Tata Kelola dan Kepatuhan Penerapan Standar *Patient Safety* Penyakit Stroke di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

Edy Iskandar

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

**Email: dr.edy.iskandar.sppd@gmail.com*

ABSTRAK

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Tata kelola *Patient Safety* pada penyakit Stroke adalah penyusunan Standar Patient Safety untuk diterapkan pada pasien Stroke yang dirawat inap di RSKD. Sepuluh Standar Patient Safety yang diteliti adalah Identifikasi Pasien, Komunikasi Efektif, Obat High Alert, Ketepatan Pasien, Prosedur dan Lokasi Operasi, Hand Hygiene, Risiko Pasien Jatuh, Nama Obat Rupa Mirip, Akurasi Pemakaian Obat, Pemasangan Kateter/ Selang, Spuit Sekali Pakai merupakan kombinasi dari Solusi Keselamatan Pasien WHO dan Sasaran Keselamatan Pasien Internasional. Dalam penelitian ini, berhasil disusun Tatakelola *Patient Safety (Patient Safety Pathway)* penyakit Stroke di RSKD dan dianalisis kepatuhan penerapannya nya.

Kata kunci: *patient safety, patient safety pathway,* standar patient safety, penyakit stroke.

ABSTRACT

Patient Safety is a system in which hospitals make patient care safer and to prevent injuries caused by medical error due to an action or not taking action that should be taken. The Management of Patient Safety is the Pathway set up as the Patient Safety Standard to be implemented for Stroke disease at Kanujoso Djatiwibowo Hospital Ten Patient Safety standard being studied are Patient Identification, Effective Communication, High Alert Medications, Accuracy of Patient, Procedure and Location of Operation, Hand Hygiene, Fall Risk Patient, Look alike Sound alike Drugs, Accuracy of Drug use, Catheter or Hoses Installation and Disposable syringes, this standard is the combination from The Solution of Patient Safety WHO and The International Patient Safety Goals. This study has successfully formed a Patient Safety Pathway for Stroke disease and analyse the implementation the standard as well.

Keywords: *patient safety, patient safety pathway, patient safety standard, stroke disease.*

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan tempat yang sangat kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan test dan prosedur, banyak terdapat alat dan teknologi, bermacam profesi dan non profesi yang memberikan pelayanan pasien selama 24 jam secara terus - menerus, di mana keberagaman dan kerumitan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Insiden Keselamatan Pasien bisa berupa Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse event*) (Depkes 2008).

Isu keselamatan pasien merupakan salah satu isu utama dalam pelayanan kesehatan. *Patient safety* merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan. Berbagai risiko akibat

tindakan medik dapat terjadi sebagai bagian dari pelayanan kepada pasien. Ternyata mutu pelayanan saja tidak cukup. Proses hukum di Rumah Sakit sangat meningkat. Rumah Sakit dan Profesi gencar menjadi sasaran serangan tudingan. Keselamatan pasien mengubah *blaming culture* ke *safety culture* dan mengurangi litigasi di Rumah Sakit. (Hillary Clinton and Barack Obama 2006)

World Health Organization (WHO) pada tahun 2004 mengumpulkan angka - angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3.2 – 16,6%. Data tersebut menjadikan pemicu berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien (DepKes 2008).

Keselamatan pasien di rumah sakit kemudian menjadi isu penting karena banyaknya kasus *medical error* yang terjadi di berbagai negara. Setiap tahun di Amerika hampir 100.000 pasien yang dirawat di rumah sakit meninggal akibat *medical error*, selain itu penelitian juga membuktikan bahwa kematian akibat cidera medis 50% di antaranya sebenarnya dapat dicegah . *Institut of Mediciene* (IOM) Amerika Serikat tahun 2000 menerbitkan laporan "*To Err is Human, Building to Safer Health System*" yang menyebuntukan bahwa rumah sakit di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9% dan 6,6% di antaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% di antaranya meninggal. Lebih lanjut, angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika Serikat berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 jiwa sampai 98.000 jiwa. Selain itu publikasi WHO tahun 2004 menyatakan KTD dengan rentang 3,2 -16,6% pada rumah sakit di berbagai Negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia (Depkes 2006).

Data di Indonesia tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) masih langka, namum di lain pihak terjadi peningkatan tuduhan "mal praktek", yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Insiden keselamatan pasien terjadi sebanyak 28.3% terkait pelayanan perawat. Perawat haruslah menyadari perannya sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *patient safety*. Kerja keras perawat tidak dapat mencapai level optimal jika tidak didukung dengan sarana prasarana akan mengancam keselamatan pasien. (Hamdani 2010)

Pengambilan data awal yang diperoleh dari RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo yang mengindikasikan adanya KTD. Hal ini sebagaimana dalam laporan kinerja di Rumah Sakit pada bulan Januari-September tahun 2014 menunjukkan adanya rata-rata HAIs berupa Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) Plebitis sebesar 7,62% dengan faktor risiko lama pemasangan alat dan terapi cairan bermolekul besar. Kejadian pasien jatuh sebanyak 4 orang meskipun tidak mengakibatkan cacat atau meninggal. Kejadian sentinel dilaporkan terjadi 2 kasus. Adapun disebuntukan bahwa perilaku kebersihan tangan dalam pencegahan infeksi belum menjadi budaya pada sebagian petugas Rumah Sakit (RSKD KMKP, 2014).

Stroke merupakan penyakit terbanyak dan membutuhkan biaya pengobatan terbesar di antara penyakit penyakit lainnya di bidang Neurologi. Penyakit Stroke ini sangat membutuhkan perhatian secara khusus dikarenakan tingkat ketergantungan pasien terhadap asuhan keperawatan sangat tinggi. (Gani, Rivani 2005)

Saat ini belum pernah disusun *patient safety pathway* di RSKD, terutama patient *safety pathway* untuk penyakit Stroke dan bagaimana kapatuhan penerapan standar *patient Safety* tersebut.

TINJAUAN PUSTAKA

Patient Safety atau Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. (KKP RS, 2007).

Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang

seharusnya dilakukan (Depkes, 2006).

Kepatuhan adalah mengikuti suatu standar yang telah diatur dengan jelas yang biasanya diterbitkan oleh lembaga atau organisasi yang berwenang dalam suatu bidang tertentu. Lingkup suatu aturan dapat bersifat Nasional atau Internasional.

Tata Kelola adalah rangkaian proses, kebiasaan, kebijakan, aturan dan institusi yang mempengaruhi proses pengarahan, pengelolaan serta pengontrolan suatu korporasi (Arafat, Wilson, Mohamad Fajri 2009) Adapun tujuan dari keselamatan pasien di rumah sakit di antaranya adalah sebagai berikut: (KKPRS, 2007)

a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
c. Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit.
d. Terlaksananya program pencegahan, sehingga Insiden Keselamatan Pasien dapat dihindari.

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Adapun Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (depkes, 2008)*.

Sembilan solusi keselamatan Pasien di RS (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety*, 2 May 2007), yaitu:

1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look alike, sound alike medication names atau LASA*)
2) Pastikan identifikasi pasien
3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5) Kendalikan cairan elektrolit pekat
6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7) Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8) Gunakan alat injeksi sekali pakai
9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Enam Sasaran Internasional Keselamatan Pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut: (JCI, 2011)
Sasaran 1: Ketepatan Identifikasi Pasien
Sasaran 2: Peningkatan Komunikasi yang Efektif
Sasaran 3: Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)
Sasaran 4: Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi
Sasaran 5: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Sasaran 6: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Definisi Stroke menurut WHO *Task Force in Stroke and other Cerebrovascular Disease* (1989) adalah suatu gangguan disfungsi neurologik akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah, dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau setidak-tidaknya secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah fokal otak yang terganggu (WHO, 1989).

METODE PENELITIAN

Berdasarkan teori yang ada maka dibuat kerangka konsep untuk menyusun Tata Kelola dan Standar Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) pada diagnosis Stroke mulai masuk Rumah Sakit sampai selesai perawatan pulang kemudian dilakukan analisis kepatuhan penerapan standar keselamatan pasien dari *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety* (2007) dikombinasikan dengan *International Patient Safety Goals* dari JCI (2011) yang menjadi Variabel penelitian

Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan rancangan berdasarkan data prospektif dan kualitatif berdasarkan data primer melalui observasi dan wawancara dengan farmasi, dokter, perawat. Penelitian dilaksanakan pada bagian Rekam Medik, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap atau Unit Stroke, *Intensif Care Unit*, kamar bedah,

dan Instalasi Farmasi, Penelitian dilaksanakan bulan Febuari sampai Maret tahun 2015. Sampel adalah semua pasien Unit Stroke dengan diagnosis Stroke/

Kriteria inklusi: Pasien dengan diagnosis datang dan pulang dengan Stroke, Pasien yang perawatannya sampai selesai/pulang seijin dokter. Kriteria eksklusi: pasien Stroke tidak selesai masa perawatan.

Data yang akan dikumpulkan digolongkan ke dalam data Primer dan data Sekunder. Data primer diperoleh dan dikumpulkan dengan mengadakan observasi dan wawancara mendalam dengan dokter dan perawat dan petugas farmasi yang terlibat dalam penelitian ini .Data sekunder diperoleh dengan membuat formulir isian dari Rekam Medik pasien rawat inap dengan diagnosis Stroke selama bulan Febuari sampai Maret 2015.

Instrument pada penelitian ini adalah *Template* Tata Kelola *Patient Safety*, serta pedoman wawancara. Langkah langkah dalam pengumpulan data:

- Tahap 1. Penyusunan data tata kelola dari observasi, bertujuan untuk menyusun tata kelola patient safety dengan cara membuat formulir pengumpulan data. Data semua aktifitas pasien dari mulai pendaftaran sampai pulang dipindahkan ke formulir isian.
- Tahap 2. Menggolongkan data tata kelola standar *patient safety* di masing masing tempat pelayanan dan hasil wawancara dengan dokter dan paramedis.
- Tahap 3. Pengumpulan semua data yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan standar *patien safety* yang dikumpulkan meliputi data pelaksanaan patient safety yang bertujuan untuk mendapatkan kepatuhan penatalaksanaan patient safety pada penyakit Stroke dari masing masing instalasi pelayanan
- Tahap 4. Mengumpulkan data aktifitas yang berhubungan dengan tindakan *patient safety* termasuk obat atau bahan dan alat yang digunakan
- Tahap 5. Melakukan skoring atau penilaian terhadap penerapan kepatuhan kegiatan penatalaksanaan patien safety di masing masing standar

Data yang didapat melalui formulir isian dikumpulkan dan diperiksa kembali untuk mengetahui kelengkapan pengisian data yang kurang sesuai pengisiannya ataupun kurang lengkap akan dieleminir sehingga data yang ada dapat dianalisis

Analisis data dilakukan secara deskriptif terdiri dari: Analisa Univariat untuk melihat gambaran distribusi frekuensi, proporsi, median, nilai terbanyak, masing masing variabel. Hasil disajikan bentuk tabel. Analisa penerapan standar patien safety untuk melihat tingkat kepatuhan penerapan *patient safety*. Hasil disajikan bentuk tabel dan grafik

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data temunan hasil penelitian (tabel 7), identifikasi pasien sudah dilakukan dengan baik, yaitu tercapai sebagian sebanyak 82,14% (115/140 x 100%). Kepatuhan pemasangan gelang sudah dilakukan dengan baik di ruangan IRD maupun IRJA, hanya penulisan masih menggunakan spidol tahan air. Melakukan identifikasi sebelum memberikan obat dan melakukan identifikasi sebelum visite dokter belum terlaksana dengan baik. Identifikasi yang dilakukan kebanyakan secara verbal sedangkan untuk secara visual masih belum optimal atau mencocokan dengan gelang pasien.

Hand hygiene dilakukan di semua ruangan sesuai standar WHO yaitu 6 langkah, kebersihan tangan dilakukan saat melakukan pada 5 momen. Hasil penilaian kepatuhan masih kurang baik di mana baru tercapai sebagian yaitu sebanyak 66,67% (40/60 x 100%). *Hand hygiene* yang sering tidak dilakukan pada saat akan kontak dengan pasien baik oleh dokter maupun perawat. Perawat sesudah melakukan tindakan hand hygiene tetapi sebelum kontak dengan pasien belum terbiasa melakukan hand hygiene, sedangkan dokter sebelum memeriksa pasien melakukan hand hygiene tetapi terkadang lupa setelah memeriksa pasien (tabel 8).

Komunikasi efektif yang dilakukan yaitu komunikasi melalui telepon masih kurang baik karena tercapai sebagian yaitu sebanyak 57,13% (80/140 x 100%). Saat dokter jaga atau perawat melakukan komunikasi lewat telepon dan melakukan konfirmasi ke dokter

DPJP kemudian melakukan stempel TBaK sebagai bukti telah melakukan pembacaan ulang *(read back)* dan akan dimintakan paraf DPJP 1 x 24 jam kemudian. Kadang-kadang hal ini masih belum dilakukan terutama saat konfirmasi kembali, di mana dokter jaga atau perawat setelah mendapatkan intruksi langsung memberikan stempel TBaK (data ditampilkan pada tabel 9).

Hasil koonsultasi melalui telepon tidak diverifikasi kembali oleh dokter yang memberikan instruksi karena dokter jaga tidak melakukan visite ke ruangan tersebut dan dokter spesialis tidak diingatkan dan ada sebagian kecil yang enggan tanda tangan melakukan verifikasi dan juga membubuhkan tanda tangan.

Kepatuhan pelaksanaan *sign in, time out dan sign out* masih kurang baik dengan hasil tercapai sebagian sebanyak 62,5% (25/40 x 100%). Hal ini dikarenakan pelaksanaan prosedur cek list keselamatan pasien sudah dilakukan dengan cukup baik, tetapi pengisian lembar cek list sebagai dokumentasi masih banyak yang belum ditulis atau terisi. Dokter operator belum terbiasa melakukan site marking di ruangan saat persiapan pasien tetapi dilakukan di atas meja operasi.

Obat-obatan NORUM banyak yang digunakan atau dikonsumsi pasien stroke. Kepatuhan penerapan obat NORUM masih kurang baik tercapai sebagian sebanyak 55,56% (50/80 x 100%). Dokter dan perawat masih belum banyak mengetahui tentang obat-obatan LASA karena belum ada daftar obat LASA di rumah sakit. Sticker NORUM hanya terpasang di farmasi (data ditampilkan pada tabel 11).
Kepatuhan penerapan untuk obat *high alert* masih kurang baik, di mana baru tercapai sebagian yaitu sebanyak 66,67% (60/90 x 100%) . Obat *high alert* yang sering dipakai pada pasien stroke dengan penyakit penyerta Diabetes Melitus adalah insulin. Untuk elektrolit pekat hampir jarang digunakan dan tidak ditemukan tersimpan di unit stroke. Obat *high alert* di ruangan diletakkan masih tercampur dengan obat lain dan di dalam tempat obat pasien itu sendiri. Bercampurnya tempat penyimpanan obat *high alert* dengan obat lainnya dapat menyebabkan keliru obat yang dapat mengakibatkan KTD/*Sentinel event* bila tidak disiapkan dan dikelola dengan baik (data ditampilkan pada tabel 12).

Untuk kepatuhan penerapan akurasi obat tercapai penuh dengan nilai 83,33% (50/60 x 100%), di mana akurasi obat dilakukan dengan pencatatan obat setelah diberikan kepada pasien sebagai dokumentasi. Obat yang akan diberikan kepada pasien ditulis di daftar pemberian obat oleh dokter. Perawat setelah memberikan obat mencatat atau mendokumentasikan di daftar pemberian obat. Saat serah terima pasien sebagai catatan untuk operan pemberian obat baik antar ruangan maupun saat pasien dipindah (data ditampilkan pada tabel 13).

Di RSKD penggunaan spuit sekali pakai sudah tercapai penuh 100% (110/110 x 100%), sudah ada SPO penggunaan alat suntik sekali pakai untuk mencegah penyakit menular. Spuit sekali pakai dilakukan untuk pengambilan sampel darah dan pemberian obat injeksi. Spuit setelah dipakai langsung dibuang untuk mencegah terjadi penularan dan infeksi (data ditampilkan pada tabel 14).

Kepatuhan pemasangan kateter/selang tercapai penuh dengan hasil 92,86% (65/70 x 100%). Kateterisasi dilakukan bila dokter memberi intruksi pemasangan kateter maka kateter segera dipasang oleh petugas saat itu. Sebelum pemasangan kateter dilakukan kebersihan tangan, siapakan alat, identifikasi pasien lalu pasang kateter.

Pasien stroke yang dirawat tidak semua terpasang kateter, yang terpasang kateter yaitu pasien stroke yang inkotinensia, tidak bisa buang air kecil spontan, pasien yang ada dekubitusnya dan untuk *balance* cairan. Pemasangan kateter dan selang NGT pada pasien stroke dilakukan oleh perawat sudah sesuai SPO (data ditampilkan pada tabel 15).

Kepatuhan risiko jatuh tercapai penuh sebanyak 88,89% (160/180 x 100%), pencegahan jatuh dilakukan di semua ruangan setelah dilakukan assesmen pasien jatuh bila pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor > 50 (skor *Morse Fall*) maka pasien dilakukan pemasangan klip risiko jatuh berwarna kuning, diberi tanda segitiga jatuh di tempat tidur pasien dan diberikan edukasi

pasien jatuh. Semua kasus stroke dirawat di unit stroke sudah mendapatkan perhatian lebih untuk melakukan pencegahan pasien jatuh (data ditampilkan pada gambar 1).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Secara umum, dapat disimpulkan bahwa: Tatakelola *patient Safety* pada penyakit Strok di RSKD belum pernah ada. Dalam penelitian ini berhasil disusun Tatakelola *patient safety* penyakit Strok. Kepatuhan penerapan sasaran *patient safety* penyakit Strok di RSKD belum optimal. Dari 10 sasaran *patient safety* yang mencapai kepatuhan **BAIK** sesuai standar ada 5 yaitu: Identifikasi Pasien, Risiko Pasien Jatuh, Akurasi pemberian obat, Pemasangan keteter/ Selang, Spuit sekali pakai. Sedangkan kepatuhan **KURANG BAIK** yaitu: Obat *high Alert*, Komunikasi Efektif, Ketepatan Operasi, Risiko infeksi, Obat Mirip

Saran

Saran kebijakan: Meningkatkan budaya *Patient Safety* di RS, Membuat SK, Peraturan Direktur, kebijakan, pedoman dan SOP terkait dengan program *Patient Safety* yg blm diatur, Komite Mutu & Keselamatan Pasien mengembangkan program *Patient Safety* dan program pencegahan, Membuat *Patient Safety Pathway* untuk penyakit lainnya di RS (penyakit terbanyak, berbiaya mahal, berrisiko tinggi).

Saran Operasional untuk Komunikasi Efektif**:** Melakukan review kepada perawat tentang standar prosedur komunikasi efektif, Melakukan sosialisasi ulang kepatuhan verifikasi dengan pengisian Tbak 1 x 24 jam oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien, Memanfaatkan sistem Tekhnologi Informasi Rumah Sakit untuk mengirimkan laporan hasil laborat kritis dari Lab ke layar komputer yg terdapat di unit pelayanan . Obat *High Alert* : Bagian Farmasi segera membuat daftar obat *high* alert dan panduan pemakaiannya, Membuat daftar obat-obat *high alert* yg boleh disimpan ditempat tertentu (unit pelayanan atau Strok) sesuai ketentuan, Memasang Stiker untuk semua obat *high alert* , RS menyediakan rak khusus di Unit Stroke untuk penempatan obat *high alert* yg diperbolehkan dan diberi tanda khusus atau nama. Ketepatan Operasi : Penandaan lokasi pembedahan (*site marking*) harus sdh dilakukan ketika pasien msh di rawat inap dan yg memberi tanda hanya boleh oleh Dokter Spesialis, Perlu diadakan supervisi dan koordinasi pada Tim Bedah thd pelaksanaan prosedur *Sign in, Time out, dan Sign out* di kamar Operasi, Sosialisasi ulang ketaatan pelaksanaan pengisian lembar Cek list sesuai ketentuan SPO Bedah. Risiko Infeksi: Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi melakukan supervisi ke Unit Strok dan melakukan review cara cuci tangan yg benar sesuai SPO cuci tangan pd *Five Moment*. Melakukan koordinasi komite PPI dg Kepala Unit Strok dan Dokter Spesialis untuk menerapkan kepatuhan cuci tangan yg benar. Obat Mirip (NORUM atau LASA): Pihak Farmasi segera membuat Daftar Obat NORUM atau LASA yang disesuaikan dengan ketersediaan obat-obat di RSKD dan di tempatkan di Unit Pelayanan/ Strok, Penulisan Resep dari unit layanan ke Depo Farmasi , sebaiknya memakai sistem IT yg ada di RSKD. Resep Elektronik harus di ketik sendiri oleh Dokter Spesialis atau minimal Dokter Ruangan sebagai upaya untuk menghidari kesalahan peresepan

DAFTAR PUSTAKA

Adams, RD; IVctor, M: *Cerebrovascular in Principles of Neurology*, 7th ed, USA, Mc Graw Hill Book Co, 2001, page 821 – 829.

Aliah A, Kuswara FF, Limoa RA, Wuysang G, Gambaran Umum Tentang Gangguan.

Arafat, Wilson, Mohamad Fajri. Smart Strategyfor 360 degree GCG (Good Corporate Governance) Oktober 2009.

Aminoff MJ, *Clinical Diagnosis of Acute Stroke Syndrome*, Q J Med 1983; 42 : 515-23.

Budihardjo, Andreas. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit. Integritas-Jurnal.

Caplan LR, DeWitt LD, Breen JC, *Neuroimaging In Patients With Cerebrovascular Diseases in; Neiroimaging: A Companaion to Adams and IVctor's Principles of Neurology*, McGraw Hill,Inc, New York, 1995 :435-444 CCH, . *Clinical Casemix Handbook*, 2011 – 2012.

Clinton H, Obama B. *Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform*. New Engl J Med. 354:21 (www.nejm.org. may 25.2006.

Depkes RI. Standar Pelayanan Rumah Sakit. 1999.

Depkes RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). 2005.

Depkes RI. Utamakan Keselamatan Pasien. (http://rsbtorid/kkprs/data/panduan. pdf diakses Tanggal 2 Desember 2012) 2006

Depkes RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), 2 ed, Bakti Husada, Jakarta. 2008.

Depkes RI. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report), 2 ed, Bakti Husada, Jakarta. 2008.

Gani A, dan Rivany. Dampak sosial Ekonomi Akibat Stroke, Seminar Penanggulangan Stroke, yayasan Stroke Indonesia. 2005.

Gelb DJ Stroke, *in Introduction Clinical Neurology*, 3rd ed, Elsivier Butterworth Heinemann, Philadelphia, 2005 : 111-130.

Hamdani, S. Analisis budaya keselamatan pasien di rumah sakit islam. Tesis. Jakarta. 2007.

ICD-10, *International Standanitation*. 2010 IOM. *To Err Is Human: Building a Safer Health*

System http://www.nap.edu/catalog/9728.html, 2000

Joint *Commission International. Joint commission on Accreditation of Health* Organization. Illoonis. 2011.

Kase CS,Mohr JP, Caplan LR, *Intracerebral Hemorrhage, in ; Stroke Pathophysiology*, 2004 :347-369.

Misbach J Hamid AB, Mayza A,Saleh MK,Neurovaskular, dalam ;Buku Pedoman Standar Pelayanan Medis (SPM) dan standar Prosedur Operasional (SPO)Neurologi, PERDOSSI, Jakarta, 2006 :19-22.

Patient *Safety: Achieving a New Standard for Care* http://www.nap.edu/catalog/10863.html.

Permenkes nomor 1691/Menkes/V/2011. Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Permenkes nomor 251/Menkes/SK/VII/2012. Tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Peredaran Darah Otak (GPDO), dalam;Neurologi Kapita Selekta, Edisi 2, Gadjah Mada University press, Yogyakarta, 2003: 81-95.

Poungvarin N, Viriyavejakul A,komonti C, Siriraj . *Stroke Score and Validation* Study to Distinguish Supratentorial Intracerebral Haemorrhage from In*fraction*, BMJ 1991 ; 302 : 1565-7.

Rivany, R. Hubungan Clinical Pathway Dengan DRGs, Casemix, INA-Version. 2005.

RSKD RM. Data 10 Penyakit Terbanyak RS Kanujoso. Balikpapan. 2014

RSKD RENSTRA. Rencana Strategis RS Kanujoso. Balikpapan. 2014.

RSKD KMKP. Laporan tahunan Komite Mutu dan Keselamatan pasien RS Kanujoso. Balikpapan. 2014.

Sang Chung C,Caplan LR, *Neurovascular Disorder, in ; Textbook of Clinical Neurology*, 2nd ed Saunders, Philadelphia, 2003 : 991-1009.

Setiowati, Dwi. Hubungan Kepemimpinan Efektif Head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangkusumo Jakarta. Tesis, Universitas Indonesia: Jakarta. 2010.

Soetoto. KARS. Workshop Akreditasi - Patient Safety. Bali. 2014.

Tika, M.P. Budaya Organisasi dan Peningkatan Kinerja Perusahaan. Jakarta: Bumi Aksara. . 2006.

Undang Undang nomor 29. Tentang Praktek Kedokteran. 2004.

Undang Undang nomor 36. Tentang Kesehatan . 2009.

Undang Undang nomor 44 Tentang Rumah Sakit. 2009.

WHO. *Report of the WHO task force on Stroke and other cerebrovascular disorder manifestation on Stroke, prevention, diagnosis and therapy. Stroke* 20. 1989; 1407-1431.

WHO. *Surgical Care at the District Hospital. Geneva*: Word Health Organization, 2003.

WHO. *Collaborating Centre for Patient Safety*. 2007.

WHO *Patient Safety. Surgical Safety Checklist*. 2009.

Widjaja D, Perdarahan Intraserebral Primer (Non Traumatik), patofisiologi, Diagnosisis dan Penatalaksanaan, LAB/UPF Ilmu Penyakit Saraf Fk UNAIR, Surabaya, 1988 : 40-47.

Yahya, A. Konsep dan Program "*Patient Safety*". *Proceedings of National Convention VI of The Hospital* Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung . 2006.

Yahya A. Seminar Fraud dan Patient Safety. Jakarta . 2007.

Yahya, A Integrasikan Kegiatan Manajemen Risiko. Workshop Keselamatan Pasien & *Manajemen* Risiko Klinis. PERSI: KKP-RS.

Tabel 1. Distribusi Umur dan Jenis Kelamin Pasien Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

No	Karakteristik Pasien		n (Kasus)	Persentase (%)
1.	Umur	≤ 60	37	49,6
		> 60	25	40,4
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	35	56,5
		Perempuan	27	43,5

Tabel 2. Distribusi Diagnosis Utama Pasien Stroke.di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

No	Diagnosis Utama	n (Kasus)	Persentase (%)
1.	Stroke Perdarahan	11	17,7
2.	Stroke Tanpa Perdarahan	51	82,3
	Total	62	100

Tabel 3. Distribusi Diagnosis Utama Berdasarkan Umur Pasien Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

		Diagnosis			
No	Umur	SNH	SH	JUMLAH	%
1.	≤ 60	28	10	38	61,3
2.	> 60	23	1	24	38,7
	Total	**51**	**11**	**62**	**100**

Tabel 4. Distribusi Lama Hari Rawat Pasien Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

No	Stroke	n (kasus)	Persentase
1	≤ 4 hari	54	87,2
2	> 4 hari	8	12,8
	Total	62	100

Tabel 5. Distribusi Penyakit Penyerta Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015

No	Stroke	n (kasus)	Persentase
1	HHD	53	85,5%
2	Diabetes Melitus	14	22,5%
3	Stress Ulcer	10	16,1%

Tabel 6. *Patient Safety Pathway* Pasien Stroke di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo

	IRD	IRJA	IRNA	IBS	ICU
Admission	Kebersihan tangan	Kebersihan tangan			
	Identifikasi pasien	Identifikasi pasien			
	Pencegahan risiko jatuh				
Penegakkan diagnosa	Kebersihan tangan	Kebersihan tangan			
	Identifikasi pasien	Identifikasi pasien			

	Komunikasi Efektif	Komunikasi Efektif			
Pemeriksaan penunjang	Kebersihan tangan		Kebersihan tangan		Kebersihan tangan
	Identifikasi pasien		Identifikasi Pasien		Identifikasi Pasien
	Spuit Sekali pakai		Spuit sekali pakai		Spuit sekali pakai
	Komunikasi efektif		Komunikasi efektif		Komunikasi efektif
Terapi	Kebersihan tangan		Kebersihan tangan	Kebersihan tangan	Kebersihan tangan
	Identifikasi pasien		Identifikasi pasien	Identifikasi pasien	Identifikasi pasien
	High Alert		*High Alert*	*High Alert*	*High Alert*
	Obat LASA		Obat LASA	Obat LASA	Obat LASA
	komunikasi efektif		komunikasi efektif	komunikasi efektif	komunikasi efektif
	Spuit sekali pakai		Spuit sekali pakai	Spuit sekali pakai	Spuit sekali pakai
	Kateter		Kateter	Ketepatan operasi	Kateter
Follow up			Kebersihan tangan		Kebersihan tangan
			Identifikasi pasien		Identifikasi pasien
			High Alert		*High Alert*
			Obat Lasa		Obat Lasa
			komunikasi efektif		komunikasi efektif
			Akurasi obat		Akurasi obat
			Pencegahan jatuh		Pencegahan jatuh
Discharge Planning			Kebersihan tangan		
			Identifikasi pasien		
			High Alert		
			Obat LASA		
			Pencegahan jatuh		

Tabel 7. Skoring Kepatuhan Penerapan Identifikasi Pasien di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT					TOTAL	SKOR MAX	%
		IRD	IRJA	IRNA	IBS	ICU			
Identifikasi Pasien	Membuat Identitas	10	10				20	20	14,29
	Melakukan pemasangan gelang	10	10				20	20	14,29
	Melakukan identifikasi sebelum melakukan tindakan	5		10		10	25	30	17,86
	Melakukan identifikasi sebelum memberikan obat	5		5	10	10	30	40	21,43
	Melakukan identifikasi sebelum visite Dokter			5		5	10	20	7,14
	Melakukan identifikasi sebelum tindakan operasi				10		10	10	7,14
	Total						**115**	**140**	**82,14**

Tabel 8. Skoring Kepatuhan Penerapan Hand Hygiene di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT					TOTAL	SKOR MAX	%
		IRD	IRJA	IRNA	IBS	ICU			
Hand Hygiene	Melakukan cuci tangan sesuai 5 saat	5	5	5	10	5	30	50	50
	Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah operasi				10		10	10	16,7
	Total						**40**	**60**	**66,67**

Tabel 9. Skoring Kepatuhan Penerapan Komunikasi Efektif di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT				TOTAL	SKOR	
		IRD	IRNA	IBS	ICU		MAX	%
Komunikasi Efektif	Melapor ke dokter jaga		10	10		20	20	14,29
	Melapor ke konsulen	5	5		5	15	30	10,71
	Melapor hasil pemeriksaan penunjang	5	5		5	15	30	10,71
	Mencatat hasil konsul	5	5		5	15	30	10,71
	Melakukan stempel TBaK	5	5		5	15	30	10,71
	Total					**80**	**140**	**57,13**

Tabel 10. Skoring Kepatuhan Penerapan Ketepatan Operasi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT		TOTAL	SKOR	%
		IBS	ICU		MAX	
Ketepatan Operasi	Melakukan identifikasi pasien	10		10	10	25
	Melakukan pra verifikasi		5	5	10	12,5
	Melakukan sign in, time out dan sign out	5		5	10	12,5
	Menggunakan cek list keselamatan pasien	5		5	10	12,5
	Total			**25**	**40**	**25**

Tabel 11. Skoring Kepatuhan Penerapan Obat LASA/NORUM di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT			TOTAL	SKOR	%
		Farmasi	IRNA	ICU	MAX		
Obat LASA / NORUM	Memberikan label NORUM	10			10	10	11,11
	Menyimpan obat NORUM		5	5	10	20	11,11
	Menulis resep NORUM		5	5	10	20	11,11
	Mengambil obat NORUM		5	5	10	20	11,11
	Memberi obat ke pasien		5	5	10	20	11,11
	Total				**50**	**90**	**55,56**

Tabel 12. Skoring Kepatuhan Penerapan Obat *High Alert* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT				SKOR	%
		Farmasi	IRNA	ICU	TOTAL	MAX	
Obat *High Alert*	Memberikan label *High Alert*	10			10	10	14,2
	Menyimpan obat *High Alert*		5	5	10	20	10,7
	Menulis resep *High Alert*		10	10	20	20	7,14
	Mengambil obat *High Alert*		5	5	10	20	10,7
	Memberi obat ke pasien		5	5	10	20	10,7
	Total				**60**	**90**	**66,67**

Tabel 13. Skoring Kepatuhan Penerapan Akurasi Obat di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT			TOTAL	SKOR	%
		IRD	IRNA	ICU		MAX	
Akurasi Obat	Melaporkan pemakaian obat saat peralihan	5	10	10	25	30	41,67
	Membuat catatan pemberian obat	5	10	10	25	30	41,67
Total					**50**	**60**	**83,33**

Tabel 14. Skoring Kepatuhan Penerapan Spuit Sekali Pakai di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

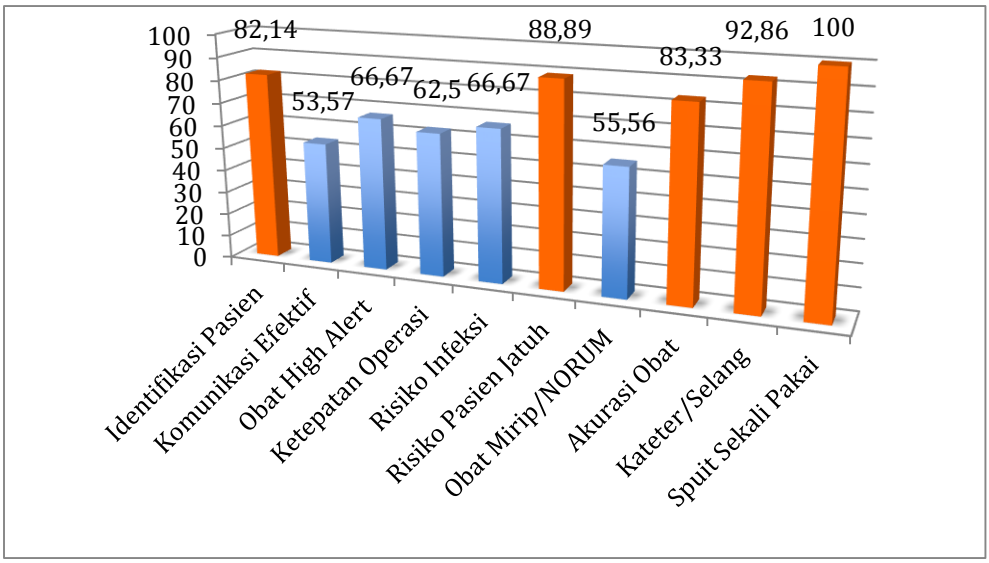
STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT				TOTAL	SKOR	%
		IRD	IRNA	IBS	ICU		MAX	
Spuit Sekali Pakai	Memberikan obat LASA		10		10	20	20	18,18
	Memberikan Obat High Alert		10		10	20	20	18,18
	Memberikan obat injeksi lainnya	10	10	10	10	40	40	36,36
	Mengambil sampel darah	10	10		10	30	30	27,27
Total						**110**	**110**	**100**

Tabel 15. Skoring Kepatuhan Penerapan Pemasangan Kateter/Selang di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT			TOTAL	SKOR	%
		IRD	IRNA	ICU		MAX	
Pemasangan Kateter/Selang	Memasang kateter selang	5	10	10	25	30	35,71
	Memasukkan cairan, nutrisi atau obat		10	10	20	20	28,57
	Memonitor kateter / selang NGT		10	10	20	20	28,57
Total					**65**	**70**	**92 ,86**

Tabel 16. Skoring Kepatuhan Penerapan Risiko Jatuh di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

STANDAR	KEGIATAN	TEMPAT				TOTAL	SKOR	%
		IRD	IRJA	IRNA	ICU		MAX	
Risiko Jatuh	Melakukan Asesmen Jatuh	5	5	10	10	30	40	16,67
	Memasang klip warna kuning	5	5	10	10	30	40	16,67
	Memasang segitiga jatuh			10	10	20	20	11,11
	Memasang handrail	10	10	10	10	40	40	22,22
	Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pencegahan jatuh	10	10	10	10	40	40	22,22



Gambar 1. Grafik Pencapaian Kepatuhan Penerapan 10 Standar *Patient Safety*