yang akan datang. Metode prospektif lebih tepat ditujukan terhadap struktur atau masukan sebagai parameter layanan keperawatan harus memiliki sumber daya tertentu supaya menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas, misalnya: standart pendidikan staf keperawatan, standart pelayanan keperawatan, lisensi, akreditasi dan sertifikasi. Keuntungan metode prospektif adalah bisa dilakukan menggunakan estimasi yang pernah dilakukan. Kerugian metode prospektif adalah belum bisa diprediksi apa yang perlu diperbaiki.
- 4. Pelaksanaan pengumpulan data
Umumnya pengumpulan data dikerjakan oleh asisten tim audit, dalam hal ini staf rekam medik. Langkah-langkah pengumpulan data:
 - a. Tim audit klinik keperawatan melaksanakan rapat koordinasi untuk memilih dan menentukan topik audit klinik keperawatan. Tim audit klinik keperawatan memilih dan menentukan populasi dan sampel audit.
 - b. Tim audit klinik keperawatan menyusun kriteria, dan standar audit.
 - c. Tim audit klinik keperawatan menyusun instrumen audit.
 - d. Tim audit klinik keperawatan menyusun proposal audit klinik keperawatan.
 - e. Tim audit klinik keperawatan mengusulkan proposal audit klinik keperawatan kepada direksi melalui ketua komite keperawatan.
 - f. Ketua komite keperawatan menerima rekomendasi pelaksanaan audit klinik keperawatan dari direksi.
 - g. Ketua komite keperawatan memberikan disposisi pelaksanaan audit klinik keperawatan kepada tim audit klinik keperawatan.
 - h. Tim audit klinik keperawatan melaksanakan koordinasi perijinan kepada pihak terkait.
 - i. Mengumpulkan data audit klinik keperawatan.
 - j. Ambil rekam medik yang menjadi sampel audit, pelajari apakah setiap kriteria yang telah ditentukan dalam pedoman audit telah terpenuhi dalam rekam medik tersebut (lihat kesesuaian).
 - k. Tentukan hasil audit apakah sesuai kriteria, tidak sesuai kriteria namun memenuhi perkecualian/ada justifikasi atau tidak sesuai kriteria dan tidak ada justifikasi (lihat kode hasil audit).

- l. Tulis hasil audit tersebut dalam bentuk kode
- m. Memisahkan rekam medik yang mengandung penyimpangan (tidak sesuai kriteria) berdasarkan pedoman dan instrumen audit yang telah disusun oleh Tim Pelaksana.

Kode hasil audit:

- Kode 1: Apabila data dalam rekam medik sesuai dengan kriteria
- Kode 2: Apabila data dalam rekam medik tidak sesuai dengan kriteria tapi memenuhi perkecualian (ada alasan/justifikasi ketidaksesuaian tersebut)
- Kode 3: Apabila data dalam rekam medik tidak sesuai dengan standar dan tidak memenuhi perkecualian (tidak ada alasan/justifikasi ketidaksesuaian tersebut)

D. Menganalisa Data Audit

Sebelum melakukan analisa dengan menggunakan *tools* statistik, terlebih dahulu dilakukan *Re-check* analisa penyimpangan untuk memastikan apakah hasil audit menurut asisten audit sudah benar (yang disebut menyimpang benar-benar menyimpang). Setelah itu identifikasi karakteristik sampel audit, apakah sampel dapat mewakili seluruh populasi. Pengumpulan data dan analisa data menggunakan *tools* statistik dilakukan oleh tim asisten (rekam medik) secara bersamaan. Analisa data audit klinis dilakukan untuk menghitung tingkat kepatuhan secara umum, mengidentifikasi pola penyimpangan dan mengidentifikasi penyebab penyimpangan. Sebagian besar data audit klinis cukup dianalisa dengan menggunakan statistik deskriptif dan *quality tools* seperti *Root Caused Analysis* (RCA) atau Diagram Tulang Ikan (Ishikawa). Statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan kesesuaian criteria dengan kenyataan yang ada, serta melihat pola ketidaksesuaian. Sementara *QualityTools* digunakan untuk menemukan penyebab gambaran ketidaksesuaian tersebut.

