

Karakteristik Pasien Rawat Inap Meninggal ≥ 48 Jam Dirawat: Pelatihan Penelitian bagi Perawat

Characteristics of Inpatient Died ≥ 48 Hours of Care: Research Training for Nurses

Melati Fajarini ^{1*}

Sri Rahayu ²

¹Faculty of Nursing, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Central Jakarta, Jakarta Capital Special Region, Indonesia

²Bachelor of Nursing Program, Jayakarta School of Health Sciences, East Jakarta, Jakarta Capital Special Region, Indonesia

email: melatifajarini@gmail.com

Kata Kunci

Kematian ≥ 48 jam
Pasien rawat inap
Pelatihan
Penelitian
Praktik klinis berbasis ilmiah

Keywords:

Net Death Rate
Inpatient
Training
Research
Evidence-based practice

Received: July 2020

Accepted: September 2020

Published: December 2020

Abstrak

Data kematian pasien ≥ 48 jam dirawat dibutuhkan oleh perawat, namun keterampilan perawat untuk mendapatkan data tersebut dirasakan kurang. Kurangnya keterampilan perawat untuk menghasilkan bukti ilmiah merupakan salah satu hambatan praktik klinis berbasis ilmiah atau *evidence-based practice* (EBP). Pelatihan penelitian bagi perawat dilaksanakan untuk mengatasi hambatan dan menjawab masalah penelitian tersebut. Pelatihan pendampingan penelitian dilaksanakan selama tiga hari pada bulan Juni 2019 dengan menggunakan tahapan EBP. 10 perawat berpartisipasi dalam pelatihan ini. Hasil pelatihan melaporkan bahwa seluruh perawat dapat merencanakan, melaksanakan dan melaporkan hasil penelitian. Penelitian yang perawat laksanakan adalah sebuah penelitian retrospektif untuk mengumpulkan data dari 62 rekam medis pasien meninggal ≥ 48 jam dirawat pada bulan Maret-Mei 2019. Hasil penelitian perawat menemukan bahwa pasien sebagian besar adalah laki-laki (51,6%), berusia diatas 45 tahun (66,1%), meninggal dengan diagnosa medis Tuberculosis (27,4%), Stroke (17,7%), HIV (12,9%), dan dengan indikasi rawat di ICU (53,2%). Melalui pelatihan selama tiga hari, perawat dapat menghasilkan bukti ilmiah dan memberikan rekomendasi upaya peningkatan pelayanan kepada manajemen RS. Pelatihan penelitian penting dilaksanakan diarea klinis untuk meningkatkan praktik klinis berbasis ilmiah yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas asuhan dan derajat kesehatan pasien.

Abstract

Nurses need data on patient mortality ≥ 48 hours of care, but nurses' skills to get these data are lacking. Nurses' lack of skills to produce scientific evidence is one of the obstacles to evidence-based practice (EBP). Research training for nurses is carried out to overcome obstacles and answer research problems. Research mentoring training was carried out for three days in June 2019 using the EBP stage. 10 nurses participated in this training. The training results reported that all nurses could plan, carry out, and report the results of the research. The research that nurses conducted was a retrospective study to collect data from 62 medical records of patients who died ≥ 48 hours of treatment in March-May 2019. The results of the nurse's study found that most of the patients were male (51.6%), aged over 45 years (66.1%), died with a medical diagnosis of Tuberculosis (27.4%), stroke (17.7%), HIV (12.9%), and with an indication of being hospitalized in the ICU (53.2%). Through training for three days, nurses can produce scientific evidence and provide recommendations for improving hospital management services. Essential research training is carried out in clinical areas to improve evidence-based practice, which in turn can improve the quality of care and health status of patients.



PENDAHULUAN

Praktik klinis yang akuntabel masih merupakan tantangan bagi tenaga kesehatan. Beberapa penelitian menemukan bahwa terdapat jarak 10-17 tahun bagi ilmu untuk dapat diterapkan di area klinis (Bostrom & Wise, 1994; Morris *et al.*, 2011). Selain itu, World Health Organization (WHO) melalui proyek *South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries* (SEA-ORCHID) menggambarkan bahwa mengungkapkan bahwa tingginya angka kematian ibu dan anak salah satunya disebabkan oleh praktik klinis yang tidak tepat (Martis *et al.*, 2008; McDonald *et al.*, 2010). Proyek penelitian yang dilakukan terhadap perawat, dokter dan bidan di beberapa negara di Asia Tenggara termasuk Indonesia tersebut menemukan bahwa praktik klinis yang tidak tepat disebabkan oleh rendahnya keterampilan dalam menghasilkan dan mensintesis bukti ilmiah, kurangnya akses terhadap informasi pelayanan kesehatan berkualitas serta beberapa masalah lainnya. Kedua hal diatas menunjukkan bahwa praktik klinis berdasarkan bukti ilmiah (*evidence-based practice*) belum dilaksanakan dengan maksimal.

