

The reconstruction of Maternal Audit with the electronic health information System

(Rekonstruksi Audit Maternal Dengan Sistem Informasi Kesehatan Berbasis Elektronik)

Prita Muliarini

email: drpritamuliarini@yahoo.com

Master of Health Law, University of Muhammadiyah Malang

Abstract: *the maternal audit Program that took place since 2012 as the development of quality improvement efforts and safety of maternal health services is still not by Hope. The maternal audit process itself is lengthy so that there can be certain time gaps in problem-solving, the possibility of changing the contents of the clinic's audit and a verbal autopsy is inaccurate. This research is expected to answer questions and provide solutions for the lack of functioning of the maternal audit in reducing maternal mortality, and generate a comprehensive policy in the effort to reduce maternal mortality by auditing Maternal quality.*

Keywords: *maternal audit, hospital information system*

PENDAHULUAN

Untuk meningkatkan kualitas, aksesibilitas dan kesinambungan pelayanan kesehatan, serta meningkatkan ketersediaan dan kualitas data dan informasi. Pemerintah merasa perlu untuk memberlakukan rekam medik elektronik yang terintegrasi, terstruktur. Pemanfaatan teknologi ini mungkin merupakan jawaban untuk rekonstruksi audit maternal. Program ini telah berlangsung sejak 2012 sebagai pengembangan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan ibu dengan proses menelaah bersama kasus kesakitan dan kematian Ibu. Program ini merupakan pengembangan audit klinis dengan tambahan penggunaan berbagai informasi dan pengalaman berbagai kejadian di lapangan.

Dalam kajian implementasi kebijakan program audit maternal didapatkan kenyataan penurunan angka kematian ibu yang belum sesuai dengan harapan. Audit maternal dirasakan sebagai sesuatu yang rutinitas dengan rekomendasi yang kurang greget. Di sisi lain jika diberlakukan audit maternal yang normative akan didapatkan lebih banyak ketakutan, hilangnya data dan pemalsuan data sehingga sampai saat ini audit maternal menggunakan slogan “Tidak ada yang bersalah”.

Visi misi yang dibawa sebenarnya sangat mulia ialah peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat, tidak hanya petugas kesehatan dalam hal paradigma sehat, penguatan layanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pangarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan preventif promotif dan pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dengan strategi peningkatan akses dan optimalisasi system rujukan. Adapun peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan *continuum of care* dan dan intervensi berbasis risiko. Jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu & kendali biaya.

Sebagaimana luasnya negara kita dengan geografis yang sangat bervariasi maka Angka kematian Ibu perlu diperhatikan karena faktor aksesibilitas merupakan hal pokok penyebab selain peran keluarga dalam menolak tindakan, serta kurangnya kemampuan deteksi dini

permasalahan dalam kehamilan dan persalinan. Oleh karena itu dalam perkembangannya pemerintah Indonesia mengeluarkan *Maternal Death Notification* (MDN) yang merupakan salah satu bentuk solusi untuk mendapatkan data akurat yang kemudian dapat dioleh menjadi metode pengumpulan data yang cepat dan sistematis sehingga dapat segera dilakukan perbaikan. Kelebihan dari MDN dalam bentuk elektronik ialah kemudahan dalam membawa, data yang fixed tidak mudah diubah-ubah siapapun serta lebih dapat dijamin kerahasiaan.

Negara Indonesia dengan luas wilayah terbesarnya adalah laut dengan geografi dan demografi yang sangat bervariasi dan system jaminan kesehatan untuk seluruh rakyatnya, memerlukan system rujukan yang baik terencana terintegrasi terkoordinasi lintas sector, maka penggunaan teknologi informasi jelas sangat diperlukan. Sistem informasi kesehatan inilah yang dapat mempercepat akses, memudahkan pelayanan kesehatan, mempercepat pertolongan, lebih cepat dilakukan evaluasi dan analisa masalah untuk memudahkan memberikan keputusan. Untuk audit maternal dipergunakan model autopsy verbal yang sudah ditetapkan bentuknya dan penetapan supervise, monitoring dan evaluasinya. Aksi yang sedang dilakukan ialah membangun tata kelola dan kepemimpinan berupa komite standarisasi informasi kesehatan, investasi dan strategi yang mencakup mekanisme pertukaran data, pengamanan isi data dan terbatasnya anggaran di banyak fasilitas kesehatan. Strategi pengadaan layanan kesehatan berbasis data dan pembangunan infra struktur dengan konektivitas yang luas. Kesesuaian identitas pasien dan peraturan serta kebijakan terkait elektronik rekam medis dan sistem informasi kesehatan elektronik sedang dalam proses pembenahan.

Tidak dapat disangkal bahwasanya data-data yang dikumpulkan saat terjadi audit maternal merupakan data yang sangat terbuka dan mudah diubah, sehingga faktor sumber daya manusia juga memerlukan perhatian. Audit maternal menurut Departemen Kesehatan adalah suatu kegiatan untuk menelusuri kembali sebab kesakitan dan kematian ibu dengan tujuan mencegah kesakitan dan kematian yang akan datang. Dari kegiatan ini dapat ditentukan:

- Sebab dan faktor-faktor terkait dalam kesakitan / kematian ibu dan perinatal
- Tempat dan alasan berbagi sistem dan program gagal dalam mencegah kematian
- Jenis intervensi yang dibutuhkan

Otopsi verbal adalah informasi tentang sebab kematian digunakan untuk prioritas kesehatan masyarakat, pola penyakit, tren penyakit dan untuk evaluasi dampak upaya preventif ataupun promotif. Berdasarkan otopsi verbal inilah dilakukan audit maternal yang merupakan bentuk dari audit klinis.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kematian ibu dan perinatal, antara lain faktor medis, non-medis, dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor medis meliputi, usia ibu saat hamil, jumlah anak, jarak antara kehamilan, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas (Perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester tiga, persalinan dan pasca persalinan, infeksi, pre-eklamsi, hipertensi akibat hamil, komplikasi akibat partus lama, trauma persalinan), dan keadaan yang memperburuk derajat kesehatan ibu saat hamil (kekurangan gizi dan anemia dan bekerja (fisik) berat selama kehamilan). Faktor non-medis antara lain kurangnya kesadaran ibu untuk mendapat pelayanan antenatal, terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan resiko tinggi, ketidakberdayaan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk,

ketidakmampuan sebagian besar ibu hamil untuk membayar biaya transpor dan perawatan RS. Sedangkan faktor pelayanan kesehatan terdiri atas aspek manajemen yang belum menunjang (belum semua kabupaten/kota memberi prioritas yang memadai untuk program KIA, kurangnya komunikasi dan koordinasi antara dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit dan puskesmas dalam upaya kesehatan ibudan perinatal, belum mantapnya mekanisme rujukan dari puskesmas ke rumah sakit kabupaten/kota atau sebaliknya), keterampilan pemberi pelayanan KIA (belum ditetapkannya prosedur tetap penanganan kasus kegawatdaruratan kebidanan dan perinatal secara konsisten, kurangnya pengalaman bidan di desa yang baru ditempatkan dalam mendeteksi dan menangani ibu/bayi resiko tinggi, kurang mantapnya keterampilan bidan di puskesmas dan bidan praktik klinik swasta untuk ikut aktif dalam jaringan sistem rujukan saat ini, terbatasnya keterampilan dokter puskesmas dalam menangani kegawat daruratan kebidanan dan perinatal, kurangnya alih teknologi tepat guna (yang sesuai dengan permasalahan setempat) dari dokter spesialis rumah sakit kabupaten/kota kepada dokter/bidan puskesmas).

