

***Digital System* Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit**

Dirwan Suryo Soularto^{*}, Merita Arini, dan Ekorini Listiowati

Prodi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Brawijaya, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta, 55183
Email: dirwansuryo@umy.ac.id
DOI: 10.18196/ppm.43.635

Abstrak

Keselamatan pasien merupakan aspek fundamental dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang berkualitas, di mana pencatatan dan pelaporannya mendukung proses organizational learning. RS PKU Muhammadiyah Banjarnegara memiliki kendala dalam pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien (IKP) yaitu masih dilakukan secara manual, belum terintegrasi dengan laporan Hospital Acquired Infections, serta masih terpisah di berbagai unit kerja. Keseluruhan kondisi ini menyulitkan Tim Mutu dan Keselamatan Pasien dalam menganalisis dan mengambil keputusan dengan cepat dan tepat. Metode yang digunakan untuk mengatasi hal ini adalah satu siklus Action Research (assessment, planning, action, dan evaluation). Rangkaian pengabdian meliputi dirumuskannya sistem informasi berdasarkan kebutuhan dan kapasitas RS, pelatihan tentang pengelolaan data IKP dan penggunaan digital system, serta uji coba. Hasil kegiatan berupa terimplementasikannya digital system untuk pencatatan, pelaporan, dan analisis IKP yang dapat digunakan oleh petugas kesehatan. Implikasi terpenting penggunaan sistem ini adalah civitas hospitalia memperoleh kemudahan untuk melakukan pelaporan IKP dan PPI, sedangkan pihak manajemen RS yang memperoleh laporan tersebut secara cepat dan akurat dapat segera menindaklanjutinya, untuk mencegah kejadian sejenis terulang di unit yang sama atau unit lainnya. Kesinambungan penggunaan sistem pelaporan ini membutuhkan dukungan pimpinan dan manajemen perubahan yang baik. Sebagai kesimpulan, digital system pelaporan IKP acceptable dan potensial dapat terus dimanfaatkan sebagai proses pembelajaran organisasi RS.

Kata Kunci: sistem informasi, investigasi sederhana, patient safety, mutu rumah sakit

Pendahuluan

Mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tentang Kesehatan, maka RS harus senantiasa mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan efektif dengan berfokus pada pasien. RS diharapkan mampu memberikan standar pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan berkualitas. Kualitas pelayanan kesehatan sangat tergantung dan ditunjang oleh kebijakan, sistem yang ditetapkan dan perilaku atau kinerja pemberi pelayanan.

Sesuai dengan 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 perbaikan, mencakup kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Tidak Cidera (KTC). RS PKU Muhammadiyah Banjarnegara (RSMB) telah terakreditasi paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan Instrumen Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1. sehingga harus mempertahankan status akreditasi tersebut dengan menjaga mutu layanan dan keselamatan pasien (KARS, 2020).

Pencatatan, pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien sebagai proses organizational learning masih dilakukan secara manual. Oleh karena itu, dibutuhkan waktu yang cukup panjang dalam analisis maupun pemanfaatannya untuk pemantauan kinerja RS dan pengambilan keputusan. Laporan mutu dan keselamatan pasien belum terintegrasi dengan laporan infeksi yang

dilakukan oleh Infection Prevention and Control Nurse (IPCN). Pencatatan dan pelaporan insiden yang harus dianalisis, masih terpencar-pencar di unit kerja, sehingga menyulitkan proses analisis oleh Tim Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Pelaporan insiden keselamatan pasien, belum seluruhnya dilanjutkan dengan simple investigation (investigasi sederhana) untuk mencari akar masalah. Oleh karena itu, tujuan dari pengabdian masyarakat ini adalah membangun dan mengimplementasikan digital system untuk pelaporan dan analisis IKP. Permasalahan RSMB terkait dengan pencatatan, pelaporan dan analisis IKP tersebut, diatasi dengan: 1) Peningkatan pemahaman tentang kegunaan, prosedur pelaporan insiden keselamatan pasien; 2) Peningkatan pemahaman atas insiden yang harus dilaporkan; 3) Menyusun alur pelaporan insiden keselamatan pasien; 4) Pembelajaran melakukan investigasi sederhana sebagai sebuah proses *organizational learning*; 5) Membuat *digital system* IKP; 6) Pelatihan penggunaan *digital system* IKP.

Metode Pelaksanaan

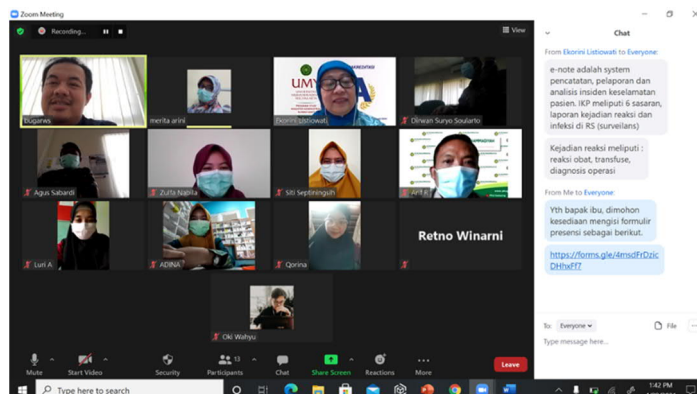
Dilaksanakan *action research* dalam 1 siklus. Pertama, dilakukan Assessment untuk melakukan *diagnosing* dengan *focus group discussion* terhadap Tim PMKP untuk melakukan identifikasi dan pemecahan masalah berupa membangun *digital system* dan pelatihan. Tahap kedua *Planning*, yakni pelatihan penggunaan *digital system* kepada staf dan tim PMKP. Materi pelatihan meliputi IKP, sasaran keselamatan pasien, prosedur pelaporan dan analisis, *surveilans*, laporan IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dan IPCN, serta pelatihan investigasi sederhana. Tahap ketiga, *Action*, yakni mitra menggunakan sistem informasi dan menerapkan hasil pelatihan yang didapat pada tahap sebelumnya. Tahap keempat, *Evaluation*, yakni melakukan monitoring dan evaluasi yang dilakukan untuk mengidentifikasi hambatan dan melakukan pendampingan guna perbaikan implementasi.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan rancangan tahapan pelaksanaan pengabdian masyarakat, telah dilaksanakan seluruh tahapan kegiatan pengabdian masyarakat. Kegiatan dilaksanakan dalam 1 siklus *action research* berupa 4 tahapan yang meliputi *assessment*, *planning*, *action*, dan *evaluating action* (Coghlan & Brannick, 2005).

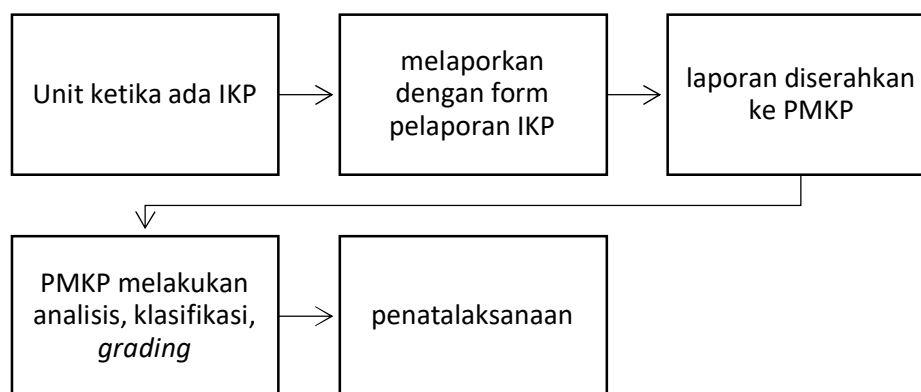
a. Tahap 1: *Assessment*

Tahap ini berupa persiapan, telah dilakukannya *focus group discussion* (FGD) dengan pimpinan dan Tim Mutu dan Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Banjarnegara untuk menyiapkan desain *process business digital system* yang akan dikembangkan. FGD dilakukan secara daring karena masih berada dalam situasi pandemi.



Gambar 1. Pelaksanaan Pengabdian Masyarakat Tahap 1 (*Focus Group Discussion*)

Berdasarkan FGD didapatkan beberapa informasi penting terkait *existing practices* pencatatan, pelaporan, analisis, dan tindak lanjut pencatatan IKP dan surveilans infeksi. Alur pelaporan yang telah berjalan saat terjadi IKP adalah sebagai berikut.



Gambar 2. Alur Pelaporan dan Penatalaksanaan IKP di RSMB

Penanggung jawab IKP dan ketua tim PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) adalah seorang dokter umum. Analisis dilakukan oleh tim PMKP untuk seluruh jenis kejadian. Petugas juga menyatakan bahwa pelaporan IKP masih manual. IKP yang sudah banyak dilaporkan berasal dari bagian farmasi (salah resep, salah obat, dll.) yang selama ini masih dapat ditangani sendiri untuk mitigasi dan baru kemudian dilaporkan ke PMKP dalam 1x24 jam dengan melaporkan detail kronologi dan penyelesaian masalahnya seperti apa. Apabila terdapat IKP sebagaimana contoh tersebut di atas, petugas akan melakukan analisis dengan metode 5W dan kemudian menjadi dasar perbaikan atau penatalaksanaan. PMKP membantu dan mendampingi unit, di antaranya untuk melakukan *grading* dan apakah penyelesaian cukup diselesaikan di unit atau di tingkat yang lebih tinggi.

Bila terdapat IKP, laporan akan disampaikan kepada kepala ruang/kepala unit, dan bila sangat mendesak dapat segera melapor ke PMKP. Pada prinsipnya, siapapun bisa melaporkan yang mengalami kejadian, misal kepala ruang yang membuat laporan dan menindaklanjuti laporan

ke PMKP. Secara umum, IKP belum intens dilaporkan ke PMKP. Pencatatan hanya ada di RM jika diselesaikan di tingkat unit. Sulit direkapitulasi untuk pengambilan keputusan.

Agar IKP tidak terulang kembali, setiap unit di RSMB sudah memiliki beberapa rencana (SOP) untuk mencegah IKP, misal *double checking*, dll. Hasil kemudian dievaluasi implementasinya, apakah perlu diperbaiki atau tidak. Selain itu juga diselenggarakan rapat bulanan tingkat unit untuk mengevaluasi kembali SOP yang berlaku maupun IKP yang ada.

Tidak semua IKP bisa dilaporkan, karena adanya berbagai kendala, terutama adalah kesadaran petugas yang masih kurang. KPC atau hal-hal yang sederhana belum tercatat maupun dilaporkan. Sosialisasi terkait IKP baru dilakukan pada saat menjelang akreditasi. Sosialisasi lebih intens dan evaluasi bulanan sebenarnya telah dilakukan di tingkat unit, namun demikian pengetahuan dan pemahaman petugas lainnya juga masih kurang. Selain itu, RS sudah memiliki list IKP (sentinel, KPC, dll) yang perlu dilaporkan namun belum diperbaharui. Petugas diberikan informasi bahwa perlu dibuat untuk menjadi pengetahuan dan pedoman mengenai kejadian-kejadian yang harus dilaporkan.

Secara spesifik juga didapatkan beberapa informasi mengenai pencatatan IKP. Catatan transfusi ada di unit/bangsang dicatat di RM di rawat inap. Diagnosis pra dan pasca operasi dicatat di unit kamar operasi (terdata) meskipun masih bersifat manual, dan belum ada laporan perbedaan diagnosis pra dan pasca operasi. Terkait surveilans infeksi yang dikerjakan selama ini, laporan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) sudah dibuat oleh tim PPI secara rutin dilaporkan kepada direktur. RSMB memiliki 50 TT. Sudah ada laporan flebitis (angka kasus). Semua laporan PPI juga masih dikerjakan secara manual. Seharusnya jumlah pasien flebitis dibagi jumlah hari pemasangan infus. Demikian juga dengan kateter. Infeksi lokasi operasi lebih mudah, jumlah IDO (Infeksi Daerah Operasi) dibagi jumlah pasien yang dioperasi.

Dalam FGD, para informan mengutarakan berbagai harapan khususnya agar pencatatan menjadi lebih tertata, sehingga mempermudah pengambilan keputusan. Oleh karena itu kemudian, direncanakan tindak lanjut FGD berupa RSMB menentukan siapa yang bertanggung jawab menginput laporan pada unit-unit lain terkait; menentukan siapa yang bisa mengakses apa, misal apa saja peran direktur, PMKP, dll.; sosialisasi kembali/*refreshing* pencatatan IKP dan surveilans infeksi, serta pelatihan penggunaan sistem.

b. Tahap 2: *Planning*

Tahap ini merupakan *planning* dengan melakukan penerjemahan kebutuhan dan alur pelaporan ke dalam *digital system* oleh tim IT. Setelah *software* yang sesuai tersedia, dilakukan instalasi dan dilanjutkan dengan persiapan pelatihan. Disepakati pelatihan dengan pokok bahasan: 1) memahami kejadian apa saja yang masuk di dalam IKP yang ditetapkan oleh RS PKU Muhammadiyah Banjarnegara, yang meliputi, KNC, KTD, maupun kejadian sentinel serta penetapan kriteria yang digunakan mengacu pada standar akreditasi KARS; 2) bagaimana cara melakukan investigasi sederhana dengan *5 why*; 3) pelatihan penggunaan *digital system*.

c. Tahap 3: *Action*

Pada tahap ini dilakukan pelatihan kepada mitra dan implementasi *digital system*. Pada sesi pelatihan diberikan pemaparan mengenai deskripsi sistem dan pengaturan hak akses oleh tim IT RS PKU Muhammadiyah Gamping selaku pengembang, serta materi tentang konsep dasar keselamatan pasien dan pelaporan, serta penggunaan *digital system* untuk pelaporan IKP, PPI, dan

investigasi sederhana. Pada pelatihan ini juga dilakukan diskusi dan tanya jawab. Pelatihan dihadiri oleh pimpinan RSMB, ketua tim PMKP, ketua tim PPI, kepala ruang dan pimpinan unit kerja, serta pengelola sistem informasi RSMB. Peserta pelatihan menunjukkan antusiasme yang tinggi selama jalannya pelatihan dengan aktif berdiskusi dan mengajukan pertanyaan-pertanyaan seputar teknis penggunaan sistem informasi dan yang bersifat manajerial.



Gambar 3. Pelatihan Penggunaan *Digital System* dan Keselamatan Pasien

Setelah dilakukan pelatihan, dilakukan uji coba dan implementasi. Pendampingan terus dilakukan untuk membantu mengatasi kendala teknis yang ada.

d. Tahap 4: *Evaluating Action*

Implementasi dan evaluasi berjalan beriringan. Peserta meyakini potensi mengurangi penggunaan kertas dan ketergantungan data pada petugas yang menyimpan dengan implementasi sistem tersebut. Selain itu, *update* data IKP dapat dilakukan dengan cepat dan proses investigasinya segera dapat dilakukan. Dengan *digital 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 Banjarnegara.

Pada tahap evaluasi juga didapatkan potensi kendala yang masih mungkin didapatkan dalam implementasi. Kendala-kendala tersebut meliputi sulitnya merubah budaya pencatatan dan pelaporan yang semula bersifat *paper based* menjadi sistem pelaporan digital, kepatuhan menginput laporan yang masih harus terus ditingkatkan, terbatasnya jumlah SDM dan situasi pandemi COVID-19, yang mengharuskan staf dirawat atau isolasi mandiri, serta tumpang tindihnya kewajiban pelaporan lain yang serupa. Untuk mengatasi hal ini, diberikan rekomendasi-rekomendasi berdasarkan pengalaman keberhasilan manajemen perubahan dalam penerapan *digital system* untuk pencatatan dan pelaporan IKP dan PPI di RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai inisiator program/software awal dan RS PKU Muhammadiyah Nanggulan sebagai pengguna lebih dulu system yang serupa, pendampingan teknis untuk kesulitan-kesulitan yang didapatkan, serta akan dilakukannya upaya *bridging* dengan sistem informasi yang telah ada di RS dan sistem pelaporan yang diwajibkan secara nasional (Ekorini, 2021).

Pencatatan dan pelaporan keselamatan pasien merupakan bagian dari budaya keselamatan pasien sebagai bentuk proses pembelajaran (The Health Foundation, 2013; Rockville

et al., 2016). Sebagaimana yang dipaparkan oleh mitra, pelaporan keselamatan pasien berpotensi mengalami berbagai kendala yang meliputi perubahan budaya dari yang semula *paper based* menjadi terkomputerisasi, kerumitan proses pelaporan, lupa, keterbatasan waktu karena beban kerja, maupun *barrier* lain terkait budaya keselamatan seperti takut/*blaming culture*, kurang kuatnya *feedback*, dan lain sebagainya (Vrbnjak et al., 2016; De Brún et al., 2017).

Untuk mengatasi berbagai kendala pelaporan IKP, WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2020, merekomendasikan aspek-aspek penting. Aspek pokok yang utama adalah pendidikan staf berkelanjutan termasuk pemahaman mengenai budaya keselamatan pasien dan pentingnya pelaporan untuk pembelajaran, membangun budaya yang positif untuk pelaporan, menetapkan jenis pelaporan, menggunakan laporan IKP untuk memberikan *feedback* atau proses perbaikan, keterbukaan dan independensi dalam data analisis, melibatkan pasien dan keluarga, serta keterbukaan informasi untuk pembelajaran dengan tetap menjaga *confidentiality*, dan *anonymity*. Selain itu, aspek *user friendly* dan sistem digital yang *impactful* juga bermanfaat meningkatkan pelaporan IKP secara elektronik (Mei et al., 2013; Elliott et al., 2014).

Dari sisi metode pelaksanaan pengabdian masyarakat yang menggunakan pendekatan *action research*, terdapat manfaat berupa *empowerment* mitra pengabdian (Coghlan & Brannick, 2005). Selain itu, mitra sedari awal terlibat untuk mengidentifikasi permasalahan, menentukan prioritas penyelesaian masalah, serta berpendapat untuk merumuskan metode pemecahan masalah yang dapat diterima (*acceptable*) dan mampu laksana. Meskipun demikian beberapa keterbatasan perlu menjadi perhatian, di antaranya adalah temuan dan pemecahan masalah bersifat kontekstual terhadap *setting* RS lokasi mitra pengabdian. Oleh karena itu, mungkin diperlukan penyesuaian apabila akan diterapkan pada fasilitas kesehatan lainnya.

Simpulan

Digital System yang dikembangkan, memiliki potensial diterapkan (*acceptable*) dan bermanfaat untuk mempermudah pencatatan dan pelaporan IKP dan PPI. Implikasi terpenting penggunaan sistem ini adalah *civitas hospitalia* memperoleh kemudahan untuk melakukan pelaporan IKP dan PPI, sedangkan pihak manajemen RS yang memperoleh laporan tersebut secara cepat dan akurat dapat segera menindaklanjutinya, untuk mencegah kejadian sejenis terulang di unit yang sama atau unit lainnya. Kesenambungan penggunaan sistem pelaporan ini membutuhkan dukungan pimpinan dan manajemen perubahan yang baik. Sistem ini penting untuk terus disosialisasikan dengan rinci kepada seluruh pejabat struktural dan petugas terkait di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Banjarnegara

Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, khususnya LP3M yang telah memberikan dukungan pendanaan dalam pengabdian masyarakat ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Direktur RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai rumah sakit yang menginisiasi program sistem digital pencatatan dan pelaporan IKP, khususnya Tim Pengembangan Sistem Informasi RS PKU Muhammadiyah Gamping yang bersama dengan kami mendisain sistem tersebut untuk mitra pengabdian. Kepada Direktur RS PKU Muhammadiyah

Banjarnegara, kami ucapkan terima kasih atas kesempatan dan dorongannya kepada para staf untuk bersama-sama mengembangkan *digital system* pencatatan dan pelaporan IKP.

Daftar Pustaka

- Coghlan, D., & Brannick, T. (2005). *Doing Action in Your Own Organization* (2nd ed.). SAGE Publications.
- De Brún, A., Heavey, E., Waring, J., Dawson, P., & Scott, J. (2017). PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. *Health Expectations*, 20(4), 771-778. <https://doi.org/10.1111/hex.12516>
- Elliott, P., Martin, D., & Neville, D. (2014). Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. In *JMIR Medical Informatics* (Vol. 2, Issue 1). <https://doi.org/10.2196/medinform.3316>
- KARS. (2020). Bimbingan Akreditasi dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 Tahun 2020. In *KARS (Issue Standar Akreditasi Rumah Sakit)*. <https://kars.or.id/wp-content/uploads/2020/07/Proposal-Bimbingan-SNARS-edisi-1.1-rev-18-Des-19.pdf>
- Listiowati, E., Soularto, D.S., & Arini, M. (2021). E-Note System: Pencatatan, Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien, dalam *Prosiding Seminar Nasional Program Pengabdian Masyarakat UMY Tahun 2020: Inovasi Teknologi dan Pengembangan Teknologi Informasi dalam Pemberdayaan Masyarakat Pasca Covid-19*, 2175-2181. <https://doi.org/10.18196/ppm.311.259>.
- Mei, Y. Y., Marquard, J., Jacelon, C., & DeFeo, A. L. (2013). Designing and evaluating an electronic patient falls reporting system: Perspectives for the implementation of health information technology in long-term residential care facilities. *International Journal of Medical Informatics*, 82(11), e294-e306. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.03.008>
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, (2009).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tentang Kesehatan, (2009). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. In *AHRQ (Vols. 15-0049-EF)*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- The Health Foundation. (2013). *Safety culture : What is it and how do we monitor and measure it ?* March 2013, 2-5. <http://www.health.org.uk/publications/safety-culture-what-is-it-and-how-do-we-monitor-and-measure-it/#>
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C., & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162-178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240010338>