

1. HEALTH STATUS
2. HEALTH SERVICES

fk

TKA 14/03

**TESIS**

Soe  
U

**UPAYA MENURUNKAN KEMATIAN HAJI MELALUI PENYEMPURNAAN  
PROSEDUR STANDAR PENYARINGAN DAN PENDAMPINGAN  
KESEHATAN JEMAAH HAJI EMBARKASI SURABAYA**



**MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**HANANG SOEJOEDI**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2002**

**UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN HAJI EMBARKASI  
SURABAYA MELALUI PENYEMPURNAAN PROSEDUR STANDAR  
PENYARINGAN KESEHATAN CALON HAJI DAN PENDAMPINGAN  
KESEHATAN PERJALANAN HAJI**

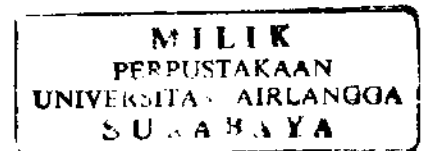
TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister  
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :

**HANANG SOEJOEDI**

NIM 099913506 M



PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2002

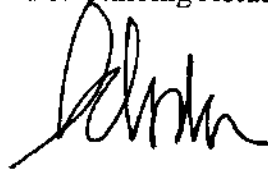
**Lembar Pengesahan**

Tesis ini telah disetujui  
untuk memenuhi persyaratan Program Magister  
Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Pada tanggal 14 Nopember 2002

Oleh:

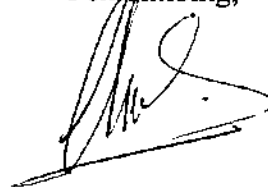
Pembimbing Ketua,



Widodo J.P. dr., MS., MPH., Dr. PH

NIP. 130 610 101

Pembimbing,



Dr. Chatarina U. W., dr., MS., MPH

NIP. 131 290 054

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
oleh panitia penguji pada  
Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya  
Pada tanggal 14 Mei 2002

Panitia penguji tesis,

Ketua : Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS.

Anggota : 1. dr. Widodo J. Pudjirahardjo, MS., MPH., Dr.PH.

2. Dr. Chatarina U.W.,MS.,MPH.

3. Dra.Ec.Thinni Nurul R., M.Kes.

4. dr. H. Kuntarijanto, DTMH

5. dr. H. Iwan M. Muljono, MPH

## UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama tama saya panjatkan puji syukur kehadirat Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada dr. Widodo J.P., MS., MPIL, Dr.PH, Pembimbing ketua yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada Dr. Chatarina U.W., dr., MS.,MPH, Pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran

Saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Pemerintah Republik Indonesia cq Menteri Kesehatan melalui program HP IV yang telah memberikan bantuan finansial, sehingga meringankan beban saya dalam menyelesaikan pendidikan ini.

Tak lupa kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Prof. Dr. H. Umar Fahmi Achmadi., MPH., Ph D, dan Direktur Surveilans Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Matra, Dr. H. Indriyono Tantoro, MPH yang telah mengizinkan saya untuk mengikuti pendidikan ini. Juga kami sampaikan terima kasih kepada dr. H. Udin M. Muslaini, mantan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, dr. H. Tarbinu Kasmono, MPH, yang telah memberikan dorongan sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini.

Dengan telah selesainya tesis ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga yang hingga pertengahan pendidikan dijabat oleh Prof. H. Soedarto, dr.,DTMH, PhD dan selanjutnya dijabat oleh Prof. Dr. H. Puruhito, dr., Sp.BJP atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program magister
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, atas kesempatan untuk menjadi mahasiswa program Magister pada Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Airlangga
3. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dr. Widodo J. Pudjirahardjo., MS., MPH., Dr.PH yang telah memberikan kesempatan menjadi mahasiswa dan memberikan bimbingan, arahan dan saran, selama mengikuti pendidikan
4. Ketua Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dr. dr. S. Supriyanto, MS sekaligus sebagai dosen yang telah memberikan kesempatan untuk menjadi mahasiswa dan memberikan bimbingan selama mengikuti pendidikan
5. Dr. Nyoman Anita D.,drg., MS selaku Ketua Panitia Penguji Tesis yang telah memberikan bimbingan, arahan, kritik dan saran, demi penyempurnaan tesis ini
6. Dra.Ec.Thinni Nurul R., M.Kes, dr. H. Kuntarijanto, DTMH dan dr. H. Iwan M. Muljono, MPH, selaku anggota panitia penguji tesis yang telah memberikan masukan dan saran perbaikan dalam penulisan tesis ini
7. Seluruh Staf Pengajar dan Pengelola Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan, fasilitas serta

menciptakan suasana proses belajar mengajar yang baik selama saya menempuh pendidikan

8. Kepala Bidang Urusan Haji, Kantor Wilayah Departemen Agama Propinsi Jawa Timur dan Ketua Badan Pengelola Asrama Haji Surabaya, Drs. H. Saiful Islam beserta staf, yang telah memberikan kemudahan dalam pelaksanaan penelitian
9. Kepala Subdirektorat Kesehatan Haji, Ditjen PPM & PL, dr. H. Yusharmen, D.Comm H, M.Sc dan staf, khususnya Sdr. Andi Mirza, staf Siskohat Depkes
10. Seluruh anggota tim peneliti Drs. Maryono, B.Sc; I Ketut Dangu, B.Sc; H. Muhtadi, SKM; Iswandi Marsam, SKM; Calvin Parubak SKM; Drs. Bambang WK, M.Kes; Siswadi, SKM; Gito Hartono, SKM yang telah membantu kelancaran jalannya penelitian
11. Seluruh staf Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya yang telah membantu kelancaran proses pendidikan saya
12. Seluruh rekan mahasiswa Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan Angkatan tahun 1999/2000 yang telah saling membantu dan bekerja sama sehingga tercipta suasana kekeluargaan selama mengikuti pendidikan
13. Secara khusus kepada istri tercinta Dra. Rosanawati , dan kedua anakku Danar Prabandaru, S.Kom dan Aribudi Sulaksmo yang telah memberikan dorongan, semangat serta pengorbanan sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal baik serta senantiasa mendapatkan perlindunganNya. Saya berharap kiranya penelitian ini bermanfaat

## RINGKASAN

Departemen Kesehatan bertugas dan bertanggung jawab dalam upaya pengamanan kesehatan haji, dengan tujuan tercapainya kondisi kesehatan jamaah calon haji dan jamaah haji yang optimal, trampil dan mandiri, dan tercegah keluar masuknya penyakit menular dari dan ke Indonesia. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan kegiatan persiapan kesehatan jamaah calon haji yaitu penyaringan kesehatan untuk menentukan kategori, pembinaan kesehatan jamaah calon haji risiko tinggi, persiapan pemberangkatan, pendampingan kesehatan selama perjalanan dan pelayanan kesehatan paripurna di Arab Saudi.

Pada kenyataannya bahwa terdapat ketidak sesuaian antara sebab kematian dengan jenis risiko tinggi yang ditentukan pada tahap penyaringan kesehatan, dan adanya kematian pada jamaah haji kategori sehat. Angka kematian jamaah haji embarkasi Surabaya sejak tahun 1997 sampai dengan 2000 selalu lebih tinggi dari angka Nasional. Terdapat 46 kasus kematian haji di tahun 1999, 22 kasus atau 47,83% tergolong risiko tinggi penyakit. 18 kasus atau 39,13% tergolong usia lanjut dan 6 kasus atau 12,50% tergolong sehat. Sedangkan dari 109 kasus kematian haji di tahun 2000, 42 kasus atau 38,53% tergolong risiko tinggi penyakit. 2 kasus atau 1,83% tergolong usia lanjut dan 65 kasus atau 59,63% tergolong sehat. Sebab kematian terbanyak adalah *kardiovaskuler* dan paru.

Tujuan dari penelitian ini adalah upaya penurunan kematian haji melalui rekomendasi penyempurnaan sistem penyaringan kesehatan calon haji dan pemantauan (pendampingan) kesehatan perjalanan haji di Embarkasi Haji Surabaya, berdasarkan penilaian kepekaan penyaringan kesehatan, mempelajari kematian haji berdasarkan



berbagai karakteristik dan mempelajari pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan di Puskesmas dan pelaksanaan pemantauan (pendampingan) kesehatan perjalanan haji. Rancang bangun penelitian ini adalah penelitian observasional, dilakukan secara *cohort retrospective*. Sebagai populasi adalah jamaah haji meninggal Embarkasi Surabaya tahun 2001 sebanyak 115 orang. Sebagai sampel adalah jamaah haji meninggal asal Propinsi Jawa Timur tahun 2001 sebanyak 95 orang, Sebagai responden adalah 87 orang dokter Puskesmas di Jawa Timur yang melakukan penyaringan kesehatan calon haji dan 52 orang dokter pendamping kelompok terbang Embarkasi Surabaya. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan indepth interview dan lembar pengumpul data.

Sebagai hasil penelitian adalah distribusi jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur tahun 2001, hampir 80% berasal dari wilayah Karesidenan Surabaya 30,09%, Karesidenan Malang 18,76%, Karesidenan Madura 15,38% dan Karesidenan Besuki 13,55%. Dari 37 Kabupaten Kota yang ada di Propinsi Jawa Timur, terdapat kematian haji pada 29 Kabupaten/Kota dan 19 Kabupaten Kota diantaranya mempunyai angka kematian yang lebih tinggi dari angka kematian Propinsi Jawa Timur (0,21%). Haji risiko tinggi yang meninggal sebesar 0,4% dan jamaah haji sehat yang meninggal sebesar 0,07%. Sebagai penyebab adalah penyaringan kesehatan yang tidak akurat dalam menentukan kategori, kurangnya pembinaan kesehatan oleh Puskesmas selama menunggu waktu keberangkatan, kurangnya pemantauan kesehatan selama perjalanan dan adanya niat dari jamaah haji untuk meninggal di Arab Saudi. Kematian haji laki laki cenderung meningkat dan perempuan cenderung menurun. Kematian meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Sebab kematian secara berturut turut yang tertinggi adalah penyakit kardiovaskuler, penyakit paru dan penyakit hati. Lokasi kematian terbanyak adalah di Rumah Sakit Arab

Saudi, di pondokan dan di Balai Pengobatan Haji Indonesia. Kota tempat kematian yang tertinggi adalah Makkah diikuti Madinah, Mina dan Jeddah. Adanya kematian di pondokan menunjukkan bahwa terdapat kelemahan monitoring oleh dokter pendamping dan haji sakit menolak dirujuk

Pada pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan, pelaksanaan penyaringan kesehatan 97% tidak didahului pelatihan dan pelaksanaan berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan calon haji yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan. 89% Puskesmas yang melakukan penyaringan kesehatan tidak melakukan pembinaan kesehatan dengan alasan tempat tinggal jauh dari Puskesmas, sudah ikut kelompok bimbingan haji, takut diketahui penyakitnya dan dilarang berangkat, Calon haji yang telah mendapatkan buku kesehatan haji menganggap bahwa persyaratan kesehatan sudah terpenuhi. Rekomendasi penyempurnaan prosedur standar adalah sebelum dilaksanakan penyaringan kesehatan, (1) Kabupaten Kota melaksanakan pelatihan program bagi Puskesmas yang melakukan penyaringan kesehatan, (2) Puskesmas harus melakukan pembinaan kesehatan kepada seluruh calon haji di wilayahnya, berdasarkan petunjuk teknis yang dibuat berdasarkan jenis penyakit dan Kabupaten Kota melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaannya, (3) Hasil penyaringan kesehatan dipergunakan sebagai salah satu syarat penyetoran biaya perjalanan haji, dan merupakan informasi yang tepat bagi subsistem penyelenggaraan kesehatan haji tahap berikutnya

Pada pelaksanaan pendampingan kesehatan di kelompok terbang, bahwa monitoring haji risiko tinggi tidak dapat terlaksana sesuai prosedur standar, karena berbagai sebab, antara lain (a) dokter pendamping belum mengenal calon haji yang didampinginya, (b) pengaturan tempat duduk di pesawat, (c) penempatan haji risiko tinggi di bis dan di

pondokan (d) pondokan yang terpencar pencar (e) kesulitan untuk mendapatkan sarana angkut untuk merujuk (refer) haji sakit, dan (f) kurangnya obat baik jumlah maupun jenis. Rekomendasi penyempurnaan prosedur standar adalah (1) rekrutmen dokter pendamping sesuai dengan daerah asal haji yang didampingi, (2) kondisi kesehatan dokter pendamping mutlak disyaratkan, (3) Pelatihan dokter dan perawat pendamping perjalanan haji diutamakan pada substansi manajemen pengurangan faktor risiko kesehatan selama perjalanan haji, (4) Sesuai prinsip keadilan dan keseimbangan(equity), dibentuk kelompok terbang khusus risiko tinggi, dengan tenaga dan alat kesehatan yang spesifik, pondokan yang sesuai, pengaturan diet yang ketat, waktu tinggal di Arab Saudi lebih singkat dan kalau perlu dengan biaya yang lebih mahal.dan (5) Meningkatkan kerjasama tim dalam kelompok terbang, mengikutsertakan ketua regu dan ketua rombongan dalam monitoring kesehatan haji risiko tinggi

## ABSTRACT

The purpose of this study are efforts to lowering pilgrim death rate by means of recommendation to perfecting pilgrim health screening system and by on-journey health monitoring (assistance) at Embarkasi Haji Surabaya/Surabaya Pilgrim Embarkation, based on health screening sensitifity grade, studied on multi-characteristic death pilgrim, studied on health screening standard operational procedure at Puskesmas (Health Centre) and implementation of on-journey health monitoring (assistance). Design model used in this study is observational research, implemented with *cohort retrospective*. Population are taken from 115 death pilgrims at Surabaya Embarkation in whole 2001. As sample are 95 death pilgrim from East Java Province in whole 2001, and then as respondent are 87 medical doctors at Health Centre in East Java Province whom did the health screening for pilgrim and the other respondent are 53 medical doctors whom did on-journey health monitoring (assistance) for each flight group from Surabaya Embarkation. Data collection technique using indepth interview and data collection form sheet.

Results of this study are distribution of pilgrim origin/source location in East Java Province in year 2001, almost 80% of pilgrims came from fanatic Moslem area such as Karesidenan (residency) Surabaya 30,09%, Karesidenan Malang 18,76%, Karesidenan Madura 15,38% and Karesidenan Besuki 13,55%. From 37 regency/city in East Java Province, there are pilgrim deaths in 29 regency/city. Meanwhile, 19 from those 29 regency/city has higher pilgrim death rate than East Java Province itself (0,21%). Death percentage of high health risk pilgrims is 0.4% and for death percentage of healthy pilgrims is 0.07%. Reason of death are vary, such as, inaccurate category choosing at health screening, lack of health guidance by Health centre when pilgrims are waiting for their departure, lack of health monitoring during the journey and cause of death some pilgrims are intended to die in Saudi Arabia. Male pilgrims death shows inclined graph, while female are declined. Death rate increase equal with age (more old more higher death rate). Reason of death in descending order, from most to rare, is *cardiovascular disease, pulmonary disease* and *liver disease*. The most location of death are in Saudi Arabian Hospital, housing and Balai Pengobatan Haji Indonesia (Indonesian Pilgrim Medical Treatment). City with most death pilgrim is Makkah, followed by Madinah, Mina and Jeddah.

At health screening standard operational procedure, the fact is 97% of its implementation are not formerly passed training and implementation phase given in check-up implementation and training instruction book which is published by Ministry of Health. 89% of Health centre which did health screening wasn't implemented health screening with many reason, such as: pilgrim's house was far away from Health centre, already join another pilgrim guidance, afraid their disease was recognize and then canceled to go abroad, pilgrim's opinion that if they already got check-up implementation and training instruction book pass the health screening. Recommendation to perfecting pilgrim health screening system are, before health screening implementation, (1) Regency/city should implement a training program for Health centre which did the health screening, (2) should implement a health training program to all pilgrim in their area, based on technical guidance by kind of disease, and then regency/city must monitor and evaluate it, (3) Result of this health screening is applied as one of the prerequisite

point to deposit journey fee, and its will be an appropriate information for pilgrim health implementation subsystem in the next stage.

During health assistance implementation at flight group, high health risk pilgrim monitoring cannot entirely done as mentioned in standard operational procedure because of many reasons, (a) medical doctor assistant dont know/familiar pilgrims in their responsibility yet, (b) seat placement on airplane, (c) high risk pilgrim placement on bus and in housing, (d) separate housing area, (e) difficulty to get transportation to refer sick pilgrims, (f) lack of medicine quantity and kind. Recommendation to perfecting standard operational procedure are, (1) recruit medical doctor from the same area/region with pilgrims in their responsibility, (2) The training of doctor and nurse assistant are should take seriously about substantial management of decreasing health risk factor during the journey, (3) According to principles of justice and equity, established a special flight for high health risk, with specific assistant and equipment, specific housing, a tight diet rule, shorter time of journey at Saudi Arabia, (4) upgrading teamwork in flight group, force group moderator and group chief to take part in monitoring high health risk pilgrims.

Keyword :

Pilgrim, health screening, high risk monitoring, standard operating procedur

**DAFTAR ISI**

	Halaman
Sampul depan .....	i
Sampul dalam .....	ii
Prasyarat gelar .....	iii
Lembar pengesahan .....	iv
Penetapan Panitia .....	v
Ucapan terima kasih .....	vi
Ringkasan .....	ix
Abstract .....	xiii
DAFTAR ISI .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xx
DAFTAR TABEL .....	xxi
DAFTAR GAMBAR .....	xxv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxvi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Masalah Penelitian .....	8
1.3 Identifikasi Masalah .....	9
1.3.1 Faktor jamaah haji .....	10
1.3.2 Faktor provider .....	11
1.3.3 Faktor lingkungan .....	13
1.4 Rumusan Masalah .....	13
1.5 Tujuan Penelitian .....	14
1.6 Manfaat Penelitian .....	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	17
2.1 Analisis dan Pendekatan Sistem .....	17
2.1.1 Pengertian sistem .....	17
2.1.2 Sifat sistem .....	18

	<b>Halaman</b>
2.1.3 Unsur sistem .....	20
2.1.4 Analisis sistem .....	21
2.1.5 Pendekatan sistem .....	21
2.2 Sistem Informasi Manajemen .....	22
2.2.1 Pengertian SIM .....	22
2.2.2 Syarat informasi .....	23
2.3 Pemecahan Masalah .....	24
2.3.1 Pengertian .....	24
2.3.2 Lokasi masalah .....	25
2.4 Pembuatan Keputusan .....	25
2.4.1 Pengertian .....	25
2.4.2 Model pembuatan keputusan .....	25
2.5 Penyaringan (skrining) .....	27
2.6 Status Kesehatan Haji .....	29
2.7 Ibadah Haji .....	30
2.8 Pelayanan Kesehatan Haji .....	34
2.8.1 Tujuan dan sasaran kesehatan haji .....	34
2.8.2 Tahapan dan kegiatan pokok pelayanan kesehatan haji.....	35
2.9 Jamaah Calon Haji Risiko Tinggi .....	41
2.10 Jamaah Haji ditolak Keberangkatannya .....	43
2.11 Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji .....	45
2.11.1 Prosedur standar penyaringan kesehatan di puskesmas .....	45
2.11.2 Prosedur standar penyaringan kesehatan di Kab/Kota .....	48
2.12 Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan Kelompok Terbang .....	49
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....	53
BAB 4 METODE PENELITIAN .....	58
4.1 Rancangan Penelitian .....	58
4.2 Populasi, Sampel dan Besar Sampel .....	58
4.2.1 Populasi .....	58

	Halaman
4.2.2 Sampel .....	58
4.2.3 Besar sampel .....	59
4.3 Variabel Penelitian .....	59
4.4 Kerangka Operasional dan Definisi Operasional Variabel .....	60
4.4.1 Kerangka operasional penelitian .....	60
4.4.2 Definisi operasional variabel .....	62
4.5 Instrumen Penelitian .....	68
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	68
4.6.1 Lokasi penelitian .....	68
4.6.2 Waktu penelitian .....	68
4.7 Pengumpulan Data .....	69
4.8 Teknik Analisis Data .....	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....	71
5.1 Gambaran Umum Jamaah Haji Embarkasi Surabaya.....	71
5.1.1 Distribusi jamaah calon haji embarkasi Surabaya.....	71
5.1.2 Distribusi jamaah calon haji Propinsi Jawa Timur.....	73
5.1.3 Jamaah haji meninggal dan hasil kategorisasi .....	74
5.1.4 Jamaah haji Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi .....	76
5.2 Kepekaan Penyaringan .....	77
5.2.1 Hasil penyaringan kesehatan jamaah calon haji.....	77
5.2.2 Perbedaan informasi antara hasil kategorisasi dan sebab kematian .....	85
5.2.3 Ringkasan hasil penelitian kepekaan penyaringan kesehatan calon jamaah haji .....	90
5.3 Kematian Jamaah Haji .....	92
5.3.1 Karakteristik jamaah haji .....	92
5.3.2 Kematian menurut karakteristik .....	95
5.3.3 Sebab kematian, lokasi dan tempat kematian jamaah haji .....	99



	Halaman
5.3.4 Ringkasan hasil penelitian kematian jamaah haji	102
5.4 Pelaksanaan Prosedur Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji....	103
5.4.1 Hasil <i>indepth interview</i> .....	103
5.4.2 Kendala pelaksanaan .....	107
5.4.3 Ringkasan hasil <i>indepth interview</i> penyaringan kesehatan .....	107
5.5 Pelaksanaan Prosedur Pendampingan Kesehatan Perjalanan Haji.....	108
5.5.1 Hasil <i>indepth interview</i> .....	108
5.5.2 Kendala pelaksanaan dan mengatasi kendala .....	117
5.5.3 Ringkasan hasil <i>indepth interview</i> pendampingan kesehatan ...	120
BAB 6 PEMBAHASAN .....	122
6.1 Profil Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur .....	122
6.2 Kepekaan Penyaringan .....	124
6.2.1 Kategori risiko dan bukan risiko .....	124
6.2.2 Bentuk status kesehatan Puskesmas .....	127
6.2.3 Kesesuaian risiko dan sebab kematian .....	128
6.2.4 Penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan sebagai sistem .....	130
6.2.5 Hasil kategorisasi sebagai informasi .....	131
6.3 Karakteristik Kematian .....	135
6.4 Pelaksanaan Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji .....	138
6.5 Pelaksanaan Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan Perjalanan Haji .....	142
6.6 Rekomendasi Penyempurnaan Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji .....	146
6.6.1 Penyaringan kesehatan jamaah calon haji .....	146
6.6.2 Pembinaan kesehatan .....	148
6.7 Rekomendasi Penyempurnaan Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan Perjalanan Haji.....	149

	Halaman
6.8 Prinsip Dasar Penyelenggaraan Kesehatan Haji .....	152
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	154
7.1 Kesimpulan .....	154
7.2 Saran .....	157
DAFTAR PUSTAKA .....	158
LAMPIRAN .....	161

**DAFTAR SINGKATAN**

BKJH	:	Buku Kesehatan Jamaah Haji
BPHI	:	Balai Pengobatan Haji Indonesia
BPIH	:	Biaya Perjalanan Ibadah Haji
BUMN	:	Badan Usaha Milik Negara
EKG	:	Elektrokardiogram
IPHI	:	Ikatan Persaudaraan Haji Indonesia
JCH	:	Jamaah Calon Haji
JH	:	Jamaah Haji
KB	:	Keluarga Berencana
KBIH	:	Kelompok Bimbingan Ibadah Haji
KLOTER	:	Kelompok Terbang
KV	:	Kardiovaskuler
K3JH	:	Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jamaah Haji
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
PPIH	:	Panitia Penyelenggara Ibadah Haji
PPOK	:	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
P3K	:	Pertolongan Pertama pada Kecelakaan
RSAS	:	Rumah Sakit Arab Saudi
RSU	:	Rumah Sakit Umum
SD	:	Sekolah Dasar
SLTA	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SLTP	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SM	:	Sarjana Muda
SUBDIT	:	Sub Direktorat
S1	:	Strata 1
S2	:	Strata 2
S3	:	Strata 3
TKHI	:	Tim Kesehatan Haji Indonesia
USILA	:	Usia Lanjut

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	Distribusi Jenis Risiko Tinggi Jamaah Calon Haji Embarkasi Surabaya tahun 1996-2000 ..... 5
Tabel 1.2	Jenis Risiko Tinggi dan Sebab Kematian Jamaah Haji Embarkasi Surabaya tahun 1999 ..... 6
Tabel 1.3	Jenis Risiko Tinggi dan Sebab Kematian Jamaah Haji Embarkasi Surabaya tahun 2000 ..... 6
Tabel 5.1	Distribusi Jamaah Calon Haji Embarkasi Surabaya tahun 1997-2001 ..... 72
Tabel 5.2	Jumlah Jamaah Calon Haji per wilayah Pembantu Gubernur Propinsi Jawa Timur tahun 2001 ..... 73
Tabel 5.3	Angka Kematian Jamaah Haji per Kabupaten Kota di Propinsi Jawa Timur tahun 2001 ..... 74
Tabel 5.4	Jamaah Haji Meninggal berdasarkan Kategorisasi menurut Daftar Risti Kabupaten Kota Propinsi Jawa Timur tahun 2001.. 75
Tabel 5.5	Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi menurut Kota dan Lokasi Kematian tahun 2001..... 77
Tabel 5.6	Hasil Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas, Propinsi Jawa Timur tahun 2001..... 78
Tabel 5.7	Bentuk Status Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001..... 79
Tabel 5.8	Jamaah Haji Meninggal berdasarkan Kategorisasi menurut Status Penyaringan Kesehatan di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001..... 81
Tabel 5.9	Kematian Jamaah Haji per Kabupaten Kota Propinsi Jawa Timur tahun 2001 yang diteliti, menurut Rekapitulasi Kabupaten Kota, Hasil Penyaringan Puskesmas dan Akurasi..... 83
Tabel 5.10	Bentuk Status Rawat Inap Jamaah Haji Meninggal Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi tahun 2001..... 86

	Halaman	
Table 5.11	Jamaah Haji Meninggal Propinsi Jawa Timur tahun 2001 menurut Kategori Puskesmas, Laporan Sebab Kematian dan Diagnosis Rawat Inap di BPHI.....	88
Tabel 5.12	Perbandingan Hasil Kategori dengan Diagnosis Penyakit pada 34 Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	90
Tabel 5.13	Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Kelamin Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	92
Tabel 5.14	Persentase Jamaah Haji menurut Kelompok Umur Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	93
Tabel 5.15	Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Pendidikan Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	93
Tabel 5.16	Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Pekerjaan Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	95
Tabel 5.17	Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Kelamin Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	96
Tabel 5.18	Kematian Jamaah Haji menurut Kelompok Umur Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	96
Tabel 5.19	Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Pendidikan Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	97
Tabel 5.20	Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Pekerjaan Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	98
Tabel 5.21	Kematian Jamaah Haji menurut Kategori Risiko Tinggi Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	99
Tabel 5.22	Penyebab Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001.....	100
Tabel 5.23	Lokasi Kejadian Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	101
Tabel 5.24	Kota Tempat Kejadian Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001.....	101

	Halaman
Tabel 5.25 Pelatihan Program Kesehatan Haji bagi Dokter Pelaksana Penyingkapan Kesehatan di Puskesmas Propinsi Jawa Timur Tahun 2001.....	103
Tabel 5.26 Cara Memahami Program Kesehatan Haji bagi Staf Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	104
Tabel 5.27 Tatalaksana Pemeriksaan Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur.....	104
Tabel 5.28 Pelaksanaan Pembinaan Kesehatan Jamaah Calon Haji di wilayah domisili Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	105
Tabel 5.29 Keberadaan dan Kecukupan Jumlah Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	105
Tabel 5.30 Petugas yang melakukan Pengisian Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	105
Tabel 5.31 Pelaksana yang mengisi Kode Diagnosis pada Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	106
Tabel 5.32 Mekanisme Rujukan Jamaah Calon Haji dari Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001.....	106
Table 5.33 Cara dokter kloter membina Kesehatan Jamaah Haji Kloternya selama di Embarkasi tahun 2001.....	108
Tabel 5.34 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan selama dalam Penerbangan tahun 2001.....	109
Tabel 5.35 Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan oleh Dokter Kloter di Pesawat Terbang tahun 2001.....	109
Tabel 5.36 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji di Bandara Madinah dan Jeddah tahun 2001.....	110
Tabel 5.37 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada ruas Perjalanan Jeddah – Makkah(gel.2) tahun 2001.....	110

	Halaman
Tabel 5.38 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Madinah(gel.1) tahun 2001.....	111
Tabel 5.39 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada ruas Perjalanan Madinah– Makkah(gel.1) tahun 2001.....	111
Tabel 5.40 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Makkah(pra wukuf) tahun 2001.....	112
Tabel 5.41 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada ruas Perjalanan Makkah-Arafah tahun 2001.....	112
Tabel 5.42 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Arafah tahun 2001.....	113
Tabel 5.43 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada ruas Perjalanan Arafah-Mina tahun 2001.....	113
Tabel 5.44 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Mina tahun 2001.....	114
Tabel 5.45 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Makkah(pasca wukuf) tahun 2001.....	115
Tabel 5.46 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada ruas Perjalanan Makkah-Jeddah dan Makkah-Madinah tahun 2001.....	115
Tabel 5.47 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Madinah(gel.2) tahun 2001.....	116
Tabel 5.48 Pelaksanaan Kegiatan Dokter kloter di Asrama Debarkasi tahun 2001.....	116
Tabel 6.1 Matriks hasil penelitian-penyempurnaan prosedur Penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan.....	153

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 1.1 Kematian Haji Embarkasi Surabaya dan Nasional tahun 1996–2000.....	6
Gambar 1.2 Bagan faktor-faktor kemungkinan penyebab tingginya angka kematian jamaah haji.....	9
Gambar 2.1 Komponen sistem : masukan – proses – luaran.....	19
Gambar 2.2 Hubungan unsur-unsur sistem.....	21
Gambar 2.3 Pengambilan keputusan model behavioral.....	26
Gambar 2.4 Ruas perjalanan haji embarkasi Surabaya tahun 2001.....	33
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	53
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian.....	60



# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

**BAB 1****PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang Masalah**

Ibadah haji merupakan ibadah dengan sebagian besar berupa kegiatan fisik, dalam waktu yang lama (38 – 40 hari), di negara Arab Saudi, dan berada pada lingkungan atau mata yang berbeda dengan lingkungan di Indonesia. Untuk itu, diperlukan kondisi kesehatan jamaah calon haji yang prima, yang merupakan bagian tak terpisahkan dari persyaratan ibadah haji. Departemen Kesehatan bertugas dan bertanggung jawab dalam upaya pengamanan kesehatan haji, bertujuan tercapainya kondisi kesehatan bagi jamaah calon haji dan jamaah haji yang optimal, trampil dan mandiri, dan mencegah keluar masuknya penyakit menular dari dan ke Indonesia sebagai akibat perjalanan internasional. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan kegiatan persiapan kesehatan jamaah calon haji yaitu pemeriksaan kesehatan, vaksinasi, dan pembinaan kesehatan jamaah calon haji risiko tinggi. Pemeriksaan kesehatan dilakukan secara bertahap mulai tahap pertama di Kecamatan(puskesmas), tahap kedua di Kabupaten atau Kota dan ketiga di embarkasi. Pemeriksaan kesehatan pada dasarnya adalah penyaringan kesehatan (skrining) untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan jamaah calon haji. Hasil dari penyaringan kesehatan ialah pengelompokan (kategorisasi) jamaah calon haji menjadi kelompok jamaah calon haji sehat (tidak berisiko) dan kelompok jamaah calon haji risiko tinggi. Kelompok jamaah calon haji risiko tinggi dibedakan menjadi kelompok risiko tinggi sehat dan kelompok risiko tinggi penyakit.



Pemeriksaan pertama dilakukan di puskesmas setelah pengumuman besarnya biaya perjalanan ibadah haji (BPIH) pada pendaftaran musim haji tahun bersangkutan dan dilakukan sebelum yang bersangkutan menyetor biaya tersebut ke Bank penerima setoran. Seluruh jamaah calon haji dalam wilayah puskesmas dilakukan pembinaan kesehatan. Pelaksanaan pembinaan dilakukan sejak yang bersangkutan terdaftar sampai dengan saat keberangkatan. Adapun aspek dalam pembinaan kesehatan, meliputi penasehatan (konseling), penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada perilaku hidup bersih dan sehat, pembinaan gizi haji, konseling kontrasepsi bagi jamaah calon haji wanita usia subur dan pengaturan menstruasi dalam pelaksanaan ibadah haji, latihan kesamaptan atau kebugaran jasmani dan aklimatisasi. Dengan demikian, jamaah haji yang sehat dapat terpelihara kesehatannya, bagi yang sakit dapat diobati penyakitnya sehingga saat keberangkatan dalam keadaan kesehatan yang optimal, atau setidaknya dipertahankan dalam kondisi yang memenuhi syarat menjalankan ibadah haji.

Pemeriksaan kesehatan kedua dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, secara lebih teliti untuk penentuan layak tidaknya jamaah calon haji berangkat ke Arab Saudi. Pemeriksaan dan tindakan lainnya adalah tes kehamilan bagi seluruh jamaah calon haji wanita pasangan usia subur, vaksinasi *meningitis meningokokus* kepada semua jamaah calon haji dan pembinaan kesehatan jamaah calon haji.

Pemeriksaan ketiga di asrama embarkasi pada saat menjelang keberangkatan, yaitu, pemeriksaan kelengkapan dokumen kesehatan haji, pemeriksaan kesehatan selektif, tes kehamilan dan vaksinasi *meningitis meningokokus* bagi jamaah calon haji yang belum menjalani pemeriksaan tahap kedua. Pada saat pemeriksaan ketiga ini dilakukan penyusunan daftar jenis risiko tinggi setiap kelompok terbang dan diserahkan kepada tim

kesehatan haji kelompok terbang, sebagai bahan untuk melakukan monitoring selama perjalanan haji.

Selama dalam perjalanan ibadah haji, seluruh jamaah haji didampingi oleh tim kesehatan haji Indonesia kelompok terbang (TKHI kloter) yang melakukan pengamatan dan pengobatan serta memberikan penasehatan (konseling) kepada jamaah haji, kalau perlu merujuk ke pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tim kesehatan haji Indonesia di Arab Saudi dan selanjutnya dapat merujuk ke Rumah sakit Pemerintah Arab Saudi. Setiap kelompok terbang (450 orang = kapasitas kursi pesawat terbang Boeing 747), disertai oleh satu orang dokter umum dan dua orang perawat.

Pelayanan kesehatan Indonesia di Arab Saudi adalah pelayanan kesehatan paripurna oleh tim kesehatan haji Indonesia dengan sebutan balai pengobatan haji Indonesia (BPHI) pada simpul atau tahap perjalanan ibadah haji di Arab Saudi yaitu di Jeddah, Madinah, Makkah, Arafah dan Mina. Apabila penyakitnya tidak dapat diatasi, jamaah haji yang sakit dapat dirujuk ke Rumah sakit Pemerintah Arab Saudi.

Sebagai acuan penata laksanaan pelayanan kesehatan haji adalah petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan jamaah calon haji Edisi IX tahun 2000 yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan.

Angka cakupan jamaah calon haji risiko tinggi dan angka kematian jamaah haji, merupakan indikator keberhasilan program pengamanan kesehatan haji, yang pencapaiannya antara lain dipengaruhi oleh kondisi kesehatan jamaah calon haji sebelum berangkat, sistem penyaringan kesehatan, pelayanan kesehatan selama perjalanan haji, perilaku jamaah haji selama perjalanan serta lingkungan yang serba berubah sepanjang

perjalanan. Pada kenyataannya bahwa terdapat ketidak sesuaian antara sebab kematian dengan jenis risiko tinggi yang ditentukan pada tahap penyaringan kesehatan, dan adanya kematian pada jamaah haji kelompok (kategori) sehat. Definisi risiko tinggi adalah kondisi atau penyakit tertentu yang terdapat pada jamaah calon haji yang dapat memperburuk kesehatannya selama menjalankan ibadah haji (Depkes RI, 2000-c).

Embarkasi haji Surabaya, satu dari delapan embarkasi haji di Indonesia, menampung, menyiapkan dan memberangkatkan dengan angkutan udara, jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur. Pada tahap ini dilakukan persiapan pelayanan kesehatan perjalanan haji (kelompok terbang = kloter), yang dalam tata laksanaanya seirama dengan operasional pemberangkatan kelompok terbang, yang diselenggarakan oleh panitia penyelenggara ibadah haji (PPIH) embarkasi Surabaya, sebuah tim yang melibatkan banyak sektor.

Informasi yang dihimpun dari Pusat informasi haji Surabaya dan Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, menunjukkan bahwa distribusi jamaah calon haji menurut Propinsi asal, pada musim haji tahun 1996 sampai dengan tahun 2000 adalah berkisar antara 65,35 - 82,35% (yang terbesar) asal Propinsi Jawa Timur, sisanya adalah dari tiga propinsi yang lain dan yang terkecil adalah 0,41 – 1,27% asal Propinsi Nusa Tenggara Timur (tabel 1.4 terlampir)

Dari rekapitulasi hasil penyaringan kesehatan jamaah calon haji di embarkasi Surabaya, persentase jamaah calon haji risiko tinggi embarkasi Surabaya terhadap jumlah keseluruhan jamaah calon haji dari tahun 1996 sampai dengan 2000 berkisar antara 26,3% sampai dengan 38,75% (tabel 1.5 terlampir). Jenis risiko tinggi terbanyak dari jamaah calon haji embarkasi Surabaya, dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2000,

secara berurutan adalah *kardiovaskuler*, usia lanjut, *endokrin*, pencernaan dan paru. Kelompok risiko tinggi ini merupakan sasaran pembinaan kesehatan dalam pelayanan kesehatan selama perjalanan haji melalui pendampingan kesehatan di setiap tahap perjalanan ibadah.

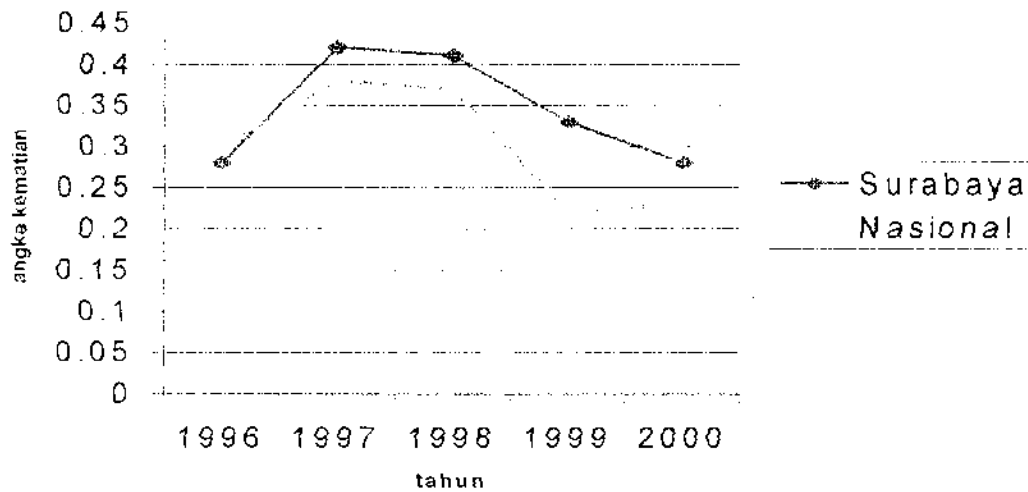
Tabel 1.1 Distribusi jenis risiko tinggi jamaah calon haji embarkasi Surabaya tahun 1996- 2000

No.	Jenis risiko tinggi	Tahun				
		1996 N(%)	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)	2000 N(%)
1.	<i>Kardiovaskuler</i>	5.076 (27,38)	3.407 (28,35)	5.002 (43,82)	1.523 (41,15)	4.739 (43,26)
2.	Usia lanjut (> 60 th)	8.997 (48,52)	6.265 (52,13)	2.622 (23,95)	843 (23,78)	2.635 (24,06)
3.	<i>Endokrin</i>	1.364 (7,36)	829 (8,56)	1.147 (10,63)	371 (10,02)	1.288 (11,76)
4.	Paru	662 (3,57)	448 (4,61)	604 (7,06)	263 (7,11)	644 (5,88)
5.	Pencernaan	-	-	808 (6,77)	246 (6,65)	998 (9,11)
6.	<i>Neuropsikiatri</i>	-	-	7 (1,04)	123 (3,32)	25 (0,23)
7.	Saluran kemih	-	-	168 (1,15)	41 (1,11)	139 (1,27)
8.	Hati	-	-	58 (0,31)	5 (0,14)	49 (0,45)
9.	Kandungan	-	-	-	6 (0,19)	11 (0,21)
10.	Lain lain	2.442 (13,17)	1.167 (9,71)	1.499 (12,58)	280 (7,57)	426 (3,89)
	<b>Jumlah</b>	<b>18.541</b> <b>(100)</b>	<b>12.017</b> <b>(100)</b>	<b>11.916</b> <b>(100)</b>	<b>3.701</b> <b>(100)</b>	<b>10.954</b> <b>(100)</b>

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 2000

Menurut laporan Koordinator tim kesehatan haji Indonesia di Arab Saudi, angka kunjungan berobat selama di Arab Saudi (di dokter kloter, Balai pengobatan haji Indonesia dan Rumah Sakit Arab Saudi) dari tahun 1994 sampai dengan 1997 adalah rata-rata 2 kali, tahun 1998 meningkat menjadi rata-rata tiga kali, tahun 1999 rata-rata kunjungan 2,03 kali dan tahun 2000 rata-rata kunjungan sebesar 2,5 kali (Depkes, 2000-b)

Angka kematian kasar jamaah haji Embarkasi Surabaya selama kurun waktu tahun 1997 sampai dengan tahun 2000 dapat dilihat pada gambar berikut



Gambar 1.1 Kematian haji Embarkasi Surabaya dan Nasional tahun 1996-2000

Angka kematian jamaah haji embarkasi Surabaya sejak tahun 1997 sampai dengan 2000 selalu lebih tinggi dari angka Nasional, walaupun kedua jenis angka kematian tersebut ada kecenderungan menurun.

Sebab kematian jamaah haji embarkasi Surabaya selama musim haji tahun 1996 sampai dengan 2000 yang terbesar adalah penyakit jantung atau *kardiovaskuler*, diikuti oleh paru, *serebrovaskuler*, trauma dan *diabetes mellitus*.

Tabel 1.2 Jenis risiko tinggi dan sebab kematian jamaah haji cmbarkasi Surabaya tahun 1999

Sebab kematian	Jenis risiko tinggi				Sehat	Jumlah
	KV	Paru	DM	Usila		
<i>Kardiovaskuler</i>	6	5	1	12	3	27
Paru	3	2	1	3	1	10
<i>Serebrovaskuler</i>	2	-	-	2	-	4
Trauma	-	-	-	1	2	3
<i>Diabetes mellitus</i>	1	-	-	-	-	1
Lain-lain	1	-	-	-	-	1
Jumlah	13	7	2	18	6	46

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 1999

Dari 46 kasus kematian haji di tahun 1999, 22 kasus atau 47,83% tergolong risiko tinggi penyakit. 18 kasus atau 39,13% tergolong usia lanjut dan 6 kasus atau 12,50% tergolong sehat. Sebab kematian terbanyak adalah *kardiovaskuler* dan paru

Tabel 1.3 Jenis risiko tinggi dan sebab kematian jamaah haji embarkasi Surabaya tahun 2000

Sebab Kematian	Jenis risiko tinggi					Sehat	Jumlah
	KV	Anemia	Paru	DM	Usila		
<i>Kardiovaskuler</i>	10	1	4	5	1	34	55
Paru	9	2	6	1	1	26	45
<i>Serebrovaskuler</i>	1	-	-	1	-	2	4
<i>Pnemonia</i>	-	-	-	-	-	1	1
Trauma	-	-	-	-	-	1	1
<i>Diabetes mellitus</i>	1	-	-	-	-	1	2
Lain-lain	1	-	-	-	-	-	1
Jumlah	22	3	10	7	2	65	109

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 2000

Dari 109 kasus kematian haji di tahun 2000, 42 kasus atau 38,53% tergolong risiko tinggi penyakit. 2 kasus atau 1,83% tergolong usia lanjut dan 65 kasus atau 59,63% tergolong sehat. Sebab kematian terbanyak adalah *kardiovaskuler* dan paru.

Tempat kematian jamaah haji embarkasi Surabaya menurut periode perjalanan ibadah haji di Arab Saudi, yang tertinggi adalah pada tahap pasca wukuf (setelah prosesi haji di Arafah dan Mina). Dari tahun 1996 sampai 2000, besaran proporsi adalah 55,56



sampai 64,29%, sedangkan pada tahap pra wukuf sebesar 21,42 sampai 29,26% dan saat wukuf sebesar 12,24 sampai 19,84% (tabel 1.8 terlampir).

Lokasi kejadian kematian jamaah haji embarkasi Surabaya selama di Arab Saudi, yang pertama adalah di Rumah Sakit Arab Saudi atau Balai pengobatan haji Indonesia (BPHI), kemudian di pemonjokan atau maktab, Arafah, Mina, dan di perjalanan (tabel 1.9 terlampir). Lokasi kejadian kematian ini dapat merupakan gambaran tentang penata laksanaan pelayanan kesehatan (pendampingan kesehatan) selama perjalanan ibadah haji.

## **1.2 Masalah Penelitian**

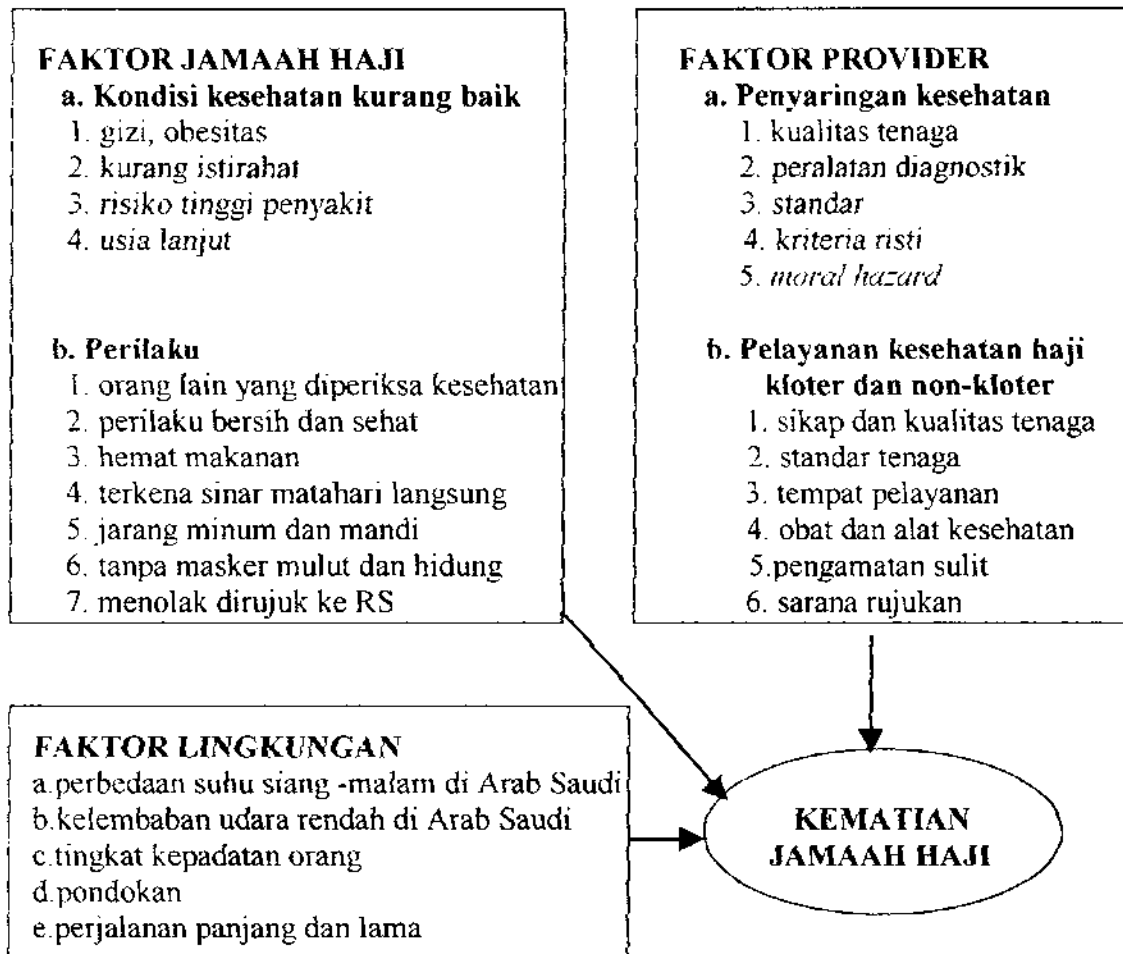
Berdasarkan latar belakang diatas maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah

1. Tingginya kematian jamaah haji Embