



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 231/MENKES/SK/II/2007**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM  
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang:** bahwa untuk memenuhi ketentuan Pasal 3 huruf e dan Pasal 8 Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006, sebagai Satuan Kerja Instansi Pemerintah Menerapkan PPK-BLU, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat:**
1. Undang – Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembar Negara Nomor 3495);
  2. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembar Negara Nomor 4431);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembar Negara Nomor 3637);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembar Negara Nomor 4502);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembar Negara Nomor 4585);
  6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/pmk.02/2006 tentang Persyaratan Administrasi Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan :**
- Kesatu :** **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI.**
- Kedua :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan oleh Rumah Sakit dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- Keempat :** Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan keputusan ini dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima :** Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta  
Pada Tanggal 26 Februari 2007**



**MENTERI KESEHATAN,**

**Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran  
Keputusan Menteri Kesehatan  
Nomor : 231/MENKES/SK/II/2007  
Tanggal : 26 Februari 2007**

## **B A B I PENDAHULUAN**

### **I.1. LATAR BELAKANG**

Berdasarkan visi Indonesia Sehat 2010 tentang pembangunan kesehatan, yang diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya terpadu dan berkesinambungan sehingga mencapai tujuan yang optimal.

Adanya pergeseran pola penyakit dari infeksi menjadi penyakit degeneratif salah satunya kasus penyakit stroke oleh berbagai faktor menimbulkan permasalahan kesehatan yang cukup kompleks dan menjadi penyebab kesakitan, kematian dan kecacatan sehingga dibutuhkan kebijakan pemerintah dalam penanggulangan terpadu.

Stroke merupakan kumpulan gejala akibat proses patologi di otak yang didasari oleh berbagai faktor resiko. Menurut EUSI 2003, stroke atau serangan otak (brain attack) adalah defisit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemotagik. Menurut sumber data ASNA (Asean Neurological Association) bahwa selama kurun waktu 6 bulan (Oktober 1996 – Maret 1997) terdapat 2065 pasien stroke akut yang terdaftar di 28 Rumah Sakit yang mewakili daerah dengan populasi padat di Indonesia di sejumlah 13 rumah sakit berlokasi di Jawa, Sumatera dan Jakarta.

Dalam Konsensus National Assosiasi Stroke di Amerika yang berjudul "Stroke The First Hours Emergency Evaluation and Treatment" menyatakan bahwa stroke membutuhkan pemahaman dan penanganan secara khusus baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat setempat dalam penatalaksanaan. Dimana rumah sakit sebagai tempat penyelenggara pelayanan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat yang cepat salah satunya pada kasus stroke, termasuk pelayanan High Care/ICU.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Berdasarkan hal tersebut diatas dengan berpedoman kepada PP No 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan SK MENKES RI No. 1457/Menkes/Sk/X/2003 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten/Kota. Maka sangatlah dibutuhkan standarisasi pelayanan yang menyeluruh dan terpadu dalam penanganan stroke. Adapun standar pelayanan merupakan salah satu untuk menilai mutu kegiatan pelayanan .

Menurut Donabedian, pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel, yaitu :

1. Input (struktur) adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Proses adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/rasyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.
3. Output/outcome adalah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula. Indikator rumah sakit yang disusun dengan bantuan WHO bertujuan mengukur kinerja rumah sakit secara nyata. Indikator sederhana rumah sakit adalah seperangkat alat ukur mutu pada output suatu pelayanan. Alat ukur ini lebih mencerminkan mutu pelayanan medik, mutu pelayanan pendukung dan tingkat kecanggihan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Rumah sakit Stroke Nasional Bukittinggi adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kasus stroke secara komprehensif, dan diharapkan memiliki pengorganisasian sumber daya manusia yang profesional dan terampil baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.

## **1.2 Tujuan**

Petunjuk teknis Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi memiliki tujuan:

### **Tujuan Umum:**

Meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal pengendalian penyakit kasus Stroke.

### **Tujuan Khusus:**

Tersedianya petunjuk teknis standard pelayanan minimal dibidang penyakit Stroke yang menjelaskan :

1. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Medis yang meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan non medis.
2. Standar Pelayanan Minimal Manajemen meliputi kegiatan administrasi dan tenaga medis dan non medis yang berkaitan dengan pendukung terhadap kualitas pelayanan prima rumah sakit serta perhitungan pembiayaan dihitung menurut unit cost.
3. Jenis pelayanan beserta indikator kinerja mutu pelayanan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **BAB II**

### **FALSAFAH DAN PENGORGANISASIAN**

#### **II.1 FALSAFAH**

“ Memberikan pelayanan prima yang berpegang teguh pada nilai- nilai kemanusiaan dan etika profesi “

#### **II.2 VISI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

**“Menjadi Rumah Sakit Terdepan Dalam Pelayanan Stroke Terpadu di Indonesia pada tahun 2010 “**

#### **II.3 MISI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

1. Menyelenggarakan Pelayanan Medik, Keperawatan dan Rehabilitasi Stroke secara terpadu
2. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan kasus Stroke untuk menjadi tenaga yang Profesional
3. Membangun dan mengembangkan jejaring dalam rangka pelayanan kasus Stroke
4. Melaksanakan unit bisnis Rumah Sakit dalam bentuk wisata Kesehatan

#### **II.4 MOTTO**

**“Kemandirian Penderita Stroke Merupakan Tujuan Pelayanan Kami”**





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **II.5 TUJUAN RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

1. Terselenggaranya pelayanan stroke yang terpadu melalui pengembangan SDM, sarana dan prasarana, serta sistem dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit
2. Terwujudnya sistem jejaring pelayanan stroke secara menyeluruh dalam rangka pengelolaan penderita stroke secara professional sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup penderita baik fisik, mental dan sosial
3. Terselenggaranya penelitian dan pengembangan dibidang penanggulangan stroke
4. Terselenggaranya kegiatan wisata kesehatan sebagai unit bisnis rumah sakit

## **II.6 KLASIFIKASI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

Klasifikasi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi merupakan Rumah Sakit Khusus tipe B dan UPT vertikal DepKes RI . Dimana pada tanggal 5 April 2005 P3SN-RSUP Bukittinggi berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.105/Menkes/SK/IV/2005 ditingkatkan kelembagaannya menjadi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dalam rangka peningkatan mutu dan cakupan pelayanan serta menjadi pusat rujukan penanggulangan kasus Stroke.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **BAB III**

#### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

Standar Pelayanan Minimal adalah pelayanan yang minimal harus ada disuatu unit pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dari golongan bawah sampai golongan atas sesuai dengan indikator mutu pelayanan. Tujuan Mengupayakan kesembuhan dan pemulihan pasien secara optimal, melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggung jawabkan dan diberikan sesuai dengan standar pelayanan.

Standar pelayanan minimal dibidang Penyakit Stroke meliputi :

**a. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Medis yang meliputi**

- Pelayanan medis sesuai dengan jenis pelayanan yang dapat diberikan oleh rumah sakit
- Pelayanan Penunjang Medis.
- Pelayanan Penunjang Non Medis.

**b. Standar Pelayanan Minimal Manajemen meliputi :**

Kegiatan administrasi dan tenaga medis dan non medis yang berkaitan dengan pendukung terhadap kualitas pelayanan prima rumah sakit serta perhitungan pembiayaan dihitung menurut unit cost.

Disamping itu dalam standar pelayanan dalam evaluasi perlu ditentukan seperti jenis pelayanan beserta indikator kinerja

#### **III.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Medis. ( Rawat Inap dan Rawat Darurat)**

**Pengertian:**

Memberikan pelayanan rawat inap, kepada masyarakat yang menderita penyakit Stroke yang memerlukan perawatan dan observasi dokter setiap saat sesuai dengan standar





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III.1.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Medik Stadium Hiper Akut**

#### **a. Tindakan Medis**

- Resusitasi serebrokardiopulmoner tujuan untuk meminimalkan kerusakan organ otak dan penyelamatan jiwa pasien.
- Terapi berdasarkan Guideline Stroke 2004 meliputi pemberian oksigen 2 l/menit, pemberian kristaloid/koloid. Hindari pemberian dekstrosa atau saline dalam air.
- Pemeriksaan sistim koagulasi dan hemostatis serta pemeriksaan kimia darah sebelum dipindahkan dari IGD

#### **b. Tindakan Penunjang yaitu berupa pemeriksaan:**

- CT scan otak/ MRI
- ECG
- Foto thoraks
- Darah perifer lengkap dan jumlah trombosit
- Protrombin time (PT), INR
- Activated Partial Trombin Time / APTT
- Glukosa darah
- Kimia darah termasuk elektrolit
- Jika hipoksia, lakukan pemeriksaan analisa gas darah
- Dapat dilakukan pemeriksaan CSF bila curiga kasus perdarahan sub arhnoid

### **III.1.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM ) Pelayanan Medik Pada Stadium Akut**

#### **Tujuan:**

- Menetapkan diagnosa stroke secara pasti
- Meminimalisasi cedera otak iskemik ataupun hemoragik
- Mencegah dan mengobati komplikasi yang terjadi
- Mencegah stroke berulang
- Memaksimalkan kualitas hidup penderita stroke



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.1.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Medik pada Stadium Sub Akut

Tindakan medik pada stadium sub akut berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, bicara, dan *bladder training* termasuk terapi fisik. Mengingat perjalanan penyakit yang cukup lama, dibutuhkan penatalaksanaan khusus pasca stroke dengan penatalaksanaan secara intensif di rumah sakit yang akan memberikan perbaikan berupa kemandirian penderita, mengerti, memahami dan melaksanakan program prevensi primer dan sekunder. Penatalaksanaan khusus seperti ini dapat dilakukan di Unit Stroke atau di rumah sakit khusus stroke.

#### Terapi stroke pada fase sub akut:

1. Stroke iskemik: melanjutkan terapi sesuai kondisi akut.
2. Stroke perdarahan: melanjutkan terapi sesuai kondisi akut.
3. Penatalaksanaan komplikasi
4. Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien), yaitu: fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif dan terapi okupasi
5. Prevensi sekunder
6. Edukasi keluarga dan *Discharge Planning*

#### Kriteria Pemulangan/Pemindahan Pasien ke Rawat Inap Lain

1. Indikasi Medis:
  - Tanda-tanda vital dan klinis neurologis stabil
  - Terapi definitif telah ditetapkan
2. Indikasi Non Medis:
  - Kesiapan keluarga dan *care-giver*
  - Sosial

#### Tindakan Medis Stroke Iskemik berupa terapi Umum dan khusus.

##### a. Terapi Umum:

- Posisi kepala 30 derajat dengan kepala dan dada pada satu bidang. Posisi lateral dekubitus kiri bila disertai muntah. Ubah posisi tidur setiap 2 jam. Mobilisasi duan mulai bertahap bila hemodinamik stabil.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Bebaskan jalan napas bila perlu berikan oksigen 1- 2 liter permenit sampai ada hasil analisa gas darah. Kalau perlu intubasi, dilakukan perawatan pada ruangan High care/ intensive care
- Atasi hipertermia dengan kompres dan antipiretik, dan cari penyebabnya
- Kandung kemih yang penuh dikosongkan sebaiknya dengan kateterisasi intermitten
- Nutrisi cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500 – 2000 mililiter dan elektrolit dengan komposisi sesuai kebutuhan pasien. Hindari yang mengandung glukosa murni atau isotonik salin. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah hasil tes fungsi menelan baik. Bila terdapat gangguan menelan atau penderita dengan kesadaran menurun dianjurkan melalui pipa nasogastrik.
- Glukosa: Hiperglikemi (  $> 150$  mg%) harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu  $150$  mg% dengan insulin skala luncur atau intra vena secara drip kontinyu selama 2 – 3 hari pertama. Hipoglikemia (  $< 60$  mg% atau  $< 80$  mg% dengan gejala) harus diatasi segera dengan memberikan dekstrosa 40 % intravena sampai normal dan atasi penyebabnya.
- Simptomatis: sefalgia, mual/ muntah.
- Tekanan darah: tidak perlu diturunkan segera kecuali didapatkan tekanan sistolik  $\geq 220$  mmHg, diastolik  $\geq 120$  mmHg, MAP  $\geq 130$  mmHg ( pada 2 kali pengukuran dengan selang 30 menit), atau ada gagal jantung, gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal 20 %. Obat yang direkomendasikan: natrium nitropruside ( untuk High care/ICU), golongan alfa beta bloker, ACE inhibitor atau antagonis kalsium. Jika terdapat hipotensi (sistolik  $\leq 90$  mmHg, diastolik  $\leq 70$  mm Hg) berikan NaCL 0,9 % 250 mililiter (1jam) dilanjutkan 500 mililiter (4 jam) dan 500 mililiter (8 jam) atau sampai hipotensi dapat diatasi. Bila tidak menolong (sistolik  $< 90$  mmHg) berikan dopmin 2 – 20  $\mu$ g/kg/menit sampai sistolik  $\geq 110$  mmHg.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Kejang: bila terdapat kejang berikan diazepam 5 – 20 mg IV perlahan ( 3 – 5 menit) maksimal 100 mg perhari dan dilanjutkan pemberian antikonvulsan peroral (fenitoin, karbamazepin) selama  $\geq$  1 bulan. Bila kejang timbul setelah 2 minggu diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
- TIK meningkat: berikan manitol bolus IV 0,25 sampai 1 g/kgBB per 30 menit, bila dicurigai fenomena rebound (keadaan umum memburuk) dilanjutkan 0,25 g/kg per 30 menit setiap 6 jam selama 3 – 5 hari. Pantauan osmolalitas  $<$  320 mmol. Sebagai alternatif dapat juga diberikan larutan hipertonik (NaCL 3 %) atau furosemid.

**b. Terapi Khusus:**

- Reperfusi : antitrombotik (antiplatelet: aspirin dan anti koagulan)
- Neuroproteksi : citicolin, pirasetam, nimodipin dan pentoksifilin.

**III.1.4 Indikator Mutu Pelayanan Rawat Inap terdiri dari:**

**1. Angka pasien dengan Dekubitas:**

$\frac{\text{Banyaknya pasien dengan dekubitas / bulan}}{\text{Tota pasien tirah baring total bulan itu}} \times 100 \%$

**2. Angka infeksi karena jarum infus:**

Timbul setelah 3 x 24 jam dirawat di rumah sakit

$\frac{\text{Bayaknya infeksi kulit karena jarum infus/bulan}}{\text{Total kejadian pemasangan infus pada bulan itu}} \times 100 \%$

**3. Angka kejadian penyakit / infeksi karena transfusi darah**

**Kelainan:**

- Golongan darah tidak cocok
- Penilaian penyakit dari darah donor ke penerima donor

$\frac{\text{Jumlah kematian / bulan}}{\text{Total pemasangan transfusi darah pada bulan itu}} \times 100 \%$



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**4. Angka NDR (Netto Death Rate)**

$$\frac{\text{Jumlah kematian} > 48 \text{ jam setelah dirawat}}{\text{Jumlah pasien dirawat}} \times 100 \%$$

**5. Angka GDR (General Death Rate)**

Angka kematian umum untuk setiap 1000 pasien keluar

**6. Presentasi rawat inap yang dirujuk**

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100 \%$$

**III.1.5 Indikator Kinerja**

**1. Pertumbuhan hari perawatan rawat inap**

$$\frac{\text{HP Rawat inap tahun berjalan}}{\text{HP Rawat inap tahun lalu}}$$

**2. Efisiensi Pelayanan**

**• Rasio pasien rawat inap dengan dokter**

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien rawat inap /hari}}{\text{Jumlah dokter yang melayani}}$$

Target: > 40 orang

**• Rasio pasien rawat inap dengan perawat**

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien rawat inap/hari}}{\text{Jumlah perawat yang melayani}}$$

Target ; >10 orang

**• Bed Occupancy Rate (BOR)**

$$\frac{\text{Jumlah HP rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari dokter yang melayani}} \times 100 \%$$

Target : > 85 %



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

• **Average Length of stay - AV LOS (hari)**

$\frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar / tahun}}{\text{Jumlah pasien keluar}} \times 100\%$

Jumlah pasien keluar

**Target : 8 s/d 12 hari**

• **Bed Turn Over (BTO) / kali**

$\frac{\text{Jumlah pasien keluar / tahun}}{\text{Jumlah tempat tidur}} \times 100\%$

Jumlah tempat tidur

**Target: 40 s/d < 50 kali**

• **Turn Over Interval (TOI) / kali**

$(365 \times \text{TT}) - \text{HP riil/tahun}$

Pasien keluar

**Target : 2 s/d < 3 hari**

**III.1.6 Indikator Mutu Pelayanan Gawat Darurat**

1. Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (Emergency Response Time Rate)

$\frac{\text{Banyaknya penderita GD yang dilayani} > 6 \text{ menit / bulan}}{\text{Total penderita GD pada total bulan itu}} \times 100\%$

Total penderita GD pada total bulan itu

2. Angka kematian IRD

$\frac{\text{Jumlah kematian yang telah mendapat pelayanan di IRD}}{\text{Jumlah pasien di IRD}} \times 100\%$

Jumlah pasien di IRD

3. Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat

$\frac{\text{Rata-rata kunjungan rawat darurat / hari tahun berjalan}}{\text{Rata-rata kunjungan rawat darurat / hari tahun lalu}}$

Rata-rata kunjungan rawat darurat / hari tahun lalu

**Target = 1.25**





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan High Care

#### 1. Pengertian

Unit pelayanan intensif adalah ruang perawatan terpisah yang berada di dalam rumah sakit. Dikelola khusus untuk merawat pasien sakit berat dan kritis yang memerlukan pemantauan ketat, terus menerus dengan melibatkan tenaga terlatih khusus, serta didukung dengan peralatan khusus.

Perencanaan dan pembiayaan pelayanan intensif di rumah sakit ditentukan oleh jumlah pasien, utilitas dan fungsi rujukan di satu wilayah. Standar minimal harus ditetapkan.

#### III.2.1 JENIS-JENIS PELAYANAN PERAWATAN HIGH CARE

No	Jenis Pelayanan
1	Perawatan Intensif kasus Stroke Visite Dokter High care/ICU Layanan gizi Observasi tanda vital
2	Konsultasi dokter spesialis stroke
3	Konsultasi dokter spesialis penyakit dalam
4	Konsultasi perawat
5	Pasang Endotracheal Tube
6	Pasang Ventilator
7	Pasang cateter
8	Pasang NGT
9	Pasang Infus/transfusi
10	Suntik
11	Pasang cont. Suet Pump
12	Pasang Slym suc. Pump
13	Pasang Bed side monitor
14	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Oximeter</li><li>&gt; Observasi tanda vital</li><li>&gt; Ganti balutan</li><li>&gt; Pemasangan EKG</li></ul>
15	Nebulizer



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.2.2 Indikator Mutu Pelayanan High Care

Angka pasien dengan dekubitas (APD)  
Angka kejadian infeksi jarum infus (AIKJ)  
Angka kejadian penyakit transfusi darah  
Angka Bed Occupatiaon Rate (BOR)  
Angka NDR  
Angka GDR  
Angka Avarage Length of stay

Angka infeksi Nosokomial

#### Target

- a. APD : 0 - 1 %
- b. AIKJ : 0 - 1 %
- c. BOR :  $\geq 70$  %
- d. NDR :  $< 25$  %
- e. GDR :  $< 45$  %

### III.3 Komplikasi Pasien Stroke

#### III.3.1 Komplikasi neurologik

- Edema otak. Dapat berupa edema intraseluler dan edema vasogenik Kejang.
- Kejang pada fase awal lebih sering terjadi pada stroke perdarahan. Kejadian kejang umumnya memperberat defisit neurologik
- Nyeri kepala: walaupun hebat, umumnya tidak menetap Penatalaksanaan membutuhkan analgetik dan kadang antiemetik *Hiccup*, penyebabnya adalah kontraksi otot-otot diafragma
- Sering terjadi pada stroke batang otak, bila menetap cari penyebab lain seperti uremia dan iritasi diafragma.
- Selain itu harus diwaspadai adanya:
  - a. Transformasi hemoragik dari infark
  - b. Hidrosefalus obstruktif



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III.3.2 Komplikasi Medik**

- Peninggian tekanan darah. Sering terjadi pada awal kejadian dan turun beberapa hari kemudian.
- Demam dan infeksi. Demam berhubungan dengan prognosa yang tidak baik. Bila ada infeksi umumnya adalah infeksi paru dan traktus urinarius.
- Emboli pulmonal. Sering bersifat letal namun dapat tanpa gejala. Selain itu, pasien menderita juga trombosis vena dalam (DVT).
- Abnormalitas jantung. Disfungsi jantung dapat menjadi penyebab, timbul bersama atau akibat stroke. Sepertiga sampai setengah penderita stroke menderita komplikasi gangguan ritme jantung. Gangguan fungsi menelan, aspirasi dan pneumonia. Dengan fluoroskopi ditemukan 64% penderita stroke menderita gangguan fungsi menelan. Penyebab terjadi pneumonia kemungkinan tumpang tindih dengan keadaan lain seperti imobilitas, hipersekresi dll. Kelainan metabolik dan nutrisi. Keadaan undernutrisi yang berlarut-larut terutama terjadi pada pasien umur lanjut. Keadaan malnutrisi dapat menjadi penyebab menurunnya fungsi neurologis, disfungsi kardiak dan gastrointestinal dan abnormalitas metabolisme tulang.
- Infeksi traktus urinarius dan inkontinensia. Akibat pemasangan kateter dauer, atau gangguan fungsi kandung kencing atau sfingter uretra eksternum akibat stroke.
- Perdarahan gastrointestinal. Umumnya terjadi pada 3% kasus stroke. Dapat merupakan komplikasi pemberian kortikosteroid pada pasien stroke. Dianjurkan untuk memberikan antagonis H2 pada pasien stroke ini.
- Dehidrasi. Penyebabnya dapat gangguan menelan, imobilitas, gangguan komunikasi dll.
- Hiponatremi Mungkin karena kehilangan garam yang berlebihan.
- Hiperglikemia. Pada 50% penderita tidak berhubungan dengan adanya diabetes melitus sebelumnya. Umumnya berhubungan dengan prognosa yang tidak baik.
- Hipoglikemia. Dapat karena kurangnya intake makanan dan obat-obatan.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.3.3 Komplikasi Imobilitas

- Ulkus dekubitus. Merupakan komplikasi latrogenik yang dapat dihindari dengan prosedur rehabilitasi yang baik.
- Kontraktur dan nyeri bahu. *Shoulder hand syndrome* terjadi pada 27% pasien stroke. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral
- Osteopenia dan osteoporosis. Hal ini dapat dilihat dan berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
- Depresi dan efek psikologis lain. Hal ini mungkin karena kepribadian penderita atau karena umur tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan pasca stroke. Depresi harus ditengarai sebagai penyebab pemulihan yang tidak wajar, tidak kooperatif saat rehabilitasi dan keadaan emosi yang tidak stabil. Keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
- Inkontinensia alvi dan konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.

### III.3.4 Komplikasi Muskuloskeletal

- Spastisitas dan kontraktur. Umumnya sesuai pola hemiplegi
- Nyeri bahu Umumnya di sisi yang lemah
- Bengkak dan tungkai dingin. Lebih sering pada kaki.
- Jatuh dan fraktur.

### III.3.5 Komplikasi pada pendamping

Keterbatasan pasien sering menyebabkan pasien sangat tergantung pada pendamping Keadaan ini sering menyebabkan beban emosi dan fisik yang besar pada pendamping. Oleh karena itu edukasi dan konseling terhadap pendamping merupakan hal yang penting.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Medik Rawat Jalan

#### Pengertian :

Memberikan pelayanan rawat jalan kepada masyarakat yang khusus menderita penyakit stroke sesuai dengan standar

#### Pelayanan yang diberikan:

- Poliklinik stroke kronik
- Poli Fungsi luhur/klinik memori
- Poli Neurotraumatologi
- Rehabilitasi Medik

#### III.4.1 Indikator Mutu

Lama waktu tunggu di RSSN terhitung sejak pasien datang rata-rata menit 30- 60 menit

#### III.4.2 Indikator Kinerja

##### a. Pertumbuhan Rata-rata kunjungan rawat jalan

Rata-rata, kunjungan rawat jalan / hari tahun bedalan

Rata-rata rawat jalan /hari tahun lalu

Target :  $\geq 1.25$

##### b. Efisiensi Pelayanan

##### b. Ratio pasien Rawat Jalan dengan Dokter

Rata-rata jumlah pasien Rawat Jalan/hari

Jumlah dokter yang melayani

Target > 40 orang

##### c. Ratio pasien Rawat Jalan dengan Perawat

Rata-rata jumlah pasien Rawat Jalan/hari

Jumlah perawat yang melayani

Target > 40 orang



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III.5 PENATALAKSANAAN PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN BICARA BAHASA**

Gangguan bahasa yang lazimnya disebut afasia, merupakan salah satu jenis kelainan perilaku komunikasi dimana penderita mengalami kesulitan (kehilangan kemampuan) dalam proses simbolisasi, sehingga seseorang tidak mampu menginterpretasikan simbol yang diterima dan sebaliknya tidak mampu memformulasikan konsep atau pengertiannya menjadi simbol-simbol yang dapat dimengerti orang lain di lingkungannya.

Ada beberapa hal/problem yang selalu tampak pada pasien yang mengalami stroke yaitu: gangguan/ masalah fisik, gangguan menelan, gangguan komunikasi, kehilangan konsentrasi, gangguan ingatan dan keterbatasan secara umum.

Sedangkan dalam bentuk komunikasi. masalah yang tampak pada pasien stroke adalah

#### **a. Afasia/Disfasia**

Suatu gangguan salah satu/seluruh modalitas bahasa yang disebabkan oleh cedera otak, modalitas bahasa itu sendiri adalah bicara spontan, pemahaman bahasa, membaca, menulis, mengingat nama orang atau objek, mengeja dan tata bahasa.

#### **b. Dispraxia**

Gangguan artikulasi yang diakibatkan lesi/cedera di otak, yang terganggu adalah pusat pengendali otot-otot bicara untuk memproduksi secara sadar berbagai fonem dan pusat pengendali urutan gerakan otot yang memproduksi kata-kata secara sadar.

#### **c. Disartria**

Gangguan bicara yang diakibatkan kelainan neuromuskuler. Gangguan ini diakibatkan adanya kelainan pada sistem saraf, yang pada gilirannya mempengaruhi bekerja baik satu atau beberapa otot yang diperlukan untuk bicara.





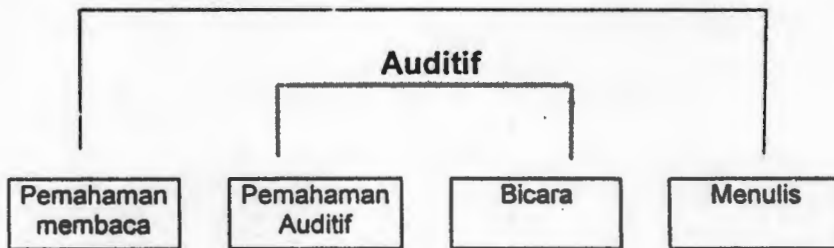
**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Sebelum merencanakan penanganan bahasa bicara pada pasien stroke ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

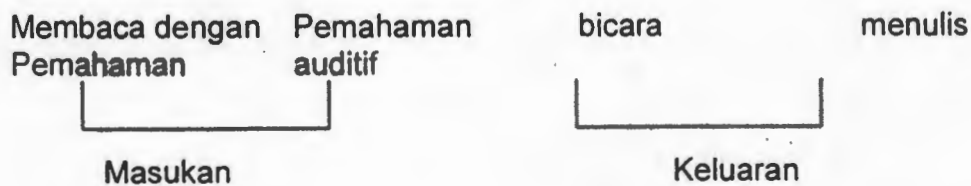
- Mengetahui berat ringannya organisasi bahasa yang terganggu
- Rencana penanganan harus tertuju pada aspek-aspek komunikasi yang masih utuh, yaitu verbal dan non verbal. Hal ini sangat penting untuk stimulasi aspek-aspek bahasa yang hilang atau alat bantu untuk membuka kembali aspek-aspek bahasa yang tadinya terisolasi.
- Penanganan disesuaikan pada gangguan afasia secara linguistik, leksikosemantik, morfo sintatik dan fonologik.

**Gangguan-gangguan Dasar pada Afasia**

**Visual**



<b>Leksiko</b>		<b>Sematik</b>	
Gangguan dalam memahami kata isi kata		gangguan dalam penemuan kata	
<b>Morfo</b>		<b>Sintaksis</b>	
<b>Agramatisme</b>			
Gangguan dalam meletakkan hubungan dalam bahasa			
P o n o l o g i		P o n o l o g i	
Gangguan Diskrimasi mengeja	Gangguan Diskrimasi bayi	Gangguan fonetis	Gangguan
Grafem		apraksia verbal	





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Prinsip tatalaksana pada pasien yang mengalami gangguan bahasa bicara adalah penanganan sebanyak mungkin lebih dekat dengan komunikasi sehari-hari, dilaksanakan secara multi sensoris dan disesuaikan dengan gangguan bahasa secara linguistik, leksiko semantik, morfo sintatik dan fonologik.

Gangguan leksiko semantik (penanganan gangguan pemahaman baik lisan/tulisan, penanganan terhadap isi kata dan penemuan kata)

Gangguan morfo sintatik (penanganan agramatisme baik verbal/non verbal)

Gangguan fonologik (penanganan parafasia literal, paraleksia, paragrafia, apraksia verbal).

Penatalaksanaan pada pasien disartria, sasaran penanganan mencakup penanganan secara keseluruhan: memberi keterangan kepada pasien dan lingkungan, memberi bimbingan kepada pasien, penanganan oleh terapi wicara langsung. Jika pasien tidak mampu memperbaiki bicaranya, perlu mendapat bimbingan atau petunjuk berkomunikasi dengan cara lain.

Penanganan mencakup:

1. Sikap
2. Penanganan artikulasi
3. Penanganan pernapasan
4. Penanganan fonasi
5. Penanganan resonansi
6. Penanganan prosodi

Penanganan pada apraksia verbal, mempunyai tujuan memperoleh kembali kemampuan mengontrol secara tepat dalam memprogram otot-ototnya guna memproduksi dan merangkai fonem, penanganan mencakup: memperbaiki fonasi, perhatian, menggunakan automatic responses, menetapkan artikulasi untuk menciptakan fonem dan bagaimana menggunakannya dalam bentuk rangkaian.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III.6 Protokol Pemberian Antikoagulan.

#### a. Indikasi:

- Pencegahan

Pada penderita pasca TIA (*Transient Ischemic Attack*) atau pasca stroke iskemik yang memiliki risiko tinggi untuk emboli berulang yang terbukti bersumber dari jantung, misalnya: fibrilasi atrium non valvuler, trombus mural dalam ventrikel kiri, infark miokard baru, dan katup jantung buatan Trombosis vena dalam dan emboli paru pada penderita stroke iskemik dengan paresis berat yang tidak dapat bergerak

- Terapi

- Trombosis vena serebral
- Trombosis vena dalam pasca stroke

#### b. Kontra indikasi

- Kontraindikasi mutlak:

- Perdarahan intrakranial
- Gangguan hemostasis
- Ulkus peptikum aktif
- Gangguan fungsi ginjal dan hati yang berat
- 

- Kontraindikasi relatif:

- Infark luas dengan pergeseran garis tengah
- Hipertensi berat tidak terkontrol (sistolik >220 mmHg, diastolik > 120 mmHg)
- Ulkus peptikum tidak aktif
- Riwayat perdarahan oleh karena pemberian antikoagulan
- Riwayat idiosinkrasi dan hipersensitivitas terhadap antikoagulan karena potensial terjadi perdarahan: varises esofagus dan baru saja dilakukan tindakan operasi/biopsi



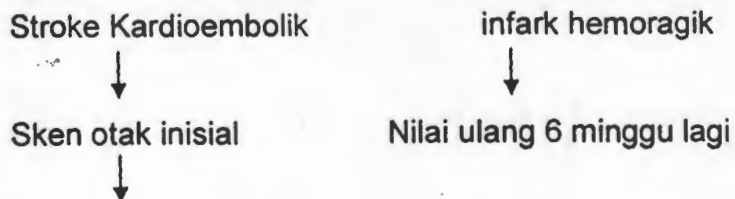
**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**c. Pemeriksaan Pendahuluan**

- Anamnesis:
  - Riwayat keluarga: penyakit jantung, DM, stroke, stroke usia muda, hiperlipidemia, penyakit gangguan sistem perdarahan-
  - Riwayat pasien: penyakit jantung, DM, hipertipidemia, obesitas, penyakit hepar/ginjal dan penyakit perdarahan.
- Pemeriksaan fisik:

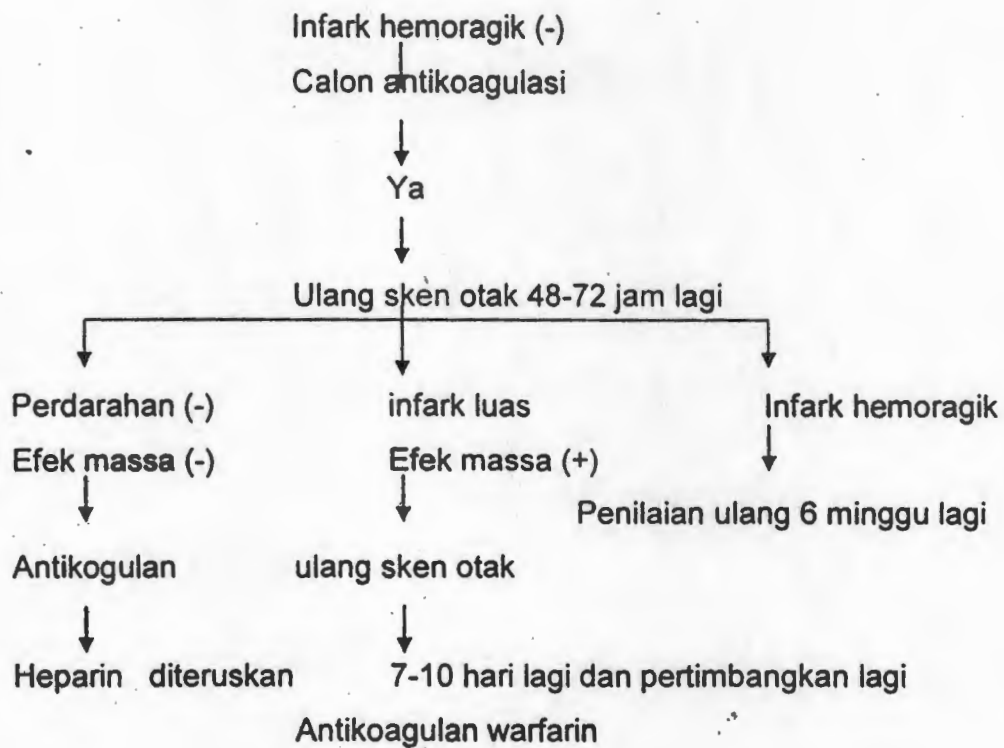
Status generalis dan status neurologis yang lengkap dengan perhatian pada: tekanan darah dan tanda-tanda perdarahan
- Darah:
  - Awal: darah perifer lengkap, APTT, PT/INR, fibrinogen, D-dimer dan agregasi trombosit.
  - Atas indikasi. Antara lain: AT (Anti Thrombin) III, protein C dan S, homosistein, ACA (Anti Cardiolipin Antibody) dan LA (Lupus Anticoagulan) pada pasien usia muda.
- EKG: dicari tanda-tanda fibrilasi atrium, tanda-tanda insufisiensi koroner dan infark miokard Ekokardiografi atas indikasi:
  - *Trans Thoracal Echocardiography* (TTE): untuk menentukan adanya trombus mural kelainan katup dan miokard.
  - *Trans Esophageal Echocardiography* (TEE):
    1. Hanya dilakukan bila hasil TTE negatif
    2. Menentukan adanya trombus mural di atrium kiri
    3. Menentukan adanya *spontaneous echo contrast*
- *Dop Scan Carotid* dan *Trans Cranial Doppler* untuk melihat adanya plak atherosklerotik di pembuluh darah, kelainan pembuluh darah lainnya dan kemungkinan adanya emboli.
- CT scan: untuk menyingkirkan adanya perdarahan intrakranial.

**d. Prosedur Pemberian Antikoagulan dan Fase Akut Stroke Iskemik**





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

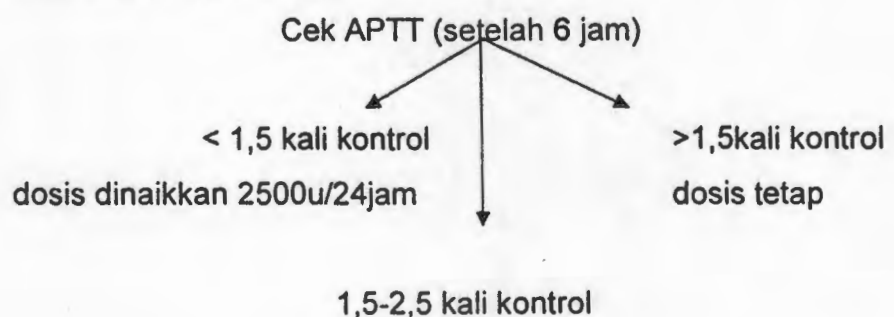


#### e. Tatacara Pemberian Antikoagulan

1. Untuk prevensi stroke berulang dan untuk keberhasilan pengobatan, periksa dulu anti faktor X aktif (AXa) 3 jam setelah pemberian LMWH.

a. Heparin: dimulai dengan dosis 10.000 U/24 jam

Monitoring trombosit hari 1 dan 3 (jika < 100.000 atau <50% harga dasar, ulang hari ke-4. Bila tetap ada penurunan trombosit, stop heparin).



Hari ke-3 tumpang tindih dengan antikoagulan oral (sampai INR 2,0-3,0 atau trombotes (Owren) 10-20%).

Hari ke-5 pemberian antikoagulan periksa INR berturut turut tiap hari. Bila tetap (INR 2,0-3,0), stop heparin.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Untuk prevensi trombosis vena dalam: heparin 2x5000 unit SK atau *low weight molecular heparin* (LMWH) 1x0,3 cc selama 7-10 hari (tidak perlu pemantauan APTT) dan terapi trombosis vena serebral.

b. Heparin berat molekul rendah (LMWH)

2x0,4 cc subkutan selama 5-7 hari.

c. Antikoagulan Oral

- Warfarin: pemberian malam jam 17.00-19.00 /

Hari I, II : 2 mg

Hari III : periksa International Normalized Ratio (INR) jam 09.00-11.00.

- Dikumarol

Hari I,II : 1 mg

Hari III : Cara pemberian sama dengan warfarin

(1mg dikumarol= 2mg warfarin)

Monitoring antikoagulan. Jika didapatkan :

INR 1.1-1,4: dosis hari ke-3 :10-20% TDM (Total Dosis Mingguan)

Cek ulang INR 1 minggu kemudian

INR 1.5-1,9: dosis hari ke-3 : 5-10% TDM

Cek ulang INR 2 minggu kemudian

INR 2,0-3,0: tidak ada perubahan dosis

Cek ulang INR 4 minggu kemudian

INR 3,1-3,9 : dosis diturunkan 5-10% TDM

Evaluasi INR tiap hari

INR 4-5,0:

- Hari I stop antikoagulan oral, beri vit. K 2 kali 1 tablet per hari.
- Hari II dosis diturunkan 10-20% TDM. beri vit. K secara injeksi 2 kali 1 ampul per hari. Evaluasi INR tiap hari





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

INR >5. stop antikoagulan oral. Monitoring setiap hari sampai INR 3,0. Ulangi lagi mulai dengan dosis 20-50% TDM.

**f. Pemantauan:**

1) Efek terapeutik:

APTT: 1,5-2,5 kali kontrol (5-10 hari)

Fibrilasi atrium non valvuler: INR 2-3 (target 2,5) seumur hidup

Trombus ventrikel kiri: INR 2-3 (target 2,5) 6 bulan

Infark miokard baru: INR 2-3 (target 2,5) 6 bulan

Katup jantung buatan: INR 3-4 (target 3,5) seumur hidup.

2) Efek samping/komplikasi:

a. Golongan heparin:

- Trombositopeni (*heparin induced*)
- Osteoporosis
- Perdarahan
- Idiosinkrasi

b. Antikoagulan oral:

- Nekrosis kulit
- Ruam kulit
- Diare
- Perdarahan ekimosis, hematoma, epistaksis, perdarahan serebral

**g. Penatalaksanaan Komplikasi**

1) Golongan heparin:

- Stop heparin
- Perdarahan berat: protamin sulfat (100 U heparin dinetralkan oleh mg protamin sulfat i.v. lambat). 1 cc heparin = 1 cc protamin sulfat, Dosis awal 2/3 kali dosis



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

2) Golongan kumarin

- Perdarahan minor: luka, dosis turunkan
- Perdarahan mayor: stop warfarin. Berikan Vit K 5-10 mg subkutan dan FFP (Fresh Frozen Plasma) 2 ml/kg berat badan sebanyak 2 kali sehari sampai perdarahan berhenti.

**h. Interaksi Obat**

**1. Gangguan absorpsi**

**2. Potensiasi:**

- Fenilbutason
- Metronidazol
- Trimetoprim
- Sulfametoksazol
- Eritromisin
- Steroid anabolik
- Klofibrate
- Simetidine
- Flukonazol
- Obat anti-inflamasi non steroid
- Umumnya obat analgesik dan antipiretik

**3. Inhibisi**

- Barbiturat
- Penisilin
- Griseofulvin

**Protokol Pemberian Antiplatelet**

- a. Asetosal (asam asetil salisilat) dapat diberikan sedini mungkin bila sudah dipastikan stroke iskemik.
- b. Clopidogel (*Caprie study*)
- c. Dipyridamol/ Asetosal (*Asasantin study*)
- d. Ticlopidin (*TASSsfudy*)



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III.7 Pedoman Pemberian Trombolisis dengan rTPA intravena**

#### **1. Kriteria Inklusi**

- a. Stroke iskemik akut yang onsetnya diketahui jelas dan tidak melebihi 3 jam
- b. Usia >18 tahun. <75 tahun
- c. Diagnosis stroke iskemik dibuat oleh ahli stroke dan sken tomografik otak dibaca oleh ahli yang paham dengan penafsiran hasil pemeriksaan imaging. Sebaiknya digunakan hasil sken tomogram generasi 3 atau 4, dengan tebal irisan 5-10 mm tanpa kontras. Waktu sken 3 detik untuk fossa posterior dan 2 detik untuk daerah supratentorial.
- d. Harus ada persetujuan tertulis dari penderita atau keluarganya setelah diterangkan risiko bahawa perdarahan dan keuntungan pengobatan rt-PA
- e. Memenuhi kriteria eksklusi

#### **2. Kriteria Eksklusi**

- a) Penggunaan obat antikoagulan oral atau waktu protrombin lebih dari 15 detik (INR lebih dari 1,7)
- b) Penggunaan heparin dalam 48 jam sebelumnya dan masa tromboplastin parsial memanjang
- c) Trombosit kurang dari 100.000/mm
- d) Stroke sebelumnya atau trauma kapitis hebat dalam waktu 3 bulan sebelumnya
- e) Operasi besar dalam waktu 14 hari
- f) Tekanan darah sistolik sebelum pengobatan lebih dari 185 mmHg atau tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg. Bila tekanan darah sistolik dan diastolik melebihi tersebut di atas dapat dilihat pada penatalaksanaan penyulit tekanan darah.
- g) Tanda-tanda neurologis yang cepat membaik
- h) Defisit neurologis ringan dan tunggal, seperti asfiksia atau gangguan sensorik saja, disartria saja, atau kelemahan minimal Riwayat perdarahan intrakranial sebelumnya atau perkiraan perdarahan subaraknoid



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- i) Glukosa darah kurang dari 50 mg/dl atau lebih dari 400 mg/dl
- j) Kejang pada permulaan stroke
- k) Infark miokard baru
- l) Hati-hati pemberian rt\_PA pada penderita stroke berat (NIHSS >22)
- m) Permulaan stroke tidak dapat dipasrikan, misalnya strokee setelah bangun tidur

**Pedoman terapi Stroke Perdarahan**

**a. Terapi umum**

- i. Rawat ICU bila: volume hematoma lebih dari 30 cc, perdarahan intraventrikuler dengan hidrosefalus dan klinis cenderung memburuk.
- ii. TD (tekanan darah) diturunkan sampai TD premorbid atau sebanyak 15-20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >135-140 mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, TD segera diturunkan dengan labetolol IV 10 mg (2 menit) sampai 20 mg (10 menit) maksimum 300 mg; enalapril IV 0,625-1.25 mg per 6 jam; Captopril 3x6,25 - 25 mg oral.
- iii. Tekanan intra kranial meningkat: posisi kepala dinaikkan 30 derajat, dengan posisi kepala dan dada pada satu bidang, pembenan manitol (lihat stroke iskemik) dan hiperventilasi (PCO<sub>2</sub> 20-35 mmHg).
- iv. Lain-lain lihat stroke iskemik.
- v. *Stress ulcer* diatasi atau dicegah dengan antagonis H<sub>2</sub> parenteral, sukralfat, atau inhibitor pompa proton.
- vi. Komplikasi saluran napas dapat dicegah dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotika spektrum luas.

**b. Terapi khusus**

- i. Perdarahan intraserebral: neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator.
- ii. Tindakan bedah, dengan pertimbangan usia dan Skala Koma Glasgow (SKG) >9, hanya dilakukan pada pasien yang memburuk



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

karena perdarahan serebelum dengan diameter  $>3$  cm, hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum (VP-shunting) dan perdarahan lobar di atas 60 cc dengan tanda-tanda peninggian tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi.

iii. Perdarahan sub arahnoid

1. Terapi medis dengan Ca antagonis
2. Terapi bedah (aneurisma, AVM) dengan ligasi, enibolisasi, ekstirpasi, *gamma knife*.

**III.8 STANDAR PELAYANAN MINIMA (SPM) PELAYANAN  
PENUNJANG**

**III.8.1 Pelayanan Penunjang Radiologi**

**1. Pengertian**

- Memberikan pelayanan radiologi dan imejing disesuaikan dengan pengembangan dan tujuan dari rumah sakit secara keseluruhan. Memberikan pelayanan rutin RS dan pelayanan gawat darurat untuk 24 jam
- Laporan hasil pemeriksaan radio diagnostik di catat di rekam medis pasien dalam waktu 24 jam, setelah interpretasi foto, sedang salinannya harus ada dibagian radiologi.  
Ahli radiologi akan memberitahukan secepatnya kepada dokter yang mengirim, apabila ditemukan hal-hal yang serius.
- Semua foto dan rekam, imejing lainnya yang sudah dibaca, akan disimpan di rumah sakit paling tidak untuk jangka waktu 3 - 5 tahun.  
Ini diperlukan bila pasien diperiksa ulang.
- Ruang pelayanan radiologi harus sesuai Winclar DEPKES mengenai persyaratan luas dan proteksi radiasi bagi pasien dan petugas.
- Proteksi radiasi bagi petugas, pasien dan lingkungan disesuaikan dengan standar Badan Pengawas Tenaga NuMir (Bapeten) dan Badan Pengamanan fasilitas Kesehatan (BPFK).



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**2. Jenis pelayanan:**

1. Foto, Rontgen + ekspertise dokter radiologi
2. Ultra sonografi + ekspertisi dokter sonografi
3. CT- Scan/ MRI

**3. Indikator Pelayanan**

Pertumbuhan pemeriksaan Radiologi  
Rata-rata radiologi / hari tahun berjalan  
Rata-rata radiologi / hari tahun lalu  
Target  $\geq 1.25$

**III.8.2 Standar Pelayanan Minimal ( SPM ) Pelayanan Penunjang  
Laboratorium**

**I. Pengertian:**

Penyelenggaraan pelayanan laboratorium klinik rumah sakit mempunyai tujuan yang mengacu kepada pelayanan rumah sakit.

**II. Tujuan pelayanan laboratorium klinik adalah**

- a. Pelayanan rutin maupun darurat.
- b. Melakukan pemeriksaan rutin maupun khusus, terdapat bahan dari manusia berupa darah, urine, feces, cairan otak dan cairan tubuh lainnya.
- c. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan lab klinik berdasarkan etika profesi.
- d. Menyelenggarakan pelayanan di bidang diagnostik dengan cara memberikan dan melakukan interpretasi hasil laboratorium klinik yang bermanfaat untuk pengelolaan pasien
- e. Mengembangkan metode pemeriksaan laboratorium klinik sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi berdasarkan hasil penelitian





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### 1. Jenis-jenis Pelayanan Laboratorium

NO	JENIS PELAYANAN
1	<b>Laboratorium Sederhana</b> a.LED b.Hb c. Leukosit d. Eritrosit e. Trombosit f. Masa Perdarahan g. Masa Pembekuan h. Hitung jenis i. Tes Rivalta j. Hematocrit (Ht) k. Feses 1. Hitung Jumlah Eosinophil
2	<b>Laboratorium Sedang</b> 1. Glukosa 2. Urine 3. Apus darah tepi 4. Bil. Total 5. SGOT 6. SGPT 7. Urea 8. Kreatinin 9. Kolesterol
	10. Protein Total
	11. Alb/Glob 12. Kalium 13. Natrium 14. Trigliserida 15. Asam urat



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

	16. BTA Dir.Prep.BTA 17. Dir.Prep.Gram
3	<b>Laboratorium Besar</b> a. Kultur BTA b. Resistensi c. HOL + LDL
4	<b>Laboratorium canggih</b> a. Tes Resistensi b. Kultur MO Aer

### 2.Target

Cakupan : 80 % Kebutuhan layanan Laboratorium klinik di rumah sakit dapat terlayani di laboratorium klinik

### 3.Indikator Kinerja

Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium

Rata - rata pemeriksaan laboratorium / hari tahun berjalan

Rata – rata pemeriksanaan laboratorium / hari tahun berjalan

Target  $\geq 1.25$

## III.8.3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Penunjang Farmasi

### I. Pengertian

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Farmasi rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **2. Jenis Pelayanan**

- a. Pelayanan resep obat dan alkes
  - UMUM
  - ASKES
  - JPS
- b. Pelayanan Konseling (informasi obat)

## **3. Target**

- a. Resep obat dan alkes yang dilayani 96.7% dari seluruh jumlah resep yang ditulis.
- b. Pelayanan resep obat generik : 99 %
- c. Pelayanan resep obat PATENT: 80 %

## **4. Indikator Mutu**

### **Kecepatan pelayanan resep jadi**

Rata-rata pelayanan resep obat jadi (menit)

Rata-rata 10 menit

= Kecepatan pelayanan resep obat jadi < 8 menit

## **III.8.4. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Penunjang Rehabilitasi Medik**

### **1. Pengertian**

- a. Meningkatkan kemampuan fungsional seseorang sesuai dengan pokusi yang dimiliki untuk mempertahankan atau mengurangi impairment, disabilitas dan hendikep sernaksirnal mungkin.
- b. Hal ini dapat dicapai dengan baik melalui pemanfaatan keterampilan tenaga dokter spesialis rehabilitasi medik dan tenaga tim rehabilitasi medik lainnya, secara terpadu guna memberikan mutu pelayanan perawatan yang terbaik menurut etika masing-masing keahlian terkait.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **2. Jenis Pelayanan:**

### **➤ Fisioterapi**

Fisioterapi dalam melakukan pelayanan mempergunakan beberapa sistem atau metode khusus pada penderita stroke dilaksanakan pada P3SN RSSN Bukittinggi. Fisioterapi mempunyai ruangan khusus yaitu ruang elektrik terapi yang terdiri dari beberapa alat:

- MWD
- SWD
- Infra Red
- Vibrator
- TENS
- Ultrasound
- Dynatron
- Traksi
- Paraffin Bath
- Hydro Therapi

### **➤ Sport terapi**

Selain itu juga fisioterapi mempunyai ruangan latihan dan sport terapi dengan beberapa alat:

- Paralel bar
- Haruard exercise
- Mirror table
- Tilting table
- Tread mill
- Balance exercise
- Static baysicle

Yang paling diutamakan dalam penanganan penderita stoke ini adalah melakukan tindakan secara dini baik fase akut maupun sub akut pada ruang rawat inap khususnya unit stroke.

#### **1. Pada fase akut**

Fisioterapi melakukan exercise secara pasif dan Positioning.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

2. Pada fase sub akut

Program latihan mulai dari:

- Ditempat tidur
- Transfer
- Ambulasi:
  - Duduk dikursi
  - Belajar berdiri
  - Latihan keseimbangan
  - Belajar berjalan

Dalam program lanjutan fisioterapi juga melakukan pelayanan senam stroke dua kali dalam seminggu.

➤ **Okupasi terapi**

Okupasi terapi juga mempunyai tenaga sebanyak 2 orang yang merupakan tenaga terlatih serta mempunyai ruangan khusus dan alat-alat yang bertujuan untuk melatih pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan profesi penderita agar bisa kembali ke masyarakat.

Adapun bentuk latihan okupasi terapi antara lain:

- Latihan koordinasi
- Latihan keterampilan tangan
- Latihan untuk aktivitas sehari-hari

**Tujuan Okupasi Terapi :**

1. Membantu meningkatkan penderita untuk mencapai fungsi yang maksimal dalam pemeliharaan diri dalam produktivitas kerja serta kegiatan diwaktu senggang
2. Mencegah adanya kesenjangan atau hambatan okupasi jika memungkinkan
3. Mendorong dan memotivasi pemeliharaan dengan fungsi dari okupasi



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Kasus-kasus yang dapat dilayani:**

1. Kondisi neuromuscular/stroke, ortopedi
- 2.. Kondisi pada anak-anak, kecatatan sejak lahir (delayed development) seperti autisme, ADHC, CP
3. Penderita dengan kelainan pada lanjut

➤ **Speech therapy**

Sama halnya dengan fisioterapi, terarti wicara dilakukan secara dini, mulai penderita saat dirawat baik akut, sub akut dan kronik. Pada P3SN RSSN Bukittinggi ini kita telah mempunyai tenaga terapi wicara yang terlatih juga ruang khusus untuk terapi wicara dengan beberapa alat. Penanganan terapi wicara khususnya pada penderita stroke yang mengalami gangguan afasia dan disatria.

**Tujuan pelayanan terapi wicara antara lain:**

Untuk meringankan dan menghilangkan kesulitan pasien dalam berkomunikasi verbal dan juga melatih kesulitan pasien dalam menelan.

Pasien yang dapat dilayani:

- Kelainan bicara
- Afasia
- Disfagia

Alat-alat:

- Cermin
- Small white board
- Alat peraga gambar yang terdiri dari:
  - Gambar binatang-binatang
  - Gambar sayur-sayuran
  - Gambar buah-buahan
  - Angka-angka
  - Alfabet

Dalam program latihan lanjutan, terapi wicara juga melakukan terapi dengan menggunakan musik bagi penderita.





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## ➤ **Edukasi**

### **Edukasi Keluarga**

Dalam pelayanan edukasi keluarga mempunyai ruang khusus yang lebih diutamakan kepada keluarga atau penderita itu sendiri. Dalam edukasi ini pendekatan pada keluarga sangat berpengaruh agar dapat membantu terapis dalam memotivasi serta memberikan pemahaman kepada keluarga penderita sehubungan dengan penyakit yang diderita.

Adapun hal-hal yang perlu diketahui keluarga:

1. Apa itu stroke
3. Bagaimana stroke dengan pelayanannya
4. Bagaimana peran keluarga dalam merawat penderita stroke
5. Bagaimana memberikan latihan pada penderita stroke
6. Bagaimana mengajar aktivitas sehari-hari pada penderita stroke

Apabila pelaksanaan edukasi keluarga ini dilaksanakan dengan baik dan terarah maka penderita dapat mandiri dan terbatas dari ketergantungan.

**Tujuan pelayanan edukasi keluarga:**

1. Sebagai tempat komunikasi pasien atau keluarga pasien dengan permasalahan yang dihadapi
2. Membantu pasien atau keluarga pasien dengan problem yang dihadapi untuk mengantisipasi hal-hal yang terjadi

### **Indikator Kinerja**

Pertumbuhan Rehabilitas Medik

Rata-rata RM/hari tahun bedalan

Rata-rata. RM/hari tahun lalu

Target  $\geq 1.25$



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **III.8.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Penunjang Gizi**

#### **1. Pengertian**

Pelayanan Gizi diselenggarakan secara terintegrasi dengan unit pelayanan kesehatan lain di rumah sakit, agar dicapai pelayanan Gizi yang optimal dan penyelenggaraan makanan yang bermutu tinggi.

#### **2. Langkah kegiatan**

- 2.1. Menyusun standar makanan rumah sakit sesuai dengan penuntun diet.
- 2.2. Menyusun kebutuhan diet pasien rawat inap sesuai dengan keadaan pasien dan penyakitnya.
- 2.3. Menyusun menu makanan.

#### **3. Jenis Pelayanan**

- 3.1. Menu makanan paket A (kelas utama, & kelas satu)
- 3.2. Menu makanan paket B (kelas II & ICU)
- 3.3. Menu makanan paket C (kelas III )
- 3.4. Konsultasi Gizi
  - Rawat Inap
  - Rawat Jalan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

#### BAB IV

### ADMINISTRASI REGISTRASI STROKE

Perencanaan dan pengorganisasian pelayanan stroke membutuhkan data dasar pada setiap kawasan yang bisa diperoleh melalui diadakannya *stroke center* dan beberapa unit stroke. Sistem registrasi untuk mengumpulkan data ini harus menggambarkan insidens, prevalensi, morbiditas dan mortalitas akibat stroke serta data mengenai kualitas prevensi dan penatalaksanaan pada tingkat lokal, regional dan nasional.

Oleh karena itu, Departemen Kesehatan merencanakan untuk melaksanakan registrasi stroke dengan menggunakan modul-modul. Modul-modul tersebut saat ini masih dalam taraf persiapan dan uji coba.

#### Skor Ranking :

1. Tidak ada kecacatan. mampu untuk beraktifitas dan melakukan pekerjaan
2. Kecacatan ringan, tidak bisa mengerjakan pekerjaan sebagaimana sebelumnya tetapi dapat bekerja sendiri tanpa pengawasan
3. Kecacatan sedang, membutuhkan beberapa bantuan tapi dapat berjalan tanpa bantuan.
4. Kecacatan sedang-berat, tidak dapat berjalan tanpa alat bantu dan juga tidak bisa melakukan pekerjaan harian tanpa bantuan.
5. Kecacatan berat, terbaring ditempat tidur dan membutuhkan bantuan terus-menerus

#### Indeks Barthel :

##### 1. Makan

- 10 = tidak tergantung, dapat menggunakan alat yang dibutuhkan  
5 = membutuhkan pertolongan 0 = tidak dapat melakukan

##### 2. Mandi

- 5 = sendiri tanpa bantuan  
0 = tidak dapat melakukan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

3. Kebersihan diri

5 = dapat cuci muka, mencukur, sikat gigi

0 = tidak dapat melakukan

4. Berpakaian

10 = bisa sendiri, dapat menyikat sepatu, mengancingkan baju

5 = membutuhkan bantuan tapi setengahnya dapat dikerjakan sendiri

0 = tidak dapat melakukan sendiri

5. Kontrol defekasi

10 = tidak ada gangguan. Dapat menggunakan supositoria atau enema

5 = kadang-kadang ada gangguan atau membutuhkan pertolongan dengan enema

0 = terganggu

6. Kontrol miksi

10 = tidak ada gangguan. Mampu menggunakan alat bantu jika diperlukan.

5 = kadang-kadang terganggu atau membutuhkan pertolongan dengan alat bantu

0 = terganggu

7. Toilet transfer

10 = mandiri dapat menggunakan handuk, menyeka, membasuh dan membersihkan

5 = membutuhkan pertolongan untuk keseimbangan, memegang handuk atau kertas toilet.

8. Berpindah kursi/tempat tidur

15 = Mandiri, termasuk mengunci kursi roda dan mengangkat penyangga kaki

10 = sedikit dibantu.

5 = mampu untuk duduk, tapi membutuhkan bantuan.

0 = terganggu



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

9. Berpindah tempat.

15 = Mandiri berjalan 50 yard. Mungkin menggunakan alat bantu, kecuali menggunakan rolling walker.

10 = Dengan bantuan sejauh 50 yard.

5 = Tergantung dengan kursi roda sejauh 50 yard, jika tidak mampu berjalan.

0 = terganggu

10. Naik tangga

10 = Mandiri. Mungkin menggunakan alat bantu.

5 = Membutuhkan pertolongan atau pendamping.

0 = Tidak mampu

L5. Skala Prognostik Orpington

Diperiksa pada 2 – 4 minggu pasca serangan stroke

Gambaran Klinis		Skor	Jumlah
1 Defisit motorik pada lengan (gradasi MRC)	5	0	
	4	0.4	
	3	0.8	
	1-2	1.2	
	0	1.6	.....
Proprioseptif (dengan mata tertutup) Menemukan lokasi jari I :			
Tepat		0	
Dengan sedikit kesukaran		0.4	
Dengan menelusuri lengan		0.8	
Tidak dapat menemukan		1.2	.....
Keseimbangan			
Berjalan 3 m tanpa bantuan		0	
Mempertahankan posisi berdiri		0.4	
Mempertahankan posisi duduk		0.8	
Tidak ada balans duduk		1.2	.....
Kognisi			
Test mental dengan penyesuaian	10	0	
	8-9	0.4	
	5-7	0.8	
	0-4	1.2	
Skor total : 1.6 + (1) + (2) + (3) + (4) =	.....		Penilaian :
.....			



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

---

Keterangan : test mental dengan penyusaian  
Tiap jawaban yang benar mendapat  
nilai 1

- |     |   |                   |
|-----|---|-------------------|
| 1.  | Berapa umur anda ?                          | 1                 |
| 2.  | Jam berapa sekarang (jam terdekat)          | 1                 |
| 3.  | Coba simak : Jl. Diponegoro 71              | 1 (ulangi ssd 10) |
| 4.  | Tahun berapa sekarang ?                     | 1                 |
| 5.  | Apa nama Rumah sakit ini ?                  | 1                 |
| 6.  | Siapa nama perawat dan dokter anda disini ? | 1                 |
| 7.  | Sebutkan bulan dan tahun kelahiran anda!    | 1                 |
| 8.  | Tahun berapa Indonesia merdeka ?            | 1                 |
| 9.  | Siapa nama Menteri Kesehatan sekarang ?     | 1                 |
| 10. | Coba hitung mundur dari 20 menjadi 1        | 1                 |

**Jumlah** .....

---





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## BAB V

### MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi adalah suatu kesatuan kegiatan manajemen yang penting berupa upaya pemantauan dan penilaian terhadap kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis oleh pengelola/penanggung jawab program penanggulangan stroke.

Monitoring, pada dasarnya menjawab pertanyaan "*what are we doing?*". Tujuan monitoring adalah agar pengelola program dapat mengamati seberapa jauh aktivitas-aktivitas atau intervensi-intervensi yang dilaksanakan sudah sesuai dengan yang direncanakan. Oleh karena itu, perlu laporan berkala yang memuat kegiatan/intervensi atau input, proses yang dilakukan dan bagaimana hasil/output kegiatan tersebut. Laporan tersebut akan sangat membantu menemukan dan identifikasi problem baru yang timbul apalagi bila disertai dengan penjelasan kualitatif dari para pelaksana.

Evaluasi, pada hakekatnya menjawab pertanyaan "*is what we are doing making any difference?*". Secara jujur, cukup sulit menjawab pertanyaan ini, oleh karena memerlukan desain evaluasi yang khusus dan lengkap dengan kelompok kontrol. Hal ini memang perlu untuk tujuan penelitian. Namun untuk tujuan pengelolaan program stroke, cukup dengan melaksanakan evaluasi proses (*process evaluation*) dan evaluasi hasil (*output evaluation*). Laporan berkala saja tidak cukup untuk melakukan evaluasi program. Sering diperlukan survey atau evaluasi oleh pihak lain untuk menjamin objektivitas.

Evaluasi proses, memberikan gambaran tentang seberapa baikkah kualitas kegiatan dan kualitas intervensi sehingga akan terjadi perubahan (*difference*). Misalnya dalam suatu pelatihan, apakah kurikulumnya sudah sesuai dengan standard? Apakah para fasilitatornya mempunyai kompetensi yang sesuai dengan kriteria? Apakah alat peraga dan lain-lainnya sudah memenuhi standard?

Demikian pula halnya dengan evaluasi proses pelayanan medik. Evaluasi output misalnya menilai apakah petugas sudah dilatih dan siap melaksanakan tugasnya yang dicerminkan dari rencana kerja yang disusun selama pelatihan? Lebih jauh dan evaluasi hasil adalah apakah sudah ada kunjungan

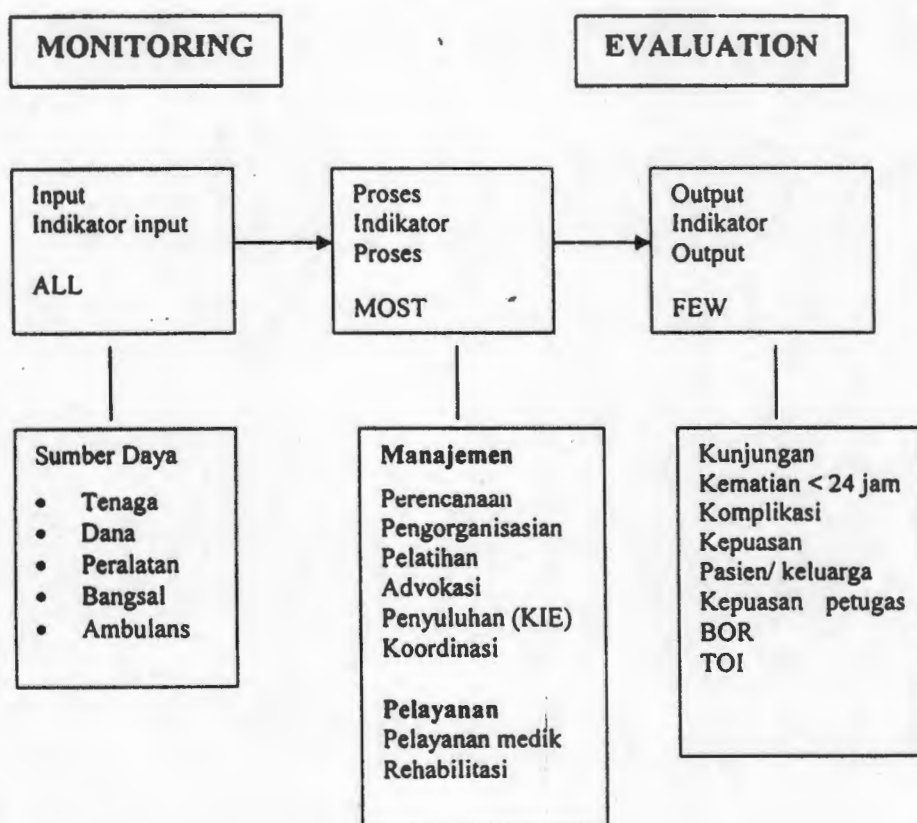


**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

konsultasi atau pasien ke sentra pelayanan stroke? Apakah masih ada komplikasi perawatan dan pengobatan? Bagaimana tingkat kepuasan penderita/keluarga atau petugas pelaksana?

Untuk dapat melakukan monitoring dan evaluasi, maka perlu adanya indikator. Sesuai dengan pendekatan sistem, maka perlu adanya indikator input, proses dan output.

Dengan pendekatan kesisteman itu, maka monitoring dan evaluasi program penanggulangan stroke dapat digambarkan sebagai berikut:



**Keterangan**

**ALL** :semua indikator input yang relevan diperlukan untuk monitoring

**MOST** :sebagian indikator proses perlu untuk monitoring dan evaluasi

**FEW** :sebagian kecil perlu untuk monitoring dan evaluasi

Penjabaran indikator di atas dapat dikemukakan sebagai berikut: Indikator sumber tenaga a.l :

- Tenaga dokter atau keperawatan atau fisioterapist yang telah dilatih dalam manajemen kasus stroke.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- Jumlah dana yang tersedia untuk operasional pelayanan stroke (nominal dan persentase dari anggaran operasional rumah sakit).
- Jenis dan jumlah peralatan esensial handal yang tersedia.
- Jumlah tempat tidur untuk stroke dan persentasenya dari total tempat tidur yang tersedia.
- Jumlah ambulans yang mempunyai peralatan sesuai dengan standart pelayanan kedaruratan

**Indikator proses manajemen a.l:**

- Adanya rencana strategis dan rencana tahunan
- Adanya rencana operasional
- Adanya organisasi dan staffing yang jelas dengan tugas, wewenang dan tanggung jawab
- Adanya rencana dan pelaksanaan pelatihan untuk peningkatan kemampuan SDM yang sesuai dengan problem yang dihadapi
- Adanya rencana dan pelaksanaan advokasi pada para pengambil keputusan yang diwujudkan dalam peraturan / kebijakan atau Perda dll.
- Adanya rencana dan pelaksanaan komunikasi, informasi dan edukasi terhadap kelompok sasaran yang mempunyai risiko tinggi atau rentan terhadap stroke
- Adanya koordinasi / kemitraan dengan berbagai *stakeholder* berdasarkan adanya kesepakatan dll.

**Indikator proses pembiayaan a.l:**

- Adanya standar pelayanan medik stroke (hiperakut, akut, subakut dan kronis)
- Adanya standar asuhan keperawatan stroke
- Adanya standar pelayanan rehabilitasi stroke
- Adanya mekanisme pelayanan rujukan
- Adanya mekanisme audit pelayanan stroke



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Indikator output meliputi output manajemen dan output pelayanan medik seperti contoh pada kolom di atas.

Setiap *stakeholder* yang terkait dalam pengelolaan program penanggulangan stroke harus melaksanakan monitoring dan evaluasi sesuai dengan bidang tugasnya yang diembannya. Secara berkala hasil monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan harus dikomunikasikan dengan para *stakeholder* terkait.

Secara nasional, Departemen Kesehatan dan Organisasi Profesi, perlu melakukan monitoring dan evaluasi penanggulangan stroke dengan semangat kemitraan.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## BAB VI

### ADMINISTRASI DAN SUMBERDAYA MANUSIA

Komposisi dan jumlah tenaga pada pelayanan penyakit stroke dengan kapasitas 10 tempat tidur (TT)

Jenis Tenaga	5-10 Tempat Tidur	> 15 Tempat Tidur
Dr. Spesialis Saraf Konsultan	1	1
Dr. Spesialis Saraf	1 atau 2	2
Perawat mahir stroke	4	≥ 8
Perawat lain	8	≥ 10
Dietisien	1	1 orang
Terapi fisik	2	≥ 3
Terapis Okupasi	1	2
Terapis wicara	1	1
Pekerja sosial	1	1

Catatan: Jumlah tenaga perawat mahir/perawat lainnya disesuaikan dengan shift jaga



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

VI. I. ADMINISTRASI/KESEKRETARIATAN

No	KEWENANGAN WAJIB JENIS PELAYANAN / KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	STANDAR
1.	Peningkatan Mutu pelayanan	Berkurangnya Komplain dari tahun yang lalu	50 %
2.	Peningkatan jangkauan pelayanan kepada perusahaan swasta	Bertambahnya jumlah kerja sama dengan perusahaan swasta	10 %
3.	Penyelenggaraan ketatausahaan	Waktu penyelesaian jabatan surat menyurat dinas	Tepat waktu 2 hari
4.	Penyusunan buku pedoman dan prosedur keperawatan	Tersedianya pedoman dan prosedur keperawatan	100 %
5.	Penerapan asuhan keperawatan	Perawat bekerja sesuai standar	100 % status pasien terisi askep
6.	Pengendalian mutu keperawatan	Pasien dan keluarganya merasa puas	Keluhan nol
7.	Melaksanakan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien	Menurunnya pasien pulang paksa	30 % menurun dari tahun lalu
8.	Pelaporan kegiatan pelayanan rumah sakit	Waktu Laporan	Paling lambat tanggal 10 setiap bulan
9.	Membuat dokumentasi evaluasi dan tindak lanjut kegiatan pengendalian	Dokumentasi lengkap	100 %
10.	Membuat laporan tertulis evaluasi dan tindak lanjut kegiatan pengendalian askep	Tersusunnya laporan kegiatan mutu asuhan keperawatan	Satu bulan satu kali
11.	Membuat laporan asuhan keperawatan	Terwujudnya dan terdokumentasinya laporan asuhan keperawatan	Setiap tiga bulan sekali
12.	Pengagandaan surat masuk dan keluar	Teragendakannya setiap surat pada buku agenda	100 %
13.	Pengarsipan surat masuk dan surat keluar	Waktu pengarsipan surat secara baik dan benar sesuai nomor indeknya	1 hari





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

14.	Penyampaian surat ke unit kerja terkait sesuai dengan disposisi	Waktu penyampaian surat secara cepat, tepat dan benar	1 hari
15.	Pengadaan surat	Waktu pengadaan surat	1 hari
16.	Menyusun laporan hasil kegiatan PPM	Hasil laporan	1 hari
17.	Pengawasan pelayanan administrasi umum (evaluasi dokumentasi dan revisi protap)	Menurunnya kesalahan manajemen	25 % dari tahun lalu
18.	Pengelolaan rekam medik	Kelengkapan status	Semua status lengkap

**VI. 2. SUMBER DAYA MANUSIA**

No	KEWENANGAN WAJIB JENIS PELAYANAN / KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	STANDAR
1.	Pembinaan staf pelayanan medis	Frekuensi pembinaan staf pelayanan medis	12 kali setahun
2.	Pengaturan jumlah tenaga perawat	Tersedianya jadwal dinas tenaga perawat, jelas, mudah dilihat dipampang disetiap unit kerja	12 berkas setahun
3.	Pembinaan tenaga keperawatan	Terbinanya seluruh tenaga perawat	100 %
4.	Orientasi tenaga keperawatan	Terlaksananya program orientasi perawat baru	100 %
5.	Jenjang karir tenaga keperawatan	Tersusunnya alur jenjang karir tenaga keperawatan	1 berkas
6.	Menyelenggarakan pelatihan protap dan teknis keperawatan	Terlaksananya pelatihan secara berkesinambungan	80 %
7.	Membina kepala ruang	Frekuensi pembinaan Meningkatnya kemampuan managerial Kepala Ruang	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 x/ bulan</li><li>• Menurunnya manajemen eror 25 % dari tahun lalu</li></ul>
8.	Pelatihan pelayanan keperawatan rawat jalan	Jumlah perawat Instalasi Rawat Jalan yang dilatih	100 %



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9.	Melaksanakan kegiatan usulan kenaikan gaji berkala	Kenaikan gaji berkala tepat waktu	100 %
10.	Melaksanakan kegiatan kenaikan pangkat	Kenaikan pangkat pegawai tepat waktu	100 %
11.	Memantau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kehadiran perawat ditempat tugas</li><li>• Datang dan pulang tepat pada waktu yang ditentukan</li><li>• Berpakaian pada waktu tugas sesuai dengan aturan yang telah ditentukan, lengkap dan rapi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perawat datang tepat waktu</li><li>• Perawat berpenampilan baik dan rapi</li></ul>	 100 %  100 %



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## BAB VII

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEUANGAN DAN PEMBIAYAAN

Penetapan tarif pelayanan dan perawatan di Unit Stroke diperhitungkan atas dasar *Unit Cost* rata-rata rawat inap kelas II rumah sakit (tercapainya Break Event Point) dengan menggunakan metode *double distribution* serta memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat setempat, tarif rumah sakit pesaing dan kebijakan subsidi silang.

Komponen biaya dalam perhitungan *unit cost*, pelayanan Unit Stroke dibagi dalam:

#### VII.1 Komponen Biaya Langsung

Merupakan biaya yang dikeluarkan untuk suatu tindakan medis. Di Unit Stroke, komponen biaya tersebut meliputi:

- a. Pelayanan Medik, meliputi:
  - Tindakan medis operatif
  - Tindakan medis non operatif
- b. Pelayanan Penunjang Medik
  1. Pemeriksaan laboratorium: umum dan khusus
  2. Pemeriksaan radio diagnostik
  3. Pemeriksaan diagnostik elektromedik
  4. Pemeriksaan diagnostik khusus: *Dop scan carotid, TCD, bladder scan*
  5. Pelayanan asuhan keperawatan
  6. Pelayanan farmasi
  7. Pelayanan dan konsultasi gizi
- c. Pelayanan Restorasi-Rehabilitasi
  1. Pelayanan restorasi-rehabilitasi medik sederhana, sedang, besar, canggih dan khusus.
  2. Pelayanan ortotik/prostetik sederhana, sedang, canggih dan khusus.
- d. Pelayanan Konsultatif Medik Khusus.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## **VII.2 Komponen Biaya Tidak Langsung**

Meliputi biaya administrasi, rekam medik, laundry, dapur, listrik, keamanan dan kebersihan lingkungan rumah sakit.

Cara pembiayaan pelayanan pasien stroke di rumah sakit dapat berupa

1. Biaya langsung oleh pasien/ keluarga (*out of pocket*)
2. Biaya pra upaya :
  - Asuransi Kesehatan baik pemerintah maupun swasta
  - Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
3. Pembiayaan oleh institusi kerja pasien/ keluarga (*indemnity*)
4. Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan untuk keluarga miskin
5. Sumber dana masyarakat yang dapat dikembangkan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### VII.3. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) MANAJEMEN KEUANGAN

No	KEWENANGAN WAJIB JENIS PELAYANAN / KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	STANDAR
1.	Pembuatan SPPD	Waktu pembuatan SPPD	1 hari
2.	Monitoring pendapatan fungsional	Frekuensi monitoring	360 kali per tahun
3.	Penagihan piutang kepada pihak ke tiga/perjanjian	Tertagihnya piutang tepat waktu	100% tepat waktu
4.	Ketepatan pembayaran gaji, insentif dan honor	Waktu pelayanan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gaji max tanggal 1 s.d 3</li><li>• Insentif max tanggal 5 s.d 10</li><li>• Honor tanggal 3 s.d 5</li></ul>
5.	Memeriksa kebenaran laporan keuangan	Kesalahan dalam laporan	100% laporan
6.	Menyusun dan membuat laporan keuangan bulan secara periodik	Tersusunnya laporan keuangan tepat waktu	12 kali pertahun, setiap tanggal 5 bulan berikutnya
7.	Menyusun dan membuat laporan keuangan tahunan berupa neraca, laporan rugi laba serta analisis keuangan	Tersusunnya laporan keuangan tepat waktu	1 kali pertahun, setiap tanggal 10 bulan berikutnya.
8.	Menyelenggarakan dialog berkala dalam rangka informasi keuangan	Frekuensi dialog yang dilaksanakan setiap bulan	12 kali per tahun, setiap bulan minggu ke'3 (tiga)



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

1	2	3	4
9.	Mengerjakan semua tagihan kontraktor	Waktu mengerjakan	Setiap hari
10.	Mengirimkan berkas tagihan yang sudah selesai	Semua berkas kontraktor dikirim tepat waktu	100% berkas
11.	Meneliti semua penerimaan fungsional	Tercatatnya semua jenis penerimaan	Setiap hari
12.	Penyusunan laporan bulanan dan tahunan	Terwujudnya dan terdokumentasinya laporan keuangan	Setiap bulan
13.	Pelaporan SPJ	Tercapainya laporan SPJ yang tepat waktu	Sesuai tanggal 5 bulan berikutnya
14.	Pelayanan penerimaan pembayaran pasien rawat jalan	Waktu pelayanan	5 menit
15.	Perhitungan biaya pengobatan/perawatan yang accountable	Kesalahan perhitungan	Sesuai Perda/Prosedur
16.	Penutupan kas	Waktu maksimal penutupan kas	Jam 14.00 WIB
17.	Pelaporan data jasa medis untuk insentif dan jasa dokter	Waktu pelaporan	Tanggal 3 setiap bulan





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Diagnosa : Stroke Iskemik / Non Haemoragig

Lama : 14 hari

No	Komponen	Unit Cost	Pemakaian	Tarif ( Rupiah)					
				Klas III	Klas II	Klas I	Vip Utama	Vip II	Vip I
1	Akomodasi Perawatan								
	- Ruang Rawat Inap		14	25.000 x 14 = 350.000	60.000 x 14 = 840.000	90.000 x 14 = 1.260.000	130.000 x 14 = 1.820.000	140.000 x 14 = 1.960.000	170.000 x 14 = 2.380.000
	- Poliklinik/IGD	15.000	1	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
2	Obat-obatan								
	- Piracetam 12 gr Inf	92.400	7 btl/ 60 ml	646.800	646.800	646.800	646.800	646.800	646.800
	- Piracetam Tablet 1200 mg	1.980	21 tablet	41.580	41.580	41.580	41.580	41.580	41.580
	- Aspilet	333	28 tablet	9.324	9.324	9.324	9.324	9.324	9.324
	- Captopril 25 mg	362	28 tablet	10.136	10.136	10.136	10.136	10.136	10.136
	- Neurodex	300	28 tablet	8.400	8.400	8.400	8.400	8.400	8.400
	- Piclodin 250 mg	5600	28 tablet	184.800	184.800	184.800	184.800	184.800	184.800
	- Cilostazol 50	5940	28 tablet	166.320	166.320	166.320	166.320	166.320	166.320
	- Manitol 20 % Inf	62.000	3 btl/500 ml	186.000	186.000	186.000	186.000	186.000	186.000
3	Bahan Habis Pakai								
	- Abocet	26.000	1	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000
	- Infuset	12.800	1	12.800	12.800	12.800	12.800	12.800	12.800
	- Sduit 20cc	6.750	3	20.250	20.250	20.250	20.250	20.250	20.250
	- Asering, rl,kaen 3b Amnovel, trifusin, Dex 5%	13.800	9	124.200	124.200	124.200	124.200	124.200	124.200
	- Betadin	84	1	84	84	84	84	84	84
	- Kapas	260	1	260	260	260	260	260	260
	- Alkohol	80	1	80	80	80	80	80	80
	- Kasa	100	1	100	100	100	100	100	100



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	- Plaster	250	1	250	250	250	250	250	250
	- Sduit 5 cc	3.000	1	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
	- Poli cateter	17.200	1	17.200	17.200	17.200	17.200	17.200	17.200
	- Urinal beg	8.000	1	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
	- Hebiset	625	1	625	625	625	625	625	625
	- Maslang	19.800	1	19.800	19.800	19.800	19.800	19.800	19.800
	- Sduit 10 cc	4.000	1	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
	- Sduit 50 cc	27.800	1	27.800	27.800	27.800	27.800	27.800	27.800
	- Gliserin	110	1	110	110	110	110	110	110
	- Hensdchoon	1.000	1	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
	- Alkohol	40	9	360	360	360	360	360	360
	- Kapas	60	9	540	540	540	540	540	540
	- Hibiscarp	1.000	9	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000
	- Hensdchoon	1.000	9	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000
	- Kasa	220	1	220	220	220	220	220	220
	- Air panas	1.000	3	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
	- Waslap	100	3	300	300	300	300	300	300
	- O2	25	24	600	600	600	600	600	600
<b>4</b>	<b>Penunjang laboratorium</b>								
	- Gula darah		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Ureum		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Creatinim		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Urien Lengkap		1	20.000	22.000	31.000	36.000	48.500	41.000
	- Darah lengkap paket		1	33.000	35.000	50.500	60.000	44.500	67.000
	- Kimia darah terdiri dari:								
	- Total kolesterol		1	20.000	22.000	25.500	28.000		33.000
	- LDL		1	20.000	22.000	38.000	43.000	47.000	49.500
	- HDL		1	30.000	33.000	38.000	43.000	47.000	49.500
	- Tri gliserida		1	20.000	22.000	25.000	28.000	30.500	33.000
	- Urid acid		1	20.000	22.000	25.000	28.000	30.500	33.000
	- Elektrolit paket terdiri dari		1	105.000	108.000	115.000	132.000	147.500	150.000
	- Natrium								
	- Kalium								
	- Clorida								



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

5	Penunjang Rehabilitasi Medik								
	- Fisio terapi	12	15.000 x 12 = 180.000	19.000 x 12 = 228.000	21.000 x 12 = 252.000	26.000 x 12 = 312.000	26.000 x 12 = 312.000	26.000 x 12 = 312.000	
	- Speech terapi	12	10.000 x 12 = 120.000	12.000 x 12 = 144.000	14.000 x 12 = 168.000	16.000 x 12 = 192.000	16.000 x 12 = 192.000	16.000 x 12 = 192.000	
	- Okupasi terapi	12	11.000 x 12 = 132.000	15.000 x 12 = 180.000	14.000 x 12 = 168.000	19.000 x 12 = 228.00	19.000 x 12 = 228.00	19.000 x 12 = 228.00	
6	Penunjang Radiologi								
	- CT.scan	1	450.000	450.000	450.000	450.000	450.000	450.000	
	- RO thorax	1	40.000	45.000	50.000	55.000	60.000	70.000	
7	Jasa								
	- Visitedokter	12	7.500 x 12 = 90.000	15.000 x 12 = 180.000	20.000 x 12 = 240.000	30.000 x 12 = 360.000	35.000 x 12 = 420.000	40.000 x 12 = 480.000	
	- Tindakan Keperawatan Kecil	14	4.000 x 14 = 56.000	6.000 x 14 = 84.000	7.000 x 14 = 98.000	9.000 x 14 = 126.000	9.000 x 14 = 126.000	10.000 x 14 = 140.000	
	- Tindakan Keperawatan Sedang	14	6.000 x 14 = 84.000	9.000 x 14 = 126.000	11.000 x 14 = 154.000	14.000 x 14 = 196.000	14.000 x 14 = 196.000	14.000 x 14 = 196.000	
	- Tindakan Keperawatan Besar	14	9.000 x 14 = 126.000	12.000 x 14 = 168.000	14.000 x 14 = 196.000	16.000 x 14 = 224.000	16.000 x 14 = 224.000	16.000 x 14 = 224.000	
	- Konsultasi Gizi	1	5.000	7.500	9.000	12.500	15.000	20.000	
	Jumlah		3.492.439	4.332.139	4.924.639	5.979.139	6.190.139	6.894.639	



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Diagnosa : Stroke Hemoraging

Lama : 21 hari

No	Komponen	Unit Cost	Pemakaian	Tarif					
				Klas III	Klas II	Klas I	Vip Utama	Vip II	Vip I
	Akomodasi Perawatan								
	- Ruang Rawat Inap		21	25.000 x 21 = 5.250.000	60.000 x 21 = 1.260.000	90.000 x 21 = 1.890.000	130.000 x 21 = 2.730.000	140.000 x 21 = 2.940.000	170.000 x 21 = 3.570.000
	- Poliklinik/IGD	15.000	1	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
3	Obat-obatan								
	- Piracetam 12 gr Inf	92.400	6 Btl/ 60 ml	554.400	554.400	554.400	554.400	554.400	554.400
	- Transamin 250 Inj	8.316	28 Ampul	232.848	232.848	232.848	232.848	232.848	232.848
	- Vitamin K Inj	1.500	28 Ampul	42.000	42.000	42.000	42.000	42.000	42.000
	- Vitamin C Inj	5.280	28 Ampul	147.840	147.840	147.840	147.840	147.840	147.840
	- Ranitidin Inj	3.212	28 Ampul	89.936	89.936	89.936	89.936	89.936	89.936
4	Bahan Habis Pakai								
	- Abocet	26.000	1	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000
	- Infuset	12.800	1	12.800	12.800	12.800	12.800	12.800	12.800
	- Sduit 20cc	6.750	3	20.250	20.250	20.250	20.250	20.250	20.250
	- Asering, ri,kaen 3b Amnovel, trifusin	13.800	9	124.200	124.200	124.200	124.200	124.200	124.200
	- Dex 5 %	8.000	9	72.000	72.000	72.000	72.000	72.000	72.000
	- Betadin	84	3	252	252	252	252	252	252
	- Kapas	260	3	780	780	780	780	780	780
	- Alkohol	80	3	240	240	240	240	240	240
	- Kasa	100	3	300	300	300	300	300	300
	- Plaster	250	3	750	750	750	750	750	750





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

	- Sduit 5 cc	3.000	1	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
	- Poli cateter	17.200	2	34.400	34.400	34.400	34.400	34.400	34.400
	- Urinal beg	8.000	2	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000
	- Hebiset	625	2	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250
	- Maslang	19.800	2	39.600	39.600	39.600	39.600	39.600	39.600
	- Sduit 10 cc	4.000	1	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
	- Sduit 50 cc	27.800	2	55.600	55.600	55.600	55.600	55.600	55.600
	- Gliserin	110	2	220	220	220	220	220	220
	- Hensdchoon	1.000	7	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
	- Aqua	40	2	80	80	80	80	80	80
	- Alkohol	40	9	360	360	360	360	360	360
	- Kapas	60	9	540	540	540	540	540	540
	- Hibiscarp	1.000	9	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000
	- Hensdchoon	1.000	3	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
	- Kasa	220	1	220	220	220	220	220	220
	- Air panas	1.000	1	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
	- Waslap	25	3	75	75	75	75	75	75
5	Penunjang								
	- Gula darah		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Ureum		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Creatinim		1	11.500	12.500	15.000	16.500	18.500	18.500
	- Urien Lengkap		1	20.000	22.000	31.000	36.000	48.500	41.000
	- Darah lengkap		1	33.000	35.000	50.500	60.000	44.500	67.000
	-Kimia darah terdiri dari								
	- Total kolesterol		1	20.000	22.000	25.500	28.000		33.000
	- LDL		1	20.000	22.000	38.000	43.000	47.000	49.500
	- HDL		1	30.000	33.000	38.000	43.000	47.000	49.500
	- Tri gliserida		1	20.000	22.000	25.000	28.000	30.500	33.000
	- Urid acil		1	20.000	22.000	25.000	28.000	30.500	33.000
	- Elektrolit terdiri dari:		1	105.000	108.000	115.000	132.000	147.500	150.000



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

	- Natrium								
	- Kalium								
	- Clorida								
6	Penunjang Rehabilitasi Medik								
	- Fisio terapi	18	15.000 x 18 =270.000	19.000 x 18 = 342.000	21.000 x 18 =378.000	26.000 x 18 = 468.000	26.000 x 18 = 468.000	26.000 x 18 = 468.000	
	- Speech terapi	18	10.000 x 18 = 180.000	12.000 x 18 = 216.000	14.000 x 18 = 252.000	16.000 x 18 = 288.000	16.000 x 18 = 288.000	16.000 x 18 = 288.000	
	- Okupasi terapi	18	11.000 x 18 = 198.000	15.000 x 18 = 270.000	14.000 x 18 = 252.000	19.000 x 18 = 342.000	19.000 x 18 =342.000	19.000 x 18 = 342.000	
7	Penunjang Radiologi								
	- CT scan	1	450.000	450.000	450.000	450.000	450.000	450.000	
	- RO thorax	1	40.000	45.000	50.000	55.000	60.000	70.000	
	- Kepala AP Lateral	1	56.000	70.000	75.000	80.000	90.000	100.000	
8	Jasa								
	- Visitedokter	18	7.500 x 18 =135.000	15.000 x 18 = 270.000	20.000 x 18 = 360.000	30.000 x 18 = 540.000	35.000 x 18 = 630.000	40.000 x 18 =720.000	
	-Tindakan Keperawatan Kecil	21	4.000 x21 =84.000	6.000 x 21 = 126.000	7.000 x 21 =147.000	9.000 x 21 = 189.000	9.000 x 21 = 189.000	10.000 x 21 = 210.000	
	-Tindakan Keperawatan Sedang	21	6.000 x 21 =126.000	9.000 x 21 = 189.000	11.000 x 21 = 231.000	14.000 x 21 = 294.000	14.000 x 21 = 294.000	14.000 x 21 = 294.000	
	- Tindakan Keperawatan Besar	21	9.000 x 21 = 189.000	12.000 x 21 =252.000	14.000 x 21 = 294.000	16.000x 21 = 336.000	16.000x 21 = 336.000	16.000x 21 = 336.000	
	- Konsultasi Gizi	1	5.000	7.500	9.000	12.500	15.000	20.000	
	<b>Jumlah</b>		<b>1.864.596</b>	<b>2.599.596</b>	<b>3.229.596</b>	<b>4.069.596</b>	<b>4.279.596</b>	<b>4.909.596</b>	





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Ruang ICU

Diagnosa: Stroke Haemoragig

Lama : 7 hari

No	Komponen	Unit Cost	Pemakaian	Tarif/hari	Jumlah
1	Akomodasi		7	120.000	840.000
2	Konsultasi/visite dokter		6	15.000	90.000
3	Monitoring EKG		7	48.000	336.000
4	Matras Dicubitus		7	22.000	154.000
5	Tindakan Keperawatan dan Bahan habis Pakai				
	I. Memasang Infus				
	a. Infus set		2	13.000	26.000
	b. IV catheter		2	26.000	52.000
	c. Alkohol		2	125	250
	d. Asering/KaEn 3 B		21	15.000	315.000
	e. Kapas (25 gr)		2	1.500	3.000
	f. Plester (35 cm)		2	1.000	2.000
	g. Hand Scoen		2	5.700	11.400
	h. Nier Beken		2	1.000	2.000
	II. Memasang Naso Gastric Tube				
	a. NGT		2	23.000	46.000
	b. Plester ( 15 cm )		2	1.500	3.000
	c. Cateter Tip		2	30.000	60.000
	d. Glycerin Steril (2cc)		2	1.000	2.000
	e. Hand scoen		2	6.700	13.400
	f. Nier beken		2	1.000	2.000



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

	<b>III. Memasang Dawer Catheter</b>			
	a. Poly catheter	2	25.000	50.000
	b. Urinal Bag	2	9.000	18.000
	c. Sduit 20 cc	2	10.000	20.000
	d. Aqua steril (30 cc)	2	1.600	3.200
	e. Hand scoen	2	5.700	11.400
	f. Kapas (30 gr)	2	2.000	4.000
	g. Savlon (10cc)	2	2.000	4.000
	h. Glyserin Steril (2 cc)	2	1.000	2.000
	i. Nier beken	2	1.000	2.000
	<b>IV. Kumbah Lambung</b>			
	a. Hand scoen	7	5.700	39.900
	b. Verban	7	1.000	7.000
	c. NaCL 0,9 %	7	7.500	52.500
	<b>V. Memasang Oxigen</b>			
	a. Oxigen	7	172.00	1.204.000
	b. Slang oxygen	7	15.000	105.000
	c. Plester	7	1.000	7.000
	<b>VI. Memandikan</b>			
	a. Kom Mandi	7	1.000	7.000
	b. Air	7	15.000	105.000
	c. Sabun	7	5.00	3.500
	d. Handuk	7	5.00	3.500
	e. Baju	7	1.000	7.000
	f. Laken	7	2.000	14.000



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

g. Stik Laken		7	1.000	7.000
h. Selimut		7	10.000	70.000
i. Waslap 2 bh		7	200	1.400
j. Hand scoen 2 pasang		7	11.400	79.800
K. Bantal		7	350	2.450
<b>VII. Melakuakn Vulva/Penis Hygiene</b>				
a. Kapas		7	5.000	35.000
b. Kom		7	1.000	7.000
c. Savlon		7	5.000	35.000
d. Hand scoen		7	5.700	39.900
e. Nier beken		7	1.000	7.000
<b>VIII. Oral Hygiene</b>				
a. Ancet Anatomis 2 bh		7	2.000	14.000
b. Kom Kecil		7	3.000	21.000
c. Kasa		7	1.000	7.000
d. H2 O2		7	500	3.500
e. Betadine kumur		7	100	700
f. Nier beken		7	1000	7.000
<b>IX. Injeksi</b>				
a. Alkohol		83	125	10.375
b. Kapas		83	500	41.500
c. Spuit 5 cc		83	3000	249.000
d. Nier beken		83	1000	83.000



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

	<b>X. Suction</b>				
	a. Pincet 1 bh		3	1.000	3.000
	b.kom kecil		3	1.000	3.000
	c. Slang suction		3	8.000	24.000
	d. Listrik		3	2.000	6.000
	e. Hand scoen		3	5.700	17.100
	f. Suction (alat)		3	5.000	15.000
<b>6.</b>	<b>Penunjang Rehabilitasi Medik</b>				
	Fisio terapi		7	18.000	126.000
<b>7.</b>	<b>Penunjang radiologi</b>		2	60.000	120.000
	RO. Torax				
<b>8.</b>	<b>Penunjang Labororium</b>				
	- Elektrolit (Na, K, Cl )		1	108.000	108.000
<b>9.</b>	<b>Obat-obatan</b>				
	- Piracetam 12 gr Inf		6 Btl/ 60 ml	92.400	554.400
	- Transamin 250 Inj		21	8.316	174.636
	- Vitamin K Inj		21	1.500	31.500
	- Vitamin C Inj		21	5.280	110.880
	- Ranitidin Inj		14	3.212	44.968
	<b>JUMLAH</b>				<b>5.702.659</b>



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

RAWAT JALAN

Diagnosa : Stroke Kronik

Lama : 1 kali kunjungan (2 minggu berkala)

No	Komponen	Unit Cost	Pemakaian	Tarif
1	Karcis		1	15.000
2	Obat-obatan			
	- Aspilet tablet	333	28	9.324
	- Catopril 25 mg tablet	362	28	10.136
	- Neuro tropoik (Neorodex)	300	28	8.400
	Penunjang Laboratorium			
	- Total kolesterol		1	22.000
	- LDL		1	22.000
	- HDL		1	33.000
	- Tri gliserida		1	22.000
	- Urid acid		1	22.000
	Penunjang Rehabilitasi medik			
	- Fisio terapi		1	37.000
	- Spik terapi		1	12.000
	- Okupasi		1	22.000
	Penunjang Radiologi			
	- RO thorax		1	60.000
	Jumlah			294.860



MENTERI KESEHATAN,

*[Signature]*  
Dr. dr. STI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)