

E-Note System: Pencatatan, Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien

Ekorini Listiowati¹, Dirwan Suryo Soularto¹, Merita Arini²

¹ Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

² Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Jalan Brawijaya, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta

Email: ekorini_santosa@umy.ac.id

DOI: 10.18196/ppm.311.259

Abstrak

Rumah sakit harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan efektif dengan fokus utamanya adalah kepentingan pasien yang telah sesuai standar pelayanan rumah sakit (UU kesehatan pasal 29b No 44/2009 tentang Rumah sakit). Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan (UU Kesehatan pasal 32n No 44/2009 tentang kesehatan dan Rumah sakit). Kualitas pelayanan kesehatan sangat tergantung dan ditunjang oleh perilaku atau kinerja pemberi pelayanan kesehatan (perawat, dokter bidan dan tenaga kesehatan lainnya). Pengembangan e-note system dengan participatory action research didedikasikan untuk pencatatan, pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP), sebagai sarana pembelajaran dan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui investigasi sederhana terhadap IKP. Sistem e-note ini terdiri dari 4 modul, yaitu pencatatan dan pelaporan Infection Prevention and Control Nurse (IPC�), hasil surveilliance yang meliputi 1) kejadian flebitis akibat pemasangan infus, 2) infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin, 3) pneumonia akibat pemakaian ventilator, dan 4) infeksi luka operasi. Kedua modul lainnya adalah kejadian perbedaan diagnosis pre dan post operasi, serta investigasi sederhana. Dari hasil pengembangan e-note system, RS PKU Muhammadiyah Nanggulan terbantu akan proses pencatatan dan pelaporannya, namun masih dibutuhkan pelatihan lebih lanjut bagaimana menerapkan investigasi sederhana sebagai pembelajaran dan perbaikan sistem pelayanan.

Kata Kunci: e-note system, insiden keselamatan pasien, investigasi sederhana

Pendahuluan

Patient centered care (PCC) merupakan sebuah paradigma baru dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai *centre of care*. *Patient Centered Care* (PCC) lebih mengedepankan nilai pasien sebagai individu dan bukan hanya sekedar mengedepankan teknologi (Framton et al, 2008). Diperkirakan 1 dari 10 pasien dirugikan saat mendapat pelayanan, ratusan juta pasien terkena dampak setiap tahunnya (WHO, 2012). *The Latin American Study of Adverse Events* (IBEAS) menyebutkan bahwa dari 11.379 pasien yang telah disurvei didapatkan hasil 1.191 (10,5%) *adverse event* berkaitan dengan perawatan pasien, dengan 28% disabilitas, dan 6% sentinel atau kematian dan diperkirakan 60% dari kejadian tersebut dapat dicegah (World Health Organization, 2011)

The Canadian Adverse event study menemukan *incidence rate* KTD sebesar 7,5%, meliputi kejadian yang tidak disengaja, komplikasi yang berujung dengan kematian, disabilitas, perpanjangan lama masa perawatan, yang diperkirakan mendekati 185.000 kejadian per tahun (Baker et al, 2004). Hampir 70.000 kasus KTD tersebut dapat dicegah. Tahun 2014 Zeeshan memaparkan 6,5% pasien mengalami *adverse event*, ini merupakan hasil analisis restropektif terhadap tiga rumah sakit dalam periode empat tahun (Zeeshan et al, 2014). *Center for Disease Control* (CDC) memperkirakan 5-10% pasien rumah sakit mendapatkan infeksi di rumah sakit (Yokoe and Classen, 2008). *Medical error* menyebabkan kematian dan kecacatan dan studi menunjukkan bahwa dari 70.000 yang tercatat, 9,2% mengalami insiden keselamatan pasien, di mana 43,5% merupakan kasus yang dapat dicegah. Lebih dari setengahnya (56,3%) tanpa mengalami kecacatan ringan, namun 7,4% kejadian menyebabkan kematian (Mellin-Olsen et al, 2010).

Penelitian tentang keselamatan pasien di beberapa negara menunjukkan bahwa insiden atau kejadian diakibatkan oleh kejadian yang tidak disengaja, yang terjadi selama pelayanan

kesehatan sedang berlangsung (Vincent, Neale, and Woloshynowych 2001; Brennan et al. 1991; Wilson et al. 1996; Sears et al. 2013; Forster et al. 2003). Tahun 2019 kementerian kesehatan Indonesia mencatat sebanyak 7.310 IKP yang terbagi sebagai berikut KNC (kejadian nyaris cidera) sebanyak 2421 insiden atau kejadian, KTC (kejadian tidak cidera) sebanyak 2463 insiden atau kejadian, sedangkan adverse event atau kejadian tidak diinginkan (KTD) atau sentinel sebanyak 2426 insiden. Dari hasil laporan tersebut sebanyak 5405 tidak menimbulkan cidera, 167 mengalami cidera ringan, 421 mengalami cidera sedang, dan 85 mengalami cidera berat serta 233 mengakibatkan kematian atau sentinel (Kemenkes, 2019). Menurut KKP-RS beberapa sebaran Insiden kejadian pasien tahun 2007 di Indonesia tercatat sebanyak 145 kejadian, yang tersebar di beberapa provinsi yaitu sebanyak 37,9% kasus terjadi di Jakarta, DIY 13,8% kasus, Jawa Tengah 15, 9% kasus, Jawa Timur 11,7%, Jawa Barat 2,8%, Sumatra Selatan 6,9%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,68%, dan Aceh sebesar 0,68%. Berdasarkan kepemilikan Rumah sakit tahun 2010 laporan IKP menyebutkan pada triwulan ke III ditemukan bahwa Rumah sakit pemerintah daerah memiliki persentase lebih tinggi sebesar 16% dibandingkan Rumah sakit swasta sebesar 12%.

Instansi pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan efektif dengan fokus utamanya adalah kepentingan pasien yang telah sesuai standar pelayanan rumah sakit (UU kesehatan pasal 29b No 44/2009 tentang Rumah sakit). Pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (UU Kesehatan pasal 32n No 44/2009 tentang kesehatan dan Rumah sakit). Rumah sakit diharapkan mampu memberikan standar pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan berkualitas. Kualitas pelayanan kesehatan sangat tergantung dan ditunjang oleh perilaku atau kinerja pemberi pelayanan kesehatan (perawat, dokter bidan dan tenaga kesehatan lainnya) (Kesehatan, 2009). Untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan nomor 36/2009 bahwa pemerintah diberikan tanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia. Hal ini juga ditemukan dalam Undang-undang mengenai rumah sakit nomor 44/2009 yang dengan tegas menyatakan bahwa mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan dasar dan tujuan dalam penyelenggaraan rumah sakit.

Menurut Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2019) Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang harus dicatat, dilaporkan dan dibuat analisis untuk menyusun rekomendasi dan rencana tindak lanjut perbaiki, meliputi kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Tidak Cidera (KTC) (Instrumen Akreditasi KARS SNARS Ed. 1.1. Tahun 2019, 2020).

Metode Pelaksanaan

Metode *participatory action research* 2 siklus. Siklus pertama, *Diagnosing dengan focus group discussion* dengan Tim Mutu dan Keselamatan untuk menyiapkan disain *process business digital system* serta bekerja sama dengan *programmer*. *Planning*: pembuatan program sesuai *business process*, menyepakati *flowchart* dalam *digital system*, membangun system. *Action*: uji coba penggunaan *digital system*. *Evaluation*: evaluasi hasil uji coba dilakukan dengan refleksi bersama mitra. Pada tahap ini juga dilakukan pembahasan untuk melakukan perbaikan atas hasil uji coba.

Siklus kedua, *Diagnosing*: identifikasi masalah yang didapatkan pada siklus pertama. Pemecahan masalah yang dibutuhkan adalah beberapa pelatihan. *Planning*: pelatihan penggunaan digital system kepada staf dan Tim Mutu dan Keselamatan Pasien. Materi pelatihan meliputi IKP, sasaran keselamatan pasien, prosedur pelaporan dan analisis, surveilans, laporan

IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dan IPCN (*Infection and Control Nurse*) serta pelatihan investigasi sederhana. *Action*: mitra menggunakan sistem informasi dan menerapkan hasil pelatihan yang didapat pada tahap sebelumnya. *Evaluation*: melakukan monitoring dan evaluasi yang dilakukan untuk mengidentifikasi hambatan dan melakukan pendampingan guna perbaikan implementasi.

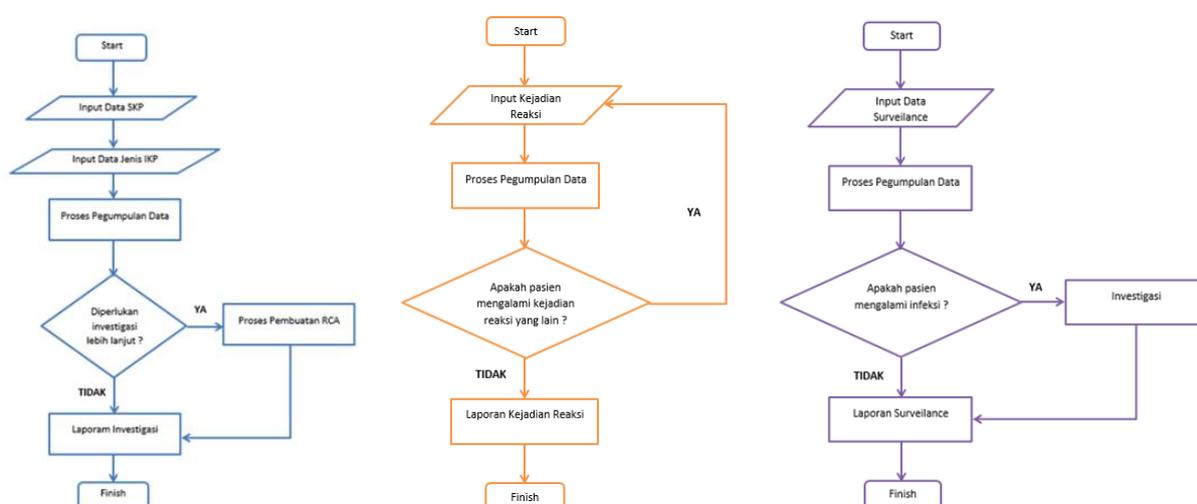
Hasil dan Pembahasan

Tahapan yang digunakan adalah *Participatory Action Research* (PAR). Siklus yang dilaksanakan meliputi: tahap *diagnosing*, tahap *planning*, tahap *action*, tahap *evaluation*, dan kembali ke tahap *diagnosing*.

1. Tahap *Diagnosing*

Tahap *diagnosing* dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) yang dihadiri oleh Tim Pengabdian Masyarakat, Tim Pengembangan Sistem Informasi RS PKU Muhammadiyah Gamping, Direksi RS PKU Muhammadiyah Nanggulan, serta Tim Mutu dan Keselamatan Pasien, dengan hasil perlu adanya system informasi yang mampu mengkompilasi laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di setiap unit kerja di RS PKU Muhammadiyah Nanggulan dan dapat dipantau oleh Pimpinan RS sebagai bentuk pembelajaran dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Sistem ini akan dimanfaatkan dengan alur input data IKP oleh staf atau kepala unit kerja dengan menyusun suatu investigasi sederhana apa yang menjadi penyebab dari insiden tersebut. Investigasi sederhana dilaksanakan dengan cara sederhana, yaitu dengan mencari 5 (lima) mengapa dari setiap IKP. Diharapkan, hasil investigasi sederhana mampu menjadi pembelajaran bagi RS PKU Muhammadiyah Nanggulan untuk memperbaiki system yang mengacu pada upaya keselamatan pasien.

2. Tahap *Planning*

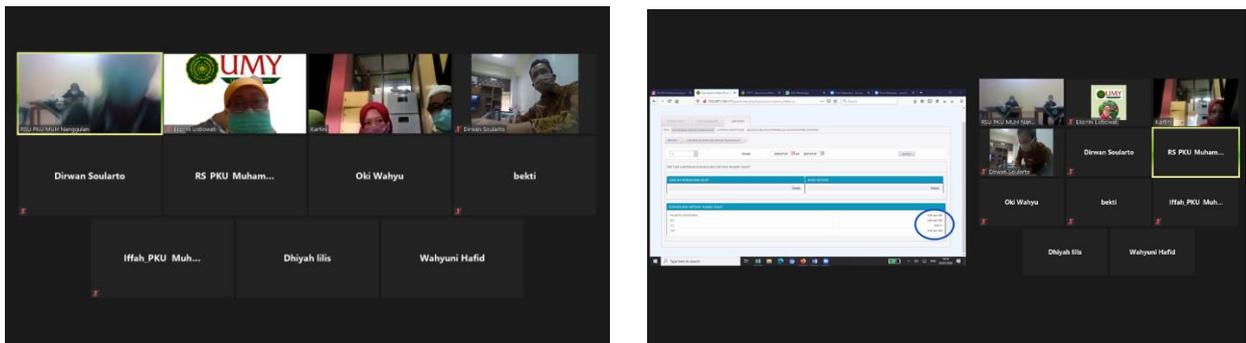


Gambar 1. Business Process Alur E-Note

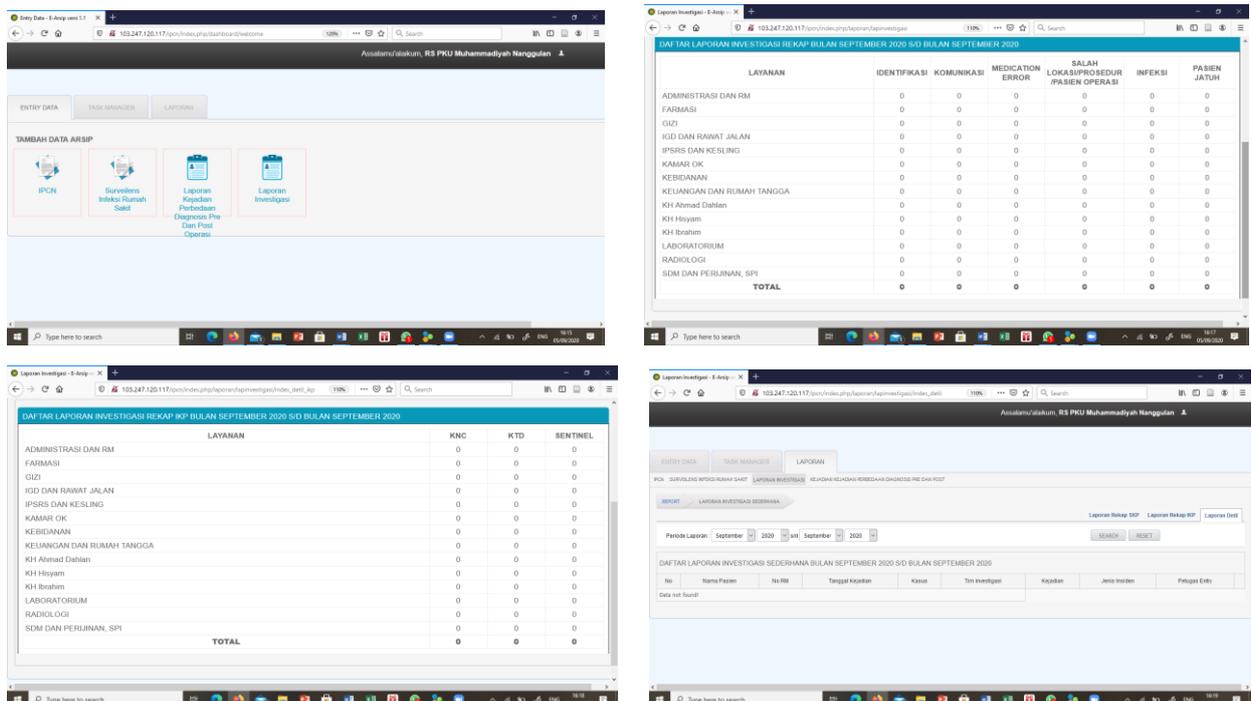
3. Tahap Action

Tahap tindakan adalah melakukan uji coba *e-note system* yang dikembangkan oleh Tim Pengabdian Masyarakat UMY dan Tim Pengembangan Sistem Informasi RS PKU Muhammadiyah Gamping, sekaligus pelatihan penggunaan *e-note system* sebagai sebuah aplikasi pencatatan, pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien. Pelatihan dilakukan secara daring dan dilanjutkan dengan konsultasi untuk monitoring keberlangsungan penggunaan system tersebut. Peserta uji coba dan pelatihan adalah Direksi RS PKU Muhammadiyah Nanggulan, Pejabat Struktural di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Nanggulan serta Tim Mutu dan Keselamatan Pasien serta Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Dari uji coba dan pelatihan penggunaan *e-note system*, didapatkan masukan, bahwa system ini akan memuat dan mendokumentasi IKP di RS PKU Muhammadiyah Nanggulan. Namun masih diperlukan latihan lanjutan untuk memahami jenis dan kategori IKP yang harus didokumentasikan, bagaimana cara melakukan investigasi sederhana, serta kegiatan surveilans dan cara mengukurnya.



Gambar 2. Proses Uji Coba dan Pelatihan Penggunaan E-Note System Sebagai Sistem Pencatatan, Pelaporan, dan Analisis IKP



Gambar 3. Modul dalam e-note RS PKU Muhammadiyah Nanggulan

Sistem *e-note* ini terdiri dari 4 modul, yaitu pencatatan dan pelaporan *Infection Prevention and Control Nurse (IPCN)*, hasil *surveillance* yang meliputi 1) kejadian flebitis akibat pemasangan infus, 2) infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin, 3) pneumonia akibat pemakaian ventilator, dan 4) infeksi luka operasi. Kedua modul lainnya adalah kejadian perbedaan diagnosis *pre* dan *post* operasi, serta investigasi sederhana.

4. Tahap *Evaluation*

Tahap *evaluation* dilakukan dengan menilai pemanfaatan modul yang telah dikembangkan di dalam *e-note system* dan kemampuan penggunaannya. Evaluasi dilakukan 2 (dua) minggu setelah pelatihan. Evaluasi menunjukkan bahwa penggunaan belum optimal, di mana alasan yang terbesar adalah 1) belum familiar dengan *e-note system*, 2) belum memahami kejadian apa saja yang harus dicatat sebagai IKP, 3) belum memahami penggunaan *5 Why* sebagai cara investigasi sederhana.

5. Tahap *Diagnosing* Kedua

Pada tahap *diagnosing* kedua, didapatkan masukan, perlunya pelatihan tentang jenis dan macam IKP yang harus dilaporkan dan bagaimana menganalisis dengan *5 Why*.

6. Tahap *Planning* Kedua

Direncanakan pelatihan dengan pokok bahasan: 1) memahami kejadian apa saja yang masuk di dalam Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang ditetapkan oleh RS PKU Muhammadiyah Nanggulan, yang meliputi, Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), maupun kejadian sentinel. Kriteria yang digunakan mengacu pada standar akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). 2) Bagaimana cara melakukan investigasi sederhana dengan *5 why*.

7. Tahap *Action* Kedua

Action tahap kedua, berupa pelatihan sesuai yang direncanakan. Pelatihan tahap kedua dilaksanakan 1 bulan setelah pelatihan pertama. Dalam tahap ini dirumuskan implementasi penggunaan dari *e-note system* di RS PKU Muhammadiyah Nanggulan. Pelatihan diikuti oleh semua pejabat struktural di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Nanggulan.

8. Tahap *Evaluation* Kedua

Penggunaan *e-note system* akan mengurangi penggunaan kertas dan ketergantungan data pada petugas yang menyimpan. Selain itu, *update* data IKP dapat dilakukan dengan cepat dan proses investigasinya segera dapat dilakukan. Dengan *e-note system*, dapat selalu dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pimpinan rumah sakit, sebagai upaya untuk menurunkan IKP melalui perbaikan alur dan sistem pelayanan pasien di RS PKU Muhammadiyah Nanggulan.

Namun, yang masih menjadi kendala adalah mengubah perilaku dari membuat catatan dan laporan di kertas dan beralih ke sistem informasi, tentu perlu terus disosialisasikan dan dimonitor. Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Nanggulan perlu untuk selalu memberikan dorongan agar *e-note system* ini secara konsisten digunakan.

Simpulan

E-note system yang telah dikembangkan sebagai inovasi pencatatan, pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP), perlu disosialisasikan lebih detail kepada seluruh pejabat struktural di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Nanggulan. Peran Pimpinan RS PKU

Muhammadiyah Nanggulan sangat besar untuk mendorong pemanfaatan system ini. E-note system sebagai tools untuk pencatatan, pelaporan dan analisis IKP dapat digunakan sebagai pembelajaran bagi rumah sakit agar kejadian sejenis tidak terjadi lagi di unit yang sama atau unit lainnya.

Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada Rektor Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan khususnya Kepala LP3M yang telah memberikan kesempatan dan pendanaan dalam pengabdian masyarakat ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Direktur RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai rumah sakit Pembina RS PKU Muhammadiyah Nanggulan, khususnya Tim Pengembangan Sistem Informasi RS PKU Muhammadiyah Gamping yang telah bersama dengan kami mendisain *e-note system*. Kepada Direktur RS PKU Muhammadiyah Nanggulan kami ucapkan terima kasih atas kesempatan dan ijin yang diberikan untuk bersama-sama mengembangkan *e-note system*.

Daftar Pustaka

- Baker, G. Ross, Peter G. Norton, Virginia Flintoft, Régis Blais, Adalsteinn Brown, Jafna Cox, Ed Etchells, et al. 2004. "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*.
- Brennan, Troyen A., Lucian L. Leape, Nan M. Laird, Liesi Hebert, A. Russell Localio, Ann G. Lawthers, Joseph P. Newhouse, Paul C. Weiler, and Howard H. Hiatt. 1991. "Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients." *New England Journal of Medicine*.
- Forster, Alan J., Harvey J. Murff, Josh F. Peterson, Tejal K. Gandhi, and David W. Bates. 2003. "The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital." *Annals of Internal Medicine* 138
- Framton, S, H Gil, S Guastello, J Kinsey, D Boudreau-Scott, M Lepore, and P.M Walden. 2008. "Improvement Guide. Patient-Centred Care." In . Inc. And Picker Institute.
- "Instrumen Akreditasi KARS SNARS Ed. 1.1. Tahun 2019." 2020. *Dr. Galih Endradita M* (blog). January 18, 2020.
- Kemenkes. 2019. "Laporan Insiden Keselamatan Pasien. Kesehatan, Undang-Undang. 2009. "UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 44 TAHUN 2009 TENTANG RUMAH SAKIT."
- Mellin-Olsen, Jannicke, Sven Staender, David K Whitaker, and Andrew F Smith. 2010. "The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology." *European Journal of Anaesthesiology*
- Sears, Nancy, G. Ross Baker, Jan Barnsley, and Sam Shortt. 2013. "The Incidence of Adverse Events among Home Care Patients." *International Journal for Quality in Health Care*.
- Vincent, Charles, Graham Neale, and Maria Woloshynowych. 2001. "Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review." *BMJ: British Medical Journal*.
- WHO, World Health Organization. 2012. "10 Facts on Patient Safety." <http://www.who.int>.
- Wilson, Ross McL, William B. Runciman, Robert W. Gibberd, Bernadette T. Harrison, and John D. Hamilton. 1996. "Quality in Australian Health Care Study." *Medical Journal of Australia*.
- World Health Organization. 2011. "IBEAS: A Pioneer Study on Patient Safety in Latin America: Towards Safer Hospital Care." Geneva, Switzerland. (No. WHO/IER/PSP/2010.3).

- Yokoe, Deborah S., and David Classen. 2008. "Improving Patient Safety Through Infection Control: A New Healthcare Imperative." *Infection Control & Hospital Epidemiology*.
- Zeeshan, Muhammad F., Allard E. Dembe, Eric E. Seiber, and Bo Lu. 2014. "Incidence of Adverse Events in an Integrated US Healthcare System: A Retrospective Observational Study of 82,784 Surgical Hospitalizations." *Patient Safety in Surgery*.