Statistik deskriptik

Data audit umum berbentuk data numerik yang dapat disajikan dalam bentuk **Nilai tendensi (mean, median, modus)** dan Rentang Nilai (**Range**), yang kemudian dapat ditampilkan dalam bentuk tabel maupun grafik

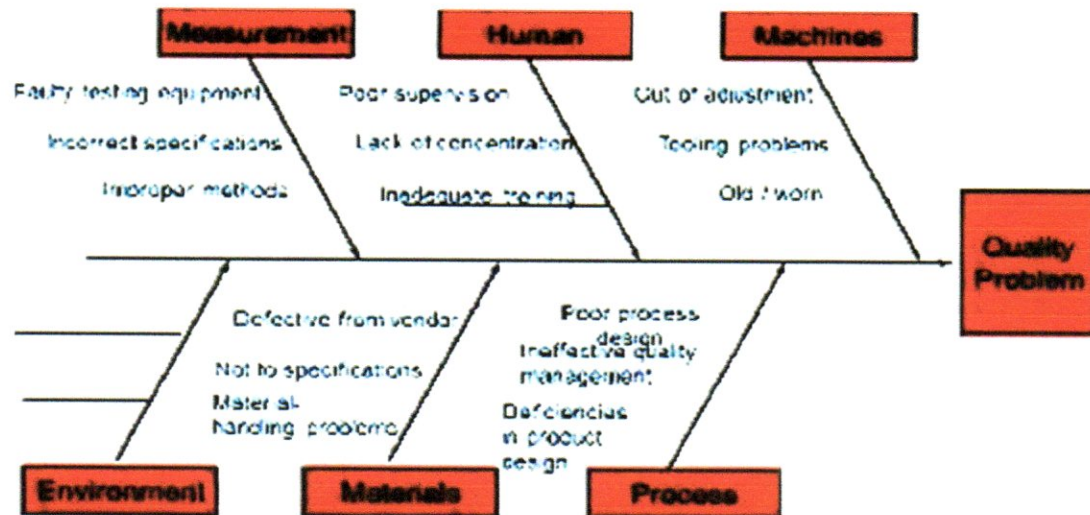
Contoh

Kriteria audit: "Pasien pulang pada akhir hari ke 5". Dengan menggunakan data LOS pada bangsal 2, ditemukan bahwa 45 dari 67 pasien yang keluar mempunyai lama tinggal ≤ 5 hari.

Kesimpulan: 45/67 (67%) pasien sesuai kriteria.

QUALITY TOOLS

Digunakan untuk menemukan penyebab gambaran ketidaksesuaian antara kenyataan dengan kriteria standar. Yang umum digunakan adalah RCA atau diagram tulang ikan (Ishikawa).



Penyebab masalah dapat bermacam-macam, diantaranya:

1. Administrasi/manajemen RS terkait fasilitas, peralatan, kebijakan.
2. Staf/ Bagian Pelayanan Medik
3. Anggota SMF/ individual
4. Pelayanan klinik khusus (Lab, X-ray, anestesi, dll)
5. Unit/ Pelayanan Keperawatan
6. Perawat/ individual
7. Pelayanan terapi bukan oleh dokter
8. Kondisi atau ketidaktaatan pasien
9. Faktor masyarakat
10. Perlu penyelidikan lebih lanjut
11. dll

E. Menetapkan Perubahan/ *Plan Of Action*

Menetapkan perubahan tidak hanya bagian terpenting, namun juga bagian yang paling sulit dalam siklus audit klinis. Perubahan dapat dirasakan oleh staf RS sebagai hal yang positif maupun negatif. Hal yang positif misalnya perubahan merupakan kesempatan, tantangan, pengetahuan baru, keahlian baru dan pengalaman baru. Sementara hal negatif biasanya yang menganggap bahwa perubahan adalah ancaman dan perlawanan. Perubahan juga seringkali menimbulkan ketakutan/kegelisahan, rasa tidak percaya, perlawanan dan konflik. Tindak lanjut perubahan berupa rencana tindakan koreksi/ rencana tindak lanjut yang memuat : permasalahan, rencana tindakan, pelaksana tindakan, dan batas waktu penyelesaian tindakan. Kemudian pada tahap ini juga dapat dilakukan revisi kriteria unsur (kalau perlu). Perubahan akan efektif, apabila:

1. Perubahan ditujukan pada yang kompeten, yaitu yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sesuai topik audit.
2. Perubahan dilaksanakan dalam batas waktu (terdapat *datelinenya*)
3. Dibuat rencana tindak lanjut/*plan of action* (POA) yang menjelaskan siapa melakukan apa dan kapan.
4. Tanggung jawab melakukan perubahan ditegaskan dan dikomunikasikan kepada pihak yang berkepentingan (terdapat tupoksi).

Tahap pelaksanaan perubahan/*plan of action*. Seringkali yang melaksanakan POA bukanlah tim adhoc audit klinis, melainkan bagian lain. Karena itu pada tahap ini tim adhoc setelah mengusulkan POA juga turut bertugas memantau pelaksanaan POA. Jangka waktu pelaksanaan perubahan diharapkan tidak lebih dari 3 bulan. Setelah itu ada masa tunggu selama 3 bulan, dengan tujuan mendapatkan jumlah sampel yang diharapkan (minimal mendekati jumlah sampel audit) untuk melakukan re-audit.

Contoh

POAAudit Penatalaksanaan Diabetes

NO	Kegiatan Tindak Lanjut	Tujuan	PIC	Waktu	Biaya
1	Sosialisasi hasil reaudit	Semua pekerja mengetahui hasil reaudit	Tim adhoc	Pertengahan Mei 2010	
2	Membuat panduan penulisan rekam medis khusus DM yang diletakkan di dalam file	Memudahkan kerja dokter dalam mengevaluasi ps DM	Tim adhoc	Pertengahan Mei 2010	
3	Penyegaran cara penulisan rekam medis yang benar	Meningkatkan kepatuhan dokter	Wadir medis & Komite medik	Awal Februari 2011	
4	Reaudit	Meningkatkan kualitas pelayanan	Wadir medis & Komite medik	Januari 2012	

F. Re-Audit

Tujuan dilakukannya re-audit adalah untuk melihat apakah telah terjadi perubahan setelah menerapkan *plan of action*. Proses re-audit dilakukan sama dengan audit klinik, dengan menggunakan kriteria sebelumnya, atau kriteria yang telah direvisi. Jumlah sampel harus sama atau minimal mendekati jumlah sampel pada audit klinis. Re-audit dilakukan menggunakan instrumen audit yang sama dengan audit klinis. Setelah re-audit selesai, lakukan perbandingan hasil audit dengan re-audit, menggunakan uji statistik. Hasil tersebut akan dimasukkan dalam laporan akhir (laporan tahap 2). Uji statistik membandingkan hasil audit dan re-audit ini juga dapat menggunakan software profesional. Suatu program yang mudah digunakan, disebut **Instat** tersedia dalam versi demo untuk Windows. (lihat di <http://www.graphpad.com/instat3/instatdemo.htm>)

Tes statistik yang sering digunakan, yaitu:

1. **Chi-Square Test**

Contoh:

Kasus : "Apakah pasien datang ke klinik pre- operasi?"

	2002(n=40) Audit	2003(n=60) ReAudit
Ya	25	50
Tidak	15	10

Presentase kesesuaian kasus dengan standar pada tahun 2003 adalah sebesar 83%, sementara pada tahun 2002 hanya sebesar 63%. Namun, yang perlu diketahui adalah apa benar hasil pada tahun 2003 tersebut merupakan peningkatan yang signifikan dari tahun 2012. Dengan menggunakan Chi-square test diketahui nilai p (p-value) adalah 0.0184. Nilai p tersebut lebih kecil dari 0,05 maka, sehingga dapat dikatakan bahwa secara statistik terdapat **perbaikan yang signifikan** pada hasil re-audit.

Catatan

Bila $0,01 < p < 0,05$ maka hasilnya adalah **signifikan**

Bila $0,001 < p < 0,01$ maka hasilnya adalah **sangat signifikan**

Bila $p < 0,001$ maka hasilnya adalah **amat sangat signifikan**

BAB IV DOKUMENTASI

Tim audit dapat menggunakan *template* laporan audit klinis yang akan digunakan bersama oleh 3 (tiga) tim yang terlibat sesuai dengan tugas masing-masing. Komite Keperawatan menyusun laporan mengenai pemilihan topik, kemudian tim adhoc melanjutkan penyusunan laporan dari mulai menyusun latar belakang, tujuan, sasaran sampai menentukan kriteria, menyusun pedoman dan instrumen audit. Setelah itu tim asisten melakukan pelaporan mengenai pengumpulan dan analisa data. Terakhir, tim adhoc membuat laporan hasil audit yang telah dilakukan.

