

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, yang bertujuan untuk mengaudit kasus Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *non probability* sampling dengan metode *consecutive sampling*, yaitu setiap subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi diikutkan dalam penelitian ini sampai jumlah sampel penelitian yang diperlukan terpenuhi dalam kurun waktu tertentu yang telah ditetapkan. Kriteria sampel penelitian antara lain: penderita yang telah didiagnosis menderita asma bronkial, yang berusia 1 sampai 14 tahun. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari hingga Juli 2016.

Alur deskripsi dalam bab ini dimulai dengan penyajian hasil penelitian dilanjutkan dengan pembahasan. Hasil penelitian dimulai dengan mengungkapkan penatalaksanaan pasien asma

bronkial yang dilaksanakan di lokasi penelitian dalam bentuk tabel frekuensi. Hasil penelitian lebih dititikberatkan pada penatalaksanaan pasien yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

A. Gambaran Rumah Sakit

Rumah Sakit TNI-AL Manokwari terletak di Jalan Serma Suwandi, Kelurahan Sanggeng, Manokwari- Papua Barat, yang dulunya adalah gedung perkantoran Lanal Manokwari. Rumah Sakit TNI-AL Manokwari menempati gedung seluas + 1.335 m² dengan luas tanah 64.158 m² sehingga masih tersedia banyak lahan kosong yang bisa dipergunakan untuk pengembangan infrastruktur.

Sejarah perkembangan Rumkital Manokwari berawal dari penyerahan administrasi wilayah Irian Jaya (Papua Barat) antara Republik Indonesia dan Kerajaan Belanda di PBB tanggal 15 Agustus 1962. Seiring penyerahan tersebut, bidang kesehatan kemiliteran pun diselenggarakan, yang pada saat itu berkedudukan di Jayapura dan Biak. Setelah proses penyerahan administrasi

Papua Barat sepenuhnya selesai, bidang kesehatan kemiliteran pun semakin berkembang dengan mendirikan poliklinik-poliklinik yang diantaranya poliklinik Konatal Manokwari. Pada awalnya, di Konatal Manokwari tidak ditempatkan seorang perwira kesehatan karena dianggap personil TNI-AL masih terlalu sedikit. Dengan penambahan personil dan perkembangan organisasi sehingga pada tanggal 16 Mei 1984 diresmikan menjadi Rumkital Manokwari.

Rumah Sakit TNI-AL Manokwari diresmikan menjadi Rumah Sakit Tingkat IV pada tanggal 16 Mei 1984 oleh Kafasharkan Manokwari Letkol Laut (T) Sutrisno. Dan sebagai Karumkit yang pertama adalah Lettu Laut (K) dr. Kristanto. Sejak tanggal 25 Maret 2008 berubah nama menjadi Rumkital “dr. Azhar Zahir “. Rumah sakit tersebut merupakan suatu Unsur Pelaksana Teknis Lapangan dari Dinas Kesehatan Lantamal X Jayapura, sedangkan pembinaan personil Rumah Sakit TNI-AL Manokwari dibawah Fasharkan TNI-AL manokwari. Berdasarkan Surat Keputusan Kasal Nomor: Skep / 7107 / VII / 1996 tanggal 12 Agustus 1996, tentang Klasifikasi, Standarisasi dan Dislokasi

Fasilitas Kesehatan TNI Angkatan Laut, Rumah Sakit TNI AL Manokwari merupakan Rumah Sakit Tingkat IV.

Karyawan yang dimiliki oleh Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir terdiri dari karyawan tetap, dan karyawan harian lepas, adapun jumlahnya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1. Karyawan Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar

Zahir

Karyawan Rumah Sakit		Tetap	Harian Lepas
1. Medis	Dokter Spesialis	1	1
	Dokter Umum	-	5
	Dokter Gigi	1	-
2. Paramedis Keperawatan	Perawat	4	51
	Bidan	1	13
	SPK	3	-
	SPRG	1	-
3. Paramedis Non Keperawatan	Apoteker	-	2
	TTK	-	3
	Asisten Apoteker	2	2
	Analisis Medis	1	6
	Radiografer	-	1
	TRD (Ahli Gizi)	-	1
	Epidemiolog	-	3
	Fisioterapist	-	3
4. Non Medis	Sanitarian	1	-
	APM	2	-
	Teknisi	-	2
	Tenaga Adm. Perkantoran	-	1
	Tenaga Adm. Rekam Medis	-	2
	Tenaga Adm. Apotek	-	1

Tenaga IT	-	1
Tenaga Penjamah Makanan	-	6
Driver	-	3
Cleaning Service	-	12
Total	17	128

Fasilitas pelayanan yang ada di Rumah Sakit Angkatan

Laut dr. Azhar Zahir antara lain:

- a. Medik umum: poli bedah, poli gigi, dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).
- b. UGD (Unit Gawat Darurat)
- c. HCU (High Care Unit)
- d. Medik Spesialis (Poli Bedah, Poli Obsgyn, Anak, dan Spesialis Radiologi)
- e. Penunjang Medik (Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi, Laboratorium, Instalasi Farmasi, Poli Fisioterapi, Instalasi Rekam Medis, CSSD)
- f. Asuhan Keperawatan dan Kebidanan
- g. Medikal Check Up
- h. Fasilitas Ruang Lainnya: (Ruang perawatan, UGD, Poliklinik, VK, CSSD, HCU, Nifas, Apotek, Laboratorium, Radiologi,

Rekam Medik, Fisioterapi, OK, Laundry, Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Ambulance dan Kereta Merta, Rekreasi, Kantin, Pujasera, ATM, Kasir, BPJS Center, Mess Perawat, Medical Check Up, Bengkel Elektronik Medis, Generator, Gudang Farmasi, Gudang Makanan, Gudang Umum, Parkiran, Tata Usaha Pos Penjaga).

Visi dan misi Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir antara lain:

Visi: Menjadi Rumah Sakit pilihan personel TNI AL dan seluruh masyarakat di wilayah Manokwari

Misi:

- a. Membina kesehatan personel TNI AL dan seluruh masyarakat di wilayah Manokwari melalui kegiatan kesehatan promotif maupun preventif secara terpadu.
- b. Melaksanakan pelayanan kesehatan bagi personel TNI AL dan seluruh masyarakat di wilayah Manokwari secara profesional.
- c. Melaksanakan dukungan kesehatan terhadap kegiatan di lingkungan Fasharkan TNI AL Manokwari, KRI yang sedang melakukan pemeliharaan dan perbaikan di Fasharkan TNI-AL

Manokwari serta dukungan kesehatan kepada satuan sampling yang ada di wilayah Manokwari.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini terdiri atas 47 pasien Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri atas jenis kelamin, usia, tingkatan diagnosa, dan nama dokter yang menangani. Karakteristik responden tersebut disajikan sebagai berikut:

Tabel 4.2. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden		Jumlah	Persentase (%)
1. Jenis Kelamin	Perempuan	31	65,96
	Laki-laki	16	34,04
2. Usia	< 5 Tahun	22	46,81
	5 - 10 Tahun	21	44,68
	> 10 Tahun	4	8,51
3. Tingkatan Diagnosa	Ringan	32	68,09
	Sedang	7	14,89
	Berat	8	17,02
Total		47	100,00

Berdasarkan Tabel 4.2. dapat diketahui bahwa penderita Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar perempuan yaitu 31 (65,96%), sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 (34,04%). Berdasarkan usia pasien dapat diketahui bahwa penderita Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, sebanyak 22 responden (46,8%) berusia kurang dari 5 tahun, sebanyak 21 responden (44,7) berusia antara 5 sampai 10 tahun, dan sebanyak 4 responden (8,5%) berusia lebih dari 10 tahun. Berdasarkan tingkat diagnosa diketahui sebanyak 32 responden (68,09%) menderita asma bronkial ringan, sebanyak 7 responden (14,89) menderita asma bronkial sedang, dan sebanyak 8 responden (17,02%) menderita asma bronkial berat.

Tabel 4.3. Hubungan Karakteristik Responden dengan Tingkat Diagnosa

Karakteristik Responden	Tingkatan Diagnosa				Chi-Square	
	Ringan	Sedang	Berat	Total	Value	Sig
Usia < 5 Tahun	17 (53,1%)	1 (14,3%)	4 (50,0%)	22 (46,8%)	5,745	0,219

	5 - 10	12	6	3	21		
	Tahun	(37,5%)	(85,7%)	(37,5%)	(44,7%)		
	> 10	3	0	1	4		
	Tahun	(9,4%)		(12,5%)	(8,5%)		
Jenis Kelamin	Laki-Laki	10	5	1	16		
		(31,3%)	(71,4%)	(12,5%)	(34,0%)		
	Perempuan	22	2	7	31	6,122	0,047
		(68,8%)	(28,6%)	(87,5%)	(66,0%)		

Berdasarkan hasil Tabel 4.3. dapat diketahui bahwa tingkat diagnosa ringan paling banyak terjadi pada responden yang berusia dibawah 5 tahun, yaitu sebanyak 17 (53,1%), sedangkan tingkat diagnosa sedang paling banyak terjadi pada responden yang berusia antara 5 sampai 10 tahun, yaitu sebanyak 6 (85,7%), dan tingkat diagnosa berat paling banyak terjadi pada responden yang berusia kurang dari 5 tahun, yaitu sebanyak 4 (50%).

Berdasarkan hasil Tabel 4.3. juga dapat diketahui bahwa tingkat diagnosa ringan paling banyak terjadi pada responden laki-laki, yaitu sebanyak 22 (68,8%), sedangkan tingkat diagnosa sedang paling banyak terjadi pada responden yang berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 5 (71,4%), dan tingkat diagnosa berat paling banyak terjadi pada

responden yang berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 7 (87,5%).

Berdasar deskriptif responden di atas dapat disimpulkan bahwa penderita Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, kategori ringan dan berat sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yang berusia kurang dari 5 tahun, dan kategori sedang sebagian besar berjenis kelamin perempuan yang berusia antara 5 sampai 10 tahun.

2. Hasil Audit Medis

Hasil audit medis yang telah dilakukan selama bulan Januari sampai Juni 2016 pada penderita asma bronkial anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, yang melibatkan 47 responden, dalam kategori diagnosa ringan, sedang, dan berat disajikan pada gambar dan tabel di bawah ini:

Tabel 4.4. Kategori Diagnosis Asma Bronkial Anak

No	Kategori Diagnosa	Jumlah	Persentase (%)
1	Ringan	32	68,09
2	Sedang	7	14,89
3	Berat	8	17,02
Total		47	100,00

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien yang menderita penyakit asma di di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat masih termasuk dalam kategori ringan. Hasil tersebut sesuai hasil tabel, dimana terdapat 32 pasien yang menderita asma kategori ringan dari total keseluruhan sampel adalah 47 pasien. Sedangkan untuk penderita asma kategori sedang dan berat jumlahnya hampir sama, yaitu kategori sedang sebanyak 7 pasien, dan kategori berat sebanyak 8 pasien.

Penyajian hasil audit medis yang pertama adalah pada penderita asma bronkial kategori ringan, pada kategori ini terdapat 32 responden. Jenis tindakan yang dilakukan pada penderita asma bronkial ringan menurut Pedoman

Pengendalian Penyakit Asma, Departemen Kesehatan R.I tahun 2009, disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.5. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Anak Kategori Ringan

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
1. Nilai Derajat Serangan	32	32 (100)	0 (0)	0 (0)
2. Tatalaksana awal: - Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit - Nebulisasi ketiga + antikolinergik - Jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik)	32	32 (100)	0 (0)	0 (0)
3. Cek respon post nebulisasi	32	31 (96,88)	0 (0)	1 (3,12)
4. Observasi 2 jam	32	0 (0)	0 (0)	32 (100)
5. Pemberian resep pulang dan edukasi	32	28 (87,50)	0 (0)	4 (12,5)

Berdasarkan Tabel 4.5. dapat diketahui bahwa penyimpangan yang terjadi pada audit medis pasien asma bronkial kategori ringan antara 0% sampai 100%. Berikut masing-masing penjelasannya:

1. Nilai derajat serangan

Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya dokter telah melakukan tindakan penilaian derajat serangan kepada seluruh pasien yang berjumlah 32 orang.

2. Tatalaksana awal

Pada tahapan tatalaksana awal ini ada beberapa tindakan yang dilakukan oleh dokter, antara lain Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit, nebulisasi ketiga + antikolinergik, jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik). Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya dokter telah melakukan tatalaksana awal terhadap seluruh pasien.

3. Tatalaksana serangan ringan

Tatalaksana pada serangan ringan ini juga melalui beberapa tahapan, antara lain: cek respon setelah nebulasi (nebulsi 1 – 3x, respons baik, gejala hilang), observasi 2 jam, jika efek bertahan boleh pulang dengan diberikan resep obat serta edukasi. Pada tahapan ini, tidak

sepenuhnya dilakukan, pada observasi selama 2 jam didalam rekam medis tidak dicantumkan apakah dokter melakukan observasi tersebut, pada tahapan pemberian resep pulang dan edukasi, terdapat 12,5% tidak melalui tahapan ini, dan pada cek respon setelah nebulasi terdapat 3,12% pasien tidak melakukan tahapan ini.

Penyajian hasil audit medis yang kedua adalah pada penderita asma bronkial kategori sedang, pada kategori ini terdapat 7 responden. Jenis tindakan yang dilakukan pada penderita asma bronkial sedang menurut Pedoman Pengendalian Penyakit Asma, Departemen Kesehatan R.I tahun 2009, disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.6. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Anak Kategori Sedang

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
1. Nilai Derajat Serangan	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
2. Tatalaksana awal:				
- Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
- Nebulisasi ketiga + antikolinergik				

- Jika serangan berat
nebulisasi 1x
(+antikolinergik)

3. Cek respon post nebulisasi	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
4. Berikan oksigen	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
5. Observasi di ruang rawat sehari	7	5 (71,43)	0 (0)	2 (28,57)
6. Pasang jalur parenteral	7	0 (0)	0 (0)	7 (100)
7. Pemberian steroid oral	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
8. Nebulisasi tiap 2 jam	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
9. Cek klinis setelah 12 jam	7	0 (0)	0 (0)	7 (100)

Berdasarkan Tabel 4.6. dapat diketahui bahwa penyimpangan yang terjadi pada audit medis pasien asma bronkial kategori sedang antara 0% sampai 100%. Berikut masing-masing penjelasannya:

1. Nilai derajat serangan

Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya dokter telah melakukan tindakan penilaian derajat serangan kepada seluruh pasien yang berjumlah 7 orang.

2. Tatalaksana awal

Pada tahapan tatalaksana awal ini ada beberapa tindakan yang dilakukan oleh dokter, antara lain Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit, nebulisasi ketiga + antikolinergik, jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik). Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya dokter telah melakukan tatalaksana awal terhadap seluruh pasien.

3. Tatalaksana serangan sedang

Tatalaksana pada serangan sedang ini juga melalui beberapa tahapan, antara lain: cek respon setelah nebulasi (nebulasi 1 – 3x, respons parsial), Berikan oksigen, Observasi di ruang rawat sehati, Pasang jalur parenteral, Pemberian steroid oral, Nebulisasi tiap 2 jam, Cek klinis setelah 12 jam, dan Jika memburuk rawat ke ruang inap khusus. Pada tahap pengecekan setelah nebulasi seluruh pasien melalui tahapan ini, sedangkan pada tahapan pasang jalur parenteral, cek klinis setelah 12 jam, dan jika memburuk rawat ke ruang inap khusus,

seluruh pasien tidak melalui ketiga tindakan tersebut. Pada tindakan pemberian oksigen 85,71% pasien melalui tahapan tersebut, sedangkan sisanya yaitu sebanyak 14,29% pasien yang tidak melalui tahapan tersebut. Pasien yang melalui tahapan observasi di ruang rawat sehari sebanyak 71,43%, sedangkan sisanya sebanyak 28,57% tidak melalui tahapan tersebut. Untuk pemasangan jalur parenteral dalam audit medis tidak ditunjukkan apakah pasien melalui tahapan tersebut atau tidak. Sebanyak 85,71% pasien juga melalui tahapan pemberian steroid oral, sedangkan sisanya yaitu 14,29% tidak diberikan steroid oral. Pada tahapan nebulisasi setiap 2 jam, sebanyak 85,71% pasien menerima tindakan tersebut, sedangkan sisanya yaitu sebanyak 14,29% tidak melalui tindakan tersebut. Untuk tahapan cek klinis setelah 12 jam, dalam audit medik tidak dicantumkan apakah pasien melalui tindakan tersebut atau tidak. Hal tersebut berarti bahwa seluruh pasien kategori sedang sudah membaik setelah dilakukannya beberapa tindakan di atas, sehingga pasien-

pasien tersebut tidak memerlukan perawatan di ruang rawat inap khusus.

Penyajian hasil audit medis yang ketiga adalah pada penderita asma bronkial kategori berat, pada kategori ini terdapat 8 responden. Jenis tindakan yang dilakukan pada penderita asma bronkial berat menurut Pedoman Pengendalian Penyakit Asma, Departemen Kesehatan R.I tahun 2009, disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.7. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Kategori Berat

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
1. Nilai Derajat Serangan	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
2. Tatalaksana awal: - Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit - Nebulisasi ketiga + antikolinergik - Jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik)	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
3. Cek respon setelah nebulisasi	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
4. Berikan oksigen saat / diluar nebulisasi	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
5. Pasang jalur parenteral	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)

6. Cek ulang klinik, jika memburuk rawat di ruang rawat inap	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
7. Foto rontgen thoraks	8	2 (25)	0 (0)	6 (75)

Berdasarkan Tabel 4.7. dapat diketahui bahwa penyimpangan yang terjadi pada audit medis pasien asma bronkial kategori berat antara 0% sampai 75%. Berikut masing-masing penjelasannya:

1. Nilai derajat serangan

Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya dokter telah melakukan tindakan penilaian derajat serangan kepada seluruh pasien yang berjumlah 8 orang.

2. Tatalaksana awal

Pada tahapan tatalaksana awal ini ada beberapa tindakan yang dilakukan oleh dokter, antara lain Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit, nebulisasi ketiga + antikolinergik, jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik). Berdasarkan hasil tabel di atas dapat diketahui bahwa 100% tindakan ini terpenuhi. Artinya

dokter telah melakukan tatalaksana awal terhadap seluruh pasien.

3. Tatalaksana serangan Berat

Tatalaksana pada serangan ringan ini juga melalui beberapa tahapan, antara lain: cek respon setelah nebulasi (nebulasi 3x, respons buruk), berikan oksigen saat atau diluar nebulasi, pasang jalur parenteral, cek ulang klinik, jika memburuk rawat di ruang rawat inap, foto rontgen thoraks. Pada tabel di atas menunjukkan bahwa seluruh pasien menerima tindakan pengecekan setelah nebulasi. Selain itu tindakan pemberian oksigen pada saat nebulisasi atau diluar nebulisasi juga dilakukan terhadap seluruh pasien. Begitu juga pemasangan jalur parenteral, seluruh pasien juga melalui tahapan tersebut. Setelah melakukan beberapa tahapan tersebut seluruh pasien juga melalui tindak pengecekan ulang klinik, guna menentukan apakah kondisi pasien semakin membaik atau memburuk, apabila keadaan pasien semakin memburuk maka perlu dilakukan perawatan di ruang rawat inap khusus. Tahapan terakhir

yang dilakukan adalah foto rontgen thoraks untuk mengetahui bagaimana keadaan organ dalam pasien, dan sebanyak 25% pasien melalui tahapan tersebut, sedangkan sisanya sebanyak 75% pasien tidak melalui tahapan tersebut.

Berdasarkan penjelasan sub bab di atas, beberapa tindakan pasien penderita asma bronkial anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat yang tidak dituliskan dalam audit medik dikarenakan keadaan ruang UGD yang tidak memungkinkan. Adapun penjelasan secara detailnya ditunjukkan dalam Tabel 11.

Tabel 4.8. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Anak Yang Tidak Dilakukan

Kategori	Tindakan yang Tidak Dilakukan	Alasan	Defisiensi
1. Ringan	Observasi selama 2 jam	- Luas ruang UGD terlalu sempit - Tempat tidur UGD penuh (Hanya 4 tempat tidur periksa pasien dan 2 tempat tidur	32 (100%)

2. Sedang	<ul style="list-style-type: none"> kusus pasien tindakan) - pasien UGD selalu ramai - Ruang UGD tidak memiliki ruang observasi rawat jalan 	
Pasang jalur parenteral	<ul style="list-style-type: none"> - Kebanyakan pasien anak dan orang tuanya tidak mau dilakukan pemasangan jalur parenteral - Apabila sesak nafas belum reda kebanyakan pasien meminta dinebu ulang. 	7 (100%)
Cek klinis setelah 12 jam	<ul style="list-style-type: none"> - Luas ruang UGD terlalu sempit - Tempat tidur UGD penuh (Hanya 4 tempat tidur periksa pasien dan 2 tempat tidur khusus pasien tindakan) - pasien UGD selalu ramai - Ruang UGD tidak memiliki ruang observasi rawat jalan - Apabila sesak nafas pasien belum reda biasanya langsung 	7 (100%)

		dilakukan rawat inap meskipun asma bronkial masih dalam kategori serangan sedang.	
3. Berat	Foto rontgen thoraks	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas rontgen tidak berada ditempat 24 jam - Jika mau rontgen dokter menunggu pasien sesaknya stabil dulu, biasanya pasien stabil lama, ketika sudah di ruangan rawat inap dan sudah mendapatkan terapi tambahan dari dokter spesialis anak. - Menunggu advice dari dokter anak 	6 (75%)

Berdasarkan Tabel 11 dapat diketahui bahwa alasan tidak dilakukannya observasi selama 2 jam pada penderita asma bronkial kategori ringan di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat dikarenakan keterbatasan tempat tidur periksa dan ruang UGD. Sehingga apabila setiap pasien asma bronkial kategori serangan ringan dilakukan observasi selama 2 jam di UGD menyebabkan

tempat tidur di UGD menjadi penuh, sedangkan pasien di UGD selalu ramai setiap harinya. Di ruang UGD juga tidak memiliki ruang observasi rawat jalan, selain itu tempat tidur periksa pasien hanya tersedia 4 papan dan 2 tempat tidur khusus pasien tindakan.

Pada penderita asma bronkial kategori serangan ringan di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat terjadi dua penyimpangan, yaitu pasang jalur parenteral dan cek klinis setelah 12 jam. Untuk pemasangan jalur parenteral penyimpangan lebih dikarenakan faktor pasien dan orang tuanya. Kebanyakan pasien anak penderita asma bronkial dan orang tuanya tidak mau dilakukan pemasangan jalur parenteral. Mereka hanya meminta obat untuk dapat dibawa pulang, dan apabila sesak nafas belum reda, kebanyakan pasien hanya meminta dilakukan nebulisasi ulang. Penyimpangan yang kedua lebih dikarenakan keterbatasan tempat tidur periksa dan ruang UGD. Seperti pada penyimpangan observasi selama 2 jam, penyimpangan pada cek klinis setelah 12 jam juga disebabkan karena tempat

tidur periksa pasien di hanya tersedia 4 papan dan 2 tempat tidur kusus pasien tindakan, sedangkan pasien untuk setiap harinya di ruang UGD selalu ramai. Untuk kasus penderita asma bronkial kategori serangan ringan apabila sesak nafas pasien belum reda biasanya langsung dilakukan rawat inap.

Untuk penyimpangan tidak dilakukan tindakan rontgen thorax pada pasien asma bronkial dikarenakan pada pasien asma kategori berat sesak pasien akan lama reda, harus melewati beberapa kali nebu, pemberian oksigen, pemberian obat-obatan dan observasi tanda klinis yang memakan waktu cukup lama di UGD, sedangkan untuk memulai tahap tindakan rontgen thorax pasien harus stabil terlebih dahulu dari gejala sesaknya. Oleh karena tempat tidur UGD terbatas maka pasien asma serangan berat langsung masuk di rawat inap untuk segera di observasi oleh perawat ruangan dan dikonsulkan ke dokter spesialis anak untuk tambahan terapi dan dilakukan pemeriksaan penunjang seperti rontgen thorax ketika pasien sudah stabil. Petugas rontgen yang tidak selalu ditempat 24 jam juga merupakan kendala untuk tindakan

rontgen thorax, hal tersebut dikarenakan di Manokwari sangat langka adanya sumber daya manusia yang berkompeten di beberapa bidang seperti petugas rontgen tersebut.

C. Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien penderita asma bronkial anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, masih dalam kategori diagnosa ringan. Hasil tersebut sesuai dengan hasil audit medis yang dilakukan terhadap 47 pasien, dimana terdapat 32 pasien (68,09%) termasuk dalam diagnosa ringan, 7 orang (14,89%) termasuk dalam diagnosa sedang, dan sebanyak 8 orang (17,02%) termasuk dalam kategori diagnosa berat.

Total responden asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat usia < 5 tahun sebanyak 22 (46,8%) lebih banyak jumlahnya di bandingkan usia 5-10 tahun sebanyak 21 (44,7%) dan usia >10 tahun sebanyak 4 (8,5%). Hasil tersebut sejalan dari

penelitian Akinbami et al. (2009), berjudul *Status of Childhood Asthma in the United States, 1980- 2007* yang mengatakan bahwa prevalensi tertinggi asma bronkial anak di fasilitas kesehatan adalah berusia 0-4 tahun walaupun prevalensi tertinggi asma bronkial di masyarakat yaitu anak berusia 11-17 tahun.

Berdasarkan usia dan tingkatan diagnosa penderita asma bronkial kategori tingkat diagnosa ringan paling banyak terjadi pada responden yang berusia dibawah 5 tahun, yaitu sebanyak 17 (53,1%), sedangkan tingkat diagnosa sedang paling banyak terjadi pada responden yang berusia antara 5 sampai 10 tahun, yaitu sebanyak 6 (85,7%), dan tingkat diagnosa berat paling banyak terjadi pada responden yang berusia kurang dari 5 tahun, yaitu sebanyak 4 (50%).

Berdasarkan jenis kelamin penderita asma bronkial kategori tingkat diagnosa ringan paling banyak terjadi pada responden perempuan, yaitu sebanyak 22 (68,8%), sedangkan tingkat diagnosa sedang paling banyak terjadi pada responden yang berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 5 (71,4%), dan

tingkat diagnosa berat paling banyak terjadi pada responden yang berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 7 (87,5%).

Hal tersebut berbeda dari penelitian Gergen et al. (1988) berjudul *Natinal Surgery of Pravelence of Asthma Among Children in the United States* yang menunjukkan hasil bahwa prevelensi tertinggi penyakit asma bronkial anak lebih banyak pada anak kulit hitam dibandingkan anak kulit putih (9,4% V 6,2%, $P < 0,01$), lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan (7,8% V 5,5%, $P < 0,05$). Pada penelitian Newachdeck et al. (2000) yang berjudul *Prevalance, Impact, and Trends in Childhood Disability Due to Asthma* menunjukkan pravelensi asma tertinggi pada anak dewasa muda (OR, 1.23), anak berkulit hitam (OR, 1.66), laki-laki (OR, 1.23), dan anak-anak dari keluarga penghasilan rendah (OR, 1.46) dan anak-anak yang memiliki orang tua tunggal (OR, 1.37).

Dapat diketahui bahwa penderita Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, berdasarkan jenis kelamin,

sebagian besar perempuan yaitu 31 (65,96%), sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 (34,04%).

Tindakan yang dilakukan terhadap pasien penderita asma bronkial berbeda-beda, tergantung dari kategori diagnosa. Tindakan awal yang dilakukan terhadap pasien yaitu penentuan nilai derajat serangan, penentuan nilai ini dilakukan terhadap seluruh pasien, guna menentukan kategori diagnosa. Setelah dilakukannya penilaian derajat serangan, tahapan selanjutnya adalah tatalaksana awal. Pada tatalaksana awal ini ada perbedaan perlakuan antara kategori diagnosa ringan, sedang, maupun berat. Pada diagnosa ringan pemberian nebulisasi β -agonis dilakukan sebanyak 1-3x, dengan selang waktu untuk masing-masing pemberian nebulisasi 20 menit. Penderita asma bronkial anak untuk kategori sedang, pemberian nebulasi pada tahapan yang ketiga ditambahkan dengan antikolinergik. Penderita asma bronkial anak pada kategori berat, pada saat pemberian nebulasi pertama sudah langsung diberikan antikolinergik.

Setelah dilakukan pemberian nebulisasi tersebut selanjutnya dilakukan observasi terhadap perkembangan pasien, dan setelah itu dilakukan penanganan sesuai dengan algoritma Pedoman Pengendalian Penyakit Asma, Departemen Kesehatan R.I tahun 2009 berdasarkan kategori serangan. Pada kategori serangan ringan, jika efek bertahan dalam arti gejala menghilang, maka pasien diperbolehkan pulang, namun sebelum pulang pasien juga dibekali dengan obat β -agonis (hirupan atau oral), apabila terdapat infeksi virus sebagai pencetus kambuhnya penyakit dapat diberikan steroid oral, dan dalam 24-48 jam dilakukan kontrol lagi guna mengevaluasi perkembangan pasien. Namun apabila gejala timbul lagi, maka dapat dikatakan sebagai kategori serangan sedang.

Pada kategori serangan sedang, setelah dilakukan pemberian nebulisasi maka tahapan selanjutnya diberikan oksigen, dan setelah itu dilakukan pengecekan kembali apakah masih dalam kategori serangan sedang atau sudah termasuk dalam kategori serangan berat. Jika masih dalam kategori

serangan sedang, maka dilakukan observasi di ruang rawat sehari, dan dilakukan pemasangan jalur parenteral. Di dalam ruang rawat sehari tersebut pemberian oksigen masih tetap dilakukan, diberikan juga steroid oral, dan nebulisasi setiap 2 jam. Apabila dalam waktu 12 jam perbaikan klinis stabil, maka pasien boleh pulang, namun apabila klinis belum membaik atau bahkan justru memburuk, maka pasien dialihkan ke ruang rawat inap.

Pada kategori serangan berat, setelah dilakukan pemberian nebulisasi + antokolinergik dimana pada saat pemberian nebulisasi tersebut sudah langsung diberikan oksigen, setelah itu dilakukan pemasangan jalur parenteral, dan nilai ulang klinisnya, apabila sesuai dengan serangan berat maka dilakukan perawatan di ruang rawat inap, dan foto rontgen toraks. Hal-hal yang dilakukan di ruang rawat inap tersebut antara lain: pemberian oksigen terus, atasi dehidrasi dan asidosis jika ada, steroid IV setiap 6-8 jam, nebulasi setiap 1-2 jam, aminofilin IV awal, lanjutkan perawatan. Jika membaik dalam 4-6x nebulisasi, interval 4-6jam, dan jika

dalam waktu 24 jam perbaikan klinis stabil maka pasien boleh pulang. Namun apabila tidak membaik, bahkan timbul ancaman henti nafas, maka pasien dialihkan ke ruang rawat intensif.

Dari hasil analisis audit medis diketahui terdapat beberapa penyimpangan yang terjadi pada pasien asma bronkial anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Penyimpangan-penyimpangan tersebut antara lain: tidak dilakukannya observasi 2 jam, pemasangan jalur parenteral, cek klinis setelah 12 jam, dan rontgen thorax. Beberapa penyimpangan tersebut lebih disebabkan karena keterbatasan sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit, kepatuhan pasien dan orang tua pasien. Hal tersebut sesuai dengan keterangan yang dijelaskan oleh dokter dan observasi yang dilakukan peneliti di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Fasilitas kesehatan yang tersedia di rumah sakit masih kurang, dari segi ruangan di UGD masih sangat sempit, sehingga di ruang UGD hanya

terdapat 4 tempat tidur periksa pasien, dan 2 tempat tidur kusus pasien tindakan. Selain itu, fasilitas yang lain, seperti ruang untuk observasi di UGD juga tidak tersedia.

Sedangkan untuk penyimpangan tidak dilakukannya rontgen thorax karena keterbatasan SDM di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, tidak memiliki petugas rontgen yang bertugas selama 24 jam. Selain itu, petugas rontgen tersebut juga bukan merupakan karyawan tetap rumah sakit, hal tersebut dikarenakan di Manokwari Papua Barat susah mendapat SDM yang mumpuni.

Asma merupakan sebuah penyakit kronik saluran napas yang terdapat di seluruh dunia dengan kekerapan bervariasi yang berhubungan dengan dengan peningkatan kepekaan saluran napas sehingga memicu episode mengi berulang (wheezing), sesak napas (breathlessness), dada rasa tertekan (chest tightness), dispnea, dan batuk (cough) terutama pada malam atau dini hari. (PDPI, 2006; GINA, 2009). Menurut National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI,

2007), pada individu yang rentan, gejala asma berhubungan dengan inflamasi yang akan menyebabkan obstruksi dan hiperresponsivitas dari saluran pernapasan yang bervariasi derajatnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chidley et al. (1991), mengatakan bahwa observasi selama 2 jam itu penting dilakukan untuk penderita asma. Hal tersebut penting dilakukan karena dikhawatirkan akan terjadi gejala yang sama pada pasien setelah dilakukannya nebulasi. Szelc, Cynthia et al. (2000), dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penggunaan jalur klinik dan terapi dapat meningkatkan proses penyembuhan anak-anak penderita asma di rumah sakit, sekaligus dapat meningkatkan kualitas perawatan.

Wennergren et al. (1996) mengatakan “*Asthmatic children, given effective antiinflammatory maintenance treatment, probably get less ill during deterioration of asthma and therefore probably require shorter hospital stays. It is not our impression that they were discharged earlier because of the availability of inhaled*”. Hasil tersebut menyimpulkan

bahwa pemberian anti inflamantory dalam bentuk steroid inhalasi, dapat menurunkan angka rawat inap pada pasien anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian anti inflamantory penting diberikan kepada pasien asma.

Devi B et al. (2011) mengatakan bahwa “*Several factors can contribute to suboptimal control of asthma including patient factors such as occupational exposure, treatment non compliance and improper technique in the use of metered dose inhalers*7,8.”. Hal tersebut berarti bahwa faktor yang dapat berpengaruh dalam mengontrol suboptimal penderita asma dapat berasal dari intern maupun ekstern penderita. Guna meningkatkan pencegahan dan penanganan asma, penderita asma harus diberikan pendidikan mengenai pedoman yang tepat dalam penanganan penyakit tersebut. Pihak dokter juga harus melakukan pengontrolan yang memadai terhadap pasien. Karena kontrol yang tidak memadai dapat menyebabkan kegagalan dalam menilai lebih tingkat keparahan asma dan penentuan pengobatan yang tepat untuk pasien.

“Although there were no obvious problems in patients in whom peak flow was not measured, there is no ground for complacency. Although deaths in A& E due to asthma are rare, the aim of an objective measurement of airflow obstruction is to try and identify patients most at risk. An almost invariable feature of deaths from asthma has been the absence of objective measurement of airflow obstruction before death, both at home and in hospital.” Nivedita (1996).

Artinya meskipun kematian terhadap penderita asma jarang terjadi, namun pengukuran obstruksi pernafasan pasien harus selalu diidentifikasi, guna meminimalkan risiko yang lebih berbahaya. Adapun obat yang paling sering digunakan untuk penderita asma kronis adalah kombinasi antara oforal Beta agonists dan theophyllines.

UK BTS/SIGN pedoman asma (2008), yang dikutip oleh Salman (2012) *“UK BTS/SIGN asthma guidelines (2008) recommend that before children receive appropriate treatment for acute asthma in any setting, it is essential to assess accurately the severity of their symptoms. The*

following clinical signs should be recorded: pulse rate (increasing tachycardia generally denotes worsening asthma; a fall in heart rate in life threatening asthma is a pre-terminal event), respiratory rate and degree of breathlessness (i.e. too breathless to complete sentences in one breath or to feed), use of accessory muscles of respiration (best noted by palpation of neck muscles), amount of wheezing (which might become biphasic or less apparent with increasing airways obstruction), and degree of agitation and conscious level.”

Hal tersebut berarti bahwa sebelum anak-anak menerima perawatan yang tepat untuk asma akut pada setiap pengaturan, penting untuk menilai secara akurat tingkat keparahan yang ditunjukkan dari gejala-gejala pasien. Adapun gejala-gejala klinis yang penting untuk dicatat, antara lain: denyut nadi (meningkatnya tachycardia pada umumnya menunjukkan semakin memburuknya asma yang diderita pasien; penurunan denyut jantung yang dialami oleh pasien merupakan salah satu tanda terjadinya asma, laju pernafasan dan tingkat sesak nafas (nafas yang terengah-engah untuk menyelesaikan kalimat

dalam satu nafas atau untuk makan), penggunaan alat bantu pernafasan, jumlah mengi (yang mungkin menjadi biphasic atau kurang jelas dengan meningkatkan saluran udara obstruction), dan tingkat agitasi maupun tingkat kesadaran. Tanda-tanda tersebut berkorelasi dengan tingkat keparahan obstruksi pernafasan.

Clarke & Irwin (1995), mengatakan bahwa “*With good education and treatment, patients can only benefit from knowing their diagnosis. Inadequate use of prophylactic therapy (inhaled steroids, regular use of broncho - dilators and sodium chromoglycate) has been confirmed, and the study shows that this is not always the doctor's fault but can sometimes be attributed to lack of patient compliance.*” Dalam pernyataan tersebut dijelaskan bahwa pendidikan pasien memegang peranan penting dalam pengobatan pasien penderita asma. “*Shee et al and the British Thoracic Association in its study of 90 asthmatic deaths, 2 also found asthmatics inadequately treated and this again not only due to poor doctor management: some patients ignored their asthma.*”

The British Thoracic Association found that only 47 per cent of patients co-operated fully in their treatment and they found patients with severe symptoms who repeatedly failed to renew prescriptions or to visit the doctor as requested.” Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa dari 90 kasus kematian karena penyakit asma, 2 diantaranya dikarenakan pasien tidak melakukan pengobatan, dan hal tersebut tidak hanya dikarenakan rendahnya manajemen dokter tetapi juga karena adanya beberapa pasien yang mengabaikan penyakit mereka. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa hanya 47% pasien yang melakukan kerjasama penuh dalam pengobatan mereka.

The British Thoracic Association, juga menemukan bahwa kematian yang terjadi pada penderita asma kronis, atau mereka yang mengalami serangan secara tiba-tiba ataupun serangan berat sebelumnya. Keterlambatan dalam melakukan pengobatan adalah faktor yang paling penting, hal tersebut dikarenakan sebagian besar pasien tidak mau mengakui tingkat keparah serangan mereka. Pada dasarnya kondisi

pasien dapat dinilai secara klinis dari sejarah dan pemeriksaan fisik, dan tes objektif terhadap pasien.

Clarke & Irwin (1995), dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa, “*many asthmatics are receiving inadequate treatment due to both patient and doctor failure, with poor monitoring of their condition. Better use of inhalers, with regular peak flow rate monitoring by the general practitioner and possibly home monitoring by the patient, patient diaries and better patient education, may go some way in reducing asthma deaths and improving morbidity.*” Hasil tersebut menjelaskan bahwa penyebab kegagalan dalam pengobatan pasien bukan hanya berasal dari tim dokter, tetapi juga berasal dari diri pasien sendiri. Artinya untuk mencapai keberhasilan dalam melakukan pengobatan terhadap suatu penyakit maka hendaknya antara dokter dan pasien saling bekerjasama guna memperoleh hasil yang optimal. Optimal dalam hal ini adalah kesembuhan pasien.

Audit medis merupakan komponen dari *clinical governance* untuk menilai kinerja klinik dari pemberi

pelayanan kesehatan sehingga melindungi pasien dari tindakan medik yang bisa merugikan juga untuk menjaga agar dokter, bidan, perawat dan petugas kesehatan lainnya bersikap profesional, selalu memperbarui ilmu dan kemampuan klinik serta mempunyai perencanaan kinerja yang memadai (Dwiprahasto, 2011). Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peergroup*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.

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

- a. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
- b. Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;

- c. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
- d. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Audit medis tidak dianggap sebagai pendekatan mencari kesalahan namun untuk memanfaatkan pengalaman buruk yang ada sebagai dasar untuk perbaikan mutu klinik. Audit medik merupakan suatu sarana yang harus dilihat sebagai pendekatan tim bukan perorangan dan di dalamnya mencakup berbagai informasi yang berkaitan dengan kejadian efek samping, adanya klaim dari pasien atau keluarga pasien, keluhan konsumen, data-data efektifitas pelayanan kesehatan dan indikator klinik (Utarini, 2003).

Audit medis dilakukan oleh dokter dan merupakan analisis kritis secara sistematis terhadap kualitas perawatan klinis. Hal ini termasuk mengumpulkan informasi untuk meninjau diagnosa dan prosedur yang digunakan untuk

diagnosa, keputusan klinis tentang perawatan, penggunaan sumber daya dan *outcome* pasien (Bowling, 2002). Saat ini audit medik dipandang sebagai komponen yang penting dalam praktek profesional. Hanya ada suatu metode audit medik, yaitu siklus audit medik (NICE, 2002).

Langkah-langkah persiapan audit medis menurut KMK No 496 adalah sebagai berikut:

- a. Rumah sakit menetapkan pelaksanaan audit medis. Rumah sakit wajib mempunyai Komite Medis dan sub-sub komite, dimana komite dan sub komite tersebut telah menjalankan kegiatan atau berfungsi. Penetapan organisasi pelaksana audit medis harus dilengkapi dengan Surat Keputusan Direktur dan uraian tugas anggota. Rumah sakit menyusun pedoman audit medis rumah sakit, standar prosedur operasional audit medis serta standar dan kriteria jenis kasus atau jenis penyakit yang akan dilakukan audit.
- b. Rumah sakit membudayakan *self assessment* atau evaluasi pelayanan termasuk evaluasi pelayanan medis,

sehingga setiap orang/unit kerja di rumah sakit sudah terbiasa dengan siklus PDCA (*Plane, Do, Check, Action*). Rumah sakit yang sudah terbiasa dengan siklus PDCA pada umumnya adalah rumah sakit yang sudah terakreditasi atau rumah sakit yang sedang mempersiapkan proses akreditasi, dimana kegiatan melakukan evaluasi atau *self assessment* telah menjadi budaya.

- c. Rumah sakit agar membuat ketentuan bahwa setiap dokter yang memberikan pelayanan medis wajib membuat rekam medis dan harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan medis.
- d. Rumah sakit melalui komite medis agar melakukan sosialisasi dan atau training hal-hal yang terkait dengan persiapan pelaksanaan audit medis kepada seluruh tenaga dokter yang memberikan pelayanan medis di rumah sakit.

Audit medis seharusnya mendorong, memberikan penghargaan dan bermanfaat bagi pasien, namun banyak

dokter yang berfikir bahwa rapat audit adalah membosankan, tidak menyenangkan, dan pimpinan jarang mengubahnya. Andrew Gibbons dan Daljit Dhariwal, yang dikutip dalam KMK No 496, menjelaskan bagaimana membuat audit menjadi menyenangkan. Kesuksesan program audit dibutuhkan keterlibatan seluruh kelompok staf medis. Karena itu rapat komite medis yang membahas hasil audit medis harus dihadiri oleh seluruh kelompok staf medis, minimal kelompok staf medis yang terkait dengan topik medis tersebut.

Khand. et al. (1995), mengatakan bahwa audit medis adalah konsep yang relatif baru di negara-negara berkembang, seperti Pakistan. Sebuah audit reguler tersebut dapat meningkatkan kualitas perawatan medis. P.A.Vermeire, (1986), mengatakan “*We feel that such audits are stimulating and that they have teaching value regarding this disease, especially when used on an intercontinental scale. Finally, they should be repeated at regular intervals in order to add a more time-related view on asthma management.*” Hal tersebut berarti adanya audit medis dapat meningkatkan keingintahuan

mengenai suatu penyakit. Oleh karena itu setiap rumah sakit perlu dilakukan audit medis untuk menganalisis mutu pelayanan medis sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit tersebut.