RS Pusat Otak Nasional *Jl. MT Haryono Jakarta 13630*		**MELAKUKAN *ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)*/ ANALISIS AKAR MASALAH**		
		Nomor Dokumen : HK.02.04/II/3176/2014	No. Revisi :	Halaman :
		No. Dokumen Unit :	000	1/5
	Disiapkan oleh:	Disetujui oleh:	Ditetapkan oleh: Direktur Utama	
Nama	dr. Silvia Lumempouw, Sp.S(K)	Dr.dr.Andi Basuki Prima Birawa, Sp.S, MARS		
Jabatan	Ketua Komite Mutu	Direktur Pelayanan		
Tanda tangan			Dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K),KIC, MARS NIP. 1962 0913 1988 03 1002	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		Tanggal terbit: 2 Desember 2014	Unit Kerja: Komite Mutu	

Pengertian :

Root Cause Analysis (RCA)/ Analisis Akar Masalah adalah sebuah alat kerja yang sangat berguna untuk mencari akar masalah dari suatu insiden yang telah terjadi.

Tujuan :

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan.
2. Diketahuinya penyebab langsung dan akar masalah kejadian yang tidak diharapkan.
3. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan pelayanan rumah sakit agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

Kebijakan :

1. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional HK.02.04/II/3103/2014 tentang Pelaporan Insiden di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.

Prosedur/ Teknis Pelaksanaan :

Langkah-langkah melakukan analisis akar masalah:

1. Identifikasi insiden yang akan diinvestigasi.
2. Tentukan tim investigator (orang yang memahami RCA dan tidak terlibat langsung dalam insiden).
3. Kumpulkan data dan informasi:
   - Observasi langsung
   - Dokumentasi
   - *Interview* petugas yang terlibat dalam insiden

4. Petakan kronologi kejadian dengan salah satu cara berikut ini:
   - **Kronologis narasi**: suatu penulisan cerita apa yang terjadi berdasarkan tanggal dan waktu. Kronologi cerita dibangun berdasarkan kumpulan data saat investigasi yang kemudian dipadatkan dalam suatu cerita. Digunakan untuk kejadian sederhana dan tidak kompleks, untuk mengetahui gambaran umum suatu kejadian yang lebih kompleks, dan dapat digunakan sebagai bagian integral dari suatu laporan sebagai ringkasan dimana hal tersebut mudah dibaca.
   - **Timeline:** metode untuk menelusuri rantai insiden secara kronolis, yang berisi tiga data dasar: tanggal, waktu dan cerita kejadian. Memungkinkan investigator untuk menemukan bagian dalam proses dimana masalah terjadi.

Tanggal			
25 April 2011			
Waktu	**11.25**	**12.00**	**13.00**
Kejadian			

   - ***Tabular Timeline***: sama dengan *timeline*, tetapi lebih detil menginformasikan praktek yang baik (*good practice*) dan Masalah Manajemen Pelayanan (*care management problem/ CMP*). Digunakan pada kejadian yang berlangsung lama.

Waktu/ Kejadian	31-1-2002 pk 14.00	4-2-2002 pk 06.00	3-3-2002 pk 10.00
Kejadian			
Informasi tambahan			
Good Practice			
Masalah Pelayanan			

   - ***Time Period Grid***: berupa tabel yang akan membantu pencatatan pergerakan orang sebelum, selama dan sesudah kejadian. Digunakan dalam suatu insiden yang melibatkan banyak orang dan jangka pendek.

Anggota staf	**11.38**	**11.45**	**11.50**	**11.55**	**12.00**
Ahli anestesi					
Ahli bedah					
Asisten					
Staf perawat kamar operasi					

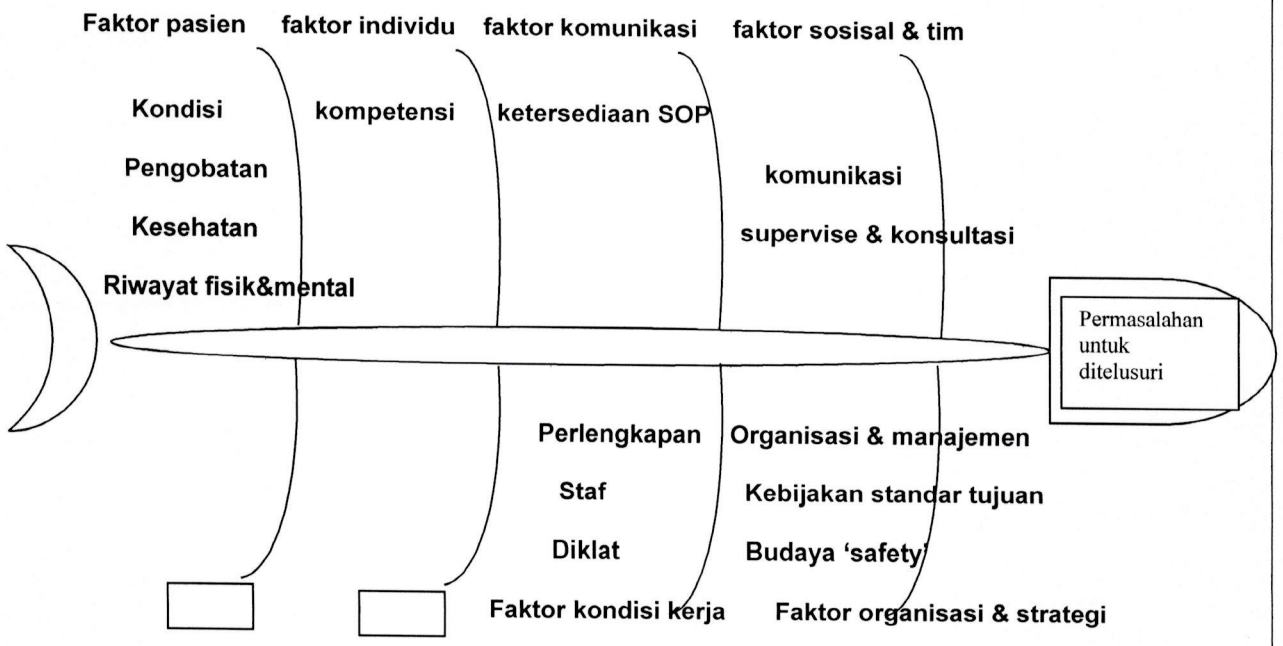
5. Indentifikasi CMP (*Care Management Problem/* Masalah Manajemen Pelayanan)
   - *Brainstorming*
   - *Brainwriting*

   CMP adaah masalah yang terjadi dalam pelayanan, baik melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

   Tim mengidentifikasi CMP(*Care Management Problem*) dari insiden tersebut, yaitu mengidentifikasi ada atau tidaknya masalah dengan pelaksanaan prosedur-prosedur yang berkaitan dengan kejadian tersebut.
   - ✓ Apabila tidak ada prosedur maka masalah diselesaikan dengan analisa barrier
   - ✓ Apabila sudah ada prosedur tapi prosedur tidak dijalankan dengan baik maka masalah diselesaikan dengan analisa perubahan.
   - ✓ Apabila masalah-masalahnya tidak diketahui dengan pasti penyebabnya maka dilakukan dengan RCA (*Root Cause Analysis*)
   - ✓ Apabila masalah memerlukan penelitian maka dilakukan FMEA *(Failure Mode and Effect Analysis*)

6. Analisis informasi dengan cara:
   - ***5 Why's:*** digunakan untuk mencari penyebab insiden secara lebih mendalam dengan mengajukan pertanyaan 'Mengapa' secara konstan sehingga melalui lapisan penyebab yang mengarah ke akar permasalahan. Difokuskan pada investigasi analisis akar masalah yang tidak dapat digali lebih dalam penyebab insidennya. Contoh:

- ***Fishbone*/ Analisa Tulang Ikan**: digunakan pada insiden yang berkaitan dengan beberapa faktor (faktor kontribusi) yang dapat memberikan dampak pada timbulnya insiden.



7. Rekomendasi dan Rencana Tindakan untuk Perbaikan

Akar Masalah	Rekomendasi	Tindakan Perbaikan	PJ	Waktu Penyelesaian	Sumber Daya yang Dibutuhkan	Bukti Penyelesaian	Tanda tangan

Unit Terkait:

1. Seluruh Unit kerja
2. Komite Mutu

Masalah	**Konsultan tidak memeriksa pasien di ruangan (pre op)**
Mengapa konsultan tidak memeriksa pasien?	Karena dokter konsultan tidak dihubungi perawat
Mengapa perawat tidak menghubungi konsultan?	Karena perawat sibuk
Mengapa sibuk?	Karena sedang menangani 2 pasien gawat yang lain
Mengapa tidak ada perawat yang lain dalam shift itu?	Karena tenaga hanya 2 orang dan beban kerja tinggi
Mengapa hanya 2 orang?	Karena kebijakan Direksi untuk efisiensi

- **Analisis Perubahan**: metode sederhana yang dapat membantu membandingkan proses yang berjalan efektif atau gagal; analisis komparatif, mengetahui apa yang berubah sehingga menimbulkan kejadian. Digunakan pada suatu system yang awalnya berjalan efektif kemudian terjadi kegagalan/ terdapat sesuatu yang menyebabkan perubahan situasi.

- **Analisis Penghalang**: didesain untuk mengidentifikasi:
  1. Penghalang mana yang seharusnya mencegah insiden.
  2. Mengapa penghalang gagal.
  3. Penghalang apa yang dapat digunakan untuk mencegah insiden.