Isi laporan audit Klinis, dapat dilihat template laporan audit:

1. Halaman depan: (nama RS dan bagian, judul audit, tim audit dan tanggal laporan)
2. Daftar isi (direkomendasikan jika laporan lebih dari delapan halaman)
 - a. Ringkasan eksekutif, merupakan paragraf singkat yang berisi ringkasan laporan
 - b. Anda menjelaskan permasalahan, hasil temuan, kesimpulan dan rencana tindak
 - c. Lanjut. Ringkasan ini akan membantu pembaca memutuskan perlu atau tidaknya
 - d. untuk membaca keseluruhan isi laporan anda
3. Pendahuluan: Menjelaskan topik audit dan data epidemiologi internasional,
 - a. Nasional dan level RS, ketersediaan clinical guidelines (atau sumber daya yang
 - b. Telah tersedia) dan masalah yang ada terkait dengan tingkat
 - c. kesesuaian/kesesuaian terhadap guidelines, tujuan dan sasaran audit
4. Metodologi: pedoman audit klinik, populasi dan sampel audit
5. Hasil dan pembahasan: tingkat kesesuaian dan penyebab ketidaksesuaian. Pada hasil maupun pembahasan, tidak boleh mencantumkan identifikasi individu, baik tenaga kesehatan maupun pasien. Gunakan kode atau inisial yang telah disetujui sebelumnya.
6. Rencana Tindak Lanjut/ *Plan Of Action*,
7. Pelaksanaan Tindakan Perbaikan: baru bisa dilaporkan setelah POA dijalankan
8. Hasil re-audit: baru bisa dilaporkan apabila re-audit telah dilaksanakan
9. Kesimpulan dan Saran: Berikan kesimpulan menyeluruh dari tahap awal sampai akhir kegiatan audit dan saran yang terkait dengan pelaksanaan audit.

10. Referensi dan catatan tambahan.

Setelah selesai pelaksanaan audit komite keperawatan merekap seluruh kegiatan audit dan rencana tindak lanjut disampaikan kepada direktur dan akan di tindaklanjuti oleh bagian terkait.

DAFTAR PUSTAKA

- Forum Komite Keperawatan Indonesia. (2019). *Panduan Penilaian Praktik Keperawatan Professional Berkelanjutan & Evaluasi Praktik Professional Terfokus tenaga Keperawatan*. Jakarta; RKKI.
- BP3I. 2017. *Panduan Komite Keperawatan Dalam Pelaksanaan Sub Komite Mutu Profesi Di Rumah Sakit*. Jakarta: BP3I. DPP PPNI.
- Dahlan, M.S.2014. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan. Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi menggunakan SPSS*. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Darmawan,Hardi,dkk. 2009. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang aman*. Yogyakarta: Kanisius.
- Djasri, Hanevi.2014. *Audit Keperawatan. Modul Pelatihan*. Surakarta: RSUD Dr. Moewardi.
- DPP.PPNI. 2017. *Pedoman Penyelesaian Sengketa Etik Keperawatan*. Jakarta: DPP.PPNI.
- Hariyati, Rr. Tutik. S. 2018. *Kredensial Dan Rekredensial Keperawatan Sesuai SNARS*. Jakarta: KARS
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 49 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kurniadi, Anwar. 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan Edisi.2*.Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, Imbalo. S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- SNARS edisi 1.(2018). *Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien*. Jalarta; KARS;

LAMPIRAN

Laporan Audit Klinik

[masukan judul/topik audit keperawatan yang terpilih]

LOGO RS

Disusun oleh:

[masukan nama masing-masing anggota tim kerja]

RSUP/RSUD

1. Pendahuluan

[masukan penjelasan singkat tentang topik audit dan data epidemiologi internasional, nasional dan level RS]

[masukkan ketersediaan clinical guidelines (atau sumber daya yang telah tersedia) dan masalah yang ada terkait dengan tingkat kesesuaian/kesesuaian terhadap guidelines]

[masukan tujuan dan sasaran audit]

2. Metode

2.1. Penyusunan pedoman audit klinik

Instrumen audit klinik disusun berdasarkan hasil diskusi dan konsensus tim adhoc yang terdiri dari [sebutkan keahlian masing-masing anggota tim] dan mengacu kepada referensi dari [sebutkan nama pengarang dan tahun referensi]. Instrumen audit klinik terdiri dari: Kriteria, Standar, Perkecualian dan Petunjuk pengambilan data (tabel 1)

Tabel 1. Pedoman Audit Klinik

Kriteria	Standard	Perkecualian	Petunjuk Pengambilan data
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Pedoman ini menjadi dasar penyusunan instrumen audit klinik (tabel 2)

Tabel 2. Instrumen audit klinik

Kriteria	RM no 1	RM no 2	RM no 3	RM no 4	dst
1					
2					
3					
4					
5					

2.2. Populasi dan sampel audit

Populasi audit klinik [masukan topik audit] meliputi kunjungan yang terjadi mulai pada tanggal sampai Berdasarkan data rekam medik didapatkan jumlah kunjungan pasien sebanyak [masukan jumlah pasien/kasus] orang. Berdasarkan confidence level 95% dan confidence interval level 5% serta asumsi bahwa tingkat kesesuaian terhadap kriteria audit mencapai 50% (sebagian patuh, sebagian tidak), maka diperlukan sampel audit sebanyak [masukan hasil perhitungan]. Sampel diambil secara purposive sampling berdasarkan jumlah kunjungan di masing-masing bulan.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Umum

[masukkan jalannya pengambilan data, berapa rekam medik yang diperiksa, berapa yang dapat diaudit, jelaskan alasan tidak dapat diaudit, hambatan pengambilan data bila ada, dsb]

3.2. Karakteristik

[gambarkan karakteristik sampel pasien yang diaudit misalnya berdasarkan dokter, kelas perawatan, dsb, dapat ditampilkan dalam bentuk tabel maupun diagram]

3.3. Tingkat kesesuaian

Audit menunjukan bahwa tingkat kesesuaian penatalaksanaan [masukan topik audit] untuk setiap kriteria antara [masukan persentase paling tinggi] hingga [masukan persentase paling rendah], hasil lengkap terlihat pada tabel 3

Tabel 3. Tingkat kesesuaian penatalaksanaan [masukan topik audit] terhadap standard

Kriteria	Tingkat kesesuaian (%)
Kriteria 1	
Kriteria 2	
Kriteria 3	
Kriteria 4	
Kriteria 5	

3.4. Penyebab Ketidak Sesuaian terhadap standar

Berdasarkan hasil diskusi tim adhoc dengan menggunakan alat bantu berupa *fish bone diagram* [atau tools lain seperti RCA, akar pohon masalah, dsb] berhasil diidentifikasi penyebab ketidak-sesuaian terhadap standar penatalaksanaan pasien [masukan topik audit] sebagai berikut (tabel 7)

Tabel 7. Penyebab ketidak-sesuaian terhadap standard

Kriteria	Penyebab ketidak-kesesuaian
Kriteria 1	1. 2.
Kriteria 2	1. 2.
Kriteria 3	1. 2.
Kriteria 4	1.....
Kriteria 5	1.....

3.5. Rencana tindak lanjut

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut diatas, maka tim adhoc mengusulkan untuk melakukan tindak lanjut berupa [sebutkan seluruh rencana tindak lanjut yang akan dilakukan], secara detail dapat terlihat pada tabel 8.

Tabel 8. Rencana Tindak Lanjut (POA) peningkatan mutu penatalaksanaan [masukan topik audit]

Tindaklanjut	Tujuan	Indikator keberhasilan	Penanggung jawab	Jangka waktu	Biaya
1					
2					
3					
4					
5					
6					

4. Pelaksanaan Tindakan Perbaikan

[ceritakan/deskripsikan mengenai pelaksanaan/jalannya tindakan perbaikan sesuai POA untuk peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan topik audit] ini baru bisa setelah POA dijalankan....

5. Hasil Re-Audit

Tabel 9. Hasil audit dan re-audit tingkat kesesuaian penatalaksanaan [masukan topik audit] terhadap standar (ini baru bisa setelah dilakukan audit ulang dengan sampel pasien yang sama besar dari periode pasien setelah selesai penerapan POA)

Kriteria	Tingkat kesesuaian (%) Audit	Tingkat kesesuaian (%) Re-audit	p value
Kriteria 1			
Kriteria 2			
Kriteria 3			
Kriteria 4			
Kriteria 5			

6. Pembahasan

Dilakukan pembahasan apa yang sesuai atau yang tidak sesuai dengan harapan atau referensi

7. Kesimpulan dan Saran

Berikan kesimpulan menyeluruh dari tahap awal sampai akhir kegiatan audit.

Berikan juga saran yang terkait dengan pelaksanaan audit (bukan hasil ketidaksesuaian audit) misalnya terkait dengan pemilihan topik, kriteria pengambilan data, tim dan sebagainya...

Daftar referensi

1.
2.
3.