Beberapa hambatan teridentifikasi sebagai penyebab belum maksimalnya *evidence-based practice* (EBP). Keterbatasan waktu, bahasa, kemampuan dalam mendapatkan dan memahami artikel merupakan hambatan dalam mensintesis dan mengimplementasikan bukti ilmiah oleh para dokter dan perawat di Asia Tenggara (Martis *et al.*, 2008; McDonald *et al.*, 2010; Turner, 2009). Novrianda dan Hermalinda (2019) mengungkapkan bahwa hambatan berasal dari karakteristik, budaya perawat, fasilitas, lingkungan dan organisasi dimana perawat tersebut berada. Dibutuhkan upaya mengatasi hambatan-hambatan tersebut dan mengakselerasi penyerapan ilmu oleh tenaga kesehatan khususnya perawat di Indonesia sebagai bagian dari tahapan *evidence-based nursing* (EBN).

Dukungan EBN mulai diupayakan di Indonesia. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 836/Menkes/SK/VI/2005, perawat dituntut untuk meningkatkan kinerja dengan penggunaan *evidence* dan sesuai dengan standar profesi mencerminkan komitmen pemerintah untuk meningkatkan EBN. Sebuah Rumah Sakit (RS) pemerintah di daerah Bekasi menempatkan EBN sebagai kompetensi yang penting dimiliki perawat dengan mengadakan pelatihan sejak tahun 2014. Pelatihan tersebut dimulai dengan target mengenalkan EBN dan mensintesis bukti ilmiah, kemudian semakin meningkat yaitu untuk meningkatkan keterampilan perawat menghasilkan bukti ilmiah.

Pada pelatihan di RS ini, perawat diharapkan dapat melaksanakan penelitian berdasarkan masalah penelitian yang ada. Perawat menyampaikan tingginya prosentase kematian pasien ≥ 48 jam dirawat atau *Net Death Rate* (NDR) yang mencapai 35,77% periode Januari-April 2019. Angka kematian dan NDR merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan RS (Gabal & Salem, 2002; Goodacre *et al.*, 2015), sehingga perawat menyampaikan pentingnya diketahui karakteristik pasien yang meninggal setelah dirawat ≥ 48 jam di ruang rawat inap. Namun perawat membutuhkan pendampingan untuk mendapatkan data tersebut. Berdasarkan latar belakang diatas, pelatihan ini bertujuan agar perawat dapat melaksanakan penelitian untuk mendapatkan gambaran karakteristik pasien meninggal ≥ 48 jam dirawat.

METODOLOGI

Pelatihan ini merupakan kegiatan *in-house training* dan berlangsung selama tiga hari selama delapan jam setiap hari pada bulan Juni 2019 di sebuah rumah sakit pemerintah di daerah Bekasi, Jawa Barat. Peserta berjumlah 30 orang perawat dengan mayoritas (80%)

memegang jabatan Kepala Ruangan (Karu) dan Ketua Tim (Katim). Peserta dibagi menjadi tiga kelompok dimana satu kelompok ditugaskan untuk menyelesaikan masalah data kematian pasien rawat inap. Tahap yang dilaksanakan pada pelatihan ini mengikuti tahapan (Cullum *et al.*, 2013; Dang & Dearholt, 2017; Hoffmann *et al.*, 2010) yaitu mengembangkan pertanyaan yang tepat, mencari bukti terbaik yang paling relevan, menilai bukti secara kritis, melakukan penelitian untuk mendapatkan *evidence* hingga memberikan rekomendasi.

Pada hari pertama peserta dilaksanakan kegiatan persiapan penelitian. Peserta dibekali dengan review materi EBP dan tahapan penelitian. Form panduan manajemen proyek, pertanyaan PICO, dan penilaian level dan kualitas jurnal dari John Hopkins (Dang & Dearholt, 2017) diberikan kepada peserta sebagai sarana EBP. Kemudian dilaksanakan *focus group discussion* (FGD) masalah yang ditemukan diruangan dan membuat pertanyaan penelitian dengan rumus *problem/population, intervention, comparison, outcome* (PICO). Masalah yang dirasakan perawat adalah tentang tingginya angka kematian diruang rawat inap. Hal ini diduga karena adanya perubahan kebijakan terkait definisi kematian. Narasumber bersama peserta mencari artikel terkait kematian didunia dari sumber WHO, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, dan sumber lainnya. Rancangan metode penelitian didiskusikan dan bersama kelompok. Penelitian dilaksanakan secara retrospektif dengan mendata karakteristik pasien dewasa yang meninggal \geq 48 jam pada bulan Maret-Mei 2019 dari rekam medisnya. Periode ini ditentukan karena program pencatatan data kematian dimasing-masing ruang rawat inap baru dimulai bulan Maret 2019. Data berbentuk Microsoft Excel dari tiap ruangan disatukan dan diidentifikasi pasien yang memenuhi kriteria inklusi tersebut. Terdapat 73 (54,4%) pasien dewasa yang

memenuhi kriteria dari total 134 kematian pasien. Total sampling digunakan pada penelitian ini. Pada tahap ini juga dikoordinasikan penanggung jawab dan jadwal pengumpulan data. Peserta mengkoordinasikan rencana pengambilan data ke bagian keperawatan dan rekam medis.

Hari kedua dilaksanakan pengumpulan data. Nomor rekam medis 73 pasien tersebut diberikan ke petugas rekam medis oleh peserta pelatihan. Perawat kemudian membawa rekam medis keruang pelatihan dan mendata karakteristik pasien yang terdiri dari data demografi, *International Classification of Diseases* (ICD)-10 primer, indikasi ICU, tingkat kesadaran, *Length of Stay* (LOS) dan jaminan kesehatan. Data tersebut di entry di Microsoft Excel oleh perawat. Narasumber memfasilitasi pengolahan data. Data deskriptif dianalisa distribusi frekuensinya.

Kegiatan pelaporan dilaksanakan pada hari ketiga. Narasumber dan peserta pelatihan mendiskusikan hasil temuannya. Diskusi mencakup interpretasi data dan rekomendasi yang bisa diberikan kepada manajemen RS berdasarkan hasil tersebut. Peserta melaporkan hasil penelitiannya kepada seluruh peserta pelatihan lain dan kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Seksi Rawat Inap.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik perawat peserta pelatihan dipaparkan sebagai berikut. Mayoritas perawat peserta pelatihan memegang jabatan Karu dan Katim (80%), berjenis kelamin wanita (69%), umur termuda 31 tahun, tertua 53 tahun, rerata usia 37 tahun \pm 5.99, berpendidikan D3 (63%). Kegiatan pelatihan selama tiga hari dihadiri oleh seluruh peserta hingga akhir. Seluruh peserta berpartisipasi aktif mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan hingga evaluasi sesuai dengan tahapan EBP (Cullum *et al.*, 2013; Dang & Dearholt, 2017; Hoffmann *et*

al., 2010). Melalui diskusi pada hari pertama, para perawat mampu merumuskan pertanyaan penelitian yaitu 'bagaimanakah karakteristik pasien yang meninggal setelah dirawat ≥ 48 jam?'. Narasumber memfasilitasi literatur terkait kematian. Beberapa artikel terkait didapatkan dari sumber-sumber terpercaya seperti misalnya 10 penyakit penyebab kematian didunia yang tercatat di World Health Organization (2018), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), dan penelitian oleh Gabal dan Salem (2002).

Gambar 1 menunjukkan rekam medis yang didapat dari bagian rekam medik dibawa ke lokasi pelatihan. Data yang dibutuhkan dicari oleh seorang perawat di rekam medis dan dibacakan kepada seorang perawat lainnya untuk dientry ke Microsoft Excel di laptop. File *worksheet entry* data diberikan kepada 3 orang, sehingga *entry* data dilakukan secara bersama-sama ditiga file. Tiga file ini kemudian disatukan setelah selesai *entry*. Pihak manajemen RS memfasilitasi peralatan yang dibutuhkan termasuk laptop, beberapa perawat juga membawa laptop pribadi mereka. Data yang sudah di-*entry* kemudian difasilitasi dan dibimbing cara mengolahnya oleh narasumber seperti yang terlihat pada Gambar 2. Hingga akhir kegiatan seluruh peserta dapat melaksanakan dan melaporkan kegiatan penelitian yang hasilnya akan dipaparkan berikutnya.



Gambar 1. Kegiatan pengumpulan data



Gambar 2. Kegiatan pengolahan data

Total rekam medis yang dapat diambil datanya berjumlah 62 rekam medis. Karakteristik pasien meninggal ≥ 48 jam dirawat adalah jumlah laki-laki dan perempuan relatif seimbang, mayoritas berusia diatas 45 tahun (66,1%), dan memiliki jaminan kesehatan BPJS (85,5%) seperti terlihat pada Tabel I.

Tabel I. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Meninggal ≥ 48 jam Dirawat (N=62)

Karakteristik Pasien	Jumlah (N)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	32	51,6
Perempuan	30	48,4
Usia		
Remaja akhir (17-25)	4	6,5
Dewasa awal (26-35)	9	14,5
Dewasa akhir (36-45)	8	12,9
Lansia awal (46-55)	15	24,2
Lansia akhir (56-65)	16	25,8
Lansia > 65	10	16,1
Comorbiditas, ICD-10		
Tuberculosis, A15, A17	17	27,4
Stroke, I61, I63	11	17,7
HIV, B20	8	12,9
Chonic Kidney Disease, N18	6	9,7
Congestive Heart Failure, I50	6	9,7
Anemia, D64	3	4,8
Cancer, C78, C79	2	3,2
Pneumonia, J18	2	3,2
Tetanus, A35	2	3,2
Arterial Fibrillation, I48	1	1,6
Diabetes Mellitus, E13	1	1,6
Intracranial Injury, S06	1	1,6
Pleural effusion, J90	1	1,6
Sirosis Hepatis, K74	1	1,6
Kesadaran		
GCS 15	45	72,6
GCS <15	17	27,4
Indikasi ICU		
Ya	33	53,2
Tidak	29	46,8
LOS		
<5 hari	17	27,4
5-10 hari	35	56,4
>10 hari	10	16,2

Jaminan Kesehatan		
BPJS	53	85,5
JKD	7	11,3
Jasa Raharja	1	1,6
Umum	1	1,6

Tabel I juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien meninggal dengan diagnosa medis Tuberculosis (27,4%), Stroke dan HIV masing-masing sebesar 17,7% dan 12,9% secara berurutan. Sebagian besar pasien masuk dalam kesadaran *compos mentis* (72,6%), dengan indikasi rawat ICU (53,2%), dan dirawat 5-10 hari (56,4%).

Proporsi penyakit menular dan tidak menular penyebab kematian ≥48 jam di hampir berimbang di rumah sakit ini. Hasil penelitian ini sesuai dengan proporsi PTM dan PM dinegara penghasilan sedang (*middle income country*) dimana prevalensi kedua penyakit tersebut relatif seimbang (World Health Organization, 2018). Negara dengan penghasilan tinggi memiliki prevalensi PTM lebih tinggi dibandingkan PM, sedangkan hal yang sebaliknya terjadi di negara berpenghasilan rendah.

Penyakit tidak menular merupakan penyebab kematian terbesar dirumah sakit ini (56,5%) walaupun menempati urutan dua dan seterusnya. Serupa dengan penyebab 20,5% kematian dunia (World Health Organization, 2018) dan 21,2% di Indonesia pada tahun 2012 (World Health Organization, 2012), Stroke merupakan salah satu penyumbang kematian pasien ≥48 jam terbesar di RS ini dengan proporsi yang tidak jauh berbeda (17,7%). Nilai ini lebih besar dari temuan kematian di Indonesia menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) sebanyak 10,9%.

Penyakit menular masih cukup besar jumlahnya di RS ini. Jumlah pasien (43,5%). Penyakit akibat *Mycobacterium tuberculosis* menyebabkan hampir sepertiga kematian (27,7%), diikuti dengan HIV, dan Pneumonia. Berbeda dengan data Indonesia yang tidak memasukkan HIV sebagai 10 penyebab kematian (World Health Organization, 2012), HIV merupakan penyebab kematian yang signifikan di RS ini. Hal ini cukup

mengkhawatirkan. Kemudian terkait Tuberculosis, tidak seperti data dunia dan Indonesia yang menempatkan Tuberculosis pada ranking 6 dan 4 penyebab kematian, penyakit akibat bakteri ini merupakan penyebab tertinggi kematian pasien di RS ini. Penyakit pernafasan juga masuk dalam 10 besar penyebab kematian di RS ini. Penyakit pernafasan sepertinya merupakan masalah kesehatan yang mengkhawatirkan diwilayah RS ini, dan memerlukan kajian lebih lanjut.

Sarana prasana menjadi kekhawatiran di RS ini. Sebagian besar pasien menunjukkan kebutuhan untuk dirawat di ICU, namun sarana ini terbatas. Ruang rawat inap penyakit paru di RS ini juga masih dalam tahap pengembangan. Sarana prasarana terkait penanganan penyakit pernafasan perlu menjadi perhatian. Perawat peserta pelatihan memberikan rekomendasi peningkatan sarana prasarana pelayanan penyakit paru kepada pihak manajemen RS.

Tingkat kematian di rumah sakit perlu dianalisa dengan teliti. Angka kematian di rumah-rumah sakit di Inggris dan sebuah RS di Jeddah menunjukkan angka dibawah 5%, namun penelitian-penelitian ini menggunakan instrument yang berbeda dan sudah melakukan penyesuaian terhadap beberapa faktor resiko (Gabal & Salem, 2002; Goodacre *et al.*, 2015). Angka kematian di RS bisa menggambarkan kualitas pelayanan RS yang buruk atau adanya populasi masyarakat yang sakit, namun perlu dilakukan penyesuaian dengan faktor resiko yang ada (Goodacre *et al.*, 2015). Sebagai contoh pada penelitian ini, sebagian besar pasien sudah berusia lanjut sehingga risiko kematian lebih besar dan membutuhkan penyesuaian data. Penyesuaian ini belum dilakukan pada penelitian ini. Oleh karena itu, data ini belum dapat mencerminkan kualitas pelayanan di RS ini.

KESIMPULAN

Evidence-based practice belum dilaksanakan secara maksimal karena kurangnya keterampilan perawat untuk menghasilkan bukti ilmiah. Namun, terdapat kebutuhan data tentang kematian ≥ 48 jam setelah dirawat. Pelatihan penelitian bagi perawat dilaksanakan untuk menjawab masalah kebutuhan tersebut. Setelah dilaksanakan pelatihan selama tiga hari, perawat dapat melaksanakan dan melaporkan hasil penelitian yang telah mereka laksanakan. Hal ini menunjukkan kegiatan penelitian dapat berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan data dirumah sakit. Advokasi dan pendanaan terhadap kegiatan pelatihan untuk menghasilkan, mensintesis dan melaksanakan hasil penelitian diarea klinis terutama bagi perawat dirumah sakit perlu dilaksanakan sehingga dapat berkontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami sampaikan terima kasih kepada pihak RS dan Stikes Jayakarta yang sangat mendukung kegiatan ini. Terima kasih juga kami sampaikan kepada para perawat yang telah mengikuti kegiatan pelatihan ini. Besar harapan pelatihan ini dapat dilaksanakan secara berkelanjutan sehingga meningkatkan pelaksanaan praktik klinis berbasis ilmiah.

REFERENSI

- Bostrom, J., Wise, L. 1994. Closing the gap between research and practice. *Journal of Nursing Administration*. **24**(5):22-27. <https://doi.org/10.1097/00005110-199405000-00006>
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, B., Marks, S. 2013. *Evidence-Based Nursing: An Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

- Dang, D., Dearholt, S. 2017. *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines, 3rd Edition*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Gabal, M.S., Salem, K.A. 2002. Mortality statistics as indicators of quality of hospital care. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. **77**(1-2):143-158.
- Goodacre, S., Campbell, M., Carter, A. 2015. What do hospital mortality rates tell us about quality of care? *Emergency Medicine Journal*. **32**(3):244-247. <https://doi.org/10.1136/emered-2013-203022>
- Hoffmann, T., Bennett, S., Del Mar, C. 2010. *Evidence-based practice: Accross the health professions*. Australia: Elsevier.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Martis, R., Ho, J.J., Crowther, C.A. 2008. Survey of knowledge and perception on the access to evidence-based practice and clinical practice change among maternal and infant health practitioners in South East Asia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. **8**:34. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-34>
- McDonald, S., Turner, T., Chamberlain, C., Lumbiganon, P., Thinkhamrop, J., Festin, M.R., Ho, J.J., Mohammad, H., Henderson-Smart, D.J., Short, J., Crowther, C.A., Martis, R., Green, S. 2010. Building capacity for evidence generation, synthesis and implementation to improve the care of mothers and babies in South East Asia: methods and design of the SEA-ORCHID Project using a logical framework approach. *BMC Medical Research Methodology*. **10**:61. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-10-61>
- Morris, Z.S., Wooding, S., Grant, J. 2011. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. **104**(12):510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Novrianda, D., & Hermalinda. 2019. Knowledge, attitude and practice of evidence-based nursing practice and barriers. *Jurnal*

Keperawatan Padjadjaran. 7(3):236-245.
<https://doi.org/10.24198/jkp.v7i3.884>

Turner, T.J. 2009. Developing evidence-based clinical practice guidelines in hospitals in Australia, Indonesia, Malaysia, the Philippines and Thailand: values, requirements and barriers. *BMC Health Services Research.* 9(1):235.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-235>

World Health Organization. 2018. *The top 10 causes of death.* <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

World Health Organization. 2012. *Countries: Indonesia. Statistics.*
<http://www.who.int/gho/countries/idn.pdf>