Audit medik menurut the British Government dalam Lembaran Putihnya *Working for Patient* yaitu analisis yang sistematis dan kritis tentang kualitas pelayanan medik, di dalamnya antra lain terdapat kualitas hidup dan luaran (*outcome*) untuk pasien, prosedur yang dipakai untuk mendiagnosis dan mengobati, penggunaan sumber-sumber dengan tujuan pelayanan yang diberikan oleh pasien. Sedangkan menurut Maxwell dalam *British Medical Journal 1984* dan Maresh dalam bukunya *Audit in Obstetrics and Gynaecology* dikatakan dimensi pelayanan mencakup (1) Pelayanan yang efektif, satu kondisi telah dikelola dengan luaran yang dapat diterima; (2) Pelayanan yang aman, satu kondisi yang telah dikelola dengan komplikasi yang minimum; (3) Kepuasan pasien, pasien telah dikelola secara efektif dan aman; (3) Pelayanan yang efisien, sumber-sumber yang ada telah dimanfaatkan sebaik mungkin; (4) Pelayanan yang Equitable, pelayanan dapat diberikan secara umum kepada siapa saja; (5) Relevan bagi masyarakat, pelayanan kesehatan harus dihubungkan dengan penyediaan pelayanan secara keseluruhan dan tidak hanya pada sekelompok orang; dan (6) *Quality assurance*, sinonim dari audit medik dapat disebut sebagai komponen kunci satu pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Audit maternal yang baik dan berkualitas sangat tergantung dari kejujuran, keterbukaan, dan kemauan sehingga didapatkan audit maternal sesuai dengan fungsinya sebagai audit klinis. Tiga persyaratan Audit Medik yang perlu dipenuhi, yaitu:

1. Audit permasalahan Medik, komponen penting dalam quality assurance dan merupakan bagian dasar dalam proses pengelolaan. Semua aktifitas medik dapat di audit, semua aktifitas yang berhubungan dengan dokter diembel-embeli kata medik dan karena menyangkut pula keperawatan maka dapat disebut sebagai audit klinik. Data yang perlu disiapkan adalah seluruh Pedoman Praktik Klinis, SPO, algoritma yang berhubungan dengan penatalaksanaan maternal. Data-data tentang identitas dan kronologis haruslah tertulis lengkap, jelas dan benar tanpa hal yang ditutupi dan dihilangkan karena menyebabkan rancunya proses analisa,
2. Sistematis, harus secara sistematis karena tidak semua kegiatan dapat diaudit secara bersamaan. Subjek yang akan diaudit harus dipelajari secara cermat, audit dilakukan secara ilmiah seperti penelitian klinik. setiap bagian dari kronologis perlu dicermati dan jika perlu dilakukan rekonstruksi sehingga didapatkan gambaran kejadian yang jelas.

3. Kritis, diperlukan *review* oleh *peer group*. Peserta audit harus mengerti atas keadaannya dan harus berani mengungkapkan kenyataan yang ada. Siapa saja yang ikut audit tidak boleh merasa terancam karena kesalahan bukan semata kesalahan perseorangan tetapi kesalahan sistem. Jika audit dilakukan secara benar maka semua permasalahan akan terungkap. Kasus yang sifatnya sangat pribadi dapat dilakukan audit tersendiri.

Pada satu audit diperlukan dua atau lebih dokter spesialis senior agar audit mendengarkan pula pendapat para junior. Audit harus lebih menonjolkan fakta (*evidence*) ketimbang ideologi atau opini seorang ahli sekalipun. Audit maternal didapatkan beberapa keadaan sebagai penyebab langsung maupun tidak langsung dari kematian Ibu, yaitu (1) Masalah yang berhubungan dengan pasien (perempuan dan lingkungannya), misal pengetahuan, pengaruh keluarga pada perilaku perempuan, pengaruh lingkungan/masyarakat disekitar perempuan, misal ada tidaknya telepon untuk memanggil ambulans atau tekanan dari masyarakat untuk lebih baik pergi ke dukun; (2) Masalah Administratif dan koordinasi lintas sektor, misal transportasi, kendala untuk mencapai pusat pelayanan kesehatan, tidak adanya fasilitas, kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih, komunikasi; (3) Pelayanan Standar Kesehatan, antara lain pelayanan antenatal, pelayanan antepartum, pelayanan postpartum, kedaruratan, resusitasi, anestesi; (4) Informasi yang Hilang, misal : tidak adanya catatan medis , tidak adanya pedoman praktik klinik, tidak adanya regulasi system rujukan, adanya pelanggaran disiplin, adanya pelanggaran etika; dan (5) Tidak adanya informed consent.

Audit maternal perinatal juga dapat berfungsi sebagai alat pemantauan dan sistem rujukan. Agar fungsi ini berjalan dengan baik, maka dibutuhkan Pengisian rekam medis yang lengkap dengan benar di semua tingkat pelayanan kesehatan, Pelacakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas dengan cara otopsi verbal, yaitu wawancara kepada keluarga atau orang lain yang mengetahui riwayat penyakit atau gejala serta tindakan yang diperoleh sebelum penderita meninggal sehingga dapat diketahui perkiraan sebab kematian. Pencatatan pada Tingkat puskesmas, rekam medis puskesmas itu sendiri, Formulir R9 (formulir rujukan maternal dan perinatal yang digunakan puskesmas, bidan desa maupun bidan swasta saat merujuk kasus ibu maupun perinatal), dan Form OM (otopsi verbal maternal), untuk otopsi verbal ibu hamil/bersalin/nifas yang meninggal dan untuk mengisi formulir tersebut dilakukan wawancara terhadap keluarga yang meninggal oleh tenaga puskesmas. Pada tingkat rumah sakit di kabupaten/kota, formulir yang dipakai adalah Form MP, formulir maternal yang di dalamnya merupakan catatan data dasar semua ibu bersalin /nifas dan perinatal yang masuk ke rumah sakit, dan Form MA (formulir *medical audit*) yang merupakan catatan hasil/kesimpulan dari audit maternal maupun audit perinatal.

Pelaporan hasil kegiatan dilakukan secara berjenjang, yaitu: (1) Laporan dari RS kabupaten/kota ke dinas kesehatan, Laporan bulanan ini berisi informasi mengenai kesakitan dan kematian (serta sebab kematian) ibu dan bayi baru lahir bagian kebidanan dan penyakit kandungan serta bagian anak; (2) Laporan dari puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota, Laporan bulanan ini berisi informasi yang sama seperti diatas ,dan jumlah kasus yang dirujuk ke RS kabupaten/kota; (3) Laporan dari dinas kesehatan kabupaten/kota ketingkat propinsi, Laporan triwulan ini berisi informasi mengenai kasus ibu dan perinatal ditangani oleh RS kabupaten /kota, puskesmas dan unit pelayanan KIA lainnya ,serta tingkat kematian dari tiap jenis komplikasi atau gangguan, laporan merupakan rekapitulasi dari form MP dan form R, yang diusahakan agar tidak terjadi duplikasi pelaporan untuk kasus yang dirujuk ke RS.

Pada tahap awal, jenis kasus yang dilaporkan adalah komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu maternal dan perinatal. Melihat tahapan yang begitu panjang dalam pencatatan dan pelaporan maka dapat dipastikan adanya kesenjangan waktu dalam penyelesaian masalah, kemungkinan terjadinya perubahan isi audit klinik dan otopsi verbal yang tidak akurat.

PERUMUSAN MASALAH

Pertanyaan dalam penelitian ini adalah bagaimana rekonstruksi audit maternal yang secara legal formal melindungi keselamatan maternal dan meningkatkan mutu pelayanan maternal. Penelitian ini diharapkan dapat menjawab pertanyaan dan memberikan solusi penyebab kurang berfungsinya audit maternal dalam menurunkan angka kematian ibu, bagaimana meningkatkan/merekonstruksi audit maternal sehingga lebih dapat memberikan rekomendasi yang tepat, cepat, dan akurat, serta dapat menjadi sumber data bagi penelitian selanjutnya dan membuahakan kebijakan yang komprehensif dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dengan audit maternal yang bermutu.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bermaksud memahami fenomena tentang pencatatan, pelaporan dan penelaahan audit maternal perinatal, terjadinya pencatatan yang kurang lengkap didapatkan adanya perilaku yang bervariasi, persepsi yang bervariasi dalam pembuatan laporan audit maternal serta motivasi dan tindakan yang menyebabkan ketidaklengkapan materi audit maternal. Penelitian lain sebelumnya mendapatkan berbagai faktor penyebab lambatnya pencatatan pelaporan dan pada penelitian ini dibahas tentang berbagai factor penyebab langsung dan tidak langsung kematian Ibu yang sebagian besar merupakan factor non medis dan penyebab medis sulit ditemukan karena keterbatasan pencatatan medis, kurangnya daya ingat petugas terhadap peristiwa yang sudah lampau sehingga audit maternal tidak dapat memberikan rekomendasi secara spesifik tentang perbaikan pelayanan kesehatan maternal.

Penelitian yang dilakukan di Kota Malang dengan metode wawancara terhadap 4 dokter spesialis kandungan dan kebidanan dan 20 bidan. Penelitian ini mencoba mencari bentuk audit maternal yang secara legal formal melindungi keselamatan maternal dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

PEMBAHASAN

Dalam kajian penelitian telah didapatkan hasil, bahwasanya penyebab kematian Ibu ialah:

1. Faktor medis

Faktor medis dalam hal ini ialah factor risiko medis yang ada pada ibu hamil tersebut. Faktor ini seharusnya dapat ditemukan pada saat ibu mulai melakukan pemeriksaan kehamilan dan tertulis dalam rekam medis di fasilitas kesehatan yang menangani serta di buku Kesehatan Ibu dan Anak. Selanjutnya petugas kesehatan melengkapi asesmen dalam rekam medisnya secara lengkap sesuai dengan perundang-undangan berupa asesmen biopsikososio-kultural dan ekonomi.

Dalam penatalaksanaan selanjutnya petugas kesehatan merencanakan penatalaksanaan sesuai dengan standart profesionalisme secara baku dan melakukan koordinasi lintas sector jika diperlukan penanganan lintas sector.

2. Faktor non medis

Factor non medis yang sering ditemukan dalam audit maternal ialah pembiayaan, - kepercayaan dan budaya, dan gender. Dalam menghadapi permasalahan ini yang sudah diketahui sejak pemeriksaan kehamilan maka petuga kesehatan sudah mempersiapkan data lengkap berupa heteroanamnesa dengan pendekatan sosiokultural dan mempersiapkan penanganan lintas sektoral kepada pemuka masyarakat dan aparat setempat. Kajian mengenai hal ini merupakan kajian biopsikososiokultural dan ekonomi dalam asesmen rekam medis yang dalam audit maternal banyak mengisi otopsi verbal.

3. Faktor pelayanan kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan mencakup sarana dan prasarana fasilitas kesehatan, kemampuan dan kinerja petugas kesehatan, koordinasi lintas sektor penunjang pelayanan kesehatan, hilangnya data yang berhubungan dengan informasi terkait pelayanan kesehatan yang pernah diterima oleh ibu hamil.

4. Faktor system rujukan

Hal lain yang tak kalah pentingnya dalam permasalahan audit mtrenal ialah system rujukan, merupakan bagian dari making pregnancy safer yang merupakan program lintas sektor, integratif , koordinatif dan sangat bervariasi di tiap daerah.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan Pasal 3 menyatakan Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Pasal 4 ayat (1) Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pasal 4 ayat (2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pasal 4 ayat (3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Pasal 4 ayat (4) Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pasal 4 ayat (5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis.

Pada peraturan yang sama, Pasal 10 menyatakan bahwa Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (4) dilakukan: (a) apabila permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya; (b) kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut; (c) pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau d. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Pasal 11 ayat (1) Setiap pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Pasal 11 ayat (2) Alasan yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya, atau geografis.

Pasal 12 ayat (1) Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya. Pasal 12 ayat (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang. Pasal 12 ayat (3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi: (a) diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan; (b) alasan dan tujuan dilakukan rujukan; (c) risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan; (d) transportasi rujukan; dan e. risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.

Pasal 13 menyatakan bahwa pPerujuk sebelum melakukan rujukan harus: (a) melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan; (b) melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan (c) membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.

Pasal 14 menyatakan dalam komunikasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b, penerima rujukan berkewajiban: (a) menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan; dan (b) memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien.

Pasal 15 menyatakan bahwa Surat pengantar rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf c sekurang-kurangnya memuat: identitas pasien; hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan; diagnosis kerja; terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan; tujuan rujukan; dan nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

Pasal 16 ayat (1) Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi. Pasal 16 ayat (2) Pasien yang memerlukan asuhan medis terus menerus harus dirujuk dengan ambulans dan didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pasal 16 ayat (3) Dalam hal tidak tersedia ambulans pada fasilitas pelayanan kesehatan perujuk, rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain yang layak.

Pasal 17 ayat (1) Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diterima oleh penerima rujukan. Pasal 17 ayat (2) Penerima rujukan bertanggung jawab untuk melakukan pelayanan kesehatan lanjutan sejak menerima rujukan. Pasal 17 ayat (3) Penerima rujukan wajib memberikan informasi kepada perujuk mengenai perkembangan keadaan pasien setelah selesai memberikan pelayanan.

Pasal 20 ayat (1) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pasal 20 ayat (2) Kepala dinas kesehatan provinsi dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat kedua. (3) Menteri bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Pasal 20 ayat (4) Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi dan kepala dinas kesehatan

kabupaten/kota mengikutsertakan asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan. Pasal 20 ayat (5) Dalam rangka melakukan pengawasan, Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi dan kepala dinas kabupaten/kota dapat mengambil tindakan administratif sesuai dengan kewenangan masing-masing. Pasal 20 ayat (6) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat berupa teguran lisan, teguran tertulis, atau pencabutan izin praktik tenaga kesehatan dan/atau izin fasilitas pelayanan kesehatan.

Sistem rujukan merupakan system lintas sektoral yang membutuhkan koordinasi yang cepat, tepat, akurat dan berbasis bukti sehingga dalam pelaksanaannya sangatlah baik jika menggunakan elektronik.

Dalam rangka mengupayakan perbaikan dalam pencatatan dan pelaporan audit maternal diperlukan suatu system pelaporan yang cepat dan akurat yang juga menunjukkan adanya ketetapan dalam bertindak sesuai dengan standart pelayanan medis melalui rekam medis yang tepat, benar, jelas dan akurat. Rekam medis ini sebaiknya merupakan rekam medis asli atau foto copy yang dilegalisir serta bukan merupakan rekam medis baru.

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya yang terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan dan Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1)).

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja. Secara umum rekam medis berguna sebagai: (1) sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien; (2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien; (3) Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit; (4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien; (5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya; (6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan. (7) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien; (8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

Pasal 5 Permenkes nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam menyatakan bahwa: (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis; (2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan; (3) Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; (4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi

nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung; (5) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.

Pada Pasal 13 peraturan yang sama menyatakan bahwa (1) Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran, dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi, keperluan pendidikan dan penelitian, dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan, dan data statistik kesehatan; (2) Pemanfaatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya; dan (3) Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.

Pasal 10 menyatakan (1) Informasi tentang identitas diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan; (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan, permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri, permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan, dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien; (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Otopsi verbal adalah suatu metode untuk mengetahui penyebab kematian melalui wawancara dengan anggota keluarga mengenai tanda-tanda dan gejala-gejala yang muncul sebelum seseorang meninggal, dengan menggunakan kuesioner yang telah terstandar. Tujuan utama otopsi verbal adalah untuk mengidentifikasi jumlah dan penyebab kematian pada masyarakat di mana tidak terdapat atau kurangnya pencatatan angka kematian berdasar sertifikasi medik.

Otopsi verbal di Indonesia diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan NOMOR 15 TAHUN 2010, NOMOR 162 /MENKES/PB/II/2010 pasal 6 yang menyatakan bahwa Setiap kematian yang terjadi diluar fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan penelusuran penyebab kematian. Penelusuran penyebab kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan metode autopsi verbal. Autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh dokter. Dalam hal tidak ada dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (3) autopsi verbal dapat dilakukan oleh bidan atau perawat yang terlatih. Autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) atau ayat (4) dilakukan melalui wawancara dengan keluarga terdekat dari almarhum atau pihak lain yang mengetahui peristiwa kematian. Pelaksanaan autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikoordinasikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah setempat.

Otopsi verbal dapat dijadikan suatu alternatif terhadap sistem pencatatan angka kematian yang kurang baik pada suatu wilayah. Hal ini disebabkan, selain dapat mengidentifikasi jumlah dan penyebab kematian, otopsi verbal juga dapat memberikan data tentang karakteristik dasar seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dll orang yang meninggal, serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian sehingga instansi kesehatan suatu

negara dapat menentukan prioritas dan menentukan intervensi yang tepat. Otopsi verbal sebagai bagian dari rekam medik pada kasus kematian maternal, dalam proses penulisannya masih mempunyai kelemahan karena sebagian datanya merupakan keterangan yang didapatkan dengan penulisan kronologis retrospektif. Hal ini mempunyai kelemahan dalam beberapa hal antara lain daya ingat tenaga kesehatan, petugas lintas sector, persepsi, daya ingat dan keengganan keluarga pasien (karena pasien sudah meninggal), sentiment pribadi keluarga pasien, dapat memicu timbulnya niat untuk melakukan gugatan, kesempatan rekayasa oleh petugas yang ikut dalam pelayanan pasien, kesempatan rekayasa oleh tim audit fasilitas kesehatan.

Untuk memperbaiki dan mengoptimalkan fungsi otopsi verbal sebagai bagian penting dari sebuah proses analisa dalam audit maternal maka diperlukan rekam medis yang baik, jelas, lengkap yang memenuhi semua criteria rekam medis dalam Permenkes no 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis dan UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004, serta Peraturan Menteri Kesehatan RI no 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Dalam sebuah audit maternal, otopsi verbal maternal dapat dimiripkan fungsinya dengan rekam medis tetapi berisi hal-hal yang lebih lengkap mengenai penyebab tidak langsung, melengkapi asesmen awal dan lanjutan di tiap fasilitas kesehatan yang melayani kasus tersebut. Otopsi verbal maternal terkadang memerlukan waktu yang lama dalam pengisian secara lengkap karena membutuhkan pendekatan pada keluarga pasien, lintas sektoral berupa tokoh masyarakat, tetangga bahkan aparat yang membantu dalam proses rujukan.

Rekam medis sebagai suatu berkas dokumen mempunyai dua bentuk/jenis, yaitu rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik. Rekam medis konvensional, seperti sudah disebutkan diawal, merupakan suatu tulisan/ catatan/dokumentasi yang secara kronologis dan sistematis menggambarkan dan menerangkan riwayat kesehatan penyakit seseorang. Sedangkan definisi baku untuk rekam medis elektronik belumlah ada. Namun apabila melihat pengertian sistem elektronik dan informasi elektronik, maka rekam medis elektronik dapat didefinisikan sebagai suatu berkas dokumen elektronik yang berisikan riwayat perjalanan kesehatan seseorang. Dalam pelaksanaannya, seperti juga suatu sistem informasi elektronik lainnya, akan memerlukan suatu proses peng-input-an data dan untuk mengakses-nya kembali memerlukan suatu bentuk kode pengaksesan yang harus bersifat individual untuk menjamin kerahasiaan. Jelas ada perbedaan antara rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik, sehingga kekuatan pembuktian dari keduanya akan berbeda. Di dalam Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, memang telah disebutkan mengenai terdapatnya dua jenis rekam medis yaitu rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik. Namun mengenai rekam medis elektronik ini, tidaklah diatur secara lengkap dan terperinci. Di dalam Pasal 2 ayat (2) Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik akan diatur lebih lanjut dalam suatu peraturan tersendiri. Peraturan tersendiri tersebut sampai saat ini belumlah ada. Padahal keperluannya sangatlah mendesak, hal ini didasari karena banyak rumah sakit (terutama di kota-kota besar di Indonesia) yang mulai menggunakan rekam medis elektronik (*electronic medical record – eMR*) karena perkembangan teknologi dan informasi serta tuntutan perbaikan mutu pelayanan kesehatan. Alasan lain untuk menggunakan rekam medis elektronik ini adalah pertimbangan *business-marketing* (contoh dengan menggunakan rekam medis elektronik juga membawa konsekuensi terhadap efisiensi tempat penyimpanan berkas serta menjadi ramah lingkungan [karena status

paperless]). Hal lain yang juga penting, yang mendasari pemikiran bahwa keperluan peraturan tersebut mendesak, adalah peran rekam medis sebagai suatu berkas alat bukti tertulis yang sah dalam pembuktian masalah-masalah hukum, etik dan disiplin. Peran fungsi ini dengan jelas disebutkan sebagai salah satu manfaat dari rekam medis dalam Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Maka dari itu, suatu rekam medis, baik konvensional maupun elektronik, harus dipastikan dapat digunakan sebagai alat bukti tertulis yang sah. Dalam lalu lintas keperdataan, alat bukti tulisan merupakan salah satu dari lima alat bukti yang sah. Hal ini sesuai dengan Pasal 1866 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, dan alat bukti tulisan (berkas/surat) merupakan alat bukti yang utama. Kemudian dalam ruang lingkup hukum pidana, surat juga merupakan salah satu dari lima alat bukti yang sah. Hal ini sesuai dengan apa yang tercantum di dalam Pasal 183 dan 184 Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, dalam pembuktian suatu perkara, dibutuhkan minimal 2 alat bukti yang sah, serta keyakinan hakim. Hal ini sesuai dengan sistem pembuktian yang berlaku di Indonesia yaitu pembuktian menurut undang-undang secara negatif (*negatief wettelijk stelsel*). Di dalam sistem ini, seperti sudah disebutkan sebelumnya, kesalahan seseorang (terdakwa) ditentukan oleh adanya keyakinan hakim yang didasarkan kepada cara dan alat bukti yang ditentukan sesuai dengan undang-undang yang berlaku.

Rekam medis harus dibubuhi identitas nama dari dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang mengisi berkas tersebut, waktu pengisiannya dan kemudian harus ditandatangani. Keaslian suatu alat bukti tulisan dapat menjadi masalah apabila tidak jelas payung hukumnya. Sehubungan dengan hal ini, untuk rekam medis elektronik, akan memerlukan pedoman peraturan yang jelas mengenai penggunaannya. Tanda tangan elektronik, misalnya, yang meskipun sudah disebutkan definisinya dalam Undang-Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, namun masih menunggu pengaturan lebih lanjut, dalam bentuk Peraturan Pemerintah untuk pelaksanaannya.

Dengan adanya rekam medis yang baik, lengkap, jelas dan akurat diharapkan analisa permasalahan dapat terlihat dengan jelas pada saat dilakukan audit klinis di tiap fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan terhadap kasus kematian Ibu.

Kementerian Kesehatan lewat Peraturan Menteri Kesehatan no.755/MENKES/PER/IV/2011 tentang penyelenggaraan komite medik rumah sakit mendefinisikan audit medis sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis. Tujuan audit medis terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, adalah tercapainya pelayanan prima di rumah sakit. Kegiatan audit medis dilakukan untuk mengevaluasi mutu pelayanan medis, untuk mengetahui penerapan standar pelayanan medis, untuk melakukan perbaikan-perbaikan upelayanan medis sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis.

Dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahasakitan, pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai 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 (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak

mempermalukan (*no shaming*). Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit 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. Dalam pengertian audit medis tersebut di atas, rumah sakit, komite medik atau masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu: sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit; sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki; sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/ modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), baik secara perorangan maupun kelompok. Hal ini dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dapat merupakan kegiatan yang berbentuk siklus sebagai upaya perbaikan yang terus menerus.

Audit medis adalah produk peradaban Eropa. Sebuah tulisan lama dari Shaw dan Costain (1989) menuliskan secara jelas definisi audit medis sebagai pendekatan sistematis untuk menelaah pelayanan medis untuk mengidentifikasi peluang peningkatan mutu dan menyediakan teknik yang tepat untuk mengidentifikasi peluang tersebut. Audit medis ditekankan hanya untuk pelayanan medis, sementara audit klinis dapat lebih luas dari audit medis karena dapat melibatkan pelayanan keperawatan dan profesi yang lain. Djasri (2012) dari Universitas Gadjah Mada menulis bahwa audit klinis adalah suatu telaah kritis dan sistematis terhadap mutu pelayanan klinis, termasuk prosedur diagnosis dan terapi, penggunaan sumber daya rumah sakit, dan *outcome* serta kualitas hidup pasien. Sejalan dengan Shaw dan Costain (1989), Kementerian Kesehatan lewat Peraturan Menteri Kesehatan no. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik Rumah Sakit memilih untuk mendefinisikan audit medis sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Di Indonesia, audit medis bukanlah istilah yang nyaman untuk didiskusikan dengan para dokter dan dokter spesialis. Penyelenggaraan audit maternal perinatal versi lama maupun kegiatan lain yang diberi tajuk audit di dinas kesehatan nampaknya juga berkontribusi dalam hal ini. Sering dalam kegiatan audit ini dilakukan semacam “penghakiman” kepada dokter atas apa yang terjadi dengan pasien. Audit di bidang lain pun tak luput dari cap serupa. Dengan metode audit yang akan dijelaskan di bawah ini, diharapkan stigma para klinisi terhadap audit dapat sedikit demi sedikit terkikis dan peran audit sebagai salah satu alat penting pengendalian mutu dapat meningkat.

Siklus Audit

Shaw dan Costain (1989) mengemukakan bahwa audit medis menyediakan metode yang lebih sistematis dan terperinci dibandingkan misalnya presentasi kasus kematian maupun ronde besar bersama di ruang rawat inap. Tahun dua ribu lima Kementerian Kesehatan pernah menerbitkan keputusan mengenai penyelenggaraan audit medis. Audit medis dalam keputusan menteri kesehatan ini dibagi menjadi *first party* audit dan *second party* audit.

Saat ini, metode ini sudah tidak dipakai. Walau demikian, siklus audit yang dipakai masih sama seperti di bawah ini.

Siklus audit ada enam langkah. Langkah pertama adalah pemilihan topik audit, dilanjutkan dengan penetapan kriteria dan standar, pengumpulan data, analisis data, menetapkan perubahan, dan terakhir reaudit. Siklus ini terus berulang dan setiap kali reaudit harus ada penilaian apakah pada saat ini pencapaian performa klinis sudah lebih baik dibandingkan dengan saat audit periode yang lalu. Siklus audit medis digambarkan dalam gambar 1 di bawah ini.

Pemilihan Topik

Pemilihan topik audit merupakan langkah awal yang penting dalam audit medis. Pemilihan topik audit dapat ditentukan dari rapat komite medis, rapat komite medis dengan direksi rumah sakit, maupun mekanisme lain yang melibatkan komite medis. Kebiasaan yang berlaku adalah memprioritaskan kasus-kasus dengan ciri high volume, high risk, dan high cost. Dapat pula ditambahkan dalam daftar kriteria tersebut beberapa kondisi lain misalnya kerawanan terhadap complain, problem prone, masukan dari direksi, dan data penyimpangan lain.

Topik audit selain merupakan diagnosis juga dapat merupakan prosedur tertentu, misalnya sectio caesaria, Bila rumah sakit mempunyai clinical pathway, audit medis dapat dipakai untuk menilai clinical pathway tersebut. Bila topik telah ditetapkan, susunlah dokumen sederhana mulai dari latar belakang, rasionalitas pemilihan topik, dan fakta lain misalnya ketersediaan guideline atau standar lain.

Setelah topik audit ditetapkan, komite medis dapat membuat tim untuk melaksanakan audit. Tim ini sebaiknya diketuai oleh ketua subkomite mutu dan beranggotakan dokter dengan reputasi yang baik di rumah sakit tersebut. Selain para dokter, tim audit ini sebaiknya juga beranggotakan perekam medis dalam jumlah yang cukup karena sebagian besar pengumpulan data nanti akan bersumber dari rekam medis.

Penetapan Kriteria dan Standar

Penetapan kriteria dan standar ini tidak harus selalu mengacu pada standar yang sudah ada. Bila rumah sakit telah mempunyai panduan praktek klinis (dulu sering disebut standar pelayanan medis) atau clinical pathway, maka kriteria dan standar dapat diambil dari dokumen tersebut. Kriteria adalah bukti yang diperlukan dan harus ada bahwa pasien telah diberi pelayanan pada taraf seoptimal mungkin. Standar adalah baku nilai yang menjelaskan kriteria tersebut. Usahakan membuat kriteria dan standar mulai dari input, proses, dan output. Dapat juga kriteria dibuat mulai dari proses penegakan diagnosis, proses terapi, dan luaran pasien. Shaw dan Costain (1989) memberikan pendapat bahwa kriteria audit ini harus mencakup prosedur diagnostik, prosedur terapi, manajemen kondisi klinis tertentu, dan, bila mungkin, pengukuran luaran.

Pengumpulan Data

Agak berbeda dengan definisi audit medis pada Permenkes, pengumpulan data pada audit sebenarnya bisa retrospektif (dari rekam medis) maupun prospektif (pengamatan langsung). Bias pada penelitian prospektif tentu lebih mudah terjadi karena klinis tahu sedang diamati untuk audit. Dengan demikian, studi retrospektif melalui berkas rekam medis lebih disukai. Williams (1996) telah mengingatkan bahwa pengumpulan data dapat menjadi pekerjaan yang melelahkan dan menjemukan. Data tidak akan menjadi informasi

apabila data tersebut tidak bisa menjawab secara spesifik permasalahan yang mengemuka. Oleh sebab itu, kriteria dan standar yang telah disusun pada langkah selanjutnya perlu dirumuskan menjadi pertanyaan yang spesifik.

Salah satu contoh dari kriteria dan standar di atas, yaitu pemeriksaan darah rutin pada kelompok kriteria penegakan diagnosis dapat diubah menjadi pertanyaan spesifik sebagai berikut: "Apakah pemeriksaan darah rutin dilakukan dalam rangkaian pemeriksaan pasien?". Untuk memudahkan rekapitulasi data, buatlah tabel dalam spreadsheet atau alat bantu lain seperti contoh dalam tabel berikut ini. Berikan kode "1" bila ada data dalam rekam medis bahwa kriteria tersebut dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Kode "2" diberikan bila ada data bahwa kriteria tersebut dilakukan namun tidak ada bukti sesuai standar. Kode "3" diberikan bila tidak ada bukti apapun pada rekam medis bahwa kriteria tersebut dilakukan.

Analisis Data

Analisis data ini adalah bagian yang cukup rumit dan krusial dalam audit medis. Analisis data harus dilakukan oleh dokter yang berkompeten dalam masalah ini dan perlu dimulai dengan pemeriksaan silang analisis penyimpangan. Analisis harus memastikan bahwa penyimpangan yang dicatat oleh petugas data (asisten) adalah benar penyimpangan, bukan sekedar kesalahan pencatatan. Walaupun bukan merupakan penelitian, analisis harus dimulai dengan analisis seluruh kejadian mengenai pasien. Diharapkan otopsi verbal maternal yang diambil sudah menggambarkan kronologis. Setelah langkah-langkah tersebut dilakukan, mulailah dengan melihat dan menganalisis penyimpangan.

Buatlah deskripsi-deskripsi mengenai penyimpangan dan kepatuhan. Membuat persentase kepatuhan dan penyimpangan untuk masing-masing kriteria akan membantu mengarahkan ke mana analisis lanjutan harus dilakukan. Apabila deskripsi sudah dilakukan, mulailah menganalisis pada kelompok-kelompok pasien atau pada kondisi-kondisi apa saja penyimpangan tersebut terjadi. Tahap ini sering disebut pencarian pola penyimpangan.

Terakhir, gunakan alat bantu untuk menganalisis penyebab penyimpangan ini terjadi. Diagram tulang ikan bisa digunakan untuk mencari faktor-faktor yang berkontribusi dalam terjadinya penyimpangan ini. Berhati-hatilah mempergunakan diagram tulang ikan karena analisis bisa terjebak dalam banjir kemungkinan faktor yang berkontribusi. Buatlah kesimpulan mengenai hasil analisis ini dan komunikasikan dengan sejawat lain dengan elegan bersama dengan rencana perubahan yang diuraikan di bawah ini.

Merencanakan Perubahan

Williams (1996) menulis bahwa bagian paling penting dalam audit medis adalah implementasi perubahan menuju peningkatan mutu klinis. Hal ini sesuai dengan tujuan audit yang telah dijelaskan di atas. Muncul masalah mengenai bagaimana perubahan ini diimplementasikan. Pertama, hendaknya analisis data yang telah disimpulkan tersebut dijadikan dasar dalam membuat plan of action atau rencana tindak lanjut (RTL). Rencana tindak lanjut ini sebaiknya disusun bersama oleh pihak-pihak yang berkompeten dan berkepentingan terhadap hasil audit ini. Batas waktu implementasi perubahan ini juga sebaiknya dikerjakan dalam lingkup waktu yang spesifik dan terukur.

Komunikasi yang elegan antara pelaksana audit dan sejawatnya sangat menentukan keberhasilan tahap perencanaan dan implementasi perubahan ini. Untuk merencanakan perubahan dapat dipergunakan metode Root Cause Analysis untuk mengetahui factor-faktor yang menyimpang dan grading penyimpangan sehingga dapat dilakukan pengambilan

keputusan untuk pemilihan rencana tindak lanjut yang paling berdampak meningkatkan akselerasi penurunan angka kematian Ibu.

Reaudit

Prosedur reaudit sama dengan prosedur audit kecuali tentu pemilihan topik, kriteria, dan standar. Hasil reaudit seharusnya lebih baik daripada hasil audit sebelumnya karena reaudit dilakukan setelah implementasi perubahan dilakukan. Apabila hasilnya sama saja, analisis dan perencanaan perubahan perlu diperbaiki lebih lanjut.

Audit medis yang ditulis secara kronologis menjadi dasar analisa audit maternal. Data yang terkumpul berasal dari rekam medis berbagai fasilitas kesehatan yang telah menangani pasien, data sosiodemografi yang akurat dengan segala upaya yang telah dilakukan keluarga, aparat dan masyarakat untuk membantu pasien mendapatkan layanan kesehatan terbaik yang tertulis dalam otopsi verbal maternal. Saat ini belum didapatkan Sistem Informasi Kesehatan yang tepat cepat akurat yang dapat membantu dengan cepat tepat dan akurat audit maternal, hal ini disebabkan oleh karena dalam pelaksanaannya sistem informasi kesehatan di Indonesia memiliki permasalahan yang cukup kompleks, Permasalahan mendasar Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia saat ini antara lain :

Faktor Pemerintah

- a. Standar SIK belum ada sampai saat
- b. Pedoman SIK sudah ada tapi belum seragam
- c. Belum ada rencana kerja SIK nasional
- d. Pengembangan SIK di kabupaten atau kota tidak seragam

Fragmentasi

Terlalu banyak sistem yang berbeda-beda di semua jenjang administrasi (kabupaten atau kota, provinsi dan pusat), sehingga terjadi duplikasi data, data tidak lengkap, tidak valid dan tidak connect dengan pusat. Kesenjangan aliran data (terfragmentasi, banyak hambatan dan tidak tepat waktu).

Sistem informasi rumah sakit tidak dapat lepas kaitannya dengan sistem informasi kesehatan karena sistem ini merupakan aplikasi dari sistem informasi kesehatan itu sendiri. Dalam melakukan pengembangan SIRS, pengembang haruslah bertumpu dalam 2 hal penting yaitu "*Kriteria dan kebijakan pengembangan SIRS*" dan "*sasaran pengembangan SIRS*" tersebut. Adapun kriteria dan kebijakan yang umumnya dipergunakan dalam penyusunan spesifikasi SIRS adalah sebagai berikut: SIRS harus dapat berperan sebagai subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional dalam memberikan informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu.

SIRS harus mampu mengaitkan dan mengintegrasikan seluruh arus informasi dalam jaringan Rumah Sakit dalam suatu sistem yang terpadu.

SIRS dapat menunjang proses pengambilan keputusan dalam proses perencanaan maupun pengambilan keputusan operasional pada berbagai tingkatan.

1. SIRS yang dikembangkan harus dapat meningkatkan daya-guna dan hasil-guna terhadap usaha-usaha pengembangan sistem informasi rumah sakit yang telah ada maupun yang sedang dikembangkan.
2. SIRS yang dikembangkan harus mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan perkembangan dimasa datang.

3. Usaha pengembangan sistem informasi yang menyeluruh dan terpadu dengan biaya investasi yang tidak sedikit harus diimbangi pula dengan hasil dan manfaat yang berarti (*rate of return*) dalam waktu yang relatif singkat.
4. SIRS yang dikembangkan harus mampu mengatasi kerugian sedini mungkin.
5. Pentahapan pengembangan SIRS harus disesuaikan dengan keadaan masing-masing subsistem serta sesuai dengan kriteria dan prioritas.

SIRS yang dikembangkan harus mudah dipergunakan oleh petugas, bahkan bagi petugas yang awam sekalipun terhadap teknologi komputer (*user friendly*). SIRS yang dikembangkan sedapat mungkin menekan seminimal mungkin perubahan, karena keterbatasan kemampuan pengguna SIRS di Indonesia, untuk melakukan adaptasi dengan sistem yang baru.

Pengembangan diarahkan pada subsistem yang mempunyai dampak yang kuat terhadap pengembangan SIRS. Atas dasar dari penetapan kriteria dan kebijakan pengembangan SIRS di atas, selanjutnya ditetapkan sasaran pengembangan sebagai penjabaran dari Sasaran Jangka Pendek Pengembangan SIRS, sebagai berikut:

- Memiliki aspek pengawasan terpadu, baik yang bersifat pemeriksaan atau pengawasan (*auditable*) maupun dalam hal pertanggungjawaban penggunaan dana (*accountable*) oleh unit-unit yang ada di lingkungan rumah sakit.
- Terbentuknya sistem pelaporan yang sederhana dan mudah dilaksanakan, tetapi cukup lengkap dan terpadu.
- Terbentuknya suatu sistem informasi yang dapat memberikan dukungan akan informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu melalui dukungan data yang bersifat dinamis.
- Meningkatkan daya-guna dan hasil-guna seluruh unit organisasi dengan menekan pemborosan.
- Terjaminnya konsistensi data.
- Orientasi ke masa depan.

Pendayagunaan terhadap usaha-usaha pengembangan sistem informasi yang telah ada maupun sedang dikembangkan, agar dapat terus dikembangkan dengan mempertimbangkan integrasinya sesuai Rancangan Global SIRS. Sistem Informasi Rumah Sakit yang berbasis komputer (*Computer Based Hospital Information System*) memang sangat diperlukan untuk sebuah rumah sakit dalam era globalisasi, namun untuk membangun sistem informasi yang terpadu memerlukan tenaga dan biaya yang cukup besar. Kebutuhan tenaga dan biaya yang besar tidak hanya dalam pengembangannya, namun juga dalam pemeliharaan SIRS maupun dalam melakukan migrasi dari sistem yang lama pada sistem yang baru. Selama manajemen rumah sakit belum menganggap bahwa informasi adalah merupakan aset dari rumah sakit tersebut, maka kebutuhan biaya dan tenaga tersebut diatas dirasakan sebagai beban yang berat, bukan sebagai konsekuensi dari adanya kebutuhan akan informasi. Kalau informasi telah menjadi aset rumah sakit, maka beban biaya untuk pengembangan, pemeliharaan maupun migrasi SIRS sudah selayaknya masuk dalam kalkulasi biaya layanan kesehatan yang dapat diberikan oleh rumah sakit itu. Perlu disadari sepenuhnya, bahwa penggunaan teknologi informasi dapat menyebabkan ketergantungan, dalam arti sekali mengimplementasikan dan mengoperasikan SIRS, maka rumah sakit tersebut selamanya terpaksa harus menggunakan teknologi informasi.

Hal ini disebabkan karena perubahan dari sistem yang terotomasi menjadi sistem manual merupakan kejadian yang sangat tidak menguntungkan bagi rumah sakit tersebut. Perangkat lunak SIRS siap pakai yang tersedia di pasaran pada saat ini sebagian besar adalah perangkat lunak SIRS yang hanya mengelola sebagian sistem atau beberapa subsistem dari SIRS. Untuk dapat memilih perangkat lunak SIRS siap pakai dan perangkat keras yang akan digunakan, maka rumah sakit tersebut harus sudah memiliki rancang bangun (desain) SIRS yang sesuai dengan kondisi dan situasi rumah Sakit.

Dalam pelaksanaannya Puskesmas di Indonesia sudah menganut sistem informasi kesehatan yang di canangkan pemerintah. Sistem informasi kesehatan yang dianut puskesmas pada saat ini masih di dominasi oleh SP2TP . seperti diketahui bahwa puskesmas adalah ujung tombak pemerintah dalam upaya pelayanan kesehatan di masyarakat. Sesuai dengan KEPMENKES RI No 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat bahwa puskesmas di definisikan sebagai unit pelaksana teknis di kabupaten/kota yang bertanggungjawab melaksanakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Proses penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian yang dilakukan Puskesmas terhadap rencana kegiatan yang telah ditetapkan baik rencana upaya wajib maupun pengembangan dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Salah satu bentuk pemantauan adalah dengan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

SIMPUS merupakan pilihan bagi daerah dalam pengembangan sistem informasi kesehatan yang lebih cepat dan akurat. Pada potensi yang dimilikinya sebenarnya SIMPUS dapat menggantikan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP). Karena SIMPUS merupakan hasil dari pengolahan berbagai sumber informasi seperti SP2TP, survei lapangan, laporan lintas sector, dan laporan sarana kesehatan swasta. Seiring kemajuan teknologi, SIMPUS pun dikembangkan melalui sistem komputerisasi dalam suatu software yang bekerja dalam sebuah sistem operasi. Tetapi kendalanya SIMPUS masih belum berjalan secara optimal di daerah.

Daerah dalam pengelolaan dan pengembangan SIK merujuk pada Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, sebagai berikut :

- a. Pemerintah mempunyai hak dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus pengelolaan dan pengembangan SIK skala nasional dan fasilitasi pengembangan SIK daerah.
- b. Pemerintah Daerah Provinsi mempunyai hak dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus pengelolaan SIK skala provinsi.
- c. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota mempunyai hak dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus pengelolaan SIK skala kabupaten/kota.

KESIMPULAN

Audit maternal sebagai salah satu langkah dalam making pregnancy safer belum menunjukkan efektivitasnya dalam menurunkan angka kematian Ibu. Ditengarai terjadi kurangtepatnya pelaksanaan audit maternal dikarenakan pencatatan pelaporan yang tidak akurat, tepat dan cepat. audit yang dilaksanakan dirasa kurang menghasilkan rekomendasi yang tepat karena proses audit maternal juga tidak rinci dan belum sesuai dengan standart. Untuk mendapatkan yang data diperlukan untuk pelaksanaan audit maternal sesuai siklus yang distandartkan diperlukan data yang tepat, cepat ,akurat dan hal tersebut dapat terlaksana jika dalam pelaksanaannya telah menggunakan system informasi kesehatan ,

karena data yang ada tidak dapat diubah, lebih tepat waktu, cepat dan lebih jelas, tidak memerlukan konfirmasi kepada keluarga pasien jika rekam medis di tiap fasilitas kesehatan sudah sesuai dengan perundang-undangan. Tim audit maternal di suatu wilayah seharusnya merupakan tim yang solid dengan kompetensi yang beragam mengenai standart profesi, perundang-undangan, managerial fasilitas kesehatan, sosiologi hukum medis mempunyai komitmen dan integritas dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

SARAN

Begitu banyak manfaat Sistem Informasi Kesehatan yang dapat membantu para pengelola program kesehatan, pengambil kebijakan dan keputusan pelaksanaan di semua jenjang administrasi (kabupaten atau kota, provinsi dan pusat) dan sistem kesehatan, para professional dalam hal mendukung manajemen kesehatan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan, dan mengintervensi masalah kesehatan berdasarkan prioritas antara lain:

1. Pembuatan keputusan dan pengambilan kebijakan kesehatan berdasarkan bukti (evidence-based decision)
2. Mengalokasikan sumber daya secara optimal
3. Membantu peningkatan efektivitas dan efisiensi
4. Membantu penilaian transparansi

Beberapa asas pemanfaatan teknologi informasi dan transaksi elektronik adalah sebagai berikut :

1. Asas Kepastian Hukum; Landasan hukum bagi pemanfaatan teknologi mendapatkan pengakuan hukum di dalam dan di luar pengadilan.
2. Asas Manfaat; Pemanfaatan teknologi informasi diupayakan untuk mendukung proses berinformasi, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
3. Asas Kehati-hatian; Landasan bagi semua pihak, agar memperhatikan segenap aspek yang berpotensi mendatangkan kerugian dalam pemanfaatan teknologi informasi.
4. Asas Iktikad Baik; Dalam menggunakan teknologi informasi, tidak bertujuan untuk secara sengaja mengakibatkan kerugian bagi pihak lain, tanpa sepengetahuan pihak tersebut.
5. Asas netral teknologi; Yaitu kebebasan memilih teknologi. Pemanfaatannya tidak terfokus pada penggunaan teknologi spesifik tertentu, sehingga dapat mengikuti perkembangan pada masa yang akan datang.

Menurut Penjelasan UU ITE, terdapat tiga pendekatan untuk menjaga keamanan di cyber space, yaitu pendekatan aspek hukum, aspek teknologi, aspek sosial, budaya, dan etika. Untuk mengatasi gangguan keamanan dalam penyelenggaraan sistem secara elektronik, pendekatan hukum bersifat mutlak karena tanpa kepastian hukum, persoalan pemanfaatan teknologi informasi menjadi tidak optimal.

Audit maternal berisi kegiatan yang sarat dengan peraturan dan standart yang harus dikerjakan dengan penuh tanggung jawab dan konsekuen karena menyangkut mutu dan keselamatan pasien. Secara tidak disadari kegiatan audit maternal adalah penuh analisa tentang pelaksanaan peraturan dan standart dalam lingkup kesehatan sehingga bermuatan aspek medico legal dan legal formal. Sapipto Rahardjo menyatakan dengan tegas bahwa bekerjanya hukum dalam masyarakat tidak serta merta dan terjadi begitu saja, karena hukum bukanlah merupakan hasil karya pabrik, yang begitu keluar langsung dapat bekerja,

melainkan memerlukan beberapa langkah yang memungkinkan ketentuan (hukum) tersebut dijalankan atau bekerja. Sekurang-kurangnya ada empat langkah yang harus dipenuhi untuk mengupayakan hukum atau aturan atau ketentuan dapat bekerja dan berfungsi (secara efektif) yaitu adanya pejabat/aparat penegak hukum sebagaimana ditentukan dalam peraturan hukum tersebut; adanya orang (individu/masyarakat) yang melakukan perbuatan hukum, baik yang mematuhi atau melanggar hukum; orang-orang tersebut mengetahui adanya peraturan; orang-orang tersebut sebagai subjek maupun objek hukum bersedia untuk berbuat sesuai hukum. Dengan menganalogikan hal di atas maka pembentukan tim audit maternal di suatu daerah haruslah mempunyai kriteria kemampuan manajerial, medis/klinis, hukum kesehatan, berwawasan luas, integritas dengan kemampuan komunikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan. 2012. Roadmap Sistem Informasi dan Kesehatan tahun 2011-2014.
- Djasri H. (2012). *Audit Klinik/Medik Sebagai Bagian dari Proses Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM, Yogyakarta.
Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan no. 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit (Telah dicabut dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan no. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit)
- Peraturan Menteri Kesehatan no. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
- Sacipto Rahardjo. (2000). *Ilmu Hukum*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti
- Shaw CD, Costain DW. (1989). *Guidelines for medical audit: seven principles*, British Medical Journal 299:498-9
- SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan, Vol. 2 | No. 2 | Th. 2016
- Williams O. (1996). *What is clinical audit?*. Ann R Coll Surg Engl 78: 406-411
- Zhou, Rosalina. 2012. *Hasil Diskusi SIKNAS dan SIKDA*. Dari: www.scribd.com