

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)
Unit Keselamatan, Kesehatan Kerja, dan Lingkungan (K3L)
STIKES Pamenang
Semester Genap - Tahun Akademik 2025–2026

A. Identitas Kejadian

Uraian	Keterangan
Nomor RCA	RCA/K3L/001/2026
Tanggal Investigasi	15 Juni 2026
Tim Investigasi	Tim K3L STIKES Pamenang
Lokasi	Laboratorium Keperawatan
Jenis Kejadian	Near Miss (Nyaris Cedera)
Tingkat Risiko	Sedang
Dampak	Tidak ada korban, berpotensi menyebabkan cedera akibat terpeleset

B. Ringkasan Kejadian

Pada saat praktikum D3 Keperawatan ditemukan genangan cairan infus di lantai laboratorium. Mahasiswa hampir terpeleset ketika membawa alat praktik. Kejadian diketahui oleh dosen pengampu sebelum terjadi cedera.

Kejadian dikategorikan sebagai **Near Miss** karena belum menimbulkan cedera namun mempunyai potensi menyebabkan kecelakaan kerja.

C. Kronologi

Waktu	Kejadian
08.00	Praktikum dimulai
09.20	Selang infus bocor
09.25	Cairan mulai menggenang
09.30	Mahasiswa hampir terpeleset
09.31	Dosen menghentikan praktikum
09.35	Petugas membersihkan area
09.45	Praktikum dilanjutkan

D. Dampak Kejadian

1. Terhadap Mahasiswa

- Risiko jatuh
- Risiko cedera muskuloskeletal

2. Terhadap Pembelajaran

- Praktikum tertunda ± 15 menit

3. Terhadap Institusi

- Potensi penurunan budaya keselamatan
- Potensi klaim kecelakaan bila tidak ditangani

E. Bukti yang Dikumpulkan

1. Foto lokasi
2. Laporan Near Miss
3. Checklist Laboratorium
4. Jadwal Praktikum
5. Wawancara dosen
6. Wawancara laboran
7. Wawancara mahasiswa

F. Analisis Fishbone (Ishikawa)

1. Man (SDM)

- Mahasiswa belum melaporkan kebocoran segera.
- Petugas laboratorium belum melakukan inspeksi selama praktikum.

2. Method (Metode)

- SOP inspeksi area belum mengatur pemeriksaan berkala setiap 30 menit.
- Belum ada mekanisme pelaporan cepat (*rapid reporting*).

3. Machine (Peralatan)

- Selang infus sudah mulai aus.
- Jadwal kalibrasi dan penggantian alat belum terdokumentasi secara sistematis.

4. Material

- Tidak tersedia alat penyerap cairan di dekat area praktik.
- Rambu lantai basah tidak berada di lokasi.

5. Environment

- Lantai keramik licin.
- Jalur evakuasi berdekatan dengan area praktik.

6. Management

- Audit K3L laboratorium belum dilakukan secara berkala.

- Monitoring kepatuhan SOP belum optimal.

G. Analisis 5 Why

Masalah : Mahasiswa hampir terpeleset.

Why 1 : Mengapa mahasiswa hampir terpeleset?

Karena terdapat cairan di lantai.

Why 2 : Mengapa terdapat cairan di lantai?

Karena selang infus bocor.

Why 3 : Mengapa selang bocor tidak segera diketahui?

Karena tidak ada inspeksi rutin selama praktikum.

Why 4 : Mengapa inspeksi rutin tidak dilakukan?

Karena SOP belum mengatur pemeriksaan berkala selama kegiatan berlangsung.

Why 5 : Mengapa SOP belum mengatur hal tersebut?

Karena evaluasi risiko laboratorium belum diperbarui sesuai hasil audit tahun sebelumnya.

H. Root Cause (Akar Penyebab)

1. Penyebab Utama

Belum optimalnya sistem manajemen risiko laboratorium yang meliputi:

- SOP inspeksi belum lengkap.
- Jadwal monitoring belum baku.
- Program preventive maintenance belum berjalan optimal.

2. Penyebab Pendukung

- Kurangnya pelatihan budaya pelaporan Near Miss.
- Kurangnya inspeksi K3L.
- Belum tersedia peralatan tanggap cepat.

I. Tingkat Risiko

Parameter	Nilai
Likelihood	3
Severity	2
Risk Score	6 (Sedang)

J. Tindakan Perbaikan (Corrective Action)

No	Tindakan	Penanggung Jawab	Target
1	Mengganti seluruh selang infus yang sudah aus	Laboran	1 minggu
2	Membersihkan area praktik	Laboran	Segera
3	Melakukan briefing keselamatan	Dosen	Setiap praktikum
4	Menyediakan rambu lantai basah	Unit K3L	1 minggu

K. Tindakan Pencegahan (Preventive Action)

No	Program	Waktu
1	Revisi SOP Laboratorium	Semester Ganjil
2	Audit K3L setiap semester	Rutin
3	Inspeksi harian laboratorium	Setiap praktikum
4	Pelatihan budaya keselamatan mahasiswa	Awal semester
5	Pelaporan Near Miss secara digital	Semester berikutnya
6	Checklist sebelum praktikum	Setiap kegiatan

L. Indikator Keberhasilan

- Zero Accident.
- Penurunan Near Miss $\geq 50\%$.
- Kepatuhan SOP $\geq 95\%$.
- Seluruh laboratorium memiliki checklist inspeksi.
- Seluruh dosen melakukan Safety Briefing sebelum praktikum.

M. Lessons Learned

- Near Miss harus diperlakukan sama pentingnya dengan kecelakaan.
- Pemeriksaan peralatan sebelum praktik wajib dilakukan.
- Budaya pelaporan harus ditingkatkan.
- Audit berkala mampu mencegah kejadian berulang.
- Keselamatan merupakan tanggung jawab seluruh sivitas akademika.

N. Rencana Monitoring

Kegiatan	Frekuensi
Audit K3L	6 bulan
Inspeksi Laboratorium	Setiap minggu
Evaluasi SOP	Tahunan
Review RCA	Setelah setiap insiden
Simulasi Tanggap Darurat	2 kali/tahun

O. Kesimpulan

Hasil RCA menunjukkan bahwa penyebab utama kejadian bukan berasal dari kesalahan individu, tetapi dari kelemahan sistem manajemen K3L, khususnya pada aspek inspeksi, pemeliharaan peralatan, pembaruan SOP, dan penguatan budaya keselamatan. Pendekatan ini sejalan dengan praktik RCA yang menekankan identifikasi akar penyebab sistemik agar tindakan korektif dan preventif dapat mencegah kejadian serupa di masa mendatang

Ketua K3L

Stikes Pamenang Kediri

Bambang Wiseno, S.Kep., Ns, M.Kep

NIDN: 0706017202