

Hospital Mortality Reduction Program

oleh: Hanevi Djasri dan Bob Errisa

(Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM)

Kematian adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari oleh manusia, namun demikian kematian juga merupakan salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan yang penting. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa dari tahun 2005-2010 diperkirakan terdapat 850 kematian per 100.000 penduduk yang terjadi setiap tahunnya. (WHO, 2010). Di Inggris dan Wales pada tahun 2005 lebih kurang 73% dari total kematian terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit (RS). Tingginya angka kematian di RS merupakan pertanda akan kemungkinan adanya masalah mutu pelayanan yang memerlukan tindakan perbaikan, hal ini ditunjukkan antara lain dalam buku "to err is human" dari IOM maupun dari penelitian yang dilakukan oleh Hayward (2001) yang mengungkapkan bahwa kurang lebih 22,7% dari kematian yang terjadi di RS sebenarnya dapat dihindarkan dengan perawatan optimal.

Dalam upaya meningkatkan perawatan yang optimal, audit kematian sering digunakan sebagai alat untuk mengembangkan strategi penurunan angka kematian, bahkan audit kematian sudah digunakan oleh Florence Nightingale pada abad 19 (Wright, *et al.*, 2006). Dengan audit kematian dapat ditemukan variasi yang luas dari penyebab mortalitas di rumah-sakit, beberapa sebagai akibat dari komplikasi yang diderita oleh pasien, namun beberapa kasus lain tidak dapat dijelaskan penyebab kematian dan menjadi cerminan dari kualitas pelayanan (Jarman *et al.*, 2005).

Tingginya angka kematian bukanlah merupakan masalah yang tidak dapat diatasi. Beberapa intervensi telah dikembangkan untuk menyusun dan menerapkan sebuah program yang dapat menurunkan angka kematian. Salah satu yang tercatat pernah dilakukan adalah di Bradford Teaching Hospital pada tahun 2002, melalui sebuah *Hospital Mortality Reduction Programme*. Program ini berhasil menurunkan sebanyak 905 kematian selama periode 2002-2005 atau dari 94,6% kematian pada tahun 2001 menjadi 77,5% pada tahun 2005. Selain itu *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) membuat program untuk menyelamatkan 100.000 nyawa dengan menurunkan angka kematian pasien rawat inap di rumah sakit di Amerika dikenal dengan nama *The 100.000 Lives Campaign*.

Audit kematian dan penyusunan program penurunan angka kematian di rumah sakit tersebut diatas membutuhkan metodologi, sumber daya dan yang tidak kalah pentingnya adalah kesiapan lingkungan organisasi rumah sakit untuk dapat melakukannya. Berikut ini adalah gambaran secara umum kedua kegiatan tersebut.

1. Audit Kematian

Berbagai istilah digunakan untuk kegiatan evaluasi kasus-kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan termasuk di rumah sakit antara lain: Audit Kematian, *Mortality Audit*, *Mortality Review*, *Mortality Meeting*, *Death Conference*, *Review of Death*, *Expert Mortality Panel*. Evaluasi tersebut terutama untuk mengidentifikasi apakah kematian yang terjadi merupakan kematian yang dapat dihindari/*avoidable death* atau kematian yang tidak

dapat dihindari/*inevitable death*. Beberapa penelitian menggambarkan banyaknya kematian yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, sebanyak 44.000 sampai dengan 98.000 kematian per tahun di Amerika (IOM, 1999) atau 11% kematian di ICU membuat kegiatan audit kematian dinilai perlu dilakukan secara rutin. (VMIA, 2010)

Berbagai metode dapat dilakukan pada audit kematian, namun demikian metode dapat digolongkan menjadi 2 metode. Metode pertama disebut sebagai metode tradisional (*mortality meeting*) atau karena seringkali juga membahas mengenai penyakit tertentu sehingga juga disebut sebagai *morbidity and mortality meeting* (M&M meeting), metode ini sudah dikembangkan sejak tahun 1910 an terutama oleh dokter bedah dan anesthesi di Amerika untuk mengidentifikasi adanya medical error. Metode ini kemudian berkembang lebih kearah pendidikan kedokteran (terutama pendidikan dokter spesialis) dimana kasus kematian yang dipresentasikan dipilih dan disesuaikan dengan kebutuhan pendidikan ataupun kasus yang dianggap menarik sehingga tidak semua kasus kematian dievaluasi. Pada pelaksanaannya *M&M meeting* ini juga sering menghabiskan waktu lebih banyak untuk presentasi kasus dan tanggapan dari narasumber (konsulen) sehingga tidak banyak proses diskusi dan indentifikasi masalah dalam sistem pelayanan hingga usulan upaya perbaikan (VMIA, 2010)

Metode kedua adalah dengan pendekatan terstruktur dengan komponen-komponen: Pengumpulan dan penyajian data kematian yang dikumpulkan secara teratur (meliputi data demografi, data kontinue, angka/rate kematian, perbandingan dengan RS lain, per unit/jenis penyakit; per individu pasien); Pengambilan dan analisa data klinik kasus kematian (*clinical mortality information*); Identifikasi pola klinik; Penerapan perbaikan sistem atau praktek medik/klinik; dan Evaluasi. Terdapat beberapa cara audit kematian melalui pendekatan terstruktur ini, ada yang simpel seperti dilakukan Behal (2009) yang mengevaluasi kematian yang terjadi dengan hanya menjawab dua pertanyaan pokok: Pertama tentang bagaimana tingkat keparahan dan kompleksitas kondisi/penyakit pasien? Kedua tentang kemungkinan terdapatnya masalah mutu pelayanan yang terkait dengan penerapan evidence based practices atau sistem. Atau pendekatan yang lebih kompleks seperti yang dilakukan oleh VMIA ataupun di Western Australia dimana seluruh kasus kematian diidentifikasi terlebih dahulu karekteristiknya seperti umur, jenis kelamin, diagnosa masuk, lama perawatan, hari meninggal, dan sebagainya. Kemudian diikuti dengan identifikasi adanya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) melalui *trigger tools*. Apabila terdapat 1 atau lebih *trigger* maka kasus kematian tersebut dibahas ditingkat peer review untuk ditentukan apakah merupakan kasus kematian yang dapat dicegah atau tidak

Kematian dikatakan tidak dapat dicegah bila memenuhi salah satu kriteria berikut: Suatu kasus terminal yang tidak dapat kembali baik; Keadaan penyebab tidak dapat diatasi walaupun diagnosis yang dibuat sudah tepat; Pengobatan sudah diberikan dengan cara yang memadai dan tepat pada waktunya. Sedangkan kematian disebut dapat dicegah bila: Penyebab kematian tidak didukung dengan data/bukti yang ada; Tindakan pencegahan munculnya penyebab kematian tidak adekuat; Pencegahan tidak dilakukan; Penyebab kematian tidak diketahui; Diagnosis terlambat ditegakkan; Pengobatan atas diagnosis tidak adekuat.

2. Upaya menurunkan angka kematian rumah sakit

Dari data agregat seluruh kasus kematian yang diaudit maka dapat diidentifikasi besarnya kasus kematian yang seharusnya dapat dicegah, dilanjutkan dengan diskusi untuk menentukan penyebab masalah dan tindak lanjut yang memiliki potensi untuk menurunkan angka kematian. Upaya menurunkan angka kematian rumah sakit merupakan salah satu kunci penting dalam peningkatan *patient safety* (Behal & Finn, 2009). Banyak program yang telah dikembangkan oleh berbagai institusi untuk mendukung upaya menurunkan angka kematian rumah sakit, antara lain: *Hospital Mortality Reduction Programme* (HMRP), dikembangkan oleh Bradford Teaching Hospital pada tahun 2002 dengan komitmen dari seluruh pimpinan dan klinisi disana untuk mengeliminasi seluruh kematian yang tidak perlu terjadi (Wright et al., 2006).

Program ini dimulai dengan melakukan tinjauan/audit terhadap seluruh kematian yang terjadi di rumahsakit. Hasil audit menunjukkan penyebab kematian yang tidak seharusnya terjadi disebabkan karena sistem pengamatan klinis yang suboptimal, infeksi yang didapat di rumahsakit serta kesalahan pengobatan. Strategi dan pendekatan yang kemudian dilaksanakan adalah: memperbaiki sistem observasi klinis dengan pembuatan *Modified Early Warning Score* berupa instrumen untuk menilai tingkat keparahan kondisi klinis pasien dan kapan intervensi diperlukan; Membuat panduan untuk kasus-kasus terminal, pelatihan tim, dan pelatihan perawat untuk melakukan home care, sehingga pasien-pasien stadium terminal dapat dirawat di rumah, dibandingkan harus meninggal di rumahsakit; Pengendalian Infeksi, berupa kampanye mencuci tangan, pelatihan kewaspadaan untuk para karyawan di rumah sakit, peningkatan kebersihan bangsal, pelatihan mengenai infeksi, panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit, peningkatan surveilans dan umpan balik mengenai tingkat infeksi.

Program untuk peningkatan Keselamatan pasien, diantaranya review dari peresepan dan administrasi obat-obat yang mempunyai risiko tinggi seperti warfarin, heparin, potasium dan metotreksat. Selain itu dikembangkan juga program untuk memonitor efek samping obat dan *adverse drug events*.

Program lain adalah *The 100.000 Lives Campaign*, dipelopori oleh *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) yaitu dengan kampanye untuk menyelamatkan 100.000 nyawa dengan menurunkan angka kematian pasien rawat inap di rumah sakit di Amerika. Program utama pada kampanye ini adalah dengan meningkatkan implementasi dari 6 program berbasis bukti, terdiri dari 6 program berbasis bukti, yaitu: Tim Reaksi Cepat; Rekonsiliasi Medikasi; Pencegahan infeksi jalur sentral; Pencegahan infeksi di tempat pembedahan; Pencegahan pneumonia karena pemakaian ventilator; dan Perawatan berbasis bukti untuk infark myocard.

DAFTAR PUSTAKA

Institute Of Medicine (1999) *To Err Is Human, Building a Safer Health System*. 2000. Kohn, LT., Corrigan JM. and Donaldson MS. (editor). Committee on Quality of Health Care in America, Institute Of Medicine, National Academy Press: Washington, D.C.

RA Hayward. (2001). Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Jama – Am Med Assoc*

Behal R & Finn J (2009). Understanding and Improving Inpatient Mortality in Academic Medical Centers. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 1657-1662.

Jarman B, Bottle A, Aylin P & Browne M (2005). Monitoring changes in hospital standardised mortality ratios. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330, 329.

VMIA (2010). *Learning from Death A Guide to In-Hospital Mortality Review and Patient Safety Improvement*.

World Health Organization (2010). *World Health Statistic 2010*.

Wright, J., Dugdale, B., Hammond, I., Jarman, B., Neary, M., Newton, D., Patterson, C., Russon, L., Stanley, P., Stephens, R. & Warren, E. (2006). Learning from death: a hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med* 2006, 99, 303-308