

**PANDUAN ANALISIS AKAR MASALAH /
ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016**

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR : 0495/RSSK/SK/III/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN ANALISIS AKAR MASALAH / ROOT CAUSE
ANALYSIS (RCA) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang** : a. bahwa setiap rumah sakit wajib mempertahankan dan meningkatkan mutu rumah sakit ;
- b. bahwa rumah sakit menyelenggarakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. bahwa dalam rangka melaksanakan program keselamatan pasien di rumah sakit diperlukan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit;
- d. bahwa salah satu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah mengembangkan pelaksanaan analisis akar masalah / RCA guna mencegah cedera pada pasien ;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a,b, c dan d, perlu diterbitkan Surat Keputusan Direktur tentang Pemberlakuan Panduan Analisis Akar Masalah / *Root Cause Alaysis* (RCA) di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

4. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 117/YAI/IV/I/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
5. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
6. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
7. Keputusan Direktur Nomor 0196/RSSK/SK/I/2016 tentang Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- MENETAPKAN** : PEMBERLAKUAN PANDUAN ANALISIS AKAR MASALAH / ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA) DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU** : Panduan Analisis Akar Masalah / *Root Cause Analysis* (RCA) Rumah Sakit Siti Khodijah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini;
- KEDUA** : RCA dilakukan dari pelaporan insiden dengan matrix grading kuning atau merah;
- KETIGA** : Pelaksanaan RCA dilakukan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah bersama unit terkait;
- KEEMPAT** : Pelaksanaan hingga proses penyelesaian RCA dilakukan dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari;
- KELIMA** : Pelaporan hasil kegiatan RCA beserta usulan, tindaklanjut, serta rekomendasi dilaporkan ke Direktur untuk pelaksanaan tindaklanjut dari akar masalah yang ditemukan;

KEENAM : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 08 Maret 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Yayasan Al – Irsyad Al Islamiyyah
2. Komite Medik Rumah Sakit Siti Khodijah
3. Seluruh Instalasi / Urusan / Unit Kerja / Ruangan terkait
4. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
tentang Pemberlakuan Panduan Analisis Akar Masalah / *Root Cause Analysis* (RCA) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 0495/RSSK/SK/III/2016
Tanggal : 08 Maret 2016

**PANDUAN ANALISIS AKAR MASALAH / ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar belakang

Berdasarkan Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Depkes RI, edisi 2 tahun 2008, rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera dan kejadian sentinel. Berdasarkan Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) edisi 2 tahun 2008, bahwa berdasarkan alur pelaporan insiden keselamatan pasien pada grading merah dan kuning dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA) untuk dilakukan pembelajaran dari hasil rekomendasi yang diusulkan.

Memiliki budaya keselamatan pasien akan mendorong terciptanya lingkungan yang mempertimbangkan semua komponen sebagai faktor yang ikut berkontribusi terhadap insiden yang terjadi. Hal ini bertujuan menghindari kecenderungan untuk menyalahkan individu, dan lebih melihat kepada sistem dimana individu tersebut bekerja (pendekatan sistem).

Semua jenis insiden keselamatan pasien mengandung 4 (empat) komponen dasar yaitu faktor penyebab, faktor waktu, dampak dan faktor mitigasi. Salah satu teknik analisis yang biasa digunakan dalam menganalisa kegagalan suatu sistem adalah analisis akar penyebab (*Root Cause Analysis*). RCA adalah sebuah metode yang terstruktur yang digunakan untuk menemukan akar penyebab dari masalah kerusakan poros. Saat ini Pendekatan Analisis Akar Masalah banyak digunakan di lingkungan pelayanan kesehatan/ rumah sakit untuk menyelesaikan masalah akibat Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan *Sentinel Event* untuk Program Keselamatan Pasien.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dan menurunkan angka insiden di rumah sakit.

Panduan Analisis Akar Masalah / Root Cause Analysis (RCA)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

2. Tujuan Khusus :

- a. Untuk mengidentifikasi faktor penyebab yang paling mendasar dan faktor kontribusi terjadinya insiden.
- b. Sebagai alat bantu untuk menyusun rencana kegiatan mencegah risiko dari insiden (sentinel, KTD dan KNC) yang sudah terjadi.
- c. Sebagai perangkat manajemen risiko.

BAB II

DEFINISI

Definisi *Root Cause Analysis* adalah sebagai berikut:

1. Faktor yang jika dikoreksi atau dihilangkan akan mencegah terulangnya kejadian serupa.
2. Akar atau isu ***fundamental***, adalah titik awal yang apabila suatu tindakan diambil pada titik tersebut maka tindakan itu akan mengurangi peluang terjadinya insiden.
3. Metode evaluasi terstruktur untuk identifikasi akar masalah dari KTD, dengan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama berulang kembali.
4. Metode proses analisis yang dapat digunakan secara ***retrospektif*** untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD).
5. Proses terstruktur yang menggunakan metode ***analitik*** yang telah diakui.
6. Memungkinkan kita untuk bertanya “bagaimana” dan “mengapa” dengan cara yang obyektif untuk mengungkap faktor ***kausal*** yang menyebabkan insiden keselamatan pasien.
7. Belajar bagaimana mencegah insiden serupa terjadi lagi, bukan menerapkan sikap menyalahkan.

BAB III

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup yang dilakukan RCA meliputi:

A. Pelaporan Insiden

Pelaporan insiden meliputi :

1. Kejadian Sentinel.

Kejadian Sentinel adalah kejadian tak terduga (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius/ kehilangan fungsi utama fisik secara permanen yang tidak terkait dengan proses alami penyakit pasien atau kondisi yang mendasarinya.

Kejadian sentinel harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimal 2x24 jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi Formulir Laporan Insiden.

Kejadian *sentinel* yang harus dilaporkan antara lain:

- a. Kematian yang tidak terantisipasi, yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
- b. Kehilangan permanen dari fungsi fisiologis pasien yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
- c. Salah lokasi, prosedur dan salah pasien saat pembedahan.
- d. Penculikan bayi, salah identifikasi bayi.

2. Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse event*)

Kejadian Tidak Diharapkan atau *Adverse Event* adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Pelaporan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/KKPRS dilakukan dalam waktu maksimal 2x24 jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden.

Kejadian Tidak Diharapkan antara lain :

- a. Reaksi *transfuse*.
- b. Efek samping obat yang serius.
- c. Signifikan *medical error*.
- d. Perbedaan signifikan diagnosa pre dan post operasi.
- e. *Adverse event* atau kecenderungan saat dilakukan sedasi dalam/ anasthesi.
- f. Kejadian khusus yaitu *outbreak* infeksi.
- g. Kesalahan obat.

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss*

Kejadian Nyaris Cedera/ KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian ini harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden.

Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss* antara lain:

- a. Pengobatan
- b. Identifikasi
- c. Tindakan invasif
- d. Diet
- e. Transfusi
- f. Radiologi
- g. Laboratorium.

B. Analisis Matriks Grading Resiko

Analisis matriks grading risiko yaitu kegiatan untuk menilai skor risiko berdasarkan tabel frekuensi insiden (gambar 1) dan tabel dampak insiden (gambar 2) serta menentukan derajat risiko yang terjadi berdasarkan 4 (empat) warna yang sudah ditetapkan (gambar 3).

1. Menetapkan skor risiko

Cara menetapkan skor risiko:

- a. Tetapkan nilai frekuensi insiden berdasarkan tabel frekuensi (gambar 1).

PROBABILITAS/ FREKUENSI/ LIKELIHOOD

Level	Frekuensi	Kejadian aktual
1	Sangat Jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat Sering	Terjadi dalam minggu / bulan

Gambar 1. Tabel Probabilitas

b. Tetapkan nilai dampak insiden berdasarkan tabel dampak (gambar 2).

DAMPAK KLINIS/ CONSEQUENCES/ SEVERITY		
Level	Deskripsi	Contoh Deskripsi
1	Insignificant	Tidak ada cedera
2	Minor	Cedera ringan <ul style="list-style-type: none">Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	Cedera ringan Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual secara reversibel dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya <ul style="list-style-type: none">Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	Cedera luas/ berat <ul style="list-style-type: none">Kehilangan fungsi utama permanen (motorik, sensorik, psikologis, intelektual) / irreversible, tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya
5	Cathastropic	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit yang mendasarinya

Gambar 2. Tabel Dampak Klinis

- c. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- d. Tetapkan dampak pada garis kekanan
- e. Tetapkan warna band antara frekuensi dan dampak

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg /bln) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (Bebrp x /thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/x) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (2-5 thn/x) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang sekali (>5 thn/x) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Gambar 3. Risk Grading Matrix

2. Band risiko

Band riko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam 4 (empat) warna yaitu biru, hijau, kuning dan merah.

- a. Band biru dan hijau : investigasi sederhana
- b. Band kuning dan merah : investigasi komprehensif / RCA.

Resiko rendah	Resiko Sedang	Resiko Tinggi	Resiko ekstrim
Dilakukan Investigasi 1 (satu) minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin	Dilakukan Investigasi 2 (dua) minggu, Manajer/pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya & kelola resiko	Dilakukan RCA, paling lama 45 hari, dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian Top Manajemen	Dilakukan RCA 45 hari dan membutuhkan penanganan segera, perhatian sampai ke Direksi.

Gambar 4. Tindakan berdasarkan Risk Grading Matrix

- C. Analisis matrik grading risiko *sentinel event*, KTD dan KNC dengan warna band kuning dan merah dilakukan investigasi komprehenensip/ RCA.
- D. Proses pelaksanaan RCA (*Root Couse Analysis*) dilakukan dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari.
- E. Rekomendasi dan tindak lanjut.
- F. Lapor Direktur.
- G. Sosialisasi.

BAB IV

TATA LAKSANA *Root Cause Analysis* (RCA)

A. Identifikasi Pasien

Langkah untuk melakukan identifikasi insiden dengan cara:

1. Tetapkan topik dengan menjawab ‘apa yang terjadi’
2. Gunakan alat bantu *brainstorming*
3. Buat pernyataan insiden dengan mengacu pada ‘apa yang salah’ dan focus pada *outcome*

B. Pembentukan Tim

1. Definisi Tim

Sejumlah orang yang saling bekerja sama secara dinamis untuk mencapai tujuan yang disepakati.

2. Komposisi Tim

- a. Tim terdiri dari individu multidisiplin.
- b. Idealnya terdiri dari 3-4 orang.
- c. Pilih orang yang paling dekat dengan insiden.
- d. Ada 1 (satu) orang yang ditunjuk sebagai ketua.

3. Kebijakan Tim

- a. Perlu orang *expert*/ terlatih untuk melakukan investigasi suatu insiden serius.
- b. Mendapat dukungan pimpinan puncak (legitimasi).
- c. Komitmen pimpinan untuk menyediakan *resources* termasuk waktu.
- d. Berdayakan tim dengan tanggung jawab dan otoritas.
- e. Jaga konsolidasi dan kekompakan tim
- f. Dukungan *Top Level Management*
- g. Penting mengidentifikasi anggota tim dengan ketrampilan berbeda dan komit terhadap waktu infestigasi
- h. Untuk insiden serius tim investigasi dapat dibebaskan tugas dari pekerjaan rutinnya agar dapat fokus pada investigasi insiden dan analisis.

INSIDEN	: Pasien jatuh dari TT lalu meninggal
TIM	:
Ketua	: Ketua Tim KKP-RS
Anggota	:
1.	Ka Yanmed (Dr)
2.	Komite Keperawatan (unsur keperawatan)
3.	Ka RT/ <i>house keeping</i>
4.	Ka HRD
5.	Ka Logistik/ Pengadaan
6.	Ka Bag Teknik
Notulen : Sekretaris KKP	
Tanggal dimulai : 17 Juni 2009	

Gambar 5. Langkah A & B untuk contoh insiden pasien jatuh

C. Pengumpulan Data

1. Mengidentifikasi fakta-fakta dampak yang tidak diharapkan.
2. Kapan dampak yang tidak diharapkan terjadi.
3. Di mana terjadi.
4. Apa kondisi saat sebelum kejadian.
5. Cara mengumpulkan data: observasi, dokumentasi dan *interview*.
6. Laporan investigasi menggunakan metode:
 - a. Ringkasan insiden.
 - b. Jelaskan teknik yang digunakan.
 - c. Rekomendasi konsisten didukung fakta dan telah diverifikasi.

1. **Observasi Langsung** : Rg. IRD Bedah & Ruang pembuatan foto di IRD—→TIDAK DITEMUKAN MARKER
2. **Dokumentasi:**
 - a. Rekam Medis pasien (TELAAH RM) :
 - Anamnesa KU : Nyeri pada rahang bawah dihapus menjadi = Penurunan kesadaran
 - Pada pemeriksaan fisik tdk ada penegasan lokasi nyeri pelvis/tungkai kiri-kanan
 - Hanya menuliskan 1 (satu) kali foto dan 1 (satu) kali tindakan traksi
 - Diagnosa : tulisan kiri dicoret dan ditulis menjadi kanan
 - Tindakan Traksi : tulisan kiri dicoret menjadi kanan
 - Instruksi dr.residen senior tanpa pemeriksaan secara langsung.
 - b. Daftar Jaga Dokter Residen Bedah Orthopedi
 - c. Daftar Jaga Dokter Residen Radiologi
 - d. Daftar Jaga Perawat di IRD Bedah
 - e. Daftar Jaga Petugas radiologi IRD
 - f. SOP & SPM SMF Bedah Orthopedi
 - g. SAK Bedah
 - h. SOP Pelayanan Radiologi:
 - Inventarisasi barang radiologi
 - Form permintaan foto
3. **Interview (Dokter/ Staf yang terlibat) :**
 - a. Karu IRD Bedah
 - Pembagian tanggung jawab petugas setiap *shift*: bagian pelaporan, penyediaan alat dll.
 - Tidak ada pembagian tugas/tanggung-jawab petugas/pasien.
 - Ada Askep, SOP
 - Tidak ada SOP Komunikasi Pemeriksaan Radiologi Cito
 - SOP Permintaan Foto di IRD ada
 - b. Karu Radiologi
 - Cito foto sudah diambil dr. bedah sebelum dibaca dr.rad
 - Aturan tidak ada baca ulang setelah hasil foto diambil
 - SOP pembuatan foto & pembacaan = Ada
 - Limit waktu hasil foto cito = ada tetapi belum sosialisasi ke Ruang Bedah IRD
 - Ada Protap bahwa tiap melakukan foto harus pakai marker
 - Yakini marker ada di IRD
 - Kalau tidak ada marker = petugas harus waspada dengan Ki-ka
 - c. Radiografer IRD
 - Jam 8.00 pagi datang, residen bedah orto minta foto ulang dan cek kebenaran foto,
 - 14/6 (01.00) = terima px dr rg bedah + srt pengantar : minta foto pelvis
 - AP susp.Fr.Pelvis (tanpa sebut bag kiri-kanan)
 - Foto I dilakukan : tanpa marker standar 1 thn terakhir
 - Inisiatif : buat kode sendiri → lakukan foto →foto kering →kurang jelas memperhatikan marker →salah menulis tanda pada foto
 - Saat itu ada residen bedah menunggu sehingga foto tidak sempat diperlihatkan kepada residen radiologi sedangkan residen radiologi ada di ruang sebelah
 - Dr.residen radiologi tidak baca hasil foto
 - Tidak ada pemeriksaan awal residen radiologi sebelum foto
 - Radiografer tdk tanyakan posisi nyeri kepada pasien
 - Ada 9 (sembilan) pasien siap di foto (21.00-01.00)
 - Petugas ada 2 (dua) orang

Gambar 6. Contoh langkah ke 3 Kumpulkan Data & Informasi

D. Pemetaan Data

Pemetaan data akan sangat membantu apabila kronologi insiden dipetakan dalam sebuah bagan.

Berikut beberapa *tools* kronologi yang bisa dipilih salah satu untuk pemetaan:

1. Kronologi cerita/narasi

- a. Suatu penulisan cerita yang terjadi berdasarkan tanggal dan waktu. Kronologi cerita dibangun berdasarkan kumpulan data saat investigasi yang kemudian dipadatkan dalam suatu cerita.

Panduan Analisis Akar Masalah / Root Cause Analysis (RCA)

Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

- b. Bisa digunakan untuk :
- Kejadian sederhana dan tidak kompleks.
 - Mengetahui gambaran umum suatu kejadian yang lebih kompleks.

KASUS SALAH OPERASI (<i>WRONG SITE SURGERY</i>)
<p>Latar belakang kasus</p> <p>Seorang laki-laki, 27 tahun, menderita rheumatoid arthritis sejak ia kanak-kanak, sehingga pada tahun 1992 dilakukan operasi revisi total lutut kiri (<i>left total knee replacement</i>). Setahun kemudian, tahun 1993 dilakukan operasi revisi total lutut kanan (<i>right total knee replacement</i>). Kemudian kembali lagi dilakukan operasi pada lutut kanan tahun 1995. Setahun kemudian, tahun 1996, lutut kanan kembali lagi direvisi oleh dokter tersebut. Tetapi ternyata lutut tersebut tetap masih tidak stabil setelah 3x revisi.</p> <p>Pada November 2000 (menurut dokternya), pasien setuju untuk dilakukan operasi revisi sekali lagi pada lutut kanan. Dari catatan dokter bedah, pasien telah direncanakan operasi tanggal 12 Desember 2001, tapi ditunda karena pasien penuh dan tidak tersedia tempat tidur kosong. Kemudian dijadwalkan kembali tanggal 7 Januari 2002, tetapi karena saat itu banyak pasien ortopedik menderita infeksi MRSA maka operasi ditunda lagi. Sekali lagi dijadwalkan tanggal 4 Februari 2002 tapi ditunda lagi karena tidak ada tempat tidur kosong. Jadwal operasi kemudian direncanakan lagi tanggal 19 Maret 2002. Catatan: Waktu tunggu operasi sangat tinggi sehingga pasien harus booking & antri.</p>
<p>RIWAYAT KRONOLOGI, INFORMASI TAMBAHAN HASIL INVESTIGASI</p>
<p>31 Januari 2002 pk 14.00</p> <p>Pasien ke klinik <i>pre-admission</i> untuk revisi total ulang lutut kanan (<i>right total knee replacement</i>) oleh Residen 1. Persetujuan tindakan medis tertulis sudah diisi. Risiko telah secara jelas diinformasikan dan didokumentasi dalam catatan.</p>
<p>4 Februari 2002 pk 08.00</p> <p>Pasien tiba di RS, tetapi pulang lagi karena tidak tersedianya tempat tidur. Pasien merasa tak enak karena ini sudah kali ketiga operasinya dibatalkan.</p>
<p>8 Maret 2002 pk 14.00</p> <p>Pasien datang lagi ke Residen 1 di klinik <i>pre-admission</i>. Persetujuan tindakan medis tertulis telah diisi. Risiko telah secara jelas diinformasikan dan didokumentasi dalam catatan.</p>
<p>18 Maret 2002 pk 15.00</p> <p>Pasien tiba di RS untuk rawat inap. Staf ruangan saat itu sangat sibuk karena ada beberapa kasus darurat, yaitu pasien dengan <i>cardiac arrest</i> dan perdarahan pasca operasi. Staf yang bertugas hanya 2 (dua) orang yaitu seorang perawat yunior dan seorang perawat senior yang keduanya bertanggungjawab atas 18 (delapan belas) tempat tidur Ortopedik.</p>

Gambar 7. Contoh Pemetaan Data Model Narasi

2. Tabular Timeline

Digunakan:

- Pada tiap tipe insiden
- Berguna pada kejadian yang berlangsung lama

Waktu	27 Agust '08 Jam 09.00	27 Agust '08 Jam 09.15	27 Agust '08 Jam 11.30	27 Agust '08 Jam 14.15	27 Agust '08 Jam 14.20	27 Agust '08 Jam 14.30
KEJADIAN	dr. Livingstone memasuki bangsal bersama dr. Duncan Campbell	dr. Livingstone memperkenalkan dr. Duncan Campbell kepada Sr. Anne Lynch	Ny. Jane Hughes menelpon RS	dr. Livingstone menerima telpon dari Ibunya	dr. Duncan masuk ruang bangsal	dr. Duncan ke Farmasi mengambil methotrexate untuk Ny. Hughes
INFORMASI TAMBAHAN	dr. Livingstone menerima telpon dari Ramesh, Bagian Farmasi mengatakan bahwa terjadi salah pengiriman obat : harusnya MTX, yang di kirim ternyata vincristin	Sr. Anne mempertanyakan kompetensi dr. Duncan	Ny. Jane Hughes terlambat datang, mungkin 2 jam lagi baru akan tiba.	Ayahnya dr. Livingstone mendadak serangan jantung dan masuk RS, dr. Livingstone harus meninggalkan RS	Dr. Duncan memperkenalkan diri ke Sr. Robert sebagai pengganti dr. Livingstone	Petugas Farmasi sedang sibuk
GOOD PRACTICE	Bagian Farmasi sudah mengingatkan dr. Livingstone					Petugas Farmasi mengecek data dr. Duncan dan obat sebelum diberikan
MASALAH PELAYANAN	dr. Livingstone mengabaikan SOP bahwa obat Vincristin harusnya dikembalikan ke farmasi.	Belum dilakukan kredential terhadap dr. Duncan, sudah diijinkan bekerja	Sr. Anne tidak <i>handover</i> dengan Sr. Robert (Sr jaga berikutnya)	dr. Livingstone mendelegasikan kepada dr. Duncan tanpa didampingi		

Gambar 8. Contoh Pemetaan Data Model *Tabular Timeline*

3. Time Person Grid

Time Person Grid merupakan alat pemetaan tabular yang dapat membantu pencatatan pergerakan orang sebelum selama dan sesudah kejadian. Juga dapat membantu investigator mengetahui keberadaan seseorang pada saat kejadian. Digunakan jika:

- a. Jika dalam satu insiden terdapat keterlibatan banyak orang
- b. Berguna pada keadaan jangka pendek.

Waktu/ Staf Yang Terlibat	13 Juni 09 (22.30)	14 Juni 09 (01.00)	14 Juni 09 (01.15)	14 Juni 09 (01.45)	14 Juni 09 (02.00)	14 Juni 09 (03.00)
Dr. Residen Orthopedi (1)	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD
Dr. Residen Orthopedi (2)	Rg.Bedah IRD	Rg. Radiologi IRD	Rg.Radiologi IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Radiologi IRD	Rg.Bedah IRD
Dr.Residen Radiologi	Rg.jaga dokter Radiologi IRD	Rg.jaga dokter Radiologi IRD	Rg.jaga dokter Radiologi IRD	Rg.jaga dokter Radiologi IRD	Rg.jaga dokter Radiologi IRD	Rg.jaga dokter Radiologi IRD
Perawat Rg Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD
Radiografer IRD	Rg. Radiologi IRD	Rg. Radiologi IRD	Rg. Radiologi IRD Rg.	Rg. Radiologi IRD	Rg. Radiologi IRD	Rg. Radiologi IRD
Coass Bedah	Rg.Bedah IRD	Rg. Radiologi IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD	Rg.Bedah IRD

Gambar 9. Contoh Pemetaan Data Model *Time Person Grid*

E. Identifikasi Masalah

Care Management Problem (CMP)

1. Care Delivery Problem

Masalah yang timbul dalam proses perawatan umumnya karena tindakan/omission oleh staf.

Contoh: perawatan menyimpang dari praktik yang aman, penyimpangan secara langsung/ tidak langsung berdampak pada insiden.

2. Service Delivery Problem

Tindakan/omission yang tidak berhubungan langsung dengan pelayanan tapi lebih kepada keputusan atau sistem sebagai bagian dari proses pelayanan.

Contoh: kerusakan alat.

Gunakan salah satu Instrumen di bawah ini :

1. Brainstorming

- a. Mekanisme pengumpulan ide tentang suatu subyek
- b. Digunakan untuk mengidentifikasi faktor kontributor
- c. Keuntungan :
 - Cepat dan mudah
 - Tidak harus melibatkan tinjauan kasus yang detil
 - Mengijinkan kebebasan untuk memunculkan ide yang tidak biasa
 - Baik untuk masalah *on the spot* dan solusinya.
- d. Kerugian :
 - Pada kelompok tidak terstruktur dapat didominasi seseorang Sering gagal dalam pertimbangan atau isu kepemimpinan, budaya dan akar organisasi.
 - Individu yang sama akan dapat mendominasi sesi dan menyebabkan anggota lain tidak percaya diri

2. Brainwraitng

- a. Mekanisme pengumpulan ide namun partisipan anonim
- b. Digunakan untuk
 - Melindungi partisipan yang tak mau disebutkan namanya
 - Ada senior dan yunior dalam kelompok
 - Diharapkan ide kompleks
 - Dikhawatirkan ada beberapa orang yang mungkin mendominasi saat saat *brainstorming*
- c. Keuntungan
 - Membuat orang mengemukakan pandangannya secara serentak dan aman
 - Berguna untuk membuat para yunior/orang yang kurang konfiden berkontribusi

Panduan Analisis Akar Masalah / Root Cause Analysis (RCA)

Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

- Berguna untuk mengeksplor isu negatif
- Menggunakan metode sangat sederhana
- Terstruktur dan menghemat waktu

d. Kerugian :

- Fasilitator yang buruk dapat mengancam identitas partisipan dan kemudian aspek keamanan metode ini.
- Dapat menggeneralisasi daftar ide yang tidak dikelola atau daftar yang sulit untuk diprioritisasi

3. *Nominal Group technique* (NGT)

1. Metode terstruktur yang mengganeralisasi ide, memprioritaskan ide dan memutuskan ide mana yang akan digali lebih dalam
2. Digunakan untuk mencari konsensus mengenai ide untuk menggali lebih jauh
3. Alat bantu berupa voting
4. Keuntungan cepat dan mudah
5. Kerugiannya adalah sulit mencari konsensus yang demokratis.

No	CMP	Tools
1	Tidak ada perawat di ruangan persiapan RR	5 why
2	Dalam operan tidak disebutkan kapan harus <i>difollow up</i> kembali konsul tersebut ke dr. Sp. An	Change analysis + 5W
3	dr. Sp. An, tidak melihat pasien An. A	Change analysis + 5W
4	Tidak ada operan perawat OK ke perawat RR	Change analysis = 5W
5	Alat monitor yang ada tidak lengkap (tanpa saturasi oksigen). Tidak ada <i>suction</i> dan troli untuk obat <i>emergency</i> .	5 why
6	Perawat RR tidak tahu cara menolong pasien	5 why
7	Pasien An. A sianosis dan berkeringat	5 why
8	Pasien masuk ICU	Fish Bone

Gambar 10. Contoh Menentukan CMP dan Tools

F. Analisis Informasi

1. Identifikasi *root cause*
 - a. Awali dengan mengumpulkan data penyebab langsung (*Proximate/Immediate cause*)
 - b. Mengapa terjadi penyebab langsung
 - c. Sistim dan proses mana yang melatarbelakangi penyebab langsung
 - d. Gali data lebih kepada sistem daripada fokus pada kesalahan manusia
 - e. Tim investigasi sering memiliki masalah pada tahap ini (cenderung berhenti setelah mengidentifikasi penyebab langsung dan tidak digali lebih dalam)
2. *Tools* untuk identifikasi masalah

Panduan Analisis Akar Masalah / Root Cause Analysis (RCA)

Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

Memilih salah satu dari alat bantu ini.

a. 5 WHY

- Tujuan: untuk secara konstan bertanya mengapa, melalui lapisan penyebab sehingga mengarah ke akar permasalahan.
- Digunakan:
 - Untuk menanyakan setiap penyebab masalah yang teridentifikasi
 - Difokuskan pada investigasi yang tidak dapat digali lebih dalam penyebab insiden IKP.

FORM TEHNIK (5) MENGAPA	
Form G	
MASALAH	Konsultan tidak memeriksa pasien di ruangan (pre op).
Mengapa Konsultan tidak memeriksa Pasien ?	Karena dokter Konsultan tidak dihubungi oleh perawat
Mengapa Perawat tidak menghubungi Konsultan ?	Karena Perawat sibuk
Mengapa Sibuk ?	Karena sedang menangani 2 pasien gawat yg lain yi perdarahan dan cardiac arrest
Mengapa tidak ada Perawat yang lain dalam Shift itu ?	Karena tenaga hanya 2 orang dan Beban kerja yang tinggi dan masalah seperti ini sudah sering terjadi
Mengapa hanya 2 Orang ?	Karena kebijakan Direksi untuk efisiensi

Gambar 10. Contoh Analisis Informasi Menggunakan 5 W

G. Analisis Perubahan

1. Tujuan : digunakan untuk menganalisa proses yang tidak bekerja sesuai rencana
2. Digunakan :
 - a) Bila suatu sistem/tugas yang awalnya berjalan efektif kemudian terjadi kegagalan/terdapat sesuatu yang menyebabkan perubahan situasi.
 - b) Mencurigai suatu perubahan yang menyebabkan ketidaksesuaian tindakan/kerusakan alat.

PROSEDUR YANG NORMAL (SOP)	PROSEDUR YANG DILAKUKAN SAAT INSIDEN	APAKAH TERDAPAT BUKTI PERUBAHAN DALAM PROSES
Permintaan foto harus disertai keterangan klinis yang lengkap.	Permintaan foto tidak disertai keterangan klinis yang lengkap.	Radiografer melakukan foto tanpa informasi lengkap sisi yang sakit.
Perawat harus melakukan anamnesa kepada pasien.	Perawat tidak meng-anamnesis pasien.	Perawat tidak melakukan pencegahan saat salah traksi.
Foto pelvis dilakukan oleh radiografer dengan lebih dulu memasang <i>marker</i> sisi kiri/kanan.	Foto pelvis dilakukan oleh radiographer tanpa <i>marker</i> sisi kiri/kanan.	Radiografer menulis tanda “L” pada hasil foto yang terbalik.
Radiografer melakukan foto sendiri dengan teliti	Dokter Residen bedah masuk Ruang Radiologi	Radiografer buru-buru menulis tanda “L” pada hasil foto yang terbalik.
Dokter Residen Radiologi harus melihat pasien dan harus membaca hasil foto.	Dokter Residen Radiologi ada di Ruang Dokter, tidak pernah melihat pasien dan hasil foto.	Radiografer melepaskan hasil foto yang salah <i>marker</i> .
Diagnosa dan tindakan medis harus berdasarkan klinis pasien, bukan dari pemeriksaan penunjang.	Dokter Residen Ortho memasang skin traksi I pada tungkai kiri hanya berdasarkan hasil foto.	Terjadi salah traksi pada tungkai yang sehat.
Tindakan medis harus dilakukan secara Tim (dokter & perawat).	Pemasangan skin traksi tanpa didampingi perawat dan tidak memperhatikan waktu pemasangan (jam berapa).	Perawat tidak mengetahui proses yang terjadi pada pasien (info waktu kejadian tidak terekam).
Semua kondisi, kejadian dan tindakan terhadap pasien harus ditulis lengkap pada lembar rekam medis	Permintaan Foto, hasil dan tindakan yang salah tidak ditulis dalam rekam medis	Hasil foto yang salah dan skin-traksi yang salah tidak ditulis dalam rekam medis tapi hanya mencoret kata “kiri” dan mengganti dengan kata “kanan”.
Setiap kejadian yang terjadi pada pasien harus dikomunikasikan secara proporsional kepada pihak keluarga.	Dokter Residen Bedah Ortho tidak mengkomunikasikan kejadian yang telah terjadi kepada keluarga pasien.	Pasien pulang paksa.

Gambar 10. Contoh Analisis Informasi Menggunakan Analisis Perubahan

H. *Barrier Analysis*

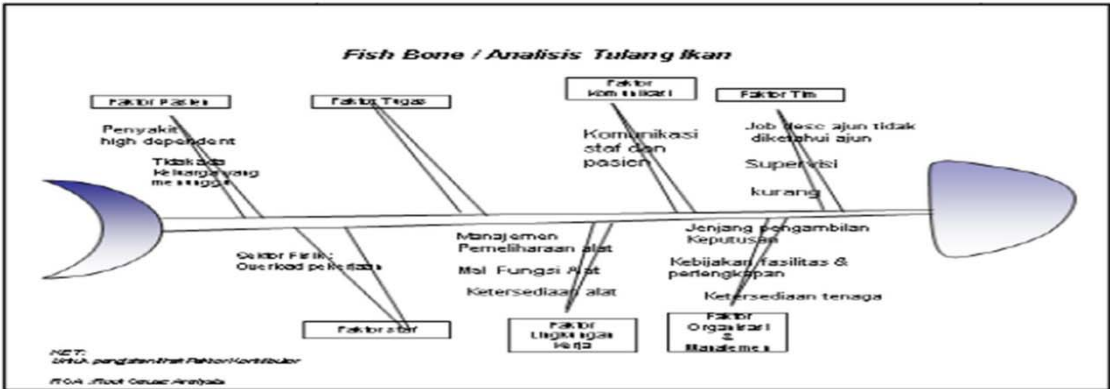
- 1. Tujuannya adalah digunakan untuk mengidentifikasi:
 - a. Penghalang mana yang seharusnya untuk mencegah insiden
 - b. Mengapa penghalang gagal
 - c. Penghalang apa yang dapat digunakan untuk mencegah insiden terulang lagi
- 2. Kapan digunakan?
 - a) Prospektif : untuk mengidentifikasi kemungkinan ‘*hazard*’ dan potensial solusi
 - b) Reaktif : setelah insiden untuk mengidentifikasi penghalang yang seharusnya berada di tempatnya untuk mencegah/memitigasi insiden.

APA PENGHALANG PADA MASALAH INI ?	APAKAH PENGHALANG DILAKUKAN ?	MENGAPA PENGHALANG GAGAL ?	APA DAMPAKNYA?
Surat permintaan pemeriksaan penunjang harus disertai keterangan klinis lengkap.	Tidak	Tdk ditaati	Salah marker foto
Sebelum melakukan foto terlebih dulu harus memasang marker sisi kiri/kanan.	Tidak	Marker tidak tersedia	Buat <i>marker</i> sendiri tapi salah
Supervisor harus mengecek ketersediaan alat (<i>marker</i>).	Tidak	Supervisi kurang	Marker tidak tersedia
Radiografer melakukan foto sendiri dengan teliti dan lebih waspada.	Tidak	Residen bedah ortho ikut masuk ke radiologi	Radiografer buru-buru menyelesaikan hasil foto
Dokter Residen Radiologi harus melihat pasien dan harus membaca hasil foto.	Tidak	Foto cepat diambil oleh residen Bedah Ortho	Salah <i>marker</i> foto tidak dapat dikoreksi oleh Dokter Residen Radiologi
Diagnosa dan tindakan medis harus berdasarkan klinis pasien, bukan dari pemeriksaan penunjang.	Tidak	Kemampuan dokter mendiagnosa rendah	Terjadi salah traksi pada tungkai yang sehat
Perawat harus ikut anamnesa dan mendampingi dokter dalam melaksanakan tindakan.	Tidak	Kepedulian perawat rendah	Terjadi salah traksi pada tungkai yang sehat dan tidak ada pencatatan setiap tindakan/kejadian

Gambar 11. Contoh Analisis Informasi Menggunakan Analisis Penghalang

I. Fishbone

- 1. Tujuan: memberikan gambaran yang jelas mengenai hubungan banyak sebab dengan *outcome* dan faktor kontribusinya.
- 2. Digunakan: bila kemungkinan penyebab masalah banyak.



Gambar 12. Contoh Analisis Informasi Menggunakan Analisis Penghalang

J. Rekomendasi Dan Solusi

Membuat rekomendasi dan menyusun rencana kegiatan meliputi:

- 1. Rekomendasi
 - a. Eksplorasi dan identifikasi strategi reduksi risiko
 - b. Formulasi upaya perbaikan
 - c. Evaluasi usulan upaya perbaikan

- 2. Upaya Perbaikan
 - a. Penyempurnaan upaya perbaikan
 - b. Kaji penerimaan usulan perbaikan
 - c. Implementasi upaya perbaikan
- 3. Evaluasi
 - a. Mengukur efektifitas dan keberhasilan
 - b. Evaluasi implementasi upaya perbaikan
 - c. Kaji dan identifikasi langkah tambahan
 - d. Komunikasi hasil.

Contoh Rekomendasi :

Akar Masalah	Tindakan	Tingkat Rekomendasi (Individu, Tim, Direktorat, RS	Penanggung Jawab	Waktu	Sumber Daya Yang Dibutuhkan	Bukti Penyelesaian	Paraf
Kompetensi staf	Training & supervisi	Individu, Tim, Unit	Kepala unit OK, SDM	Agust'06	Dana, waktu, tenaga	Jadwal pelatihan Sertifikat pelatihan Laporan supervisi	
Stressor fisik dan mental	Reschedule waktu jaga	Tim, Unit	Kepala unit OK, SDM	Juli'06	Waktu, tenaga	Schedule baru	
Training kurang	Penambahan tenaga sesuai kompetensi	Individu, Unit, SDM, Direksi	SDM, Direksi	Agust'06	Waktu, tenaga, dana	Adanya tenaga baru	
	Tinjau, revisi kebijakan diklat	Unit, Direksi	Unit, Direksi	Agust'06	Waktu, tenaga, dana	Jadwal pelatihan Sertifikat	
Ketersediaan SOP	Revisi/buat SOP petugas RR			Sept'06	Waktu, tenaga, dana	Adanya SOP petugas RR	

Contoh untuk Tindak Lanjut

Prioritas Akar masalah

Pilihlah salah satu faktor kontribusi yang paling berperan dalam Analisis Diagram Tulang Ikan dan buatlah prioritas akar masalahnya.

- 1. Tugas dan desain dimengerti
- 2. Klarifikasi pedoman/instruksi
- 3. Pengaturan beban tugas

Rekomendasi untuk *Improvement*

- 1. Tugas dan desain dimengerti
 - a. Dokumentasi
 - 1. Rencana pelayanan ruang operasi termasuk pencatatan dan tindakan yang diambil
 - 2. Termasuk pendokumentasian rencana tindakan
 - 3. Audit ruang operasi secara rutin

b. Proses tugas

1. Konsultan dan asistennya seharusnya mengadakan ronde ruangan ortopedi sebelum waktu tindakan, sehingga perawat dapat memberikan pelayanan yang terbaik dan membantu dokter saat ronde.
2. Konsultan dan asistennya dapat melakukan ronde ruangan pada akhir kegiatan seperti menjelang malam.
3. Pastikan seluruh staf dapat secara familiar dengan cara kerja dan perlengkapan sebelum dilakukan pekerjaan..

c. Klarifikasi pedoman/instruksi

1. Klarifikasi kapan konsultan bedah dapat melihat pasien dan bagaimana letak operasi yang akan dilakukan tindakan.
2. Klarifikasi ulang oleh petugas di ruang operasi dengan *checklist*.
3. Klarifikasi *consent* tindakan di luar ruang operasi.
4. Klarifikasi bagaimana staf harus mengecek kembali identifikasi pasien di ruang operasi.
5. Kembangkan prosedur *check* sebelum pisau mengenai kulit.
6. Setiap spesialis atau bagian setuju dengan tempat operasi dan disebarkan kepada SHO.

d. Beban tugas

1. Tinjau kembali beban tugas dan alokasi staf.
 - a. Bila beban tugas berlebih carikan pemecahannya.
 - b. Redesain tugas sehingga tugas perawat efisien.
 - c. Tambahkan jumlah petugas pada jam sibuk.
2. Audit beban tugas dan beban kerja di ruang operasi.
3. Pertimbangkan masuknya pasien pada jam sibuk ke ruangan.

BAB V

DOKUMENTASI

Dokumentasi pelaksanaan Analisis Akar Masalah/*Root Cause Analysis* adalah pengumpulan bukti pelaksanaan:

1. SPO RCA
2. Laporan insiden unit
3. Daftar hadir, notulen antara sub komite keselamatan pasien dan manajemen resiko dan unit insiden
4. Pengorganisasian Tim kerja.
5. Hasil dokumentasi saat pengumpulan data.
6. Bukti laporan RCA yang telah dibuat untuk satu insiden dan usulan, rekomendasi dan solusi dari Tim yang dilaporkan ke Direktur.
7. Sosialisasi hasil temuan Tim RCA kepada unit-unit
8. Bukti sosialisasi dengan bentuk informasi tertulis, bukti ekspedisi dan koordinasi (buktinya notulen dan daftar hadir) hasil keputusan Direktur terkait tindak lanjut yang diusulkan Tim berupa SPO Baru/Redesain SPO/Redesain Proses dan lain-lain.

BAB VI

PENUTUP

Analisis Akar Masalah ini merupakan proses yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian.

Harapannya Buku Pedoman Analisis Akar masalah yang ditetapkan di RS QIM Batang ini, menjadi acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan program keselamatan pasien dan mutu pelayanan pasien. Hasil analisis akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes