

Bagaimana Melakukan Root Cause Analysis (RCA)

Root Cause Analysis atau biasanya disingkat RCA merupakan alat yang dipakai untuk membantu sebuah tim guna menemukan jawaban secara sistematis mengapa sebuah masalah yang dianggap khusus dan penting bisa timbul dalam sebuah proses. Dengan menggunakan metode RCA ini kita bisa mencari akar permasalahan dari sebuah proses atau sebuah kejadian dan selanjutnya diperoleh rekomendasi sebagai bentuk intervensi yang harus dilakukan agar permasalahan atau kejadian tersebut tidak terulang.

Biasanya intervensi yang direkomendasikan dalam RCA akan memiliki dampak yang cukup luas, yakni berupa terselesaikannya masalah-masalah yang lain. Karena kelebihan-kelebihan ini, maka RCA ini banyak berbagai perusahaan swasta maupun BUMN atau Badan Layanan Umum.. Di bidang kesehatan RCA ini wajib digunakan oleh rumah sakit untuk melakukan analisis terhadap kejadian-kejadian yang tidak diinginkan sebagai salah satu upaya untuk menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Namun demikian metode ini dapat digunakan oleh hampir semua institusi atau lembaga untuk mencari akar masalah atas sebuah kegagalan atau munculnya kondisi yang tidak diharapkan. Dalam konteks penyelenggaraan pemerintah di daerah, RCA dapat dipergunakan sebagai metode untuk melakukan analisis terhadap permasalahan di daerah sehingga akan diperoleh aktivitas-aktivitas di dalam sub kegiatan yang mempunyai daya ungkit yang besar untuk menjamin ketercapaian indikator kinerja kegiatan dan program

Berikut ini adalah langkah-langkat yang dijalankan dalam melakukan RCA dengan contoh kejadian pasien jatuh di rumah sakit “X”.

Langkah 1- Mendefinisikan Masalah

- Masalah apa yang sedang terjadi pada saat ini?
- Jelaskan simptom yang spesifik, yang menandakan adanya masalah tersebut!

“ Pada tanggal 1 Januari 2017 seorang pasien laki-laki berusia 60 th jatuh dari tempat tidur saat di ruang pemulihan setelah dilakukan Tindakan Operasi.”

Langkah 2 – Membentuk Tim

- Tim dibentuk untuk melakukan proses RCA
- Tim yang dibentuk hendaknya mewakili semua unit yang terkait dan dengan berbagai disiplin ilmu/pengetahuan yang bervariasi. Root Cause Analysis akan efektif, bila didukung tim dari setiap unit yang terlibat (mulai dari staf ahli hingga staf garda depan)
- Pilih orang-orang yang memang familiar dengan masalah tersebutlah yang dapat berkontribusi dan membantu tim memahami masalah tersebut.
- Jumlah tim seyogyanya tidak terlalu banyak (6 – 8 orang)
- Tentukan ketua dan anggota serta notulen dalam tim tersebut.

Contoh :

TIM RCA RS SEHAT MEDIKA	KETUA	(Ketua Komite PMKP)
	ANGOTA	1. (Kepala Unit PMKP)
		2. (Ketua Komite Medik)
		3. (Dokter Spesialis anastesi)
		4. (Kepala Instalasi Bedah Sentral)
		5. (Ketua Komite Keperawatan)
		6. (Perawat Ruang Pemulihan)
		7. Kepala Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit

Langkah 3- Mengumpulkan Data dan Informasi

- Apakah ada bukti yang menyatakan bahwa masalah memang benar ada?
- Sudah berapa lama masalah tersebut ada?
- Impact apa yang dirasakan dengan adanya masalah tersebut?

Langkah ke 3 ini memerlukan beberapa tahap yang harus dilakukan :

a. Menentukan Metode Pengumpulan Data

OBSERVASI LANGSUNG

No.	METODE	UARAIAN	KETERANGAN
1	DOKUMENTASI	1. REKAM MEDIS	ADA
		2. SPO	DILAKUKAN
		3. LAPORAN KRONOLOGIS	ADA
		4. OBSERVASI PASIEN	TDK DILAKUKAN
2	INTERVIEW	1 PERAWAT PENANGGUNG JAWAB PASIEN	DILAKUKAN
		2. PENANGGUNG JAWAB RUANG OEMULIHAN	DILAKUKAN
		3. KEPALA IBS	DILAKUKAN
		4. DR. ANASTESI	DILAKUKAN

b. Melakukan Investigasi

Investigasi ini sangat perlu dilakukan untuk mengetahui kejadian yang sebenarnya. Investigasi ini meliputi runtutan/histori kejadian, situasi di lapangan saat terjadi, bagaimana kondisi pasien sebelum terjadi, apa yang dilakukan petugas, kondisi alat pengaman dan tempat tidur pasien,

serta dampak yang terjadi pada pasien. Sehingga hasil investigasi ini akan memberikan informasi terhadap tim untuk melihat sebuah situasi dari berbagai perspektif, yaitu :

Customer (pelanggan), Actor (karyawan yang terlibat), Transformation Process (proses yang mengalami masalah), World View (gambaran besar, dan area mana yang mengalami impact paling besar), Owner (process owner), dan Environmental Constraint (hambatan dan keterbatasan yang akan mempengaruhi keberhasilan solusi yang akan dijalankan).

Catatan :

- Jabarkan urutan kejadian yang mengarah kepada masalah!
- Pada kondisi seperti apa masalah tersebut terjadi?
- Adakah masalah-masalah lain yang muncul seiring/mengikuti kemunculan masalah utama?

Contoh hasil investigasi :

WAKTU / KEJADIAN	WAKTU						
	1 Januari 2017						2 Januari 2017
	19.15	19.15 - 19.20	19.20	19.22	19.23 - 21.00	21.00	14.00
KEJADIAN	Pasien datang dari kamar operasi dengan kesadaran Delirium (masih ada efek sedasi). Dengan diagnosa : Fraktur Clavicula Sinistra Tindakan : Operasi	Perawat memasang bedside rail dan melakukan observasi tanda-tanda vital kemudian memasang O2.	Perawat selanjutnya menulis dokumen hasil observasi dengan membelakangi pasien. Pada saat ini pasien jatuh dari tempat tidur/brankar. Dengan kondisi pengaman/bedside rail mengalami PATAH di sisi kanan. pasien jatuh dalam kondisi : mering dan selanjutnya telungkup	Perawat meminta bantuan kepetugas lain untuk mengangkat pasien. Tanda vital pasien setelah jatuh adalah masih dalam batas normal	Perawat melakukan konsul ke dokter anastesi secara langsung. Instruksi dr dokter anastesi adalah : untuk diobservasi ketat, setiap 15 menit. Rincian hasil observasi setiap 15 menitnya harus di tulis	Hasil observasi pasien mengalami cedera pada bekas operasi. Pasien keluar dari RR djemput oleh perawat ruangan rawat inap. Dengan menyampaikan informasi mengenai kondisi pasien. Untuk disiapkan operasi ulang.	Pasien dilakukan operasi ulang
INFORMASI TAMBAHAN	Pasien pasien dari Ruang Manalagi I, untuk dioperasi ORIF Fraktur Clavicula Sinistra	Bedside rail sudah dipasang tapi dengan kondisi rusak. Restrain tidak dipasang.	Perawat hanya 1 orang di ruang RR. Kapasitas RR 5 TT, saat itu hanya ada 1 pasien. Perawat menulis dokumen obsrvasi tdk di kaki pasien	Pasien diangkat oleh 3 Orang	Observasi dilakukan 2 x 15 menit oleh petugas yang sama	Hasil observasi dtulis di RM	
GOOD PRACTICE	SPO Pelayanan RR; SPO Penanganan Pasien Jatuh		SPO pemeliharaan dan perbaikan sarpras RS Panduan pelayanan RR		SPO observasi ketat	SPO transfer pasien	
MASALAH PELAYANAN		BRANKAR RUSAK	TIDAK ADA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES SECARA RUTIN		BELUM SEMUA TINDAKAN PETUGAS SESUAI DENGAN SPO		

c. Melakukan Grading

Teknik ini dilakukan untuk mengetahui dampak dari masalah atau sebuah kejadian apakah memiliki implikasi terhadap keselamatan pasien, penambahan waktu perawatan, resiko perusahaan (rumah sakit) terhadap tuntutan pasien atau nama baik perusahaan.

Dalam kolom Potential Consequences termasuk dalam kategori mayor dikarenakan akibat dari kejadian tersebut, pasien mengalami cidera sehingga menambah tindakan dan hari perawatan, tidak sampai berakibat pada kematian pasien.

FREQUENCY/ LIKELIHOOD	POTENTIAL CONSEQUENCES				
	TDK SIGNIFIKAN SKOR : 1	MINOR SKOR : 2	MODERAT SKOR : 3	MAYOR SKOR : 4	KATASTROFIK : SKOR 5
SANGAT SERING TERJADI (TIAP MINGGU/BL) SKOR : 5	MODERATE	MODERATE	HIGH	EXTREME	EXTREME
SERING TERJADI (BEBERAPA KALI/TAHUN) SKOR : 4	MODERATE	MODERATE	HIGH	EXTREME	EXTREME
MUNGKIN TERJADI (1 - 2 TAHUN SEKALI) SKOR : 3	LOW	MODERATE	HIGH	EXTREME	EXTREME
JARANG TERJADI (2- 5 TAHUN SEKALI) SKOR : 2	LOW	LOW	MODERATE	HIGH	EXTREME
SANGAT JARANG TERJADI (> 5 TAHUN SEKALI) SKOR : 1	LOW	LOW	MODERATE	HIGH	EXTREME

DAPAT DIATASI DENGAN PERBAIKAN PROSEDUR	MANAJER TK. HARUS MENILAI KONSEKUENSI PERIHAI BIAYA UNTUK MENGENDALIKAN RESIKO TERSEBUT	REVIEW TERNCI DAN TINDAKAN SEGERA HARUS DIAMBIL OLEH MANAJER SENIOR	REVIEW TERNCI DAN TINDAKAN SEGERA PERLU DILAKUKAN PADA TINGKAT DIREKSI
--	---	---	--

Langkah 4 – Identifikasi CMP (Case Manajemen Problem)

Dilakukan untuk mengidentifikasi metode mencari akar masalah dari masalah yang ditemukan dari hasil investigasi. Kita bias menggunakan beberapa tool berikut untuk membantu menemukan faktor-faktor kausal dari masalah dan kita bias menggunakan :

- Analisa “[5-Whys](#)” – Tanyakan “mengapa?” berulang kali hingga anda menemukan jawaban paling dasar.
- Diagram sebab-akibat – [Cause and Effect Diagram \(Fishbone Diagram\)](#), berupa bagan yang menerangkan semua faktor penyebab yang mungkin untuk melihat dimana masalah pertama kali muncul.

IDENTIFIKASI CMP

No.	MASALAH	INSTRUMEN
1	BRANKAR RUSAK	5 WHY
2	TIDAK ADA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES SECARA RUTIN	FISH BONE
3	BELUM SEMUA TINDAKAN PETUGAS SESUAI DEN	5 WHY

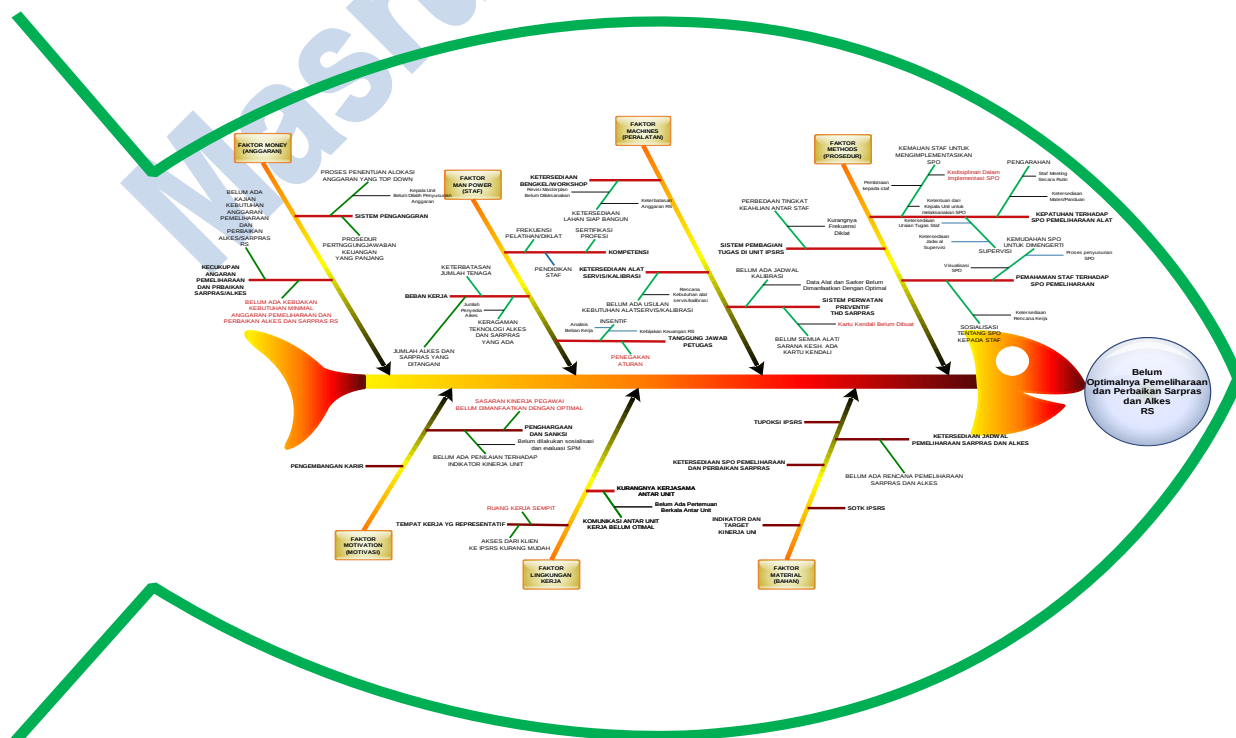
Langkah 5 – Identifikasi Akar Masalah

(1) Metode “5 why”

NO.	MASALAH	5 WHY	URAIAN
1	BRANKAR RUSAK	MENGAPA 1	TIDAK ADA PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN RUTIN
		MENGAPA 2	TIDAK ADA PERENCANAAN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN ALAT
		MENGAPA 3	KETIDAKJELASAN SIAPA PENANGGUNG JAWAB PERENCANAAN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN ALAT
		MENGAPA 4	TIDAK ADA SISTEM PELAPORAN ALAT KESEHATAN RUSAK DARI SETIAP UNIT
		MENGAPA 5	BELUM ADANYA KESAMAAN PEMAHAMAN STAKE HOLDER TENTANG MANAJEMEN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN SARPRAS DAN ALKES RUMAH SAKIT

1	BELUM SEMUA TINDAKAN PETUGAS SESUAI DENGAN SPO	MENGAPA 1	PETUGAS BELUM MEMAHAMI ISI SPO
		MENGAPA 2	SOSIALISASI SPO BELUM DILAKSANAKAN
		MENGAPA 3	TIDAK ADA PENJADWALAN SOSIALISASI SPO
		MENGAPA 4	BELUM ADA KEBIJAKAN TENTANG IMPLEMETASI SPO PADA SETIAP PELAYANAN DI RUMAH SAKIT
		MENGAPA 5	KOMITMEN SEMUA PIHAK UNTUK MELAKSANAKAN SPO BELUM KUAT

(2) Metode “Fish Bone”



Mencari akar masalah dari jenis masalah hasil analisis fish bone.

Tahapan ini dilakukan untuk mengetahui apakah yang menjadi masalah merupakan akar masalah yang sesungguhnya atau hanya factor kontributor saja.

Contoh :

SKRINING AKAR MASALAH FISHBONE

TIDAK ADA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES SECARA RUTIN

No.	FAKTOR	JENIS MASALAH	Apakah <i>sentinel event</i> akan terjadi bila faktor tersebut tidak ada?	3) Apakah koreksi atau eliminasi faktor akan dapat menimbulkan <i>sentinel event</i> ?	2) Apakah <i>sentinel event</i> yang sama akan muncul bila faktor tersebut hilang?	KETERANGAN
1	METHODE	KURANGNYA KEDISIPLINAN PETUGAS DALAM IMPLEMENTASI SPO	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH
2	METHODE	Pembinaan dari Kepala Unit untuk melaksanakan SPO	YA	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
3	METHODE	Staf Meeting Secara Rutin	YA	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
4	METHODE	Ketersediaan Pedoman Kerja Pemeliharaan dan Perbaikan Sarpras dan Alkes	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
5	METHODE	Penjelasan Uraian Tugas Staf Belum Dilakukan	TDK	YA	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
6	METHODE	Pelaksanaan Supervisi Belum Dijadwalkan	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
7	METHODE	Visualisasi SPO Tdk Mudah Dipahami	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
8	METHODE	SPO Belum Dipasang Di Ruang kerja	YA	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
9	METHODE	Rencana Kerja IPSRS Belum Tersedia	YA	YA	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
10	MACHNE	KARTU KENDALI BELUM DIBUAT	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH
11	MACHNE	Data Alat dan Sarker Belum Dimanfaatkan Dengan Optimal	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI
12	MACHNE	Revisi Masterplan Belum Dilaksanakan	YA	TDK	YA	FAKTOR KONTRIBUSI

Selanjutnya rekap akar masalah yang ditemukan, jadikan table akar masalah metode fish bone, misalnya sebagai berikut :

No.	FAKTOR PENYEBAB	AKAR MASALAH
1.	METHODE (PROSEDUR)	KURANGNYA KEDISIPLINAN PETUGAS DALAM IMPLEMENTASI SPO
2.	MACHINE (ALAT)	KARTU KENDALI BELUM DIBUAT
3.	MAN POWER (PETUGAS)	ANALISIS BEBAN KERJA BELUM DISUSUN
4.	MONEY (ANGGARAN)	BELUM ADA KEBIJAKAN KEBUTUHAN MINIMAL ANGGARAN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN ALKES DAN SARPRAS RS
5.	MATERIAL (BAHAN)	BELUM ADA RENCANA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES
6.	MOTIVATION (MOTIVASI)	SASARAN KINERJA PEGAWAI BELUM DIMANFAATKAN DENGAN OPTIMAL
7.	MEDIA (LINGKUNGAN KERJA)	RUANG KERJA SEMPIT

Langkah 5 – Mengajukan Rekomendasi Intervensi dan Implementasikan Solusi

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam tahap ini antara lain adalah :

- Apa yang bisa dilakukan untuk mencegah masalah muncul kembali?
- Bagaimana solusi yang telah dirumuskan dapat dijalankan?
- Siapa yang akan bertanggungjawab dalam implementasi solusi?
- Adakah resiko yang harus ditanggung ketika solusi diimplementasikan?

TABEL REKOMENDASI UNTUK TINDAK LANJUT TERHADAP KEJADIAN TIDAK DIKEHENDAKI "PASIE JATUH"
BERDASARKAN HASIL ROOT CAUSE ANALYSIS
RUMAH SAKIT SEHAT FARMA

No.	AKAR MASALAH		TINDAKAN/ INTERVENSI	TK. REKOMENDASI (INDV, TIM, MANAJ, DIREKT)	PENANGGU NGJAWAB	WAKTU	SUMBER DAYA YG DIBUTUHKAN	BUKTI PENYELESAIAN	TTD	KETERANGAN
1.	BELUM ADANYA KESAMAAN PEMAHAMAN STAKE HOLDER TENTANG MANAJEMEN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN SARPRAS DAN ALKES RUMAH SAKIT		MENINGKATKAN KOMUNIKASI DAN PEMAHAMAN TENTANG MANAJEMEN PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES RS BAGI STAKE HOLDER	DIREKTUR	WADIR UMUM DAN KEUANGAN	MINGGU 2 DESEMBER 2016	SDM : PERSERTA SELURUH MANAJEMEN RS NARA SUMBER MATERI DANA	UNDANGAN, DAFTAR HADIR, NOTULEN, RENCANA TINDAK LANJUT		
2.	METHODE (PROSEDUR)	KURANGNYA KEDISIPLINAN PETUGAS DALAM IMPLEMENTASI SPO	SUPERVISI DAN PEMBINAAN LANGSUNG	INSTALASI	KEPALA INSTALASI IPSRS	MULAI MINGGU 3 DESEMBER 2016	CHECKLIST SUPERVISI, SPO	LAPORAN DAN JADWAL SUPERVISI DAN PEMBINAAN KEPALA IPSRS		
3.	MACHINE (ALAT)	KARTU KENDALI BELUM DIBUAT	MENYUSUN KARTU KENDALI SARPRAS DAN ALKES	INSTALASI	KEPALA INSTALASI IPSRS	MINGGU KE 2 DESEMBER 2016	ANGGARAN, ATK	KARTU KENDALI TERPASANG DI ALAT		
4.	MAN POWER (PETUGAS)	ANALISIS BEBAN KERJA BELUM DISUSUN	MENYUSUN ANALISIS BEBAN KERJA PEGAWAI RS	DIREKTUR	KEPALA BAGIAN UMUM DAN KEPEGAWAIAN	MINGGU 1 JANUARI 2017	PERATURAN KEPEGAWAIAN RS, DATA KEPEGAWAIAN	DOKUMEN ANALISIS BEBAN KERJA		
5.	MONEY (ANGGARAN)	BELUM ADA KEBIJAKAN KEBUTUHAN MINIMAL ANGGARAN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN ALKES DAN SARPRAS RS	MELAKUKAN KAJIAN KEBUTUHAN ANGGARAN UNTUK MAINTENANCE SASPRAS DAN ALKES RS	DIREKTUR	WADIR UMUM DAN KEUANGAN	MINGGU KE 3 DESEMBER 2016	PEATURAN PERUNDANG-UNDANGAN, SDM	DOKUMEN STANDAR KEBUTUHAN BIAYA MAINTENANCE SARPRAS DAN ALKES TAHUNAN		
6.	MATERIAL (BAHAN)	BELUM ADA RENCANA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES	MENYUSUN RENCANA PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES	WADIR PELAYANAN	KABID PELAYANAN MEDIK	MINGGU 4 DESEMBER 2017	ATK, PERTURAN PENDANG-UNDANGAN	ADANYA JADWAL RENCANA KALIBRASI DAN PEMELIHARAAN SARPRAS DAN ALKES		
7.	MOTIVATION (MOTIVASI)	SASARAN KINERJA PEGAWAI BELUM DIMANFAATKAN DENGAN OPTIMAL	MENINGKATKAN PEMANFAATAN SKP UNTUK PENGEMBANGAN PEGAWAI	MANAJEMEN (KEPALA BIDANG/BAGIAN)	KEPALA SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN	MULAI MINGGU KE 4 JANUARI 2017	LEMBAR REKAP SKP, KOMPUTER, SDM	UMPAH BALIK HASIL PENILAIAN SKP		
8.	MEDIA (LINGKUNGAN KERJA)	RUANG KERJA SEMPIT	MENYEDIJAKAN RUANG BENGKEL YANG REPRESENTATIF	MANAJEMEN (WADIR PELAYANAN)	KEPALA BIDANG PENUNJANG MEDIS	MINGGU 4 OKTOBER 2017	ANGGARAN	TERSEDIAANYA BENGKEL YANG REPRESENTATIF		
9.	KOMITMEN SEMUA PIHAK UNTUK MELAKSANAKAN SPO BELUM KUAT		PENINGKATAN KOMITMEN BAGI SEMUA UNIT KERJA DI RUMAH SAKIT	DIREKTUR	SERUH KPALA BIDANG	MINGGU KE 3 DESEMBER 2016	-	ADANYA PAKTA INTEGRITAS IMPLEMENTASI SPO SELURUH STAKE HOLDER		

Selanjutnya hasil implementasi solusi harus kita monitoring dan evaluasi, apakah dapat dilaksanakan dengan baik atau tidak, bila tidak, maka perlu dicari di mana hambatan terjadi. Bila sudah dilaksanakan dengan baik, apakah berdampak pada penurunan atau tidak terulangnya kejadian yang dianalisis. Demikian dilakukan terus-menerus sampai kejadian tersebut tidak terulang lagi.....