

## **ANALISIS EFEKTIFITAS PENERAPAN *ADULT EARLY WARNING SCORE* PADA PASIEN DEWASA DI UNIT RAWAT INAP DEWASA RSUD OKU TIMUR TAHUN 2025**

**Fresca Yudiman Utama<sup>1</sup>, Grace Rumengan<sup>2</sup>, Laila Ulfa<sup>3</sup>**  
**Universitas Respati Indonesia**  
**yudimananestesi@gmail.com**

### **ABSTRAK**

Latar belakang penelitian ini adalah kegagalan mengetahui penurunan kondisi klinis pada pasien dapat menyebabkan keterlambatan pengelolaan dan penanganan yang tepat, serta dapat meningkatkan angka mortalitas di rumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk menilai dan menganalisis penerapan *Adult Early Warning Score* (AEWS) pada pasien dewasa di ruang rawat inap dewasa RSUD OKU Timur.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, *Forum Group Discussion*, observasi dan studi dokumentasi di RSUD OKU Timur. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 17 informan kunci dan delapan informan pendukung. Analisis data dilakukan dengan analisis data kualitatif Creswell.

Hasil penelitian menunjukkan penerapan AEWS efektif dalam menurunkan angka kematian *Gross Death Rate* (GDR) dan *Nett Death Rate* (NDR). Ditemukan beberapa faktor pendukung dan kendala baik dari segi *man*, *methods* maupun *machine* dalam penerapan AEWS yang perlu menjadi perhatian.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi Unit Rawat Inap dan manajemen RSUD OKU Timur dalam merancang kebijakan serta program yang lebih efektif, seperti mengusulkan penerapan *Adult Early Warning Score* (AEWS) sebagai kebaruan/*novelty* pada indikator mutu unit rawat inap diikuti dengan peningkatan pada faktor pendukung dan perbaikan pada kendala yang ada.

Kata kunci: *Adult Early Warning Score*, unit rawat inap dewasa, angka kematian.

### **ABSTRACT**

The background of this study is that failure to know the decline in clinical condition in patients can cause delays in proper management and treatment, and can increase the mortality rate in hospitals. The purpose of this study is to assess and analyze the application of *Adult Early Warning Score* (AEWS) in adult patients in the adult inpatient room of East OKU Hospital.

This research is a qualitative research. Data was collected through in-depth interviews, *Forum Group Discussions*, observations and documentation studies at the East OKU Hospital. The informants in this study consisted of 17 key informants and 8 supporting informants. Data analysis was carried out by Creswell qualitative data analysis.

The results show that the application of AEWS is effective in reducing the *Gross Death Rate* (GDR) and *Nett Death Rate* (NDR). Several supporting factors and obstacles were found both in terms of *man*, *method* and *machine* in the implementation of AEWS that need to be considered.

This research is expected to provide insight for the Inpatient Unit and the management of the East OKU Hospital in designing more effective policies and programs, such as proposing the application of Adult Early Warning Score (AEWS) as a novelty in the quality indicators of the inpatient unit followed by an increase in supporting factors and improvements to existing obstacles.

Keywords: Adult Early Warning Score, adult inpatient unit, mortality rate.

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (1). Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur (2).

Dalam menyelenggarakan pelayanan rawat inap di rumah sakit tentunya menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Masalah yang sering terjadi pada pelayanan kesehatan adalah keterlambatan petugas kesehatan dalam melakukan deteksi dini penurunan kondisi pasien yang menyebabkan keterlambatan dalam pengelolaan dan penanganan yang tepat, serta dapat meningkatkan angka mortalitas di rumah sakit (3).

Kegawatdaruratan bisa terjadi tidak hanya pada saat penderita masuk di

rumah sakit, tetapi juga saat penderita dalam perawatan di rumah sakit. Sebuah studi observasional pada ruang rawat inap rumah sakit di Amerika menunjukkan bahwa satu dari lima pasien yang sedang dirawat mengalami gangguan tanda vital dan lebih dari 50% kejadian gangguan tanda vital tersebut tidak disadari oleh tim perawat (4).

Survei menunjukkan bahwa sekitar sepertiga dari kematian yang berpotensi dicegah di Inggris berkaitan dengan respon dan kemunduran klinis yang buruk,

dalam hal urgensi respons, pengalaman klinis dan kompetensi untuk memastikan bahwa pasien berada di lingkungan yang paling tepat untuk perawatan klinis yang sedang berlangsung (5). Sebagian besar kasus henti jantung di rumah sakit sebenarnya dapat diperkirakan melalui deteriorasi kondisi pasien yang digambarkan dengan gangguan parameter tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, kesadaran (4).

Angka kematian di rumah sakit menjadi tolak ukur utama kualitas sejak pertengahan abad ke-19 dikarenakan beberapa alasan, antara lain kematian adalah output yang mudah dilihat dan biasanya tidak diinginkan, sebagian besar kematian terjadi di rumah sakit, dan meningkatnya angka kematian dapat disebabkan oleh buruknya kualitas perawatan (6).

Berdasarkan Depkes RI, 2005 (7) capaian indikator kinerja rumah sakit yang harus dicapai antara lain GDR (*Gross Death Rate*) < 45 ‰ dan NDR (*Net Death Rate*) < 25 ‰. GDR adalah angka kematian kasar, untuk tiap-tiap 1000 penderita baik hidup/mati. Sedangkan NDR adalah angka kematian > 48 jam setelah di rawat untuk tiap-tiap 1000 penderita yang keluar baik hidup/mati.

Diperlukan suatu sistem terhadap penurunan kondisi pasien di rumah sakit, resusitasi secara optimal dan memastikan tindakan bantuan hidup dasar dan lanjut dilakukan secara efektif terhadap pasien dengan kegawatan medis. Sistem skor peringatan dini (EWS) merupakan alat penting dalam membantu mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami penurunan kondisi

mendapatkan penanganan yang tepat secepat mungkin. Komponen *Adult Early Warning Score* (EWS) mencakup enam parameter fisiologis utama yaitu frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, tekanan darah sisolik, temperatur, frekuensi denyut jantung dan tingkat kesadaran dengan tambahan penggunaan suplementasi oksigen. Setiap parameter dinilai dengan skala angka berdasarkan deviasi dari nilai normal, untuk mengidentifikasi risiko klinis dan memperingatkan perubahan kondisi pasien (5, 8).

EWS mampu memprediksi tanda-tanda 48 jam sebelum terjadinya kegawatan (9). Menurut Burgos et al. (10), penerapan EWS mampu mengurangi kejadian henti jantung. EWS mampu meningkatkan kemampuan perawat dalam mengkaji pasien terutama ketika mengalami penurunan klinis, sehingga kejadian kegawatan dapat dihindari dengan mengantisipasi setiap perubahan fisiologis pasien (10, 11). Dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemenkes (STARKES) Tahun 2022 (12), salah satu elemen penilaian akreditasi rumah sakit adalah rumah sakit telah menerapkan proses pengenalan perubahan kondisi

pasien yang memburuk (EWS) dan mendokumentasikannya di dalam rekam medik pasien.

RSUD OKU Timur adalah Rumah Sakit Tipe C milik Pemerintah Kabupaten OKU Timur. Berdasarkan data profil rumah sakit, capaian indikator kinerja RSUD OKU Timur tahun 2023 masih banyak dibawah standar, termasuk diantaranya capaian GDR dan NDR. Penelitian ini bertujuan menilai dan menganalisis efektifitas penerapan AEWS pada pasien dewasa di ruang rawat inap dewasa RSUD OKU Timur serta mengidentifikasi faktor pendukung dan kendala penerapannya. Penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui efektivitas AEWS di rumah sakit sehingga dapat mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Instrumen penelitian berupa *human instrument*, buku, kamera, dan voice recorder. Informan penelitian sebanyak 25 orang (17 informan kunci dan delapan informan pendukung) dipilih dengan cara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara mendalam, studi dokumentasi, dan *Forum*

*Group Discussion* (FGD). Uji keabsahan data dilakukan melalui uji kredibilitas dan membercheck. Analisa data dilakukan sesuai Langkah-langkah analisa data *Creswell*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan wawancara mendalam, observasi, studi dokumentasi dan *Forum Group Discussion* (FGD) yang dilakukan oleh peneliti, dari hasil analisis data didapatkan sebagai berikut:

1. Gambaran Karakteristik Responden
  - a. Mayoritas informan berusia 41-50 tahun (40%) sehingga mayoritas informan seharusnya memiliki tanggung jawab dan pengalaman yang cukup. Penelitian oleh Anggoro et al. (13) menyatakan bahwa usia sangat berpengaruh terhadap kinerja untuk berperilaku *caring*, dimana semakin tua usia perawat maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Sebagaimana penelitian oleh Biresaw et al. (14) yang menyatakan perawat dengan usia >30 tahun memiliki

- sikap keselamatan pasien yang lebih tinggi dibandingkan dengan <30 tahun. Semakin bertambah usia seseorang maka akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman.
- b. Mayoritas informan memiliki jenis kelamin Wanita (72%). Penelitian oleh Anggoro et al. (13) menyatakan bahwa jenis kelamin tidak membedakan perilaku *caring* perawat, sebagai seorang perawat, laki-laki dan perempuan memiliki peran yang sama pada saat berada dalam lingkungan kerja, sehingga tidak bisa dibedakan mana yang *caring* lebih baik.
  - c. Informan dengan pendidikan akhir D3 Keperawatan sebanyak 48%, S1 sebanyak 12%, Ners sebanyak 16%, Pendidikan Dokter Umum sebanyak 12%, dan S2 sebanyak 12%. Menurut Notoadmodjo (15) tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pada umumnya menyebabkan orang lebih mampu dan bersedia menerima posisi yang bertanggung jawab.
  - d. Informan dengan jabatan perawat pelaksana sebanyak 40%, kepala ruangan 20%, Dokter Umum 12%, Tim EWS 4%, dan Direksi RS sebesar 24%. Mayoritas informan adalah perawat pelaksana, hal ini dikarenakan peneliti menilai perawat pelaksana adalah aktor utama pada penerapan AEWS sehingga diharapkan akan memberikan data penelitian yang banyak dan akurat. Penelitian oleh Asrulla et al. (16) menyatakan terdapat empat kriteria dalam menentukan informan kunci, diantaranya informan adalah peserta aktif dalam organisasi/budaya yang diteliti dan harus terlibat langsung dalam organisasi/budaya yang diteliti saat ini.
  - e. Total informan pada penelitian ini 25 orang. Informan kunci sebanyak 17 orang (72%) dan informan pendukung sebanyak 8 orang (28%), hal ini dilakukan sebagai upaya peneliti untuk mendapatkan data penelitian yang lebih akurat. Penelitian oleh

Asrulla et al. (16) menyatakan pada penelitian kualitatif tidak mengenal adanya jumlah sampel minimum, bahkan pada kasus tertentu menggunakan hanya satu informan saja. Setidaknya ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menentukan jumlah informan yaitu kecukupan dan kesesuaian. Syarat kecukupan dipenuhi dengan menentukan jumlah informan yang memberikan cukup informasi, sehingga patokan peneliti dalam menentukan jumlah informan bukan pada keterwakilan (representasi) namun bila kedalaman informasi telah cukup.

## 2. Analisis Efektivitas Penerapan AEWS pada Pasien Dewasa di Unit Rawat Inap Dewasa.

a. Berdasarkan hasil analisis data menunjukkan saat ini sebagian besar perawat dan dokter sudah mengerti apa yang dimaksud dengan AEWS, bagaimana pelaksanaannya, siapa saja dan apa saja yang diukur, serta apa tindak lanjut dari skoring, hanya saja beberapa perawat masih

ragu dalam menilai tingkat kesadaran pasien dengan metode AVPU. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi perawat dan dokter dalam menerapkan AEWS masih belum memenuhi standar. Berdasarkan NEWS (5) kompetensi petugas kesehatan baik dalam menilai kondisi pasien maupun dalam melakukan respon klinis menjadi salah satu elemen kunci efektifnya penerapan EWS di rumah sakit. Penelitian oleh Lambe et al. (17) menyebutkan bahwa Sistem EWS mendukung praktik penilaian risiko pasien oleh perawat, memberikan informasi yang berguna. Pendelegasian penilaian risiko kepada staf lain yang kurang berpengalaman menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien, yang perlu diatasi.

b. Berdasarkan hasil analisis data menunjukkan penerapan AEWS belum dijalankan dengan maksimal. Beberapa perawat masih belum melakukan penilaian AEWS sesuai dengan kondisi pasien. Skoring AEWS sebagian

besar baru dikerjakan tiap shift (tiga kali dalam 24 jam) belum sesuai dengan rekomendasi. Saat pergantian *shift*, seringkali petugas *shift* berikutnya tidak melakukan skoring atau melakukan skoring tetapi tidak sesuai dengan keadaan pasien, sehingga skoring tampak tidak berkesinambungan dan data tidak lengkap. Studi kasus yang pernah dilakukan oleh peneliti pada Agustus 2024 mendapatkan hasil pengisian skoring AEWS secara lengkap hanya dikerjakan pada 28,33% sampel, diisi tapi tidak lengkap 63,33% dan tidak diisi sama sekali 8,33%. Hal ini menunjukkan komitmen perawat terhadap peberapan AEWS masih belum maksimal, padahal hal ini merupakan salah satu factor kunci efektifitas penerapan AEWS. Berdasarkan NEWS (5) frekuensi pemantauan harus ditentukan oleh kondisi klinis dan stabilitas pasien. Untuk kelompok skor rendah, frekuensi pemantauan minimal adalah setiap 12 jam, ditingkatkan menjadi setiap 4–6

jam untuk skor agregat NEWS 5–6, atau skor RED 3 dalam satu parameter. Penelitian oleh Jensen et al. (18) menyatakan bahwa skor AEWS dapat berdampak pada profesionalisme perawat dalam berbagai cara. Perawat harus menyadari pentingnya kompetensi profesional mereka, seperti penilaian klinis, kebijaksanaan dan akuntabilitas, dengan skor EWS untuk menilai kondisi pasien secara akurat. Skor AEWS bermanfaat bagi praktik profesional perawat, namun akuntabilitas terhadap standar ini saja tidak menjamin kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

- c. Berdasarkan hasil analisis data menunjukkan penggunaan SIMRS Khanza menjadi salah satu faktor pendukung yang mempermudah AEWS. Dengan SIMRS Khanza proses skoring menjadi lebih cepat karena total skor akan tampil secara otomatis disertai warna spesifik yang membedakan rekomendasi untuk masing-masing hasil skoring, sehingga

perawat dan dokter semakin terbantu. Hal ini senada dengan penelitian oleh Irons et al. (2021) dimana hasil penelitiannya menyatakan bahwa implementasi teknologi memiliki potensi untuk meningkatkan manajemen waktu yang dapat digunakan staf untuk berinteraksi dengan pasien. Senada dengan penelitian oleh Fradianto et al. (19) yang menemukan kendala dalam menerapkan atau melaksanakan peringatan dini oleh perawat di ruang perawatan. Kendalanya adalah butuh waktu lama untuk menerapkan skor peringatan dini dengan menggunakan kertas. Ada kemungkinan terjadi penjumlahan skor yang salah dan kesulitan mengingat intervensi lanjutan yang harus dilakukan. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan inovasi produk skor peringatan dini berupa teknologi tepat guna yang mudah digunakan.

- d. Berdasarkan hasil analisis data menunjukkan beberapa kendala

dalam penerapan AEWS sebagai berikut:

- 1) Belum meratanya pelatihan AEWS. Saat ini pelatihan EWS belum merata ke semua perawat dan dokter, ada beberapa yang belum mendapat pelatihan EWS, terutama perawat dan dokter baru. Perawat dan dokter yang sudah lama bekerja baru mendapatkan pelatihan satu kali, dan menurut Sebagian besar informan perlu dilakukan pelatihan ulang EWS agar perawat dan dokter semakin kompeten dan memiliki komitmen serta motivasi yang berkelanjutan dalam menerapkan AEWS. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Megawati et al. (20) yang menyebutkan bahwa pelatihan, monitoring harus secara berkelanjutan dilakukan ditambah dengan kelengkapan perangkat yang diperlukan EWS harus memenuhi kebutuhan agar

penerapan EWS yang baik dapat dilakukan.

- 2) SIMRS Khanza yang sering lemot, susah diakses saat entry data sehingga mengganggu kelancaran proses skoring dan dokumentasi AEWS. Seringkali petugas kesehatan harus memasukan ulang data yang karena saat SIMRS lemot seringkali data yang telah dimasukan tidak tersimpan. Penelitian oleh Irons et al. (21) menyatakan bahwa implementasi teknologi memiliki potensi untuk meningkatkan manajemen waktu yang dapat digunakan staf untuk berinteraksi dengan pasien. Dalam penelitian ini didapatkan data bahwa SIMRS Khanza selain mempermudah akan tetapi juga menjadi kendala penerapan AEWS.
- 3) Saat ini jumlah perawat tidak sesuai dengan jumlah pasien, terutama di ruang rawat zal

A, zal D dan Zal E, pada saat dinas sore dan malam. Jumlah pasien yang banyak namun jumlah petugas/perawat terbatas. Hal ini membuat perawat kewalahan untuk membagi waktu. Apalagi jika ada pasien kondisi perburukan yang masih dirawat di ruang zal maka akan menambah beban kerja perawat. Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian oleh Petersen et al. (22) yang menyebutkan bahwa pemantauan yang buruk disebabkan oleh kurangnya sumber daya (staf), kendala waktu selama jam sibuk, kebutuhan tidur pasien, dan kendala praktis.

- 4) Bertambahnya beban kerja perawat diluar tupoksi karena harus membantu menuliskan hasil visite yang seharusnya diisi oleh DPJP. Hal ini membuat perawat kesulitan membagi waktu. Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh Petersen et al.

(22) dimana hasil penelitiannya menyebutkan bahwa pemantauan yang buruk disebabkan oleh kurangnya sumber daya (staf), kendala waktu selama jam sibuk, kebutuhan tidur pasien, dan kendala praktis.

- 5) Saat ini beberapa peralatan yang dibutuhkan untuk pengukuran dan resusitasi tidak semua dalam kondisi baik. Beberapa alat dalam kondisi rusak, beberapa trolley emergency juga tidak lengkap. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Megawati et al. (20) yang menyebutkan bahwa kelengkapan perangkat yang diperlukan EWS harus memenuhi kebutuhan agar penerapan EWS yang baik dapat dilakukan.
- 6) Belum jelasnya Tim *Code Blue* rumah sakit. Saat ini perawat dan dokter masih belum mengetahui dengan jelas

mengenai siapa dan bagaimana mekanisme kerja Tim *Code Blue/Emergency Medical Team* RSUD OKU Timur, resusitasi dikerjakan oleh dokter jaga dan perawat jaga saat itu. Hal ini senada dengan penelitian oleh Megawati et al. (20) yang menyebutkan bahwa seiring dengan penilaian AEWS dan perburukan kondisi pasien maka seharusnya pengaktifan *Code Blue* diiringi dengan ketersediaan tim. Respon time yang baik bisa terjadi jika perangkat dalam kegawatdaruratan tersedia.

- 7) Kurangnya dukungan Tim EWS dan manajemen rumah sakit. Belum ada program, monitoring dan evaluasi rutin yang dilakukan baik oleh tim EWS atau manajemen terkait penerapan AEWS di ruang rawat inap dewasa RSUD OKU Timur. Hal ini berpengaruh terhadap komitmen dokter dan perawat dalam menerapkan *Adult Early*

Warning Score (AEWS) di ruang rawat inap dewasa RSUD OKU Timur. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Megawati et al. (20) menyebutkan bahwa dokumentasi EWS yang baik bisa terjadi jika lingkungan kerja pendukung dan pimpinan memberikan feedback serta monitoring berkelanjutan.

- 8) Respon time dokter jaga masih lambat, masih belum sesuai dengan SPO. Dimana dalam SPO EWS dan *Code Blue* RSUD OKU Timur, dituliskan bahwa dokter jaga diharuskan memberikan respon time maksimal lima menit saat ada laporan pasien dengan skor EWS 5-6 dan segera melakukan resusitasi jika skor EWS pasien 7. Respon klinis menjadi faktor penting yang harus dikerjakan dalam AEWS. Berdasarkan NEWS (5) kecepatan dan urgensi

respons terhadap kondisi pasien secara konsisten terbukti menjadi penentu penting hasil klinis. Proses laporan kepada dokter dan DPJP serta respons klinis yang tepat waktu harus disepakati bersama dan ditetapkan dengan jelas sebagai tanggung jawab utama bagi semua staf yang terlibat dengan perawatan pasien. Penelitian oleh Braun et al. (23) menyebutkan pentingnya mewujudkan kepercayaan diri pengguna, memastikan ketepatan waktu, dan menguraikan langkah selanjutnya yang dapat ditindaklanjuti saat menerapkan EWS. Dibutuhkan perhatian yang cermat terhadap alur kerja untuk memaksimalkan dampak EWS terhadap peningkatan kualitas rumah sakit dan keselamatan pasien.

- 9) Dokter jaga tidak berani mengambil keputusan

eskalasi perawatan ke *High Care Unit* (HCU) atau *Intensive Care Unit* (ICU) saat hasil skoring merekomendasikan eskalasi perawatan. Dokter jaga harus menunggu advice DPJP terlebih dahulu. Hal ini berkaitan dengan batasan kewenangan dokter jaga dalam melakukan pemindahan pasien antar ruang rawat. Berdasarkan NEWS (5) pengambilan keputusan klinis untuk perawatan berkelanjutan merupakan salah satu kunci penerapan yang harus dikerjakan. Akses tepat waktu terhadap staf yang terlatih dalam perawatan kritis, yaitu manajemen jalan napas dan resusitasi, perawatan akut spesialis, yaitu dukungan jantung, hati, atau ginjal akut harus dipenuhi. Harus ada kebijakan rumah sakit untuk menentukan alur bagi peningkatan dan

pemindahan perawatan yang efisien dan lancar.

10) Beberapa DPJP lambat dalam merespon laporan kondisi pasien sehingga dokter jaga dan perawat merasa bingung untuk melakukan tindak lanjut terutama pada pasien yang perlu eskalasi perawatan. Dari catatan rekam medis pasien pada SIMRS Khanza ditemukan waktu yang bervariasi tentang jawaban konsul DPJP, ada yang segera dijawab dalam waktu kurang dari 10 menit, akan tetapi juga ditemukan jawaban konsul baru diterima setelah lebih dari 12 jam. Berdasarkan NEWS (5) kecepatan dan urgensi respons terhadap kondisi pasien secara konsisten terbukti menjadi penentu penting hasil klinis. Proses laporan kepada dokter dan DPJP serta respons klinis yang tepat waktu harus disepakati bersama dan ditetapkan dengan jelas

sebagai tanggung jawab utama bagi semua staf yang terlibat dengan perawatan pasien. Akses tepat waktu terhadap staf yang terlatih dalam perawatan kritis, sangat mempengaruhi efektifitas penerapan AEWS. Penelitian oleh Nadaf et al. (24) menyatakan saat menggunakan EWS, kegagalan dalam mengenali risiko terkait dapat mengancam keselamatan pasien. Penilaian yang salah dapat menyebabkan perburukan pasien yang tidak diketahui atau penatalaksanaan yang tidak tepat.

- 11) Rekomendasi eskalasi perawatan belum dikerjakan sepenuhnya. Masih ada beberapa pasien yang tetap dirawat diruang rawat inap zal meskipun dari skor AEWS seharusnya dirawat di HCU atau ICU. Beberapa ruang rawat inap masih merawat pasien dengan skor  $\geq 5$  dan

masih ada pasien yang meninggal di ruang rawat biasa tanpa sempat dilakukan perawatan di ruang intensif. Beberapa penyebab tidak dilakukannya rekomendasi eskalasi perawatan pasien antara lain, DPJP yang tetap merekomendasikan untuk merawat pasiennya di ruang rawat biasa meskipun secara skoring AEWS seharusnya dirawat di HCU atau ICU dan beberapa keluarga pasien juga menolak perawatan di HCU atau ICU karena permasalahan biaya. Studi kasus yang pernah dilakukan oleh peneliti pada Agustus 2024 mendapatkan hasil tindak lanjut rekomendasi EWS hanya dikerjakan pada 75% sampel. Hal ini menjadi salah satu faktor penghambat efektifitas AEWS di rumah sakit, berdasarkan NEWS (5) pengambilan keputusan klinis untuk perawatan berkelanjutan merupakan salah satu kunci penerapan

yang harus dikerjakan. Akses tepat waktu terhadap staf yang terlatih dalam perawatan kritis, yaitu manajemen jalan napas dan resusitasi, perawatan akut spesialis, yaitu dukungan jantung, hati, atau ginjal akut harus dipenuhi. Harus ada kebijakan rumah sakit untuk menentukan alur bagi peningkatan dan pemindahan perawatan yang efisien dan lancar.

- 12) Keterbatasan jumlah komputer sehingga proses entry data AEWS juga ikut terhambat karena komputer dipakai bergantian baik oleh tenaga kesehatan maupun petugas administrasi ruang rawat. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Megawati et al. (19) dimana dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa kelengkapan perangkat yang diperlukan EWS harus memenuhi kebutuhan agar penerapan

EWS yang baik dapat dilakukan.

- e. Sebagian besar informan termotivasi untuk menerapkan AEWS karena mengetahui manfaat bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dan juga rasa puas dan bahagia saat melihat pasien dengan kondisi gawat bisa pulang dengan selamat. AEWS membantu pasien untuk mendapatkan perawatan sesuai hak dan kebutuhannya sehingga meningkatkan keselamatan pasien. Sedangkan bagi perawat, penerapan AEWS dapat mengurangi beban perawatan di ruang rawat biasa karena pasien dengan kondisi buruk akan dirawat di HCU atau ICU sesuai kondisi pasien. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Jensen et al. (17) dimana dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa skor EWS bermanfaat bagi praktik profesional perawat. Penelitian oleh Brangan et al. (24) dalam hasil penelitiannya menyebutkan

bahwa peserta melaporkan bahwa NEWS dapat mendukung pengambilan keputusan klinis seputar peningkatan perawatan, dan memberikan sarana yang jelas untuk mengkomunikasikan ketajaman klinis antara dokter dan antar layanan kesehatan yang berbeda organisasi.

- f. Berdasarkan data laporan angka kematian ditemukan angka GDR dan NDR masih belum mencapai target indikator kinerja rumah sakit. Akan tetapi pada bulan Oktober 2024 terjadi penurunan angka GDR dan NDR, dikarenakan saat itu sedang dikerjakan proyek aktualisasi mengenai penerapan EWS, akan tetapi setelah proyek aktualisasi selesai, angka GDR dan NDR kembali naik dan baru turun kembali bulan Januari 2025 saat penelitian ini dilakukan. Hal ini menunjukkan adanya monitoring, evaluasi dan kehadiran secara fisik dari manajemen turut mendukung komitmen dan efektifitas penerapan AEWS dapat dilihat dari penurunan angka GDR dan NDR.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan penerapan AEWS di Unit Rawat Inap Dewasa di RSUD OKU Timur efektif dalam menurunkan angka kematian *Gross Death Rate* (GDR) dan *Nett Death Rate* (NDR). Ditemukan beberapa faktor pendukung dan kendala baik dari segi *man*, *methods* maupun *machine* dalam penerapan AEWS yang perlu menjadi perhatian.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi Unit Rawat Inap dan manajemen RSUD OKU Timur dalam merancang kebijakan serta program yang lebih efektif, seperti mengusulkan penerapan *Adult Early Warning Score* (AEWS) sebagai kebaruan/*novelty* pada indikator mutu unit rawat inap diikuti dengan peningkatan pada faktor pendukung dan perbaikan pada kendala yang ada.

## DAFTAR PUSTAKA

- (1) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.

- (2) Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021.
- (3) Churpek MM, Snyder A, Han X, Sokol S, Pettit N, Howell MD, et al. Quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Early Warning Scores for Detecting Clinical Deterioration in Infected Patients Outside the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2017. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0854OC>.
- (4) Subhan N, Giwangkencana GW, Prihartono MA, Tavianto D. Implementasi Early Warning Score pada kejadian henti jantung di ruang perawatan Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung yang ditangani tim Code Blue selama tahun 2017. *Jurnal Anestesi Perioperatif*. 2019. doi: <https://doi.org/10.15851/jap.v7n1.1583>.
- (5) Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nationalearly-warning-score-news-2>.
- (6) Kobewka DM, van Walraven C, Turnbull J, Worthington J, Calder L, Forster A. Quality gaps identified through mortality review. *BMJ Qual Saf*. 2017. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/2/141.short>.
- (7) Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Indikator kinerja rumah sakit. Jakarta: Depkes RI; 2005.
- (8) Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP; 2012.
- (9) Ede ES, Scheerhoorn J, Bonomi AG. Continuous remote monitoring in post-bariatric surgery patients: development of an early warning

- protocol. *Surg Obes Relat Dis.* 2022. doi: 10.1016/j.soard.2022.06.018.
- (10) Burgos-Esteban A, Gea-Caballero V, Marín-Maicas P, Santillán-García A, Cerdón-Hurtado MV, Marqués-Sule E, et al. Effectiveness of early warning scores for early severity assessment in outpatient emergency care: a systematic review. In *Frontiers in public health.* 2022. doi: 10.3389/fpubh.2022.894906.
- (11) Aygun H, Eraybar S. The role of emergency department triage early warning score (TREWS) and modified early warning score (MEWS) to predict in-hospital mortality in COVID-19 patients. *Ir J Med Sci.* 2022. doi: 10.1007/s11845-021-02696-y.
- (12) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES).* Jakarta: Kemenkes RI; 2022.
- (13) Anggoro WT, Aeni Q, Istioningsih I. Hubungan karakteristik perawat dengan perilaku caring. *Jurnal Keperawatan Jiwa.* 2019. Available from: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4445>.
- (14) Biresaw H, Asfaw N, Zewdu F. Knowledge and attitude of nurses towards patient safety and its associated factors. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020;100229. doi: 10.1016/j.ijans.2020.100229.
- (15) Notoatmodjo S. *Metodologi penelitian kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
- (16) Asrulla R, Jailani MS, Jeka F. *Populasi dan sampling (kuantitatif), serta pemilihan informan kunci (kualitatif) dalam pendekatan praktis.* Jurnal Pendidikan Tambusai. 2023.
- (17) Lambe K, Currey J, Considine J. Frequency of vital sign assessment and clinical deterioration in an Australian emergency department. *Australian Emergency Nursing Journal.* 2016. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.09.001>.
- (18) Jensen JK, Skår R, Tveit B. Introducing the National Early Warning Score – a qualitative study of hospital nurses' perceptions and reactions. *Nursing Open.* 2019. doi: 10.1002/nop.2.291.
- (19) Fradianto I, Fauzan S, Maulana MA, Pramana Y, Yulanda NA,

- Andriyanto A. Barriers to the implementation of the early warning score in the hospital treatment room. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*. 2022. doi: <https://doi.org/10.29082/IJNMS/2022/Vol6/Iss1/375>
- (20) Megawati SWM, Sujana W, Khotimah NIH. Pengalaman perawat dalam penerapan early warning score di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*. 2023. doi: <https://doi.org/10.33867/jka.v10i2.378>
- (21) Irons A, McPeake J, Stuart J, MacNeilage S, Fisher AF, Cooper M, et al. Implementing technology to support the deteriorating patient in acute care: evaluating staff views. *British Journal of Nursing*. 2021;30(16):950. doi: [10.12968/bjon.2021.30.16.950](https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.16.950).
- (22) Petersen JA. Early warning score: challenges and opportunities in the care of deteriorating in-hospital patients. *The Capital Region of Denmark's Research Portal*. 2016. Available from: <https://research.regionh.dk/en/publications/early-warning-score-challenges-and-opp>.
- (23) Braun EJ, Singh S, Penlesky AC, Strong EA, Holt JM, Fletcher KE, et al. Nursing implications of an early warning system implemented to reduce adverse events: a qualitative study. *BMJ Quality & Safety*. 2022. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014498>.
- (24) Nadaf C, Bench S, Halpin Y, Terry L. Critical points of risk in registered nurses' use of a National Early Warning Score: perceptions and challenges. *Journal of Advanced Nursing*. 2024. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.16656>.
- (25) Brangan E, Banks J, Brant H, Pullyblank A, Le Roux H, Redwood S. Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England. *BMJ Open*. 2018. doi: [10.1136/bmjopen-2018-022528](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022528).