

Pelatihan ROOT CAUSE ANALYSIS

SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

A. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien atau *patient safety* merupakan hal yang marak dibicarakan dalam dunia medis belakangan ini. Pertemuan tahunan *Joint Comission International* tahun 2005 telah menekankan mengenai pentingnya pelayanan kesehatan yang aman. Kesalahan yang terjadi pada upaya pelayanan kesehatan adalah kesalahan dalam mendiagnosis, kesalahan dalam menggunakan alat bantu penegakan diagnosis, kesalahan dalam melakukan *follow up*, pengobatan yang salah atau kejadian yang tidak diharapkan setelah pemberian pengobatan. Permasalahan-permasalahan diatas dapat terjadi karena penggunaan teknologi yang tidak diimbangi kompetensi penggunaanya, bertambahnya pemberi pelayanan kesehatan

tanpa mengindahkan komunikasi antar individu serta tingginya angka kesakitan serta kecelakaan, perlunya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat yang menyebabkan stressor tersendiri serta kelelahan yang dialami oleh para staff medis karena keterbatasan jumlah staff yang tersedia. Salah satu budaya *patient safety* adalah mengkomunikasikan kesalahan, melaporkan kesalahan dengan tetap berpegang pada keselamatan pasien dan belajar dari kesalahan dan mendesain ulang sistem keselamatan pasien yang lebih baik. Untuk menyelesaikan permasalahan yang terjadi, dicetuskan suatu ide sistem analisis yang proaktif sebagai strategi pencegahan error.

Menurut Wilson dkk (1993), *root cause* merupakan alasan yang paling mendasar terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. Apabila permasalahan utama tidak dapat diidentifikasi, maka kendala-kendala kecil akan makin bermunculan dan masalah tidak akan berakhir. Oleh karena itu, mengidentifikasi dan mengeliminasi akar suatu permasalahan merupakan hal yang sangat penting (Dew, 1991; Sproul, 2001). *Root cause analysis* merupakan suatu proses mengidentifikasi penyebab-penyebab utama suatu permasalahan dengan menggunakan pendekatan yang terstruktur dengan teknik yang telah didesain untuk berfokus pada identifikasi dan penyelesaian masalah.

Telah dilakukan 2840 *root cause analysis* pada berbagai bidang, seperti kasus bunuh diri pada pasien rawat jalan, komplikasi post operatif, kesalahan pemberian obat, kematian pasien karena keterlambatan penanganan, kematian perinatal, kasus infeksi, kasus anestesi dan lainnya. Penelitian tersebut dilakukan di RS umum, RS jiwa,

unit gawat darurat, unit psikiatri, *long term care facility*, *home care facility* dan laboratorium klinis. *Root cause analysis* dipercaya mampu menurunkan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan.

Karena kecelakaan yang terjadi tidak dapat diprediksi, analisis *root cause analysis* tidak dapat dipastikan sebagai penyebab permasalahan. Lagipula masih sangat mungkin terjadi bias dalam proses peninjauan ke belakang, pada saat analisis maupun perlakuan. Kesalahan teknologi telah digantikan oleh masalah tenaga kerja, kesalahan manajemen dan sistem informasi, yang kesemuanya dapat menjadi bias tersendiri dikemudian hari. Meskipun terdapat beberapa kelemahan, tidak dipungkiri bahwa *root cause analysis* dipercaya sebagai sarana pemecahan masalah. Mempelajari *root cause analysis* secara tepat merupakan kajian yang penting untuk diperkenalkan kepada para pemberi pelayanan kesehatan.

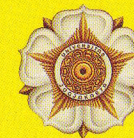
B. Tujuan

Pelatihan ini bertujuan untuk:

1. Menekankan pentingnya komunikasi yang efektif dalam sistem pelayanan kesehatan.
2. Memperkenalkan konsep *root cause analysis*.

C. Hasil yang diharapkan

1. Peserta pelatihan memahami konsep *root cause analysis*.
2. Peserta pelatihan mampu mengidentifikasi sumber permasalahan.
3. Peserta pelatihan mampu menerapkan konsep *root cause analysis* dalam praktek sehari-hari.

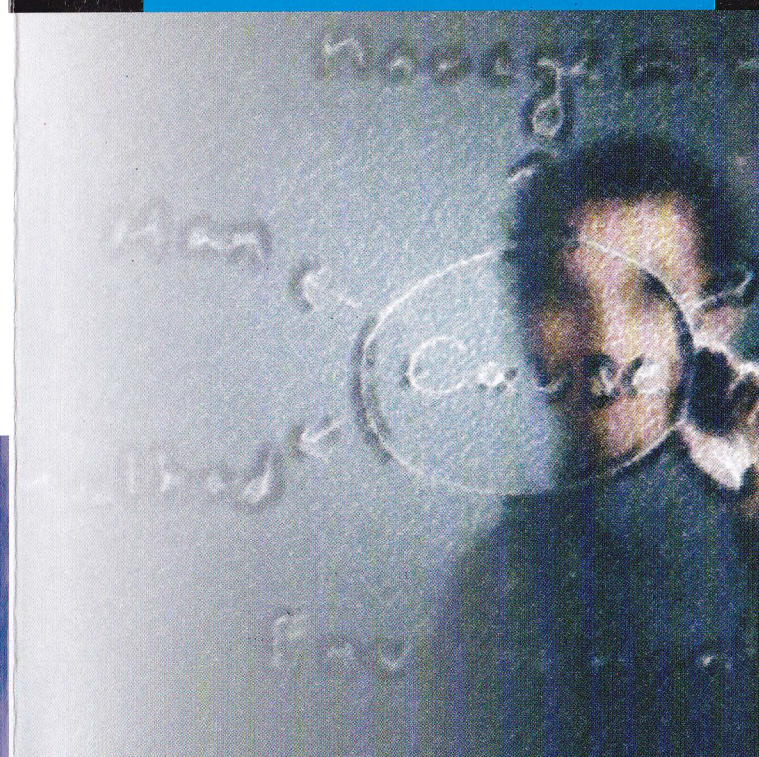


Pelatihan ROOT CAUSE ANALYSIS

SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN
MUTU PELAYANAN
KESEHATAN DI INDONESIA

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada

BARU: Sesuai Standar Akreditasi RS
(JCI edisi 4 tahun 2011)



19. Mengevaluasi Pelaksanaan Usaha Perbaikan.
20. Melakukan Tindakan Lanjutan.
21. Menyampaikan Hasil.
22. *Plan of Actions*.

F. FASILITATOR

- dr. Hanevi Djasri, MARS

G. BIAYA

- Biaya pelaksanaan in-house training Rp. 40.000.000,- untuk 40 orang peserta.
- Biaya tidak termasuk transportasi dan akomodasi tim fasilitator



website : mutupelayanankesehatan.net

PMPK

Fakultas Kedokteran - Universitas Gadjah Mada
Gedung IKM, Sayap Utara Lt. 2
Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281 Indonesia
Phone / Fax : +62-274 549425 (hunting)
website : chsm.fk.ugm.ac.id
email : chsm@ugm.ac.id

D. Peserta Pelatihan

Pimpinan dan Staf Sarana pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

E. Metode Pelaksanaan

Pelatihan ini dilakukan dengan 2 hari, terbagi dalam topik-topik sebagai berikut:

1. Sosialisasi konsep *root cause analysis*
2. Membentuk Tim Kerja
3. Menetapkan Permasalahan
4. Mempelajari Permasalahan
5. Menetapkan Peristiwa yang Terjadi
6. Mengidentifikasi Faktor-faktor yang Berperan dalam Terjadinya Peristiwa.
7. Mengidentifikasi Faktor-faktor Lain yang Berpengaruh pada Terjadinya Peristiwa.
8. Pengukuran – Pengumpulan dan Akses Data Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Terjadinya Suatu Peristiwa.
9. Desain dan Pelaksanaan Rancangan Perubahan.
10. Mengidentifikasi Sistem-sistem yang Terkait – Penyebab Permasalahan.
11. Memilah Daftar Penyebab Utama.
12. Menyelidiki dan Mengidentifikasi Strategi Penurunan Resiko.
13. Menyusun Tindakan Perbaikan.
14. Mengevaluasi Usulan Tindakan Perbaikan.
15. Rancangan Perbaikan.
16. Memastikan Tindakan Perbaikan Mampu Dilaksanakan.
17. Penerapan Rencana Perbaikan.
18. Mengembangkan Sarana Pengukuran Efektivitas dan Memastikan Keberhasilan Program.