

# **AUDIT MEDIK DAN KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN DAN MENJAGA MUTU SERTA EFEKTIVITAS RUJUKAN**

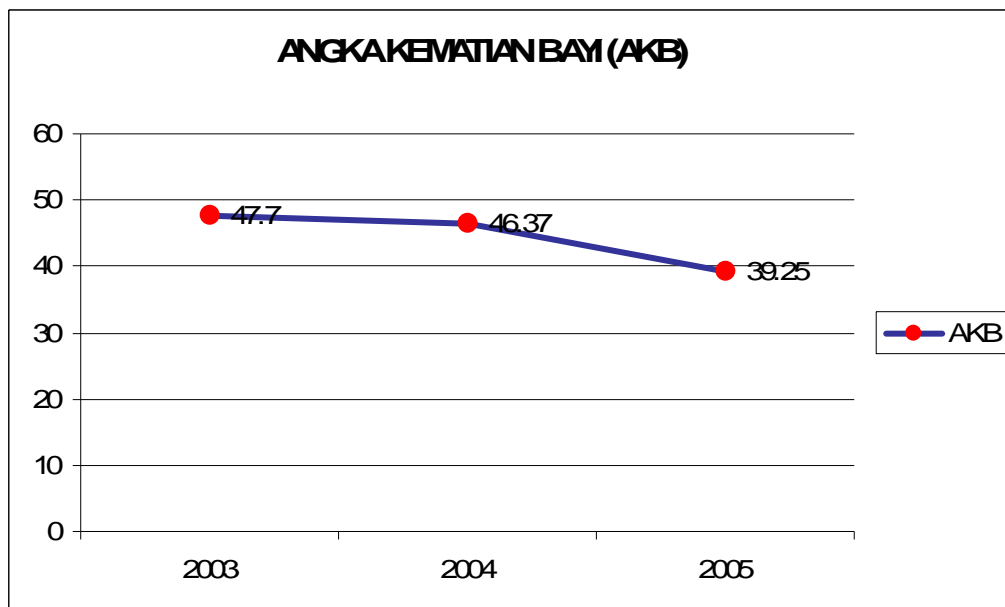
**Henni Djuhaeni**

## **I. Pendahuluan**

Salah satu tujuan pembangunan sektor kesehatan adalah penurunan angka kematian bayi, angka kematian anak, angka kematian ibu serta peningkatan umur harapan hidup yang selanjutnya menjadi salah satu indikator dari Indeks pembangunan Manusia disamping sektor Pendidikan dan Ekonomi.

Angka kematian bayi di Jawa Barat berdasarkan sensus tahun 1990 sekitar 89,13 per 1.000 kelahiran hidup dan tampaknya telah terjadi penurunan dalam 10 tahun terakhir, sedangkan angka kematian ibu tampaknya stagnan pada 325 per 100.000 kelahiran hidup dan 45,8% terjadi pada saat melahirkan.

Walaupun sudah ada penurunan, tapi tidak begitu signifikan baik tingkat propinsi secara keseluruhan ataupun dilihat dari masing-masing Kota atau kabupaten. Salah satu contoh Angka kematian di kabupaten Bandung telah terjadi penurunan dilihat dari tiga tahun terakhir, dipihak lain terjadi peningkatan jumlah balita kekurangan gizi serta meningkatkan kematian akibat kurang gizi atau gizi buruk, seperti tampak pada gambar grafik 1 dan 2 sebagai berikut.

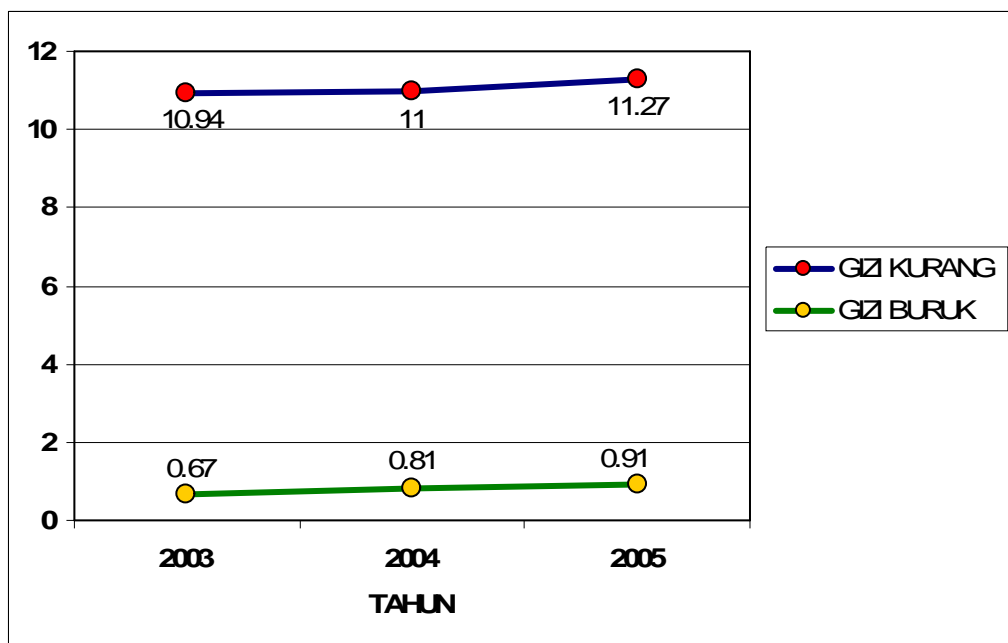


**Gambar 1. Gambaran Angka Kematian Bayi di Kabupaten Bandung Tahun 2003, 2004 dan 2005**

Pada gambar 1 diatas tampak bahwa, telah terjadi penurunan angka kematian bayi di Kabupaten Bandung dari tahun 2003 (47,7) menjadi 39,25 pada tahun 2005, namun jika dilihat dari penurunannya hanya sekitar 7 perseribu kelahiran hidup dalam kurun waktu tiga tahun.

Adanya krisis moneter yang bekepanjangan, mengakibatkan berkurangnya daya beli masyarakat termasuk terhadap pelayanan kesehatan, ditambah dengan sebagian besar sistem pendanaan yang berlaku saat ini *out of pocket*, menyebabkan masyarakat yang tidak mempunyai dana tunai tidak dapat akses terhadap pelayanan kesehatan. Usia dibawah lima tahun (Balita) merupakan faktor risiko untuk terkena dampak berbagai penyakit khususnya

infeksi saluran nafas akut serta kurang gizi atau gizi buruk. Pada gambar 2, tampak bahwa keadaan gizi buruk maupun gizi kurang di Kabupaten Bandung cenderung meningkat.



**Gambar 2. Gambaran bayi dengan gizi kuarang dan gizi buruk di Kabupaten Bandung Tahun 2003, 2004 dan 2005**

Upaya pelayanan kesehatan dasar yang selama ini dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak hanya bisa mencegah 0% kematian, sedangkan sekitar 70% kematian bisa dicegah dengan pelayanan rujukan yang efektif. Rujukan sebagai suatu sistem akan menghasilkan keluaran (*output*) yang efektif apabila masukan (*input*) / *infrastruktur* dan proses pelaksanaannya efektif pula Hal ini akan tampak apabila masing-masing komponen dalam sistem rujukan selalu dievaluasi.

Untuk itu perlu dilakukan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan kepada klien baik di pelayanan primer, pelayanan sekunder maupun pelayanan tersier. Pelayanan utama pada semua jenjang sarana pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik serta pelayanan asuhan keperawatan. Pelayanan akan optimal apabila rujukan diantara jenjang pelayanan tersebut berjalan secara optimal pula. Salah satu upaya evaluasi rujukan pelayanan medik serta pelayanan asuhan keperawatan adalah dengan audit medik dan audit keperawatan.

## II. Pelayanan Rujukan sebagai Suatu Sistem

Sebelum kita uraikan rujukan sebagai suatu sistem, perlu dipahami lebih dahulu apa itu sistem, apa itu mutu ?

1. **Sistem** adalah komponen-komponen atau kelompok-kelompok yang saling bekerja sama, saling tergantung satu sama lain dan sulit untuk dipisahkan dalam upaya mencapai satu tujuan. Sistem terdiri dari subsistem-subsistem yang dapat juga menjadi suatu sistem dalam lingkungannya. Komponen-komponen sistem terdiri dari masukan/*input*, proses, *output* dan *outcome* atau menurut Donabedian terdiri dari Infrastruktur, proses dan *outcome*.
2. **Mutu pelayanan kesehatan** dapat dilihat dari 2 pendekatan, yaitu :
  - a. **Pendekatan kesehatan masyarakat**  
Pendekatan ini menyangkut seluruh sistem pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat suatu negara atau bagian-bagiannya dimana hasilnya

menyangkut masyarakat keseluruhan dalam suatu wilayah atau daerah. Sebagai contoh mutu pelayanan kesehatan diungkapkan dengan kelangsungan hidup, angka morbiditas, angka kecacatan, angka kematian dan lain-lain.

#### **b. Pendekatan institusional atau individual**

Pendekatan ini menyangkut mutu pelayanan kesehatan terhadap perorangan oleh suatu institusi atau fasilitas seperti Puskesmas atau Rumah Sakit. Mutu di sini adalah salah satu aspek atau produk dari sumber daya dan kegiatan fasilitas tersebut. Mutu pelayanan fasilitas itu adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai komponen atau aspek fasilitas tersebut sebagai suatu sistem.

Menurut Donabedian, aspek-aspek tersebut digolongkan dalam komponen struktur, proses dan *outcome*.

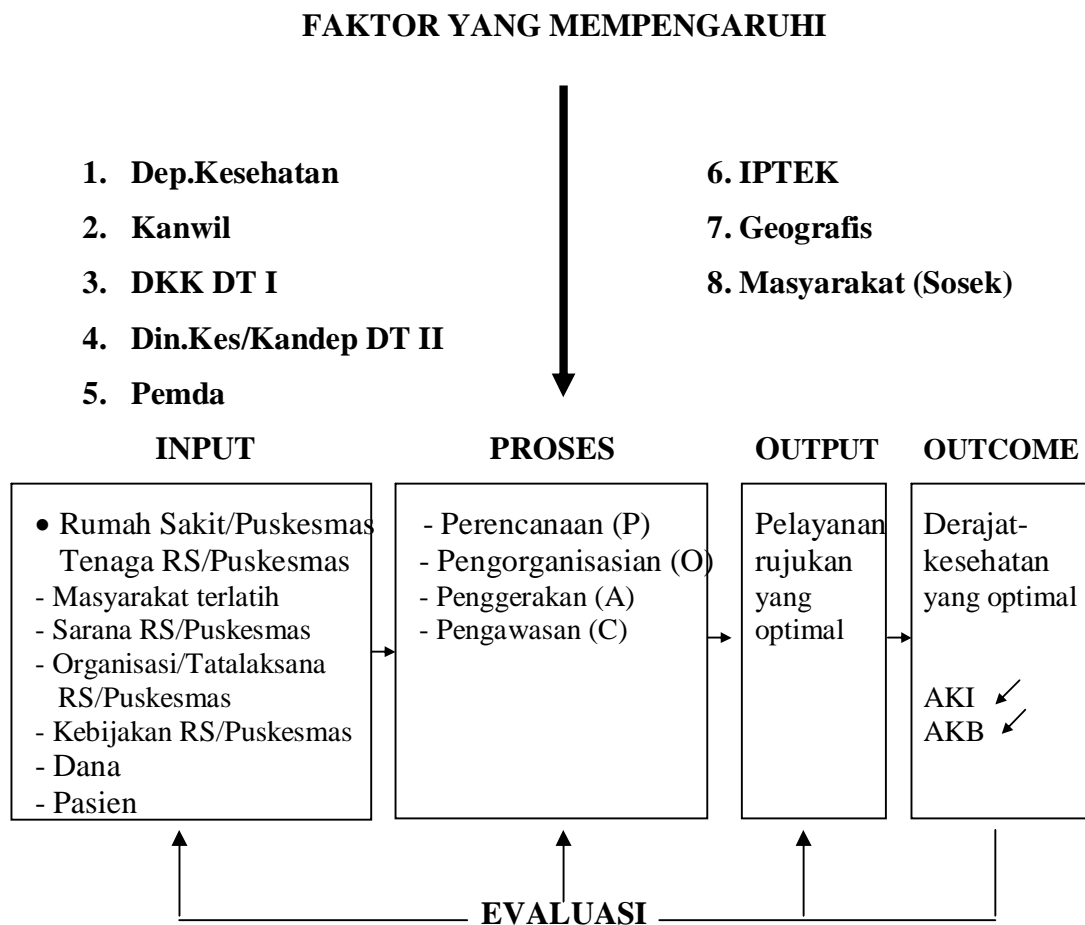
- *Struktur* adalah masukan atau *input* dari sistem yang dapat diukur dari : tingkat kewajaran, kualitas, biaya (efisiensi) dan mutu komponen struktur.
- *Proses* adalah sarana kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya dalam interaksi profesional dengan pasien.

Tolok ukur yang dapat digunakan :

- Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- Efektif atau tidak
- Mutu proses itu sendiri

- *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya di dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasan. *Outcome* jangka pendek adalah hasil akhir suatu prosedur atau tindakan tertentu, sedangkan *outcome* jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

Pelayanan rujukan sebagai suatu sistem, dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 1. Pelayanan Rujukan sebagai Sistem**

### **III. Audit Medik**

Melihat komponen-komponen yang ada dalam rujukan sebagai sistem, betapa banyak yang harus kita perhatikan, kita kenal, kita kaji dan kita evaluasi secara terus menerus, sehingga dihasilkan rujukan yang efektif dan efisien. Upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada penderita dikenal sebagai Audit Medik dan Audit Keperawatan.

#### **1. Audit Medik**

Seperti sudah dibicarakan di atas bahwa Audit Medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada penderita. Hal ini sangat penting karena kekurangan dalam pelayanan medis dapat mengancam jiwa dan kehilangan nyawa manusia.

Selain itu dengan berlakunya UU RI No. 23 Tahun 1992 Pasal 53 (ayat 2), Pasal 54 (ayat 1) dan Pasal 59 (ayat 2) tentang Kesehatan, dimana tugas dan kewajiban tenaga kesehatan tidak semakin ringan. Tuntutan akan pelayanan medis yang baik dan bermutu akan meningkat. Agar terhindar dari tuntutan tersebut harus memberikan pelayanan yang sesuai dengan "Standar" profesi yang berlaku serta memuaskan pelanggan baik pelanggan internal yaitu seluruh pemberi pelayanan, pelanggan intermediate yaitu pihak ketiga yang mendukung terselenggaranya pelayanan misalnya asuransi kesehatan serta pelanggan eksternal yaitu klien

Banyak faktor yang mempengaruhi penentuan standar antara lain beberapa faktor yang dapat diukur secara nyata dan ada pula yang kurang berarti serta tidak dapat diukur secara tepat. Oleh karena itu hasil evaluasi dan interpretasi dari semua aspek di atas memerlukan pertimbangan yang sangat bijaksana. Yang paling penting dari Audit Medik ini adalah interpretasi secara profesional tentang faktor-faktor yang ditemukan dan mempengaruhi standar pelayanan penderita.

Secara objektif, elemen-elemen pelayanan medis dapat diukur dengan menggunakan perhitungan statistik serta dianalisis dan dipergunakan sebagai titik tolak penentuan penilaian secara kualitatif. Secara subjektif, elemen di atas memerlukan penilaian secara kualitatif melalui evaluasi klinis dan medis administratif.

Faktor yang dinilai meliputi seluruh kegiatan yaitu tenaga, cara/metoda, sarana/alat yang digunakan, dana serta cara pengukuran.

Beberapa contoh yang dapat diukur :

- *Gross Death Rate* : Kematian total dibagi seluruh pasien yang ke luar RS/ Puskesmas, rata-rata berkisar  $\pm 3\%$
- *Net Death Rate* : Jumlah kematian > 48 jam, sudah masuk fasilitas pelayanan, biasanya < 2,5%.
- *Komplikasi* : Selama pasien dirawat di RS, 2-4%
- *Infeksi* : Angka infeksi 1-2%
- *Tindakan* : Seksio Sesarea 3-4% dari seluruh kelahiran hidup.
- *Angka kematian ibu* :  $\leq 0,25\%$



- Angka kematian bayi :  $\leq 2\%$ , dan lain-lain.

Dalam melaksanakan Audit Medik kehadiran Konsultan Tamu sangat berguna dimana Auditor Medis (Konsultan) tersebut akan bebas melakukan evaluasi secara objektif pada semua faktor yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang sedang dilaksanakan. Di samping itu bagi Rumah Sakit, diperlukan juga berbagai komite dari staf medik yang dibantu oleh staf Rumah Sakit yang lain sesuai dengan kebutuhan.

Setiap pelaksanaan program apalagi program yang baru dan sifatnya merupakan penilaian/ evaluasi, termasuk pelaksanaan audit medik akan terjadi pro – kontra sehingga perlu dipertimbangkan berbagai hal sebagai berikut:

**a. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Audit Medik adalah :**

1. Perlu waktu dan biaya.
2. Audit pada umumnya dilakukan secara retrospektif.
3. Kadang-kadang timbul pertentangan antara yang diaudit dan mengaudit, yang perlu ditekankan adalah fokus audit ini meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pasien bukan untuk penetapan skoring penilaian.
4. Dalam pelaksanaan tugas dokter secara profesi, dokter mempunyai otonomi di mana dokter sebagai pengambil keputusan, dan pasien pasrah terhadap keputusan dokter.
5. Pada Audit Medik ada kesan upaya yang insidental dan selektif dalam memilih masalah/aspek yang diatasi, belum sistematis dan menyeluruh dan yang menjadi perhatian adalah segi ilmiah dan masalah klinisnya.

Bukan soal mutu sebagai tanggung jawab produsen jasa terhadap pasien sebagai konsumen pemakai jasa.

**b. Langkah-langkah melakukan Audit Medik**

- Untuk melaksanakan Audit Medik diperlukan wadah/struktur yang diharapkan dapat mengorganisir kegiatan audit tersebut, wadah ini disebut **Komite Medik**. Sampai saat ini wadah yang terstruktur berupa komite medik tersebut belum terlaksana disemua jenjang pelayanan, dan baru dapat dilaksanakan di Rumah Sakit.
- Menentukan masalah tertentu untuk dipelajari dan diulas.
- Menentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, objektif dan rinci
- Mempelajari catatan medik
- Para dokter mempelajari kasus yang tidak memenuhi kriteria, dianalisis, didiskusikan kemungkinan penyebabnya.
- Membuat rekomendasi tentang cara-cara penegasan dan penanggulangan kasus yang tidak memenuhi kriteria.
- Mempelajari lagi topik yang sama di kemudian hari, misalnya setelah 6 bulan kemudian, untuk menilai dan meyakinkan bahwa kelemahan/kekurangan yang diidentifikasi telah diperbaiki dan tidak diulang kembali.
- Perlu ditegaskan bahwa, audit medik ini bukan acara pengadilan dari kekuarangan pelayanan yang ada dari sarana pelayanan yang lebih tinggi terhadap jenjang yang lebih rendah, tetapi bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu pelayanan. Peran dari jenjang yang lebih tinggi

ini justru sebagai narasumber untuk peningkatan mutu pelayanan tersebut. Seperti kita ketahui bahwa pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik apabila dilaksanakan secara tim yang solid. Perawat merupakan mitra dokter sehari – hari dalam melaksanakan pelayanan diberbagai jenjang sarana pelayanan kesehatan, sehingga audit bukan hanya ditujukan terhadap pelayanan medik tetapi juga terhadap pelayanan asuhan keperawatan.

## **2. Audit Keperawatan**

Pada dasarnya Audit Keperawatan tidak berbeda dengan Audit Medik, hanya dalam hal ini dilaksanakan oleh tenaga profesi perawat. Seperti kita ketahui peranan perawat saat ini berbeda dengan perawat di waktu dulu. Saat ini perawat sebagai mitra dokter harus dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang profesional untuk memberikan kebutuhan pasien secara menyeluruh/Holistik yang meliputi kebutuhan Bio-psiko-sosio-spiritual. Untuk itu seorang perawat harus dapat melakukan proses keperawatan dengan benar dan sesuai standar yang telah ditetapkan mulai dari pengkajian data, diagnosis keperawatan perencanaan keperawatan, pelaksanaan serta evaluasi terhadap kegiatan yang sudah dilakukan dimana semua ini sudah tergambar pada dokumentasi keperawatan yang seharusnya terlampir pada setiap status/rekam medik penderita.

Pelaksanaan Audit Keperawatan ini dapat dalam wadah Komite Keperawatan atau berupa Gugus Kendali Mutu (GKM) di mana suatu saat komite ini akan bertemu dengan Komite Medik dalam diskusi suatu kasus.

#### **IV. Audit Medik dan Keperawatan dalam Pelayanan Rujukan dari Puskesmas dan Rumah Sakit**

Pada dasarnya pelaksanaan Audit Medik dan Audit Keperawatan di Puskesmas dan Rumah Sakit adalah sama, namun secara terpisah boleh dikatakan bahwa Audit Medik di Puskesmas terlihat lebih sederhana, tetapi lebih rumit karena melibatkan masyarakat yang sulit diharapkan akan mematuhi (dalam hal ini paraji dan kader terlatih atau tokoh masyarakat lain), sedang di Rumah Sakit lebih kompleks, namun tidak terlalu banyak melibatkan masyarakat.

Pada dasarnya audit medik dan keperawatan ini akan berhasil optimal apabila komunikasi terjadi dari kedua arah serta masing – masing menyadari tujuan utama dari audit ini dalam rangka meningkatkan mutu layanan. Dengan demikian, bagi Puskesmas maupun Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan rujukan yang telah melaksanakan Audit Medik dan Audit Keperawatan dengan baik akan meningkatkan mutu serta efektivitas pelayanan rujukan.

Dengan mempelajari komponen-komponen ataupun faktor yang mempengaruhi Sistem Rujukan, secara sistematis dan terarah kita dapat mencoba berbagai alternatif upaya pemecahan masalah yang ada dalam masing-masing komponen.

## V. Kesimpulan

1. Audit Medik dan Audit Keperawatan merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit maupun Puskesmas, khususnya dalam pelayanan rujukan.
2. Dengan telah dikeluarkannya Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, dimana pelayanan yang tidak memenuhi standar akan kena sanksi, maka Audit Medik dan Keperawatan akan menjadi penting.
3. Peningkatan mutu layanan sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pemasaran yang akhirnya akan meningkatkan pendapatan, kesejahteraan serta pemenuhan kebutuhan *stakeholder* (seluruh pelaku pelayanan kesehatan).

## VI. Kepustakaan

1. Meisenheimer. 1985. *Quality Assurance A Complete Guide To Effective Programs*. Aspen Publisher, Inc. Maryland
2. Chandler. 1994. *Nursing Care : Theory and Practice*. Churchill Livingstone, Melbourne
3. Stevens. 1991. *Management and Leadership in Nursing*. McGraw-Hill Book Company, Toronto.
4. Jacobalis, Samsi., 1989, *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*, PT.Citra Windu Satria, Jakarta.
5. Juran, J.M., 1995, *Merancang Mutu*, PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta.

6. **Kotler, Philip.**, 1983, *Strate is Marketing for Nonprfit Organizations Cases and Readings 3 ed*, Prentice-Hall International Inc., Englewood, Cliffs, NY.
7. **Mulyadi**, 1998, *Total Quality Management*, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.