

Catatan Hari II
Workshop Strategic Leadership and Learning Organization
28 April 2012

Tempat : Ruang Diskusi Gedung Parkir RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Peserta : 32 orang

SESI I

Root Cause Analysis

dr. Ova Emilia, Sp. OG, M. Med. Ed., Ph.D

Prinsip dasar SLLO yang ada sekarang :

1. Masalah hari ini muncul dari solusi hari kemarin
2. Semakin kuat kita mendorong, semakin besar sistem ini memanfaatkan. Contohnya seperti kuda yang semakin kuat, dan mampu menyelesaikan pekerjaan, tapi secara sistem, rekan-rekannya menjadi kerja. Atau contoh lain adalah jika kita kurang rumah, penyelesaiannya bukan dengan menambah rumah melainkan menyelesaikan dari dalam bagaimana rumah ini bisa mencukupi.
3. Perilaku tumbuh lebih baik sebelum perilaku itu bisa menjadi lebih buruk. Berhati-hati dengan efek sementara. Ada satu hal yang gagal, bisa menggagalkan yang lain. Dalam konsep SLLO, kita harus berpikir besar.
4. Hati – hati dengan penyelesaian yang mudah. Ada ilustrasi, seseorang mencari kunci di pinggir jalan, dan dia mencari di tempat yang ada penerangannya. Kita tidak akan berpikir untuk tidak mencari di tempat yang gelap. Solusi yang mudah, kadang-kadang sebenarnya tidak memecahkan masalah kita.
5. Orang yang stress, kadang menyelesaikannya dengan minum alkohol. Padahal, kalau sudah addicted, justru kalau dia tidak minum alkohol, dia akan stress tambah tinggi. Inilah yang kemudian menjadi prinsip bahwa obat itu bisa lebih buruk dari penyakitnya.
6. Yang tercepat bisa menjadi yang paling lambat. Dalam prinsip SLLO, ketika kita menentukan perencanaan, semakin cepat diputuskan, semakin cepat kita menciptakan masalah yang belum sempat terpikirkan (kemungkinan akan muncul masalah-masalah baru)
7. Pada saat kita mencari penyebab masalah, jangan hanya berpikir pada masalah yang dekat. Kalau kita lapar, kita makan. Kalau kita ngantuk, kita akan tidur. Padahal mungkin, lapar itu hanya karena ingin ngemil, sehingga kalau makan terus, akan menimbulkan obesitas. Dalam prinsip SLLO kita harus berpikir panjang, apa efek jangka pendek dan panjang. Sebab dan akibatnya harus kita lihat dulu.
8. Mencari faktor yang memiliki daya ungkit yang tertinggi. Contoh, sebesar apapun kapal, dia akan tergantung pada tuas kecil yang bisa menjalankan (*trim tab*). Maksudnya, bahwa perubahan kecil dapat menghasilkan hal besar, tapi sering kali tuas yang bisa memberikan dampak yang besar adalah tuas yang tidak kelihatan.
9. No blame. Dalam SLLO, tidak akan ada gunanya jika kita selalu menyalahkan orang lain. Tidak ada orang yang ada di luar lingkaran, jika kita punya masalah, maka kita adalah bagian dari masalah itu (*part of single system*).

Ini menjembatani apa yang telah kita dapatkan kemarin dengan apa yang akan kita kerjakan mendatang. Prinsip2 ini yang bisa kita pakai untuk dasar memecahkan masalah dalam mengurangi angka kematian angka.

Pertanyaan :

Bisa tidak dibalik slower is faster?

Tentu bisa, boleh, tapi kita perlu lihat, subjek mana yang lebih aktif. Mana yang bagus? Slower is faster atau faster is slower? Harus dilihat mana yang ditekankan. Kita punya paradigma, makin cepat makin baik, sehingga kalau kita pakai yang slower is faster, kita seolah-olah mengarahkan orang untuk lambat. Ya kan?

Dr. Rukmono :

Ini ada contoh kompas dan jam, kalau kapal itu mengarah ke arah yang benar, dengan kecepatan yang sedang bisa lebih baik. Kita sudah mensinyalir bahwa Jamkesmas ini akan mengarah ke pelabuhan yang keliru. Nah, kemarin kita sudah belajar kemarin, bahwa penyelesaian masalah kadang menimbulkan masalah yang besar lainnya. Sehingga kita harus memikirkan banyak hal besar lainnya supaya bagaimana masalah ini terpecahkan tepat pada sasarannya.

Contoh, kenapa kita tidak boleh tergesa-gesa? Karena yang bergerak itu bukan kita sendiri pak. Sebuah konvoi mobil, kecepatannya tergantung dari yang paling lambat. Mata rantai juga ditentukan oleh yang paling lemah. Nah, disinilah penting, orang yang sudah pinter, mudah kehilangan kesabarannya. Ada fase delay dalam SLLO juga, apalagi bagi orang yang baru belajar. Kita kadang-kadang mencapai level dengan kecepatan tinggi, kita tidak sabar. Itulah yang membuat sistem menjadi kacau.

Nah, berdasarkan contoh rantai tadi, jika kita mau mengganti rantai lemah dengan rantai kuat, ada fase delay, karena tidak mudah dan butuh penyesuaian dengan asklerasi supaya kecepatannya menjadi sama. Kita harus memahami konteks ini.

Pertanyaan :

Yang penting bagi saya adalah evaluasi. Karena kalau kita menunggu yang slower juga tidak akan selesai-selesai.

Dr. Ova Emilia:

Nah, itulah kenapa kita jangan pernah berhenti belajar, sehingga tidak ada lagi menyalahkan kebijakan yang lalu.

Kita mulai lagi ya mengenai root cause analysis. Saya akan menunjukkan bagaimana aplikasinya dalam beberapa kasus, yaitu :

Terlambat datang ke workshop 30 menit karena ban motor bocor.

Kalau ada kejadian ini, kita berpikir kenapa bisa bocor? Kita coba analisa dengan jawaban, kualitas ban jelek, maka akan terpikir pula, kenapa bannya jelek? Karena tidak SNI, sudah lama, harga murah dll. Nah, akan timbul pertanyaan2 yang banyak dalam SLLO untuk menangani masalah ini. Kemarin, Prof. Hakimi telah menyampaikan bahwa ada realitas dan masalah. Nah, dari kasus ini kita perlu analisa lagi, apakah hal2 ini realitas atau masalah?

Dalam root cause analysis ini kita akan menemukan akar penyebab masalah :

- a. Apa masalahnya?
- b. Kapan?
- c. Dimana?
- d. Apa maknanya?
- e. Hindari blaming – siapa yang melakukan? (menghindar dan diam dan akan pushes back dalam sistem kita).

Pada saat mencari penyebab, kita bisa berjalan maju atau mundur (bolak-balik)

Kita juga bisa mengidentifikasi outcomes:

1. Real : ngebut
2. Potensial : luka serius karena ngebut
3. Bisa jadi multiple : kecelakaan menyebabkan mobil rusak dan menyebabkan luka.

Dalam mencari penyebab, kita menemukan penyebab yang dapat ditindaklanjuti dan dalam kendali kita.



Sebab dan akibat adalah rangkaian yang harus kita cari :

Akibat	karena	Sebab
1. Luka	→	Jatuh
2. Jatuh	→	Permukaan basah
3. Permukaan basah	→	Kran bocor
4. Kran bocor	→	Seal rusak
5. Seal rusak	→	Tidak ada pemeliharaan

Rangkaian sebab

Dalam menyelesaikan masalah : kita perlu menanyakan mengapa sampai lebih dari 5 kali agar kita bisa menemukan penyebabnya. Pertanyaan mengapa harus sampai mentok :

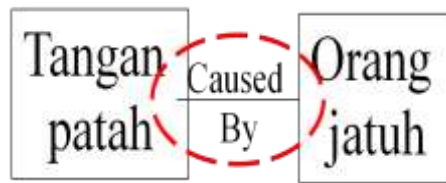
- a. I don't know
- b. I don't care (tidak bisa diubah)

Setelah kita mengidentifikasi akibat, kita bisa membuat pohon penyebab :

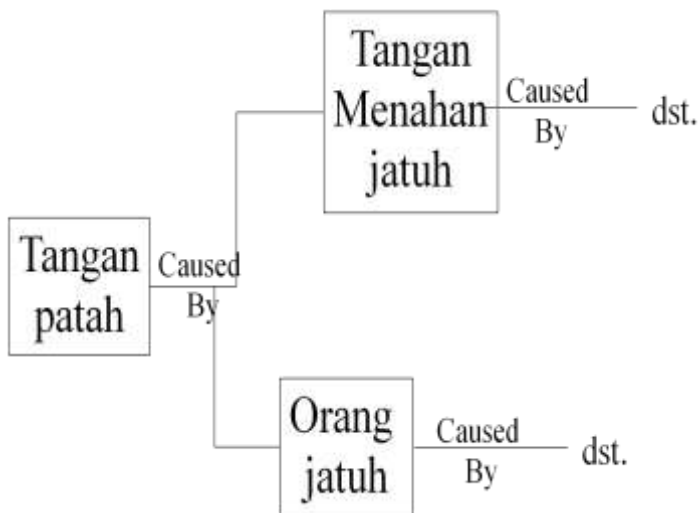
- a. Untuk tiap akibat, tanyakan kenapa
- b. Cari kondisi dan tindakan
- c. Hubungkan dengan penyebab
- d. Lengkapi dengan bukti

Contoh dalam membuat pohon masalah :

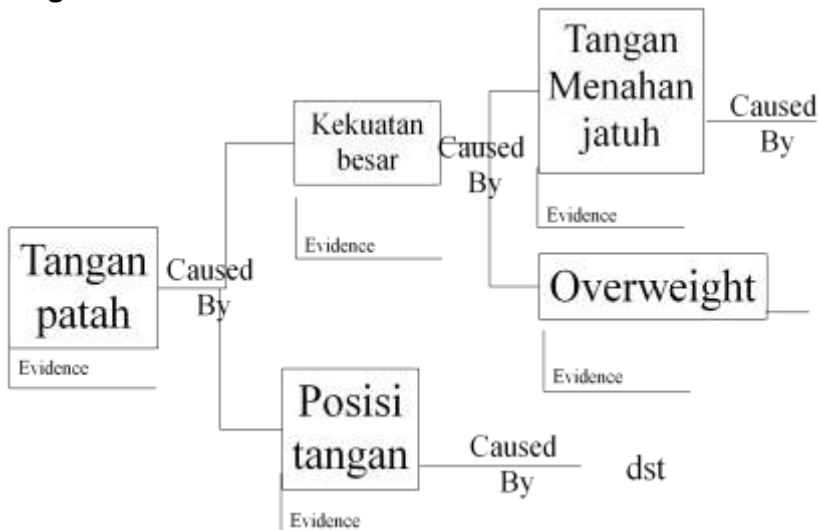
Langkah 1 :



Langkah 2 :



Langkah 3 :



Membuat pohon penyebab bisa dengan menemukan : apa yang terjadi, apa yang biasanya terjadi, kebijakan yang diperlukan. Atau mencari kesalahan manusia, kesalahan prosedur, kegagalan mekanisme atau penyebab lain. Contoh kesalahan manusia : *omission* (gagal), *mistake* (salah pelaksanaan), *slip* (perencanaan tidak sesuai rencana), atau *lapse* (hampir mirip dengan *slip*).

Dalam pelanggaran prosedur, harus diidentifikasi, apakah yang dilakukan itu sudah tahu dengan resiko jika melanggar resiko, dan memang niat melakukan (*spesial case*, sehingga terpaksa melakukan pelanggaran prosedur). Di sini ada yang disebut dengan *normal error*, *at risk behaviour*, dan *reckless conduct*. Jika ada kasus seperti ini, apakah kita masih

dimungkinkan dengan “*blame-free*”? karena bagaimanapun juga, kita harus menghindari menyalahkan orang lain. Oleh karena itu, kita harus melihat ini sebagai keseluruhan dari suatu sistem.

Dalam kegagalan mekanik Semua kegagalan mekanik yang tidak diharapkan harus ada penyebabnya:

- a. Desain salah
- b. Defek produksi
- c. *Mis-maintained*
- d. *Mis-operated*

Kita harus buang data yang bukan penyebab. Suatu hal bisa dianggap menjadi penyebab jika memang sudah ada aturan untuk hal tersebut. Selain itu, kita harus bedakan dengan strategi pencegahan.

Langkah-langkah *Root Cause Analysis* :

1. Tentukan masalah
2. Menemukan penyebab (mengapa dan beri bukti)
3. Kekuatan hubungan
4. Buang data yang bukan penyebab (fakta)

Setelah kita bisa identifikasi, kita akan tau sebenarnya apa sih yang menyebabkan kematian ibu ini? Setelah itu akan nyambung pada sesi PoA nanti.

Pertanyaan :

Dr. Ketut Ananda Wiratama :

Kita akan bergerak terlalu lama, karena tidak bisa mengeluarkan individu yang melakukan kesalahan. Bisa merusak sistem kan? Ini yang saya asumsikan. Bagaimana menurut ibu?

Dr. Ova Emilia:

Kita harus tau kita akan mengarah kemana. Dengan *root cause analysis* ini, kita harus yakin betul bahwa akar masalah ini sebenarnya adalah X, bukan Y. Sehingga kita tahu akan bagaimana mengatasi masalah ini. Tidak akan keliru. Jika memang nanti di Unit ini ada kekeliruan, kita harus memperbaiki unit itu dulu. Sehingga PoA nanti, akan tau bagaimana desain menyelesaikan masalah nanti dengan benar. Jangan hanya menyalahkan Jampersal, tapi kenapa Jampersal mengarah ke arah yang tidak pas, mungkin karena ada yang tidak match dalam sistem itu.

Dr. Amrizal :

Dalam membuat kelompok, kita harus menyesuaikan dengan anggota di dalam kelompok itu. Harus sama dengan visi dan misi. Menempatkan orang dalam peran yang pas.

Dr. Ova Emilia:

Betul sekali, harus kita lihat bersama-sama dalam sebuah sistem. Jangan sampai kita hanya menilai secara linier. Kita menjadi tidak punya daya ungkit. Inilah tugas kita bersama, dengan SLLO ini kita diminta untuk berpikir secara liar apa yang ada di luar kita. Dalam kelompok ini, nanti akan buat pohon penyebab masalah itu agar tahu apa yang sebenarnya menjadi penyebab masalah kematian ibu ini.

Mungkin agar ada kesamaan, akan kita tempatkan di RS atau di kabupaten sistem yang akan kita buat ini? Agar kita mudah membandingkan antar kelompok, jadi kita harus samakan sistemnya. Namun, karena data yang ada tidak semua sama, jadi kita tetap sesuaikan saja, sistemnya di level kabupaten atau RS. Sehingga kita akan bisa mengetahui root cause di masing-masing level.

DISKUSI KELOMPOK

Pembahasan Hasil Diskusi Kelompok

Dr. Rukmono :

Kita akan mempraktekkan apa yang disebut *learn to listen dan listen to learn*. Kita memiliki 3 pembahas yaitu Prof. Hari, Prof. Hakimi dan Dr. Soerjo.

• Kelompok IV :

Membahas kasus kematian ibu di RS di Jawa Tengah yang melahirkan di rumah dibantu oleh bidan yang datang terlambat. Adapun penyebab yang mungkin terjadi sebagai berikut :

1. Terlambat merujuk, penanganannya, pengambilan keputusan (keluarganya, lingkungannya atau yang lain).
2. SDM tidak memadai di RS
3. Alat dan prasarana yang kurang memadai
4. Birokrasi yang menghambat pelayanan (RS Swasta) → tidak membawa surat rujukan, tidak tahu penggunaan jampersal

Kita akan uraikan satu persatu yaitu :

1. Terlambat merujuk : keputusan keluarga (adat / kultur) (****)
 - a. Kultur budaya
 - b. Pendidikan keluarga
2. Transportasi (***)
3. Pengetahuan keluarga (***)
4. Dana (***)
 - a. Jamkesmas
 - b. Jampersal
 - c. Jamkesda
5. Pengetahuan/pendidikan (bisa ditambahkan dengan adanya penyuluhan edukasi keluarga/desa, pemuka agama, dan tokoh masyarakat). Ini bisa melalui camat/lurah, PKK, organisasi masyarakat. Diharapkan dapat menambah pengetahuan keluarga mengenai persalinan yang baik.

SDM (*)

1. Kurang terampil
2. Jumlah petugas yang kurang memadai
3. Komitmen petugas

Sarana (**):

1. Peralatan kurang
2. Tempat tidak memenuhi syarat

Birokrasi (**):

1. SOP
2. Administrasi yang sulit

Dr. Rukmono :

Ini tadi kan banyak menggunakan asumsi, jangan sampai kita terjebak dalam asumsi tersebut. Karena kita bisa berasumsi salah yang justru menjatuhkan kita.

Prof.Hari :

Dari masalah itu, perlu dilanjutkan pada tanggung jawab masalah setiap root cause itu. Yang mendasari paling banyak masalah adalah, kelihatan dari paparan ini adalah keterlambatan merujuk ini merupakan penyebab terbesar kematian ibu karena post partum.

Di sini disampaikan yang paling banyak bintangnya, adalah yang paling besar penyebabnya. Terlambat merujuk ini apakah mempengaruhi SDM, sarana dan transportasi? Ternyata tidak, melainkan hanya pada satu garis saja.

Dari 5 hal yang tadi disampaikan, dicari setiap root cause nya hingga 5-7 pertanyaan. Bisa jadi, rootcause nya itu dari birokrasi yang justru disampaikan hanya dengan bintang 2. Bisa jadi pemerintah tidak menyediakan SDM yang memadai, sarana yang kurang, dan transportasi yang tidak baik, hingga informasi kepada daerah yang tidak sampai sehingga muncul alasan keterlambatan merujuk.

Dr. Soerjo:

Memang betul pembelajaran ini untuk mencari root cause, tapi jangan melupakan pelayanan yang merupakan bagian dari sistem pelayanan KIA ini. Jangan serta merta menyalahkan pada RS saja. Jadi barang kali saya ingin mencatat, pada akhirnya, siapa komponen yang salah, karena ini satu kesatuan. Contoh, ibu tidak akan mati, jika tidak hamil. Pertanyaannya, kenapa dia hamil? Kita rupa-rupanya suka kejebak di satu pola pikir yang "kudu urip". Padahal awal dulu kita belajar adalah prevention no satu, tapi sekarang kita ublek-ublek di treatment.

Nah, kembali ke kasus tadi, bahwa RS tadi, apakah sudah diinfokan ke RS jika ada ibu yang akan hamil dengan post partum? Sama dengan transfusi, kenapa bank darah selalu jadi kesalahan? Kapan kita akan tranfusi? Jadi artinya, kapan kita butuh bank darah? Kita butuh setelah proses stabilisasinya berjalan untuk mencegah kondisi yang lebih jelek. Nah, setelah itu baru kita cari root cause. Apa yang paling mendasar dari sistem ini? Kita cari yang paling berpengaruh yang mempunyai daya ungkit yang paling besar.

Dr. Rukmono :

Kalau kita mau mencari root cause ada baiknya kita cari dari sistemnya dulu, jangan langsung ke orangnya.

Prof. Hakimi :

Ada teori constrain yaitu kemampuan kita terbatas karena ada hambatan. Kita bisa lari 100 m dalm waktu 1 detik, tapi karena ada hambatan, kita jadi tidak bisa melakukan itu. Sama dengan teori ini bahwa, kekuatan sebuah rantai itu ditentukan oleh rantai yang paling lemah. Nah menurut anda, dari pohon gambar tadi, mana yang paling lemah? Pengetahuan keluarga bisa menjadi hambatan besar.

• **Kelompok I :**

Topiknya kematian ibu di RSUD Slawi dimana seorang ibu yang mengalami post partum tanpa ditemani suami. Tingginya AKI ec HPP di RSUD Slawi penyebabnya adalah :

- a. Rujukan (partus di Luar RSUD)
- b. Darah yang tidak ada/sulit

Root cause analysis dari darah yang tidak ada :

Penyebabnya :

- 1. Donor kurang (+)
- 2. Persediaan darah kurang (+)
- 3. Prosedur biaya darah di PMI yang rumit (+++)

Intervensi :

- 1. Donor keluarga (pemeriksaan golongan darah)
- 2. Kerjasama bank darah dan PMI
- 3. SOP

Dr. Soerjo :

Okelah, ini pendarahan post partum, tapi ada satu yang saya tangkap dimana, kondisi pasien yang memang sudah kurang baik ketika masuk RS. Jika pasien dengan kondisi seperti ini masuk ke RS baik sekalipun, akan susah dihindari. Pasien ini mati, karena tidak bisa ditransfusi, atau mati di meja operasi, atau sudah dilakukan tindakan, ditransfusi namun tetap mati. Dari situ akan muncul suatu pemikiran, mana yang akan diperbaiki? Apakah inputnya, atau dari dalam RS atau penunjang di belakangnya. Ini betul-betul keputusan berdasarkan evidence yang tidak bisa digunakan di tempat lain.

Prof. Hakimi :

Kita semua paham bahwa tidak ada orang melahirkan yang tidak berdarah-darah. Kita dari tadi sudah disinggung dr Soerjo bahwa kita sudah tau banyak tentang evidence, tetapi ibu masih saja bisa meninggal karena pendarahan. Kita hanya punya peluang 2 jam untuk menyembuhkan, nah, bahkan di negara maju, kematian karena postpartum ini cukup tinggi. Apa yang dilakukan adalah respon time, dengan mempersingkat waktu nya. Begitu ada pendarahan, langsung disiapkan tim dan melakukan drilling terhadap keadaan ini.

Dr. Roekmono :

Ini agak berbeda dengan kelompok tadi ya, kalau yang tadi mendidik masyarakatnya, yang kelompok ini mendidik petugasnya. Kita ini kan banyak masalah ya, tapi kan katanya masalah kita sebenarnya tidak kelihatan. Jangan-jangan, masalah yang kelihatan sekarang ini bukan masalah sebenarnya. Bagaimana ini Prof. Hari?

Prof. Hari :

Kalau dikatakan kasusnya karena kekurangan darah, maka kita pikir, bagaimana menyelesaikan kekurangan darah ini. Terlepas dari itu saya setuju ada SOP yang dipercepat agar cross matching, sambil melakukan hal ini, bisa melakukan hal lainnya. Jadi memang banyak masalah yang bisa diperbaiki dalam SOP. Akar permasalahannya sendiri kenapa sampai darahnya terlambat : darah sulit, mahal dan lain-lain. Seperti Prof Hakimi sampaikan tadi, mata rantai mana yang paling lemah itu yang harus dielevate.

Prof. Hakimi :

Kadang-kadang kita menyelesaikan masalah itu bukan dari akar masalahnya, melainkan dari masalah yang paling mudah. Kita tak sadar intervensi yang kita lakukan bukan menyelesaikan masalahnya, tapi karena kita comfortable melakukannya.

Dr. Ketut Ananda Wiratama :

Dari presentasi kelompok IV dan Kelompok I apakah sudah sesuai dengan RCA yang dimaksud? Sehingga kita tau kekurangannya dan ketika kembali ke daerah, kita membuat RCA nya sudah benar.

Prof. Hakimi :

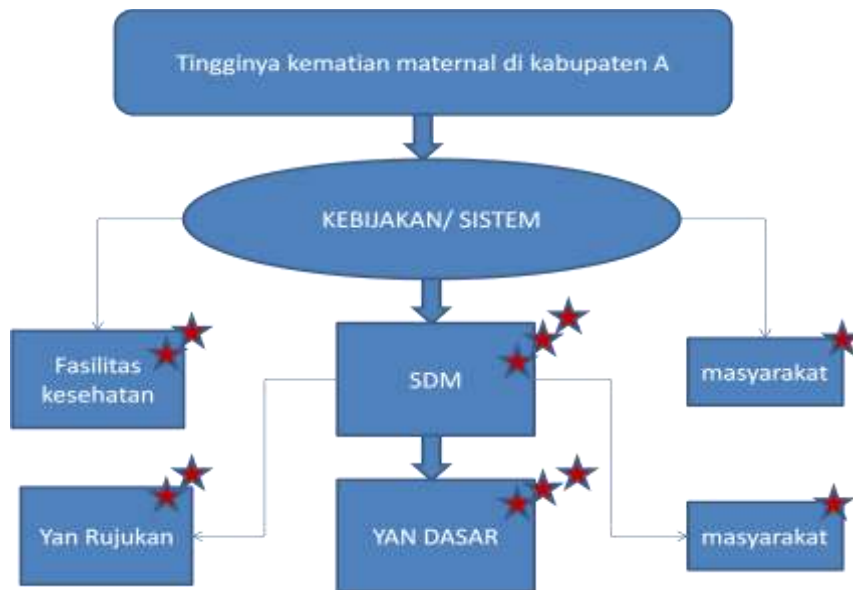
Kadang2 kita belum sampai pada rootnya, tapi masih merupakan undisable effect. Kita merasa melihat hanya dari sekedar realita, bukan masalah sebenarnya. Merasa sudah tidak bisa menjawab pertanyaan mengapa, berarti kita sudah pada root cause.

Dr. Soerjo:

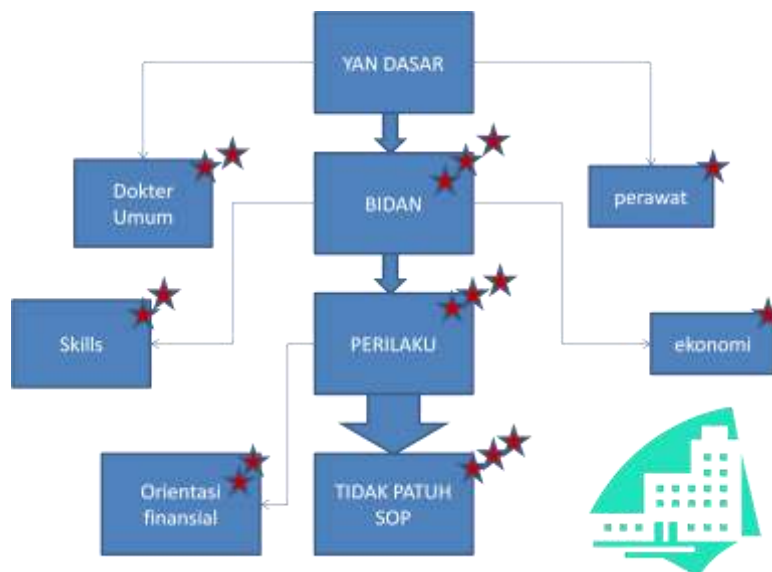
Dalam 5 disiplin pun, setelah selesai mencapai akar masalah itu nanti, akan muncul masalah lagi. Memang tidak akan pernah selesai, baik dengan SLLO sekalipun, tapi yang kita ukur, terjadi perbaikan atau tidak di dalam sistem. 15 tahun yang lalu, Tiongkok jumlah kematian ibu nya sama dengan Indonesia, tapi sekarang jumlah kematiannya menurun drastis. Itu karena mereka mampu berpikir keluar dari kotak (*out of box*).

- **Kelompok III:**

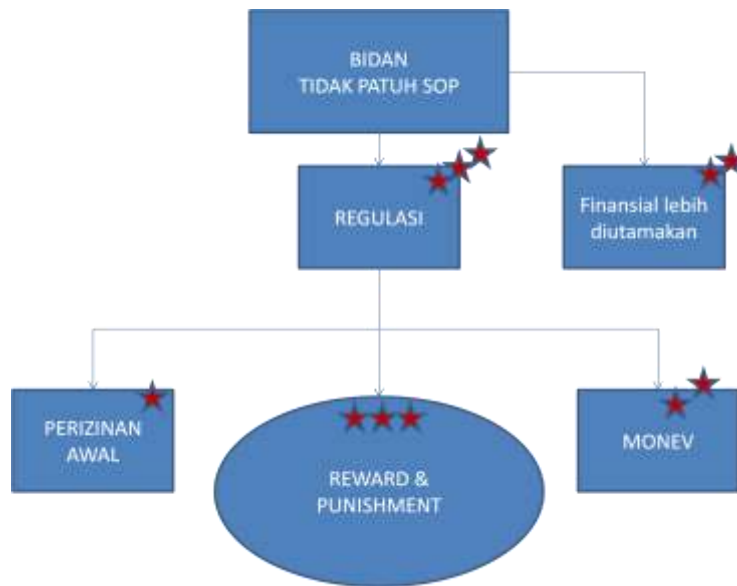
Kami akan menyampaikan hasil diskusi kelompok III. Memang yang kami ambil adalah kebijakan di kabupaten :



Setelah kita teliti, aspek SDM ternyata paling tinggi dalam mempengaruhi tingginya kematian maternal. Di sini dilihat, bahwa SDM kita cek di pelayanan rujukan, dasar maupun di tingkat masyarakat. Pada tingkat pelayanan dasar, kita breakdown lagi menjadi sebagai berikut :



Dari sini, terlihat, bidan menyumbang potensi yang besar. Adapun kami breakdown menjadi sebagai berikut :



Kita berusaha menyelesaikan masalah tanpa masalah.

Prof. Hakimi :

Banyak hal yang kuantitatif, saya kira bahwa banyak yang masalah yang kita anggap sebagai akar masalah itu ternyata hanya efek dari masalah yang sebenarnya. Jadi, kalau boleh terus terang, itu belum seperti yang seharusnya kita harapkan. Tapi kalau ditanya, saya perlu waktu untuk menjawab, seharusnya root cause itu seperti apa.

Dr. Soerjo :

Menarik kalau kita bicara perilaku. Kita harus mengerjakan semua, baik di dalam dan luar termasuk yang diantara dalam dan luar. Seberapa besar peningkatan terhadap perubahan itu. Artinya, kalau kita melakukan perubahan perilaku, akan memberikan dampak pada menurunnya angka kematian ibu. Betul atau tidak? Ini lah yang perlu kita kaji lagi. Jika tidak, mungkin bukan itu yang kita rubah. Tapi kalau kita melakukan perubahan dalam keadaan carut marut, tentu akan ada perubahan, tapi betul atau tidak perubahan itu mengarah ke yang paling kita inginkan?

Mengenai ketidak patuhan itu, bagaimana kita mencari solusi agar SDM ini menjadi patuh. Kita perlu perdalam lagi, perilaku yang mana yang menurut kelompok bapak/ibu tidak bagus? Ada perilaku acuh, ada perilaku tidak peduli, atau perilaku apanya? Itu yang harus diperdalam lagi. Kita harus sampaikan solusi, agar orang tergerak melakukan solusi. Step by step, strategic plannya musti benar.

Suatu langkah yang baik, secara tidak sengaja, akan menggerakkan motornya. Namun, jangan lupa, bahwa ada monev untuk menilai perubahan itu.

Prof. Hari :

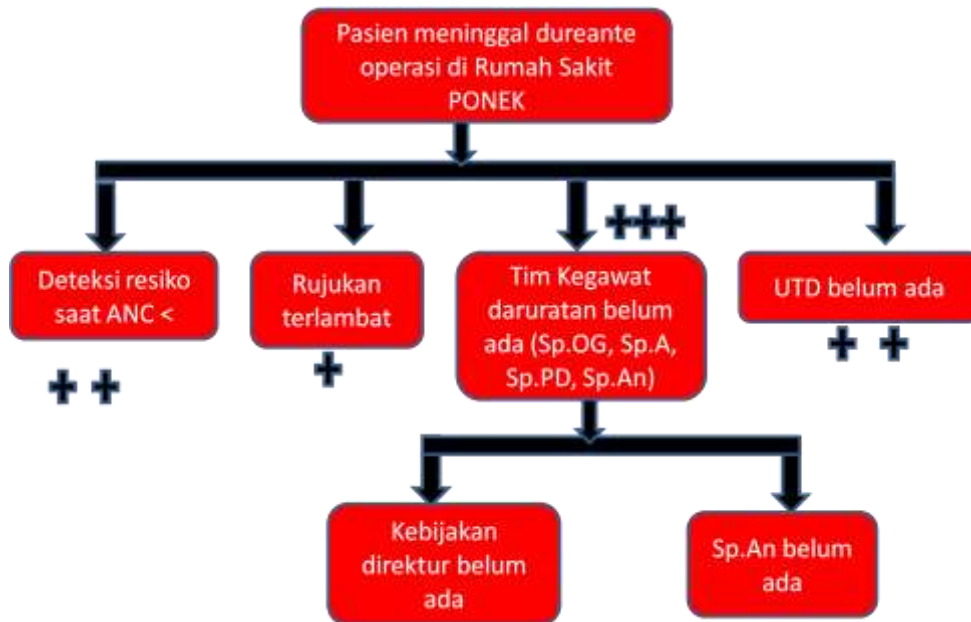
untuk RCA, saya melihat ini tadi sudah cukup baik, sudah runtut berdasarkan efek2 yang disampaikan. Jika bidan tidak patuh, bisa dicari masalahnya, kenapa? Apakah tidak ada on the job training, tidak ada pembinaan? Mungkin karena tidak ada plan of action? Kenapa tidak ada PoA? Karena tidak dianggarkan. Nah, membicarakan ini, akhirnya sudah ketemu, bahwa RCA nya memang membutuhkan PoA.

Jadi sebenarnya ini adalah latihan untuk mencari key constrain tadi. Jika sudah ketemu, kita tetap mencari masalah-masalah lain.

Sedangkan untuk komponen dalam mencari RCA ini, siapa saja yang harus terlibat? Ya sebaiknya ada policy maker (pemerintah), bidan, dokter obsgyn, dan banyak stake holder lain tergantung dari instansinya (RS atau dinas).

Kelompok II:

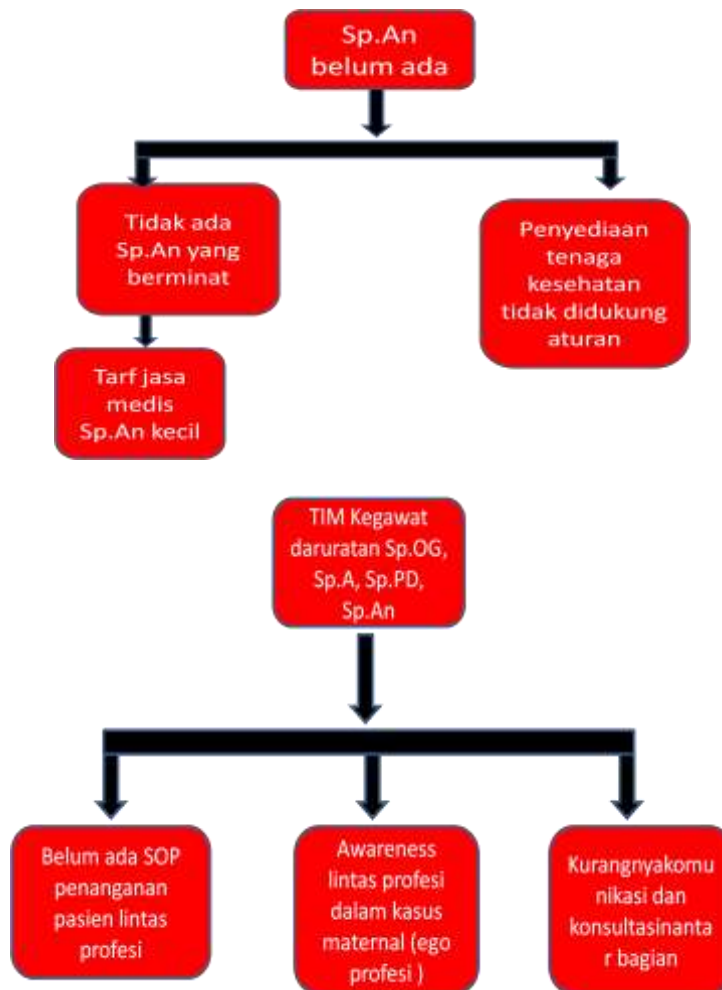
Kasusnya adalah pasien meninggal durante operasi (SC) atas indikasi fetal distress, oedema paru , dalam persalinan kala I fase aktif, pre eklampsia. Bayi selamat, apgar score 3/4. Dari kasus ini kami mencoba menganalisa apa yang menyebabkan permasalahan ini.



Di sini kita melihat belum ada kebijakan dari Direktur RS tentang bagaimana menangani pasien dalam kondisi gawat darurat (tim). Di sini kami mencoba mencari akar masalah lagi dari tidak adanya kebijakan direktur di RS, yaitu :



Dari gambar pertama diatas, selain tidak adanya kebijakan direktur, tidak ada pula Spesialis Anestesi di RS. Kenapa tidak ada, kita coba runtut lagi menjadi bagan berikut :



Faktor penyebab ini adalah ketidakpedulian dan kurang komunikasi antar bagian.

Prof. Hari :

Saya paling tidak tahu klinis sebenarnya, tapi saya melihat di RSUP Dr. Sardjito, tidak kekurangan spesialis, namun masih banyak dokter yang konsultasi ke sana ke sini. Nah, dr. Birowo dari Sp.An di Sardjito mengatakan, sebaiknya kita kumpul bareng di UGD, dan menyelesaikan masalah di gawat darurat ini.

Ini juga masalah keterlambatan saya rasa, dari kasus yang disampaikan tadi. Nah, akar nya apa? Yang banyak sekali penyebabnya yang timbul tadi. Kita lihat dari semua kelompok tadi, SOP selalu muncul.

Memang tidak mudah ya menyusun SOP ini, dan hampir selalu menjadi hambatan. Ini teknis medis, namun memang sangat penting bagi policy maker.

Prof. Hakimi :

Ini mungkin sekalian kita sampaikan bahwa, disini disebutkan bahwa belum ada SOP untuk pasien lintas profesi ya. Sehingga jika nanti akan dibentuk SOP, jangan berbasis opini, melainkan bukti nyata. Jika diruntut lagi, bisa jadi yang disampaikan barusan, masih akan panjang lagi pohon penyebab untuk menemukan root cause ini.

Dr. Soerjo :

Jika sudah sampai ke SOP lintas profesi, saya tanyakan, pernah tidak kita duduk semeja dalam pendidikan Anak, Anestesi dan Obsgyn? Kalau memang tidak pernah, mari kita

perbaiki. Artinya, kita harus naik ke satu level yang lebih tinggi. Selama ini kita dididik individual, maka dalam kasus apapun kita akan bermain tunggal. Padahal bermain tunggal ini tidak akan menyelesaikan masalah.

Selama ini saya kunjungi RS di luar, begitu ada kasus yang sulit, semua tim dipanggil dan duduk bersama menyelesaikan masalah. Berbeda dengan kita, kita justru menghindar dari masalah itu.

Apapun yang terjadi, memang panglima nya ada di RS kabupaten, kebijakan ada di dinas kabupaten, jadi mari kita tentukan dan perbaiki segera bersama-sama. Terus terang, solusinya ada di otak Bapak/ibu sekalian. Yang paling menentukan adalah orang yang ada di situasi itu. Jangan ragu untuk mengambil keputusan itu. Pelatihan ini baru mulai, dan komunikasi untuk mengarah perubahan itu ada di daerah Bapak/ibu sekalian.

Dr. Daliman :

Tarif Jasa medik yang muncul dalam root cause tadi, apakah itu suatu masalah?

Dr. Soerjo:

Tentu ini masalah. Tapi kita lihat, mungkin DPRD belum tahu ada anestesi di RS itu. Padahal tanpa anestesi, tidak akan mungkin dilaksanakan operasi. Jadi kita perlu lihat secara menyeluruh.

Prof. Hakimi :

Ini bisa digali lagi, kenapa tarif jasa medisnya kecil? Banyak penyebab yang merupakan akar masalah ini sebenarnya.

Dr. Hartanto :

Saya mengamati dari 4 kelompok ini, campur dari dinas kesehatan dan RS ada semua, sehingga alurnya menjadi terlihat. Dari RS terfokus di medisnya, sedangkan di dinas, adalah programnya. Nantinya diharapkan analisis, sifatnya bisa secara tim. Mohon bisa mengundang narasumber yang ada disini, untuk menyusun PoA nya di daerah.

SESI II :

Pembuatan PoA

dr. Siti Noor Zaenab, M.Kes

Mungkin kemarin kita ingat pak Nurdadi mengatakan bahwa tugas seorang spesialis obsgyn adalah berada di tempat, menjadi leader dan menjadi manager. Fungsi manajemen sendiri ada 4 yaitu, planning, organizing, actuating dan controlling. Kita tadi juga sudah mencari masalah, akar masalah, intervensinya dan kebijakan serta program apa yang kemungkinan akan kita kerjakan nanti.

PoA sendiri berawal dari perencanaan yang lebih besar atau merupakan bagian detail dari suatu perencanaan. Perencanaan yang akan kita kerjakan tentu adalah bagaimana menurunkan angka kematian ibu.

Kadang pula, perencanaan bisa melenceng saat dikerjakan, mungkin karena saat merencanakan masih ada beberapa hal yang belum direncanakan dengan betul. Perencanaan yang baik harus bisa menjawab 6 pertanyaan (5 W 1 H).

1. What (Apa):

Apa yang menjadi tujuan, apa yg akan dikerjakan, apa yang direncanakan

2. Why (Mengapa)

Mengapa tujuan itu yang akan dicapai, mengapa jenis kegiatan itu yang dikerjakan

4. Where (Dimana)

- Dimana lhal itu dilaksanakan
3. 4.When (Kapan)
Kapan akan dilaksanakan
 5. Who (Siapa)
Siapa penanggungjawab, siapa pelaksana
 6. How (Bagaimana)
Bagaimana melaksanakan, bagaimana mengerjakan

Dalam menyusun perencanaan, langkah-langkah pentingnya adalah :

1. LANGKAH I
Tetapkan tujuan
3. LANGKAH II
Pelajari situasi sekarang
4. LANGKAH III
Identifikasi pendukung dan penghambat
5. LANGKAH IV
Kembangkan seperangkat tindakan

Seperangkat tindakan-tindakan ini, dibuat dalam bentuk program-program dan dibagi dalam berbagai bentuk kegiatan-kegiatan. Kegiatan yang akan kita laksanakan dari perencanaan yang telah kita susun secara detail dalam PoA meliputi : apa yang dikerjakan (persiapan, pelaksanaan, monev), tujuan dan sasaran, jadwal kegiatan, tempat pelaksanaan, unit yang bertanggungjawab, jumlah dan sumber anggaran.

Contoh penyusunan PoA ada di dalam Manual Rujukan untuk KIA yang sudah dibagikan.

DISKUSI KELOMPOK PEMBUATAN POA

Presentasi PoA

- **Kelompok I**
Berdasarkan kasus pada Root Cause Analysis diatas, masalah yang ingin di atasi adalah pengadaan darah

NO	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU	TEMPAT	PJ	DANA
1.	Buat SOP	Aturan penyediaan darah	Sp.OG, Karu, Sp.An, Wadir, Direktur Bank darah PMI	Mei 2012	RSU/Aula	Direktur	RS Slawi
2.	Pengadaan darah-bank darah	Darah selalu tersedia	UTD	Mei 2012	RSU	Direktur, Ka PMI Kab	RSU
3.	Donor darah	Stok darah	Karyawan, Masyarakat sekitar, organisasi	3bln/x	RSU, Lingkungan	PMI	PMI

Dr. Rukmono:

Tidak semua masalah itu harus dicari pemecahan masalahnya. Karena dalam RCA itu, jika sudah berhasil menemukan akar masalahnya, nanti akan muncul penyelesaian untuk masalah lain. Atau kadang ditemui pula bahwa pemecahan masalah muncul di luar kendali kita. Sehingga kita butuh strategi semacam advocacy. Yang kedua adalah pemecahan masalah itu adalah untuk masalah yang penting saja. Nah, kita tahu dari mana bahwa masalah itu penting untuk dipecahkan? Jawabannya :

1. Dampak dari masalah itu
2. Dampak itu apakah bisa diterima atau tidak? Jika tidak bisa diterima, maka mau tidak mau kita harus menyelesaikan masalah itu.

Kita harus sangat pandai memikirkan hubungan sebab akibatnya ada atau tidak. Misalnya membuat SOP (sebab), nah, kita harus memikirkan betul apa akibatnya nanti. Suatu sebab itu bisa langsung bekerja, bisa bekerja lambat, bisa menjadi sangat lambat.

Disini, bisa dilihat yang kurang adalah sumber dana, karena RS Slawi tidak punya dana sebenarnya dan jika dana dari luar, berarti perlu advocacy ke pihak lain.

• **KELOMPOK IV :**

NO	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU	TEMPAT	PENANGGUNG JAWAB	PELAKSANA	SUMBER DANA
1.	PELATIHAN PPGDON	Meningkatkan skill dan pengetahuan	Bidan Dokter rs	Minggu I -III Bln Juli	Dinas Kesehatan	Ka. Dinkes	P2KP	Dinkes
2.	PENYULUHAN TOMA	Meningkatkan pengetahuan masyarakat	TOMA Kader Masyarakat	Minggu II- IV Bln Agustus	Aula Kecamatan	Camat	Dokter Puskesmas	Dinkes Sponsorship

PoA Pelatihan PPGDON :

NO	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU	TEMPAT	PENANGGUNG JAWAB	PELAKSANA	SUMBER DANA
I.	PERSIAPAN							
I.1	ADVOKASI	PERMOHONAN DINKES & DIREKTURUT K PELATIHAN	DINKES DIREKTUR	AWAL JUNI	DINKES	KADINKES	P2KP	DINKES
I.2	RAPAT PERSIAPAN	PEMBENTUKAN TIM PELAKSANA	PETUGAS RS	PERTENGAHAN JUNI	RS	DIREKTUR	TIM RS	DINKES & RS
II.	PELAKSANAAN							
II.1	PELATIHAN PPGDON	MENINGKATKAN SKILL & PENGETAHUAN DOKTER DAN BIDAN	DOKTER BIDAN	AKHIR JUNI	RS	KADINKES	P2KB	DINKES

III.	MONITORING & EVALUASI	EVALUASI PELATIHAN	BIDAN DOKTER	3 BULAN AGUSTUS – OKTOBER	RS	KADINKES DIREKTUR	DINKES DIREKTUR	DINKES
------	-----------------------	--------------------	--------------	---------------------------	----	-------------------	-----------------	--------

Dr. Daliman :

Di PoA kelompok ini kan ditujukan sasarannya adalah bidan dan dokter RS, kenapa bukan dokter spesialis ya? Terus untuk dananya, kalau memang bidan dan dokter puskesmas, dananya bisa dari dinas, tapi kalau dokter di RS, apa bisa? Koq selama ini jarang saya tau ya, karena biasanya tidak ada kerjasama antara RS dan dinas.

Dr. Rukmono:

Konteksnya adalah SLLO, kita harus bisa melihat sisi yang lainnya. Maksudnya kita sering saja terjebak dalam sistem yang kita buat sendiri. Biasanya tidak ada kerjasama antara dinas dan RS, padahal di sini kita perlu kreatif lagi agar kerjasama itu ada lagi. Menjadi ke arah future yang atraktif.

Jadi sebenarnya ini bukan suatu masalah. Banyak cara dan kita harus bisa memandang dari berbagai sisi. Ini yang membuat kita sebagai pembaharu. Ini adalah soal dialog, kita akan dengarkan dari tim dinas, dan jangan didebat sekedar untuk memberikan pemahaman baru.

• **KELOMPOK III**

No	Kegiatan WHAT	Tujuan WHY	Sasaran WHY	Lokasi WHERE	Unit/ Siapa WHO	Dana HOW	Kapan WHEN
P1	Menyusun format MONEV						
1	Menyusun Tools R & P	Sbg Acuan	Tim Kab - LP - LS - OP - RS Bidan - OP	Kab	Dinkes Sie KIA & regulasi	APBD Kab	
2	Sosialisasi Tools R & P (uji coba) & advokasi	Jaring aspirasi	Bupati	Kab	Dinkes		
3	Penetapan legal formal	Payung hukum	Bupati (Reg Hukum)	Kab	Dinkes		
P2							

1	Sosialisasi	Penyebaran informasi ttg R & P	Bidan IBI	Kab/cabang	Dinkes	APBD kab
P3						
1	Self assesment	Menilai diri sendiri	Bidan	Fasyanke sdas	bidan	APBD kab
2	Pertemuan pembinaan	Refreshing	Bidan	Kab	dinkes	APBD kab
3	Supervisi	monitoring	Bidan	Fasyanke sdas		
	1. Menilai 2. Menetapkan 3. memberi		Bidan	Fasyanke sdas	Dinkes	APBD kab

Dr. Siti Zaenab:

Beberapa kelompok ini saya melihat, ada karakteristik dalam membuat PoA, yaitu ada orang yang senang dengan hal yang global2, ada pula yang sangat detail. Jika digabung dalam satu tim, sebenarnya akan sangat membantu.

• KELOMPOK IV:

NO	APA	Mengapa	Dimana	Kapan	Siapa	Bagaimana
1.	Penanganan Kasus Maternal dengan penyakit tidak langsung oleh Satgas Kegawatdaruratan Maternal	Terjadi kematian maternal akibat penyakit tidak langsung	RS (IGD)	Saat ada kasus kegawat daruratan maternal	Tim Satgas (Sp.OG, SpA, SpPD, Sp.An, PMI, Penanggung Jawab IGD)	- P1, P2 dan P3

NO	Kegiatan	Tujuan	Tempat	Waktu	Dana	Penanggung Jwb
P.1.	Rapat konsolidasi antara direktur, para spesialis	Adanya Kesepakatan bersama	Ruang Rapat Direktur	Minggu 2 bulan Mei 2012	Operasional RS	- Direktur
	Pembuatan satgas SK	Adanya tupoksi masing-masing anggota tim yang ditetapkan secara resmi	RS	Minggu 3 bulan Mei 2012		-Wadir Yanmed

	Pembuatan SOP penanganan maternal lintas profesi	Adanya standar dlm penanganan lintas profesi	RS	Minggu 3 bulan Mei 2012	Operasional RS	Tim Satgas
P.1.	Membangun jaringan komunikasi konsultasi lintas profesi	Memperlancar komunikasi cepat saat penanganan kasus	Antar bagian IGD dan unit di RS	Minggu 4 bulan Mei 2012	Operasional RS	- Kepala Instalasi Sarana Prasarana - Penanggung jawab IGD
P.2.	Adanya komunikasi yang lancar antar profesi	Anggota tim dapat menangani pasien secara cepat	IGD dan antar bagian di RS	Saat ada kasus maternal		- Penanggung jawab IGD
	Kasus rujukan maternal dng komplikasi penyakit tdk langsung ditangani tim satgas	Ibu dapat selamat	IGD, kamar operasi dan ruang perawatan	Sesuai adanya kasus		Tim Satgas
	Dipatuhinya SOP	Penatalaksanaan pasien sesuai standar	IGD, kamar operasi dan ruang perawatan	Sesuai adanya kasus		Tim Satgas
P.3.	Evaluasi penanganan kasus maternal/kepatuhan	Menilai kepatuhan dan komitmen anggota tim satgas	RS	Setiap 6 bulan	Operasional RS	- Wadir Yanmed dan SPI
	Evaluasi kesesuaian SOP utk penyempurnaan	Penyempurnaan SOP	RS	Setiap tahun	Operasional RS	Tim
	Evaluasi jumlah penanganan kasus maternal dng penyakit tdk langsung yg selamat	Menilai keberhasilan penanganann kasus maternal dalam nemurunkan jml kematian ibu	RS	Setiap tahun	Operasional RS	Direktur RS

Dalam tahap persiapan kita akan melakukan tahap stimulasi.

Dr. Siti Zaenab:

Monev juga perlu diperhatikan dan monitoring juga perlu dipersiapkan. Dibuat alat ukur, indikator input, indikator output. Tentu outputnya adalah menurunnya kematian ibu di daerah masing-masing.

Kemudian juga nanti, kami sudah beberapa kali mengadakan pertemuan dan berkali-kali melakukan pembahasan dan menemukan daerah di Jawa adalah masalah sistem rujukan yang belum bagus. Manual rujukan ini sudah dibagikan kepada Bapak/Ibu dan kita desain untuk dilaksanakan di kabupaten/kota yang melibatkan dinas kesehatan, puskesmas, rumah sakit, dokter dan bidan serta semua yang berkepentingan dalam KIA ini. Dalam manual ini,

masih kosong adalah sumber pembiayaan, jadi kami membantu kabupaten/kota dalam membentuk manual ini, sehingga mohon dapat diisi mengenai anggaran ini, karena tiap kabupaten dan kota berbeda-beda.

Nah, oleh karena itu, kembali kepada PoA tadi, kita perlukan pelatihan-pelatihan lebih lanjut mengenai kegiatan ini untuk menekan angka kematian ibu. Kami, di PMPK FK UGM, dan RS Sardjito sangat terbuka jika ada pertanyaan dan keraguan yang masih ada pada Bapak/ibu.

Dr Hartanto :

Hari pertama saya kaget ketika Dr. Dian menanyakan MKDI, tapi sekarang bisa menjadi leader. Dan buktinya sekarang bisa membuat PoA yang alur pikirnya bisa mengarah ke sana. Ini nanti bisa dibenahi saat kembali daerah.

Terima kasih dan kesan saya luar biasa pada pelatihan ini, karena peserta buktinya masih semangat hingga sore ini. Ini juga diperlukan untuk menjadi leader nantinya.

Dr. Rukmono :

Kita sudah sampai pada penghujung kegiatan. Semua materi telah diupload ke website kami di www.kebijakankesehatanindonesia.net dan kami berharap pelatihan ini berguna bagi kita semua tidak hanya kita yang ada di sini, tapi juga orang lain yang di luar sana.

Kita tutup pelatihan ini dengan doa. Terima kasih atas kehadiran Bapak/Ibu sekalian.

Pelatihan berakhir pada pukul 16.00 WIB