

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Net Death Rate* (NDR) Stroke di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2014

Factors Affecting Net Death Rate (Ndr) Stroke in Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2014

Rosjidah Rahmawati

Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia
Departemen Adminitrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

*Email: *Ida_rosjidah@yahoo.com*

ABSTRAK

Pada penelitian ini dicari pengaruh dari Faktor Struktur dan Proses sebagai unsur mutu sesuai teori Donabedian terhadap *Net Death Rate* (NDR) dari penyakit Stroke. Sumber data yang terpilih berasal dari pasien Sroke berupa kasus *Intracerebral haemorrhage* dan *cerebral infarction* di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2014. Penelitian bersifat kualitatif dengan metode deskriptif analitik menggunakan studi retrospektif. Didapatkan faktor struktur secara berurutan yang mempengaruhi adalah kondisi pasien, fasilitas, kebijakan dan sumber daya manusia. Sedangkan faktor proses terbanyak di Rawat Inap yang mempengaruhi adalah kendala dalam menjalankan instruksi serta adanya Infeksi Rumah Sakit (IRS) yang terjadi dalam proses perawatan. Di IRD faktor proses yang menjadi kendala adalah pelayanan pemeriksaan penunjang khusus nya CT scan tidak selalu dapat dilakukan. Disarankan untuk melakukan peningkatan mutu pelayanan dengan memperbaiki kendala faktor struktur dan proses serta mengembangkan pelayanan satu atap Unit Stroke

Kata kunci: mutu, donabedian, NDR stroke, faktor struktur, faktor proses.

ABSTRACT

This study is seeking the impact of structure and process as the quality aspect according to Donabedian's theory that affecting to the Net Death Rate (NDR) Stroke disease. Selected data source are Stroke patients, consisting of Intracerebral Haemorrhage and Cerebral Infarction at Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Hospital in the year 2014. This study is a qualitative research using descriptive analytic retrospective method. Structure and Process Factors that are influencing each other. It reveals that Structure Factors in hospitalization that are affecting sequentially are the condition of the patient, facilities, policies and human resource. On the other hand it reveals that Process Factors include obstacle on running the primary instruction and also Hospital Accociated Infections/ HAIs occurs due to the nursing process. In Emergency Unit there is obstacle in Process Factor as the CT scan service is not available sometime. It is recommend to improve the quality of Stroke patient to overcome the Structure and Process Factors and to develop the on stop service Stroke Unit.

Keywords: *quality, donabedian, NDR stroke, structure factor, process factor.*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak azasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam

Pancasila dan Undang Undang Dasar Tahun 1945. Oleh karena itu kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip non

diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional.

Di tengah-tengah arus globalisasi dengan Era JKN dan AFTA 2015 seperti saat ini pengelolaan Rumah Sakit yang padat modal, padat karya, dan padat teknologi ini bukanlah suatu hal yang mudah agar dapat bersaing dan bermutu, hal ini sejalan dengan pendapat Munjaya (2010), (Herlambang & Muwami, 2012), Ratminto Atik (2013). Terlebih saat ini kinerja industri perumahan sakitan menghadapi tantangan yang sangat berat baik dari lingkungan eksternal maupun internal. Dari lingkungan eksternal selain adanya globalisasi, pergeseran pola penyakit, geografi, demografi, rendahnya tingkat pendapatan masyarakat, rendahnya tingkat kesehatan masyarakat, serta desakan tuntutan layanan kesehatan yang bermutu tinggi menjadi tantangan yang harus dijawab. Tantangan internal di rumah sakit berupa fungsi dan tanggung jawab rumah sakit, sumber daya yang tersedia, tuntutan tersedianya informasi yang jelas tentang layanan kesehatan, peningkatan fasilitas dan kualitas pelayanan yang berkesinambungan sesuai dengan tuntutan pasar (Syamsi Jacobalis dalam (Aditama, 2002).

RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan merupakan salah satu rumah sakit milik provinsi Kalimantan Timur yang terletak di kota Balikpapan mempunyai peran serta mendukung Visi Provinsi Kalimantan Timur yaitu:

“Mewujudkan Kaltim sejahtera yang merata dan berkeadilan berbasis agroindustri dan energi ramah lingkungan”

Dan misi 1 Provinsi Kalimantan Timur yang tertuang dalam RPJMD Kaltim Tahun 2013–2018 yaitu:

“Mewujudkan kualitas sumber daya manusia Kaltim yang mandiri dan berdaya saing tinggi”

Wujud peran serta yang dimaksudkan adalah peran serta mewujudkan kualitas sumber daya manusia dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Balikpapan pada khususnya dan Kalimantan Timur pada umumnya

agar dapat mandiri dan bersaing untuk mewujudkan Kaltim Sejahtera. Provinsi Kalimantan Timur dalam RPJMD 2013–2018 menetapkan salah satu indikator kesehatan adalah Indeks Harapan Hidup yaitu 74 Tahun pada tahun 2018, sedangkan pencapaian tahun 2013 yaitu 73 tahun (Bappeda, 2013).

Berdasarkan data sepuluh penyakit penyebab kematian di atas 48 jam tahun 2012, 2013 dan 2014 di atas dapat kita lihat bahwa penyakit degenerative yang terbanyak menyebabkan kematian, Dimana Intracerebral haemorrhage dan Cerebral infarction merupakan penyakit penyebab kematian dan selalu menduduki peringkat tiga terbesar. Melihat tingginya angka kematian Stroke tersebut dan RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki pelayanan khusus stroke dengan peralatan yang cukup lengkap. Pelayanan ini merupakan pelayanan unggulan di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang beroperasi mulai tahun 2011.

Melihat data NDR selama 3 tahun, NDR untuk penyakit stroke selalu berada pada tiga besar dan juga dengan mempertimbangkan bahwa Pelayanan Stroke di RSUD Dr Kanujoso Balikpapan ditetapkan sebagai unggulan. Hal ini menggugah peneliti ingin mengetahui apa faktor-faktor penyebab kematian di atas 48 jam untuk penyakit penyakit penyebab kematian yaitu Intracerebral haemorrhage dan Cerebral infarction atau yang kita definisikan dengan stroke.

TINJAUAN PUSTAKA

Rumah Sakit menurut *WHO Expert Committee on Organization of Medical Care*:

“is a part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient service reach out to the family and its home environment; the hospital is also a centre for the training of health worker and for biosocial research.

WHO (1957) memberikan batasan tentang rumah sakit, yaitu suatu bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis; berfungsi memberikan pelayanan kesehatan

yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, di mana pelayanan keluarannya menjangkau keluarga dan lingkungan; dan kesehatan, serta juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan, serta untuk penelitian biososial (Ilyas, 2012).

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan profesi dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat sebagai konsumen (Ilyas, 2003). Sejalan dengan tersebut Kualitas menurut Goetsch dan Davis (1994) dalam (Tjiptono & Anastasia, 2001). Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Mutu layanan kesehatan oleh Dr. Avendis Donabedian (1980), "*The Quality of technological care consist in the application of medical science and technology in a way that maximizes its benefit to health without correspondingly increasing its risk. The degree of its quality is, therefore, the extent to which the care provided is expected the most favourable balance of risk and benefit*" yang juga dijelaskan dalam (Bustami, 2011) (Varkey, 2010), Pohan (2007), Wijono (2000), menjelaskan bahwa komponen pelayanan tersebut dapat terdiri dari masukan (*Input* disebut juga *structure*), proses, dan hasil (*outcome*).

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih ditolelir adalah kurang dari 25 per 1000. (Kementerian Kesehatan, 2011).

Menurut WHO, **Stroke** *is a rapidly developing clinical sign of focal or global disturbance of cerebral function with symptoms lasting 24 hour or longer, or leading to death with no apparent cause other than vascular signs* (1988). **Stroke** adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran

darah otak. Menurut Junaidi (2012), **Stroke** adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena; yang dapat disembuhkan sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. **Stroke** adalah terminology klinis untuk gangguan sirkulasi darah non traumatik yang terjadi secara akut pada suatu fokal area di otak, yang berakibat terjadinya keadaan iskemia dan gangguan fungsi neurologis fokal maupun global, yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau langsung menimbulkan kematian (Wahjoepramono, 2005). Secara garis besar stroke dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke non perdarahan atau stroke iskemik atau infark karena sumbatan arteri.

METODOLOGI PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode deskriptif analitik menggunakan studi retrospektif. Digunakan cara telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam tentang faktor yang mempengaruhi tingginya NDR pasien Stroke di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2014.

Informan adalah dokter penanggung jawab (DPJP) yang merawat pasien, Kepala Ruangan. Jajaran Manajemen diwakili oleh Wakil Direktur Pelayanan, Ketua SMF Syaraf dan Komite Mutu & Keselamatan Pasien. Informan yang sudah tidak bisa ditemui digantikan oleh informan lain dengan terlebih dahulu menanyakan kepada Kepala Ruangan.

Sumber data penelitian ini diambil secara purposive yaitu pengambilan sumber data yang didasarkan dengan pertimbangan tertentu. Data yang diambil dengan pertimbangan Kondisi kegawatan, Ruang perawatan tempat pasien meninggal dan diagnosa kematian dengan Penyakit Stroke yang terdiri dari intracerebral haemorrhage dan juga cerebral infarction.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Kematian pasien lebih dari 48 jam dengan penyakit Stroke di RSUD Dr Kanujoso

- Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2014 (ditampilkan dalam tabel 1, 2 dan tabel 3).
2. Gambaran NDR Stroke dari Analisa Dokumen Rekam Medik Sumber Data Penelitian (ditampilkan dalam tabel 4).
 - a. Analisa Faktor Struktur yang mempengaruhi NDR Stroke.
 - Pasien (ditampilkan dalam tabel 5 dan tabel 6).
 - Sumber Daya Manusia (ditampilkan dalam tabel 7).
 - Fasilitas (ditampilkan dalam tabel 8 dan tabel 9).
 - Kebijakan (ditampilkan dalam tabel 10).
 - b. Analisa Faktor Proses yang mempengaruhi NDR Stroke.
 - Proses Pelayanan di IRD (ditampilkan dalam tabel 11).
 - Indikasi Salah Ruang Rawat (ditampilkan dalam tabel 12).
 - Proses Yang Tidak Dilakukan Bagian Lain (ditampilkan dalam tabel 13).
 - Kendala Menjalankan Terapi (ditampilkan dalam tabel 14).
 - Kendala Menjalankan Instruksi Dokter (ditampilkan dalam tabel 15).
 - Infeksi Rumah Sakit atau HAIs (*Healthcare associated infection*) (ditampilkan dalam tabel 16, 17 dan tabel 18).

Faktor Faktor Struktur yang Mempengaruhi NDR Stroke Tahun 2014.

Berdasarkan wawancara mendalam tentang factor-faktor struktur diatas dengan menggunakan dasar hasil wawancara mendalam, faktor yang mempengaruhi NDR Stroke tahun 2014 berdasarkan informasi dari informan dari yang terbanyak dialami oleh sumber data sampai yang yang tersedikit dialami sumber data tersebut adalah:

1. Pasien

Kondisi sumber data pada waktu masuk menurut sebagian besar informan yang menjawab “ada pengaruh kondisi pasien masuk terhadap kematian diatas 48 jam” sebesar 54 dari 62 informan berdasarkan sumber data atau 87,10%, dimana sumber data sebagian besar telah memiliki riwayat penyakit terdahulu yaitu stroke berulang dan hipertensi, adanya penyakit penyerta dan

keterlambatan di bawa ke Fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam segi pembiayaan sumber data tidak ada kendala karena hampir semua mempunyai jaminan kesehatan atau hanya dua sumber data yang membayar (tunai).

2. Fasilitas

Kendala pada fasilitas diungkapkan oleh 15 dari 62 informan berdasarkan sumber data atau 24,19%. Hambatan fasilitas yang terjadi yaitu peralatan penunjang yaitu CT Scan yang sering terkendala atau rusak dan operasionalnya yang tidak ready ketika diperlukan, Kurangnya peralatan di IRNA yaitu Flamboyan A, Flamboyan E dan Angrek Hitam untuk merawat pasien stroke.
3. Kebijakan

Kebijakan yang menghambat pelayanan diungkapkan oleh 12 dari 62 informan berdasarkan sumber data atau 19,35% yang terdiri dari kebijakan dari luar RSKD yang terkait dengan JKN dan Kebijakan dalam RSKD terkait dengan peraturan direktur tentang Protab tatalaksana pelayanan Stroke dan SPO.
4. Sumber Daya Manusia

Mengenai adanya kendala terhadap keahlian SDM yang diungkapkan oleh informan hanya 7 dari 62 informan berdasarkan sumber data atau 11,29%. Berdasarkan analisa dokumen Sumber daya Manusia (SDM) perawat di RSKD secara pendidikan sudah mencapai standar, secara keahlian dalam memberikan pelayanan perawat mampu melaksanakan tugasnya akan tetapi secara sertifikasi belum terpenuhi. Khusus untuk perawat unit stroke harus ada pelatihan BNLS, untuk perawat ICU secara keahlian mampu akan tetapi masih ada yang belum tersertifikasi mahir ICU sedangkan untuk perawat IRD masih ada yang belum mempunyai sertifikasi PPGD atau BTLS. Untuk masalah SDM meskipun paling sedikit dikeluhkan oleh informan akan tetapi perlu diperhatikan dalam rangka memberikan pelayanan stroke sesuai standar.

Faktor Proses yang mempengaruhi NDR Stroke tahun 2014.

Berdasarkan wawancara mendalam tentang faktor faktor Proses diatas berdasarkan hasil wawancara mendalam,

kendala proses perawatan yang mempengaruhi NDR Stroke tahun 2014 dari yang terbanyak dikeluhkan informan adalah:

1. Kendala dalam melaksanakan instruksi dokter sebesar 54,84% dimana yang paling banyak adalah adanya kendala melaksanakan instruksi dengan adanya penolakan dari keluarga untuk dilakukan upaya maksimal yaitu pemasangan ventilator, pindah ke ICU, dan dilakukan RJP (Resusitasi Jantung dan Paru) akan tetapi ini pilihan keluarga yang harus kita hormati asalkan jangan lupa menuangkan kesepakatan itu dalam dokumen medis dan memberi gelang penanda untuk DNR (*Do Not Resusitasi*). Adanya kendala melakukan pemeriksaan penunjang dan penundaan operasi karena dokter hanya satu orang.
2. Kendala ada proses yang tidak dilaksanakan di bagian lain sebesar 30,65%, yang perlu kita perhatikan adalah adanya proses yang tidak dilakukan oleh IRD sebagai garda terdepan pemberi pertolongan yaitu: proses pemeriksaan penunjang yang tidak dilaksanakan di IRD, Pemasangan alat seperti ventilator, NGT dan DC. Serta Anamnesa yang kurang lengkap untuk membantu proses penegakan diagnose.
3. Ketidak sesuaian ruangan rawat inap sesuai indikasi yaitu 11,29%. Ketidak sesuaian ruang rawat mengakibatkan terjadinya pelayanan yang tidak standar karena secara keahlian SDM tidak maksimal untuk merawat pasien stroke dan peralatan tidak standar dimiliki oleh ruangan tersebut.
4. Kendala dalam melaksanakan terapi sebesar 6,45%, dimana terdapat satu kejadian yang harus menjadi perhatian agar tidak terjadi lagi yaitu adanya obat live sating yang habis di ruangan dan meminta keluarga peserta JKN Non PBI untuk membeli. Kendala terbanyak menurut informan adalah karena dampak adanya kebijakan BPJS akan tetapi RSKD sudah memiliki unit penjamin yang melakukan seleksi dan apabila memang diperlukan akan diberikan dan menjadi tanggungan RSKD, yang menjadi pertanyaan adalah apakah ini Jaminan kalau rakyat tidak dapat dijamin dan RSKD yang harus menanggung.

Sedangkan penyebab terjadinya HAIs di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sebagian besar dikarenakan faktor proses perawatan yang diakibatkan karena kurang disiplin pegawai dalam mematuhi SPO (Standar Prosedur Operasional) karena dalam hal pengetahuan SDM di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, peneliti merasakan bahwa hampir semua SDM RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sudah mengetahui dan paham masalah pencegahan terjadinya infeksi rumah sakit.

Hubungan antara Kondisi Kegawatan dan NDR Stroke Tahun 2014.

Dengan melakukan analisa terhadap hasil analisa dokumen rekam medik dan wawancara mendalam dapat kita lihat bahwa upaya pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan status resusitasi sudah dilakukan dengan maksimal oleh para pemberi pelayanan di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan telah dilaksanakannya upaya memberikan perawatan intensif di ICU, melakukan craniotomy pada sumber data yang memerlukan, dan penggunaan peralatan bantu yaitu ventilator, akan tetapi karena adanya kondisi pasien masuk yang kurang baik dan riwayat penyakitnya yang sudah dimiliki ditambah lagi adanya infeksi sehingga upaya upaya yang dilakukan tidak dapat menolong sumber data.

Sumber data dengan kategori Emergent pada penelitian ini hanya dirawat oleh DPJPI dan DPJP3 yang mendapat pelayanan pada ruang perawatan ICU 5 sumber data, Stroke Unit 5 sumber data dan IRNA 4 sumber data. Yang menarik adalah adanya 4 sumber data yang mendapat perawatan di IRNA. Terlihat ada upaya yang kurang maksimal dengan adanya pasien dengan kondisi emergen di rawat di IRNA dukungan dari manajemen agar "*Untuk pasien stroke memang sebaiknya dirawat di unit stroke karena perawat dan peralatan memang sudah kompeten*". Memang terdapat juga penolakan dari keluarga yang harus kita hormati.

Pada penelitian ini terdapat 5 sumber data yang masuk kategori Not Urgen dan ini merupakan total pasien Not Urgen pada NDR Stroke tahun 2014. Dari sumber data tersebut terdapat 3 sumber data yang dirawat di Instalasi Rawat Inap (IRNA) yaitu 1 di Anggrek hitam dan 2 di Flamboyan E, jika peneliti memberikan gambaran ruang IRNA terdiri dari kamar kamar dengan jumlah pasien yang relative banyak dimana perawat

tidak bisa melakukan pemantauan yang diperlukan pasien stroke yaitu pemantauan yang lebih ketat, berbeda dengan fasilitas yang ada di unit stroke yang dilengkapi dengan bedside monitor yang terhubung dengan monitor central yang dapat dipantau oleh perawat. Mengenai kurangnya fasilitas yang menghambat pasien Not Urgen. Unit stroke sebenarnya mampu merawat pasien tersebut akan tetapi ada penyebab lain yang memperberat kondisi sumber data sehingga dengan perawatan yang maksimalpun tidak dapat tertolong.

Dari uraian diatas dapat kita jadikan masukan untuk ke depan agar semua pasien stroke tidak ada lagi yang di rawat di IRNA karena secara SDM memerlukan keahlian khusus dan peralatan tidak standar untuk merawat pasien stroke. Berbeda dengan SDM yang ada di Unit Stroke dan ICU seperti komentar DPJP1 "*Keterbatasan SDM di ICU tidak ada mereka sudah terlatih untuk menangani pasien intensif*" dan komentar DPJP3 "*Tidak ada karena dokter dan perawat sudah terbiasa dan mampu menangani kasus kasus seperti ini*". Akan tetapi manajemen berpendapat bahwa perlu adanya peningkatan kompetensi SDM dokter mengingat perkembangan ilmu sekarang dengan Neuro Interfensi.

Upaya Peningkatan Pelayanan Untuk Mencegah Kasus Kematian Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Dari uraian diatas bahwa struktur dan proses saling berkaitan dalam mempengaruhi NDR Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan oleh karena itu ada beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kematian Stroke yaitu:

Perlunya sosialisasi dan edukasi bagi masyarakat tentang pentingnya mengetahui gejala stroke, cara penanganan dan evakuasi pasien ke fasilitas kesehatan serta pentingnya "golden periode" untuk mengatasi fase akut stroke.

- a. Meningkatkan tingkat kemampuan perawat IRD dan dokter IRD dalam melakukan anamnesa yang lengkap dan teliti tentang kejadian, kondisi dan riwayat penyakit sehingga diagnose awal mendekati diagnose sebenarnya sehingga masalah yang timbul dapat segera diatasi dengan pengobatan yang tepat.
- b. Meningkatkan kompetensi SDM ruang stroke unit dengan pelatihan BNLS.

- c. Tidak ada lagi pasien stroke yang dirawat di IRNA.
- d. Meningkatkan upaya pemeliharaan peralatan penunjang yaitu alat CT Scan dan Menjamin CT Scan beroperasi 24 jam.
- e. Sebagai pelayanan unggulan stroke di Kalimantan Timur sudah sepantasnya pelayanan stroke dilengkapi dengan sarana Neuro ICU.
- f. Menetapkan kebijakan tatalaksana perawatan stroke dengan sebuah Panduan Praktek Klinik Stroke.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelayanan stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sudah baik akan tetapi sebagai pelayanan unggulan maka perlu peningkatan pelayanan dengan melihat kekurangan dari hasil analisa struktur dan proses yang menjadi faktor penyebab kematian lebih dari 48 jam pasien stroke dalam rangka menjadikan RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan benar benar menjadi center pelayanan stroke untuk Kalimantan Timur.

Faktor struktur mempengaruhi proses, adanya kekurangan pada faktor struktur mempengaruhi terjadinya kendala dalam proses perawatan yang tidak maksimal. Kendala di fasilitas dan kurangnya serta belum tersertifikasi SDM akan mempengaruhi standar proses pelayanan. Adanya Kebijakan dan Protab pelayanan yang kurang sosialisasi dan belum dibuat sebagai peraturan direktur mengakibatkan proses perawatan pasien tidak dirawat di ruangan yang khusus merawat stroke. Yang terpenting dari proses adalah kepatuhan SDM terhadap SPO saat melaksanakan pelayanan.

Saran

Upaya Upaya perbaikan yang dapat dilakukan untuk mningkatkan pelayanan stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan :

1. Faktor Strukur.
 - a. Pasien
 - Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) kepada keluarga pasien stroke sebelum dipulangkan dari rumah sakit lebih ditingkatkan

agar rutin melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan dan bila ada keluhan segera ke rumah sakit. Rujukan balik ke PPK tingkat I lebih ditekankan agar kontrol secara lebih teratur dengan program kemitraan antara RSKD dengan Fasyankes dan dokter keluarga.

b. Fasilitas

- Memenuhi standar fasilitas dan Meningkatkan program pemeliharaan peralatan penunjang dengan kontrak servis.

c. Kebijakan

- Penetapan Panduan Praktek Klinik Stroke yang memuat juga bahwa mulai dari IRD pasien dengan indikasi stroke langsung di rawat di unit stroke dengan peraturan direktur.
- Melengkapi SPO KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) serta membuat SPO pelayanan stroke yang belum ada.

d. Sumber Daya Manusia (SDM)

- Penambahan tenaga dokter spesialis syaraf dan dokter spesialis bedah syaraf.
- Meningkatkan kemampuan dokter spesialis dengan pelatihan neuro interfensi, meningkatkan kemampuan anamnesa bagi perawat dan Dokter IRD. Peningkatan kemampuan SDM perawat di IRD dan Unit Stroke dengan pelatihan BNLS (*Basic Neurology Life Support*) dan Dokter IRD dengan ANLS (*Advanced Neurology Life Support*).
- Peningkatan kemampuan Bidang Diklat RSKD untuk menjadi Lembaga Sertifikasi Profesi Keperawatan dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan peningkatan SDM keperawatan dan dapat menjadi center pelatihan keperawatan di Kalimantan Timur.

e. Proses

- Pelayanan satu atap khusus pasien stroke dari mulai Rawat Inap, Bedah, Trombolitik terapi sampai Rehabilitasi. Di IRD hanya menyeleksi indikasi stroke saja dan langsung di bawa ke unit stroke untuk mengejar golden periode.

- Meningkatkan kepatuhan para SDM untuk melaksanakan pelayanan sesuai SPO (Standar Prosedur Operating).
- Meningkatkan upaya pencegahan Infeksi Rumah Sakit atau HAIs dengan peningkatan budaya pelayanan berbasis Pasien Safety, Sosialisasi Pelaporan, Sosialisasi Kewaspadaan Standar dan Pemenuhan ABHP (Alat dan bahan habis pakai) untuk meminimalisir Infeksi Rumah Sakit.

2. Pelayanan satu atap khusus pasien stroke dari mulai Penanganan kegawatan, Pemeriksaan penunjang, Rawat Inap, Neuro ICU, Bedah, Trombolitik terapi sampai Rehabilitasi. Di IRD hanya menyeleksi indikasi stroke saja dan langsung di bawa ke unit stroke untuk mengejar golden periode.

3. Menggiatkan kembali audit kematian di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bustani.2011.*Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Aksesibilitasnya*.ERLANGGA. Jakarta.
- Donabedian, Avedis. 1980. *The Definition Of Quality And Approaches To Its Assessment*. Health Administration Press. Michigan.
- Ditjent Pelayanan Medis. 2006. *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Depkes RI. Jakarta.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Teknis Medis. 2011. *Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Teknis Medis.2011. *Standar Pelayanan Keperawatan ICU Di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Teknis Medis.2012. *Standar Pelayanan Keperawatan Stroke*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Ilyas, Yalis.2012. *Kinerja Teori, penilaian dan penelitian*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Junadi, Iskandar. 2011. *Stroke waspadai Ancamannya*. Yogyakarta, Andi Offset.
- Kementerian Kesehatan RI .2011. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Pohan. Imbalo S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan Dasar-Dasar: Pengertian dan Penerapan*. EGC. Jakarta.
- Pusat Sarana Prasarana dan Peralatan.2010. *Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Wahjoeparamono, Elka J. 2005. *Stroke tatalaksana Fase Akut*. Fakultas kedokteran Universitas Pelita Harapan. Jakarta.

Tabel 1. Distribusi Jumlah Total NDR Berdasarkan Ruangan Tempat Meninggal Tahun 2014

No	Uraian	Jumlah	%
1	ICU & ICCU	30	53.57
2	TERATAI / STROKE UNIT	16	28.57
3	IRNA	10	17.86
Total		56	100.00

Sumber: Bidang Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 2. Distribusi NDR Stroke Berdasarkan Cara Bayar Tahun 2014

No	Cara Bayar	Jumlah	%
1	PBI	11	19.64
2	Non PBI	35	62.50
3	Tunai	2	3.57
4	Perusahaan	1	1.79
5	Jaminan Kabupaten/Kota	7	12.50
Total		56	100.00

Sumber: Bidang Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 3. Distribusi Pasien NDR Stroke Berdasarkan Umur Tahun 2014

No	Umur	Jumlah	%
1	40 tahun - 49 tahun	7	12.50
2	50 tahun - 59 tahun	16	28.57
3	60 tahun - 69 tahun	23	41.07
4	70 tahun - 79 tahun	7	12.50
5	80 tahun - Lebih	3	5.36
JUMLAH		56	100.00

Sumber: Bidang Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 4. Distribusi Sumber Data Berdasarkan Status Pasien Masuk

No	Status Pasien Masuk	NDR	
		Jumlah	%
1	Rujukan	7	22.58
2	Datang Sendiri	24	77.42
Jumlah		31	100.00

Sumber: Bidang Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 5. Distribusi Sumber Data Berdasarkan Riwayat Penyakit

No	Riwayat Penyakit	NDR	
		Jumlah	%
1	Pasca Stroke (Stroke Ulangan)	15	48.39
2	CKD (Cronik Kidney Deasease)	1	3.23
3	Hipertensi	11	35.48
4	Penyakit lain (Asam Urat dan Prostat)	2	6.45
5	Riwayat sakit tidak diketahui tapi masuk dengan Herpes	1	3.23
6	Gasteritis	1	3.23
TOTAL		31	100.00

Sumber: Analisa Dokumen Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 6. Distribusi Pengaruh Kondisi Sumber Data Saat Masuk Tahun 2014

No	Informan	Kondisi Pasien Masuk Sangat Berpengaruh			
		Ya	%	Tidak	%
1	DPJP1	11	17.74	0	0.00
2	DPJP2	2	3.23	0	0.00
3	DPJP3	14	22.58	4	6.45
4	P1	14	22.58	1	1.61
5	P2	2	3.23	0	0.00
6	P3	5	8.06	2	3.23
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	2	3.23	0	0.00
9	P6	4	6.45	0	0.00
		54	87.10	8	12.90

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 7. Distribusi Keterbatasan keahlian SDM RSKD Hasil Tahun 2014

NO	INFORMAN	Ada Keterbatasan Keahlian SDM			
		YA	%	TIDAK	%
1	DPJP1	1	1.61	10	16.13
2	DPJP2	0	0.00	2	3.23
3	DPJP3	0	0.00	18	29.03
4	P1	0	0.00	15	24.19
5	P2	0	0.00	2	3.23
6	P3	1	1.61	6	9.68
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	1	1.61	1	1.61
9	P6	4	6.45	0	0.00
		7	11.29	55	88.71

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 8. Distribusi Sumber Data Berdasarkan Kendala Fasilitas Hasil Analisa Dokumen Rekam Medik

No	Kendala Fasilitas	Jumlah	%
1	CT Scan Rusak dilakukan di RS lain	1	3.23
2	CT Scan Rusak dilakukan penundaan hari	1	3.23
3	Tidak terlihat kendala di dokumen Rekam Medik	29	93.55
Jumlah		31	100.00

Sumber: Analisa Dokumen Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 9. Distribusi Keterbatasan Fasilitas Tahun 2014

No	Informan	Keterbatasan Fasilitas Dan Peralatan, Sarna Dan Prasarana			
		Ya	%	Tidak	%
1	DPJP1	2	3.23	9	14.52
2	DPJP2	0	0.00	2	3.23
3	DPJP3	1	1.61	17	27.42
4	P1	3	4.84	12	19.35
5	P2	0	0.00	2	3.23
6	P3	3	4.84	4	6.45
7	P4	1	1.61	0	0.00
8	P5	1	0.00	1	6.45
9	P6	4	6.45	0	0.00
Total		15	24.19	47	75.81

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 10. Distribusi Prosedur dan Kebijakan yang Menghambat Perawatan Pasien Stroke di RSKD Balikpapan Tahun 2014

No	Informan	Prosedur dan Kebijakan Yang Menghambat			
		Ya	%	Tidak	%
1	DPJP1	0	0.00	11	17.74
2	DPJP2	0	0.00	2	3.23
3	DPJP3	3	4.84	16	25.81
4	P1	5	8.06	10	16.13
5	P2	0	0.00	2	3.23
6	P3	4	6.45	3	4.84
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	0	0.00	2	3.23
9	P6	0	0.00	4	6.45
Total		12	19.35	51	82.26

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 11. Distribusi Sumber Data Berdasarkan Kendala Faktor Proses Pelayanan Di IRD RSKD

No	Jenis Kendala Di Ird	Jumlah	%
1	Kesulitan Menghubungi DPJP	1	3.23
2	Kendala Pemeriksaan Penunjang	4	12.90
3	Tidak ada kendala	26	83.87
Jumlah		31	100.00

Sumber: Analisa dokumen Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 12. Distribusi Pasien Dirawat Tidak Sesuai Indikasi Tahun 2014

No	Informan	Pasien Dirawat Tdk Sesuai Indikasi Masuk Ruang			
		Ya	%	Tidak	%
1	DPJP1	1	1.61	10	16.13
2	DPJP2	0	0.00	2	3.23
3	DPJP3	1	1.61	17	27.42
4	P1	1	1.61	14	22.58
5	P2	0	0.00	2	3.23
6	P3	1	1.61	6	9.68
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	2	1.61	0	4.84
9	P6	1	3.23	3	0.00
Total		7	11.29	55	88.71

Sumber data: Hasil Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015.

Tabel 13. Distribusi Proses Yang Tidak Dilakukan Bagian Lain Tahun 2014

No	Informan	Ada Proses Pelayanan yang Tidak Dilakukan Bagian Lain			
		Ya	%	Tidak	%
1	Dpjp1	2	3.23	9	14.52
2	Dpjp2	0	0.00	2	3.23
3	Dpjp3	1	1.61	17	27.42
4	P1	4	6.45	11	17.74
5	P2	2	3.23	0	0.00
6	P3	6	9.68	1	1.61
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	1	4.84	1	1.61
9	P6	3	1.61	1	1.61
TOTAL		19	30.65	43	69.35

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel14. Distribusi Kendala Menjalankan Terapi Tahun 2014.

No	Informan	Kendala Proses Tdk Dapat Dilaksanakan Terapi			
		ya	%	tidak	%
1	DPJP1	0	0.00	11	17.74
2	DPJP2	0	0.00	2	3.23
3	DPJP3	2	3.23	16	25.81
4	P1	0	0.00	15	24.19
5	P2	0	0.00	2	3.23
6	P3	1	1.61	6	9.68
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	0	0.00	2	3.23
9	P6	0	0.00	4	6.45
TOTAL		3	4.84	59	95.16

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 15. Distribusi Kendala Tidak Dapat Menjalankan Instruksi Dokter Tahun 2014.

No	Informan	Kendala Tdk Dapat Menjalankan Seluruh Instruksi Dokter			
		Ya	%	Tidak	%
1	DPJP1	8	12.90	3	4.84
2	DPJP2	1	1.61	1	1.61
3	DPJP3	6	9.68	12	19.35
4	P1	8	12.90	7	11.29
5	P2	1	1.61	1	1.61
6	P3	6	9.68	1	1.61
7	P4	0	0.00	1	1.61
8	P5	1	1.61	1	1.61
9	P6	3	4.84	1	1.61
TOTAL		34	54.84	28	45.16

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015

Tabel 16. Distribusi Sumber data Berdasarkan Data Kejadian HAIs Hasil Analisa Dokumen Rekam Medik.

No	Kejadian HAIs	Jumlah	%
1	Tidak ada diagnosa HAIs	9	29.03
2	Bukan HAIs/Infeksi dari Rumah	10	32.26
3	HAIs di RSKD	8	25.81
4	HAIs dari Fasyankes Lain	4	12.90
Jumlah		31	100.00

Sumber: Analisa Dokumen Rekam Medik RSKD BPP Tahun 2014

Tabel 17. Distribusi Sumber

NO	JENIS HAIs	RSKD	%	Fasyan Kes Lain	%	JML	%
1	HAP (<i>Hospital Aquired Pneumoni</i>)	4	33.33	2	16.67	6	50
2	VAP(<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)	1	8.33		0.00	1	8.33
3	VAP DAN DECUBITUS		0.00	1	8.33	1	8.33
4	ISK (<i>Infeksi Saluran Kemih</i>)	1	8.33		0.00	1	8.33
5	ILO (<i>Infeksi Luka Operasi</i>)		0.00		0.00	0	0.00
6	DECUBITUS	1	8.33		0.00	1	8.33
7	SEPSIS		0.00	1	8.33	1	8.33
8	PLEBITIS	1	8.33		0.00	1	8.33
		8	66.67	4	33.33	12	100

Catatan: data berdasarkan jenis HAIs dan tempat kejadian

Tabel 18. Distribusi Faktor Penyebab HAIs Hasil tahun 2014

NO	INFORMAN	STRUKTUR		PROSES		STRUKTUR & PROSES	
		JML	%	JML	%	JML	%
1	DPJP1	0	0	2	12.5	1	6.25
2	DPJP2	1	6.25	0	0	0	0
3	DPJP3	0	0	4	25	0	0
4	P1	0	0	1	6.25	1	6.25
5	P2	0	0	1	6.25	0	0
6	P3	2	12.5	0	0	0	0
7	P4	0	0	0	0	0	0
8	P5	1	6.25	1	6.25	0	0
9	P6	1	6.25	0	0	0	0
	TOTAL	5	31.25	9	56.25	2	12.5

Sumber: Wawancara Mendalam RSKD BPP Tahun 2015