

PELATIHAN IMPLEMENTASI *ROOT CAUSE ANALYSIS* (RCA) UNTUK MENINGKATKAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD HM RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA

Bayu Anggileo Pramesona^{1*}, Suharmanto¹, Zulpakor Oktoba¹

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

ABSTRAK

Penerapan *Root Cause Analysis* (RCA) sebagai salah satu *tools* kajian risiko yang bersifat reaktif untuk berbagai insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit (RS) belum optimal, sehingga dibutuhkan peningkatan kualitas RCA di RS. Selain itu, pelatihan RCA juga belum pernah dilakukan di RSUD HM Ryacudu Kotabumi. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan manajemen RSUD HM Ryacudu Kotabumi dalam mengimplementasikan penggunaan RCA. Kegiatan pelatihan dilaksanakan di aula RSUD HM Ryacudu Kotabumi pada 24 Agustus 2023 dengan melibatkan total 52 peserta terdiri dari manajemen RS yaitu direktur, tiga kepala bidang, sembilan kepala seksi, lima orang tim PMKP, serta 34 petugas kesehatan yang terdiri dari kepala instalasi, kepala ruang rawat inap dan rawat jalan. *Pre* dan *post-test* dilakukan untuk mengevaluasi pengetahuan peserta latih sebelum dan setelah pelatihan. Penilaian teknik pembuatan RCA dilakukan setelah latihan kasus. Hasil rata-rata skor pengetahuan peserta latih meningkat sebesar 71,7% setelah diberikan pelatihan. Peserta latih juga dapat mempraktikkan teknik melakukan RCA dengan benar. Pelatihan pembuatan RCA terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan manajemen RS, tim PMKP, dan para kepala instalasi/unit untuk membuat RCA di RS. Perlu dilakukan pelatihan RCA secara berkala dengan melibatkan seluruh elemen terkait guna meningkatkan keselamatan pasien di RS.

Kata kunci: *root cause analysis*, keselamatan pasien, rumah sakit, pengabdian masyarakat.

*Korespondensi:

Bayu Anggileo Pramesona
Jl. Prof. Sumantri Brodjonegoro No 1 Bandar Lampung
+62-81274004767 | Email: bayu.pramesona@fk.unila.ac.id

PENDAHULUAN

Setiap tenaga kesehatan di rumah sakit (RS) wajib menerapkan keselamatan pasien untuk mencegah insiden keselamatan pasien (IKP)¹. IKP merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien². *Joint Commission International (JCI)* dan *World Health Organization (WHO)* melaporkan terdapat 70% kejadian kesalahan pengobatan di beberapa negara. JCI dan WHO melaporkan kasus sebanyak 25.000-30.000 kecacatan yang permanen pada pasien di Australia, 11% diantaranya terjadi diakibatkan karena kegagalan komunikasi³. Di Indonesia, pada 2019 setidaknya tercatat 7.465 laporan IKP yang terdiri dari 38% Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 31% Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan 31% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)⁴.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil².

Pada pedoman tersebut dijelaskan berbagai aspek terkait pengelolaan risiko yang harus dilakukan oleh fasyankes, diantaranya penggunaan *Root Cause Analysis* (RCA) sebagai salah satu

tools kajian risiko yang bersifat reaktif untuk berbagai insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit (RS)². Secara sederhana RCA dilakukan jika terjadi suatu insiden yang masuk ke dalam kategori risiko ekstrem dan risiko tinggi RS, maka tim keselamatan pasien perlu melakukan investigasi lebih lanjut, jika kejadian termasuk risiko rendah atau risiko minimal maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung. Namun, penelitian *literature review* menunjukkan bahwa penerapan RCA belum optimal, sehingga dibutuhkan peningkatan kualitas RCA di rumah sakit⁵.

Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan Direktur dan Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD HM Ryacudu Kotabumi, pelatihan implementasi terkait RCA untuk meningkatkan keselamatan pasien belum pernah dilakukan di RSUD HM Ryacudu Kotabumi. Selain itu, pada pertengahan tahun 2023, RSUD HM Ryacudu juga akan melakukan akreditasi RS sehingga untuk memenuhi kebutuhan RS dalam mempersiapkan akreditasi, khususnya terkait penerapan upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko, maka perlu diselenggarakan bimbingan teknis RCA untuk Analisa Kejadian Sentinel, KTD, KNC, dan KTC di RS sebagai salah satu tools pengelolaan risiko. Program pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman Tim PMKP dan Manajemen RSUD HM Ryacudu Kotabumi untuk mempraktikkan penggunaan RCA sebagai salah satu tools kajian risiko yang bersifat reaktif untuk berbagai insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit.

METODE

Kegiatan pelatihan implementasi RCA ini telah dilaksanakan pada Kamis, 24 Agustus 2023 pukul 10.00-12.00 WIB di ruang aula RSUD HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara dengan total 52 peserta latih terdiri dari unsur manajemen RS sebanyak 13 orang yaitu direktur, tiga kepala bidang, dan sembilan kepala seksi, lima orang tim PMKP, serta 34 petugas kesehatan yang terdiri dari kepala instalasi, kepala ruang rawat inap dan rawat jalan. Metode pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini dilaksanakan sesuai tahapan berikut:

Tahap persiapan dimulai dengan melakukan diskusi lanjutan dengan Direktur dan Tim komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) RSUD HM Ryacudu Kotabumi tentang permasalahan utama yaitu belum pernah dilaksanakannya implementasi *Root Cause Analysis* (RCA) bagi Tim PMKP di RSUD HM Ryacudu Kotabumi, menyusun rencana acuan pelaksanaan kegiatan serta materi pelatihan tentang *Root Cause Analysis* (RCA) bagi Tim PMKP dan manajemen di RSUD HM Ryacudu Kotabumi, menyiapkan materi dan fotocopy materi pelatihan bagi Tim PMKP dan manajemen di RSUD HM Ryacudu Kotabumi, menyusun soal *pretest* dan *posttest* sebanyak 10 soal untuk menilai tingkat pengetahuan Tim PMKP dan manajemen di RSUD HM Ryacudu Kotabumi tentang *Root Cause Analysis* (RCA), melakukan koordinasi dengan Direktur dan Tim komite PMKP untuk teknis pelaksanaan implementasi kegiatan, serta menyiapkan administrasi persuratan, mengidentifikasi peserta dan tempat pelaksanaan kegiatan.

Tahap pelaksanaan selanjutnya melakukan pemaparan materi dan latihan kasus pelaksanaan *Root Cause Analysis* (RCA) pada tim PMKP dan manajemen RSUD HM Ryacudu, melakukan diskusi interaktif dengan para peserta, pendampingan, monitoring dan evaluasi kegiatan terkait pelaksanaan implementasi *Root Cause Analysis* (RCA) bagi Tim PMKP dan manajemen di RSUD HM Ryacudu Kotabumi.



Gambar 1. Pelaksanaan pelatihan RCA

Selanjutnya tahap evaluasi kegiatan pelatihan dengan melakukan *posttest* di akhir kegiatan, evaluasi pelaksanaan implementasi terkait pemahaman tim PMKP dan manajemen tentang implementasi *Root Cause Analysis* (RCA) menggunakan metode observasi dan validasi dari Latihan kasus yang dilakukan selama kegiatan berlangsung. Hasil pelaksanaan pelatihan implementasi *Root Cause Analysis* (RCA) bagi Tim PMKP dan manajemen akan dimonitor dan dievaluasi tiap bulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pelatihan implementasi RCA ini diikuti oleh 52 peserta latih dari unsur manajemen RS, tim PMKP, dan kepala instalasi/unit di RSUD HM Ryacudu Kotabumi dengan karakteristik peserta latih mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 41 orang (78,8%), berusia >40 tahun (73,1%), bekerja di instalasi rawat inap/rawat jalan (65,4%), dan telah bekerja di RS lebih dari 10 tahun (71,2%) (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik peserta latih (n=52)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	41	78,8
Laki-laki	11	21,2
Usia		
20-29 tahun	3	5,7
30-39 tahun	11	21,2
>40 tahun	38	73,1
Unit Kerja		
Manajemen RS	13	25
PMKP	5	9,6
Instalasi rawat inap/ rawat jalan	34	65,4
Lama Kerja		
5-10 tahun	15	28,8
>10 tahun	37	71,2

Berdasarkan hasil evaluasi proses tampak bahwa seluruh peserta latih antusias selama proses pelatihan dan diskusi. Selain itu *doorprize* diberikan bagi peserta latih yang berhasil menjawab pertanyaan dengan benar. Peserta latih juga mampu membuat contoh RCA di masing-masing unit tempat kerjanya dengan benar. Adapun hasil *pre-test* dan *post-test* dapat dilihat pada tabel 2 di bawah ini.

Tabel 2. Perbandingan skor *pre* dan *post-test* pelatihan pembuatan RCA (n=52).

Topik pertanyaan	Responden menjawab benar (<i>Pre-test</i>) (n, %)	Responden menjawab benar (<i>Post-test</i>) (n, %)	Peningkatan pengetahuan (n, %)
Pengertian	16 (28,8)	49 (94,2)	33 (63,5)
Perbedaan RCA dan FMEA	6 (11,5)	46 (88,5)	40 (76,9)
Tahapan membuat RCA	3 (5,7)	42 (80,7)	38 (73,1)
Skor rata-rata	8,3 (16,1)	45,6 (87,6)	37,3 (71,7)

Berdasarkan tabel 2 di atas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan peserta latih sebesar 71,7%. Peningkatan skor tertinggi terkait perbedaan RCA dengan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) yaitu sebesar 76,9%, kemudian diikuti tahapan RCA (73,1%) dan pengertian RCA (63,5%). Peningkatan skor rata-rata pengetahuan peserta latih terkait RCA ini menunjukkan bahwa memang masih minimnya pengetahuan peserta latih tentang pembuatan RCA sebelum diberikan pelatihan. Selain itu, peningkatan skor rata-rata pengetahuan peserta latih tentang pembuatan RCA ini juga menunjukkan bahwa pelatihan ini berhasil meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mereka terkait teknik pembuatan RCA sebagai bentuk manajemen risiko di RS. Melalui pelatihan ini diharapkan peserta latih mampu menerapkan manajemen risiko yang baik di RS sehingga akhirnya keselamatan pasien dapat terwujud.



Gambar 2. Peserta pelatihan RCA.

RCA merupakan suatu metode untuk menemukan akar penyebab dan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit yang kemudian akan dianalisis untuk perbaikan. Pelaksanaan perbaikan bertujuan untuk mengurangi kemungkinan insiden keselamatan pasien yang sama terulang kembali. Tanpa analisis faktor penyebab yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan pasien di rumah sakit, dapat menyebabkan lebih banyak kerugian karena ketidakmampuan untuk mencegah terjadinya insiden⁶.

Berdasarkan hasil evaluasi dari pelatihan ini diketahui bahwa terdapat peningkatan rata-rata skor pengetahuan peserta latih sebesar 71,7%. Peningkatan skor tertinggi terkait perbedaan RCA dengan FMEA yaitu sebesar 76,9%, kemudian diikuti tahapan RCA (73,1%) dan pengertian RCA (63,5%). Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas peserta latih memiliki pengetahuan yang sangat minim terkait pembuatan RCA. Hal ini dapat dilihat dari hasil *pre-test* yang menunjukkan

bahwa tidak sampai seperlima (16,1%) peserta yang menjawab benar untuk semua pertanyaan terkait FMEA. Bahkan, hanya 5,7% dan 11,5% yang menjawab benar ketika ditanya tentang tahapan pembuatan RCA dan perbedaan antara RCA dan FMEA.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa implementasi RCA di rumah sakit telah diterapkan secara tidak tepat⁷. Data dari sistem kesehatan masyarakat di Victoria, Australia menunjukkan bahwa dari 227 RCA yang dilakukan, 72% solusi belum berhasil mencegah terulangnya insiden keselamatan pasien dan kurangnya perhatian terhadap faktor penyebab⁸.

Penerapan RCA dalam pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan keselamatan dengan cara mencegah insiden keselamatan pasien. Diketahui bahwa metode yang paling banyak digunakan dalam pelaksanaan RCA adalah *Experience Feedback Committee* (EFC)^{9, 10}. EFC bekerja dengan melibatkan tenaga medis sebagai anggota dalam pelaksanaan RCA. Anggota EFC bertemu sebulan sekali untuk melakukan inspeksi terkait insiden yang dilaporkan dari departemen mereka^{9, 10}. Dalam praktiknya, anggota EFC memilih insiden yang menjadi prioritas utama dan menganalisis serta mengusulkan tindakan korektif¹⁰.

Berdasarkan hasil review diketahui bahwa implementasi EFC tidak berjalan sempurna, karena hanya berdampak jangka pendek dalam implementasi perbaikan dan peningkatan keselamatan pasien. Namun demikian EFC diharapkan dapat memberikan dampak jangka panjang dengan meningkatkan budaya keselamatan dan belajar dari kesalahan yang terjadi karena insiden keselamatan pasien akan terus terjadi di masa mendatang¹¹.

Selain itu, The Joint Commission juga berpendapat bahwa seringkali dalam pelaksanaannya, RCA tidak sepenuhnya mengidentifikasi faktor-faktor yang secara langsung mempengaruhi insiden keselamatan pasien, melainkan hanya mengamati dan menyimpulkan bahwa hal tersebut disebabkan oleh faktor manusia yang tidak sempurna. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa meskipun organisasi telah menyediakan sumber daya seperti waktu dan tenaga dalam menjalankan proses RCA, namun jumlah insiden yang seharusnya dapat dicegah tidak berkurang^{7, 11}. Hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya tingkat efektivitas solusi yang dihasilkan oleh RCA karena kurangnya identifikasi menyeluruh terkait penyebab insiden keselamatan pasien.

Penelitian sebelumnya menyebutkan beberapa faktor yang dapat menyebabkan solusi yang diusulkan tidak berkembang, antara lain kurangnya pelatihan dan keahlian dalam implementasinya, kepemimpinan yang buruk, dan kurangnya pendidikan terkait budaya keselamatan pasien¹².

Hasil pengabdian ini menunjukkan adanya peningkatan rerata skor pengetahuan peserta latih setelah diberikan pelatihan RCA. Studi menunjukkan bahwa perlu untuk meningkatkan kualitas RCA di rumah sakit dan organisasi kesehatan lainnya. Pertama, lakukan pelatihan untuk tim RCA di mana pemikiran sistem dan peningkatan komunikasi digunakan sebagai komponen penting dari pelatihan. Kedua, melibatkan faktor manusia dimana anggota harus terlibat langsung dalam proses RCA untuk mengidentifikasi faktor penyebab. Ketiga, rumah sakit harus mempromosikan budaya keselamatan pasien kepada semua staf yang mencakup pemahaman tentang tujuan RCA dan usulan solusi yang lebih efektif dalam melakukan perubahan pada organisasi¹².

SIMPULAN

Pelatihan implementasi *Root Cause Analysis* (RCA) terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan manajemen RS, Tim PMKP, serta para kepala instalasi rawat inap dan rawat jalan dalam membuat RCA di RSUD HM Ryacudu Kotabumi. Pihak manajemen RS, Tim PMKP, dan para kepala unit perlu lebih aktif melakukan RCA secara berkala sehingga insiden

keselamatan pasien tidak terjadi berulang. Selain itu, pelatihan pembuatan RCA perlu untuk terus dilakukan agar semua pihak dapat lebih memahami teknik pembuatan RCA.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tristantia AD. The Evaluation of Patient Safety Incident Reporting System at a Hospital. *Indonesian Journal of Health Administration* 2018; 6: 83-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.83-94>.
2. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2017.
3. World Health Organization. Communication during patient hand-overs. 2017.
4. Daud AW. Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien nasional (SP2KPN). Jakarta 2020.
5. Alifia RT and Dhamanti I. Implementation Of Root Cause Analysis On Patient Safety Incidence In Hospital: Literature Review. *Journal of Public Health Research and Community Health Development* 2022; 6: 14-20. DOI: [doi:http://dx.doi.org/10.20473/jphrecode.v6i1.31556](http://dx.doi.org/10.20473/jphrecode.v6i1.31556).
6. Kwok Y, Mah A and Pang K. Our first review: An evaluation of effectiveness of root cause analysis recommendations in Hong Kong public hospitals. *BMC Health Services Research* 2020; 20: 1-9. DOI: 10.1186/s12913-020-05356-6.
7. Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *International Journal for Quality in Health Care* 2018; 30: 124-131. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx181>.
8. National Patient Safety Foundation. RCA Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. 2015.
9. Bousset B, Seigneurin A, Gai J, et al. Involvement in Root Cause Analysis and Patient Safety Culture Among Hospital Care Providers. *J Patient Saf* 2021; 17: e1194-e1201. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000456.
10. François P, Lecoanet A, Caporossi A, et al. Experience feedback committees: A way of implementing a root cause analysis practice in hospital medical departments. *PLoS One* 2018; 13: 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0201067.
11. Kellogg KM, Hettinger Z, Shah M, et al. Our current approach to root cause analysis: Is it contributing to our failure to improve patient safety? . *BMJ Quality and Safety* 2017; 26: 381-387. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005991.
12. Calcia M. Why adverse incidents are an opportunity for learning. *BMJ* 2016; 355. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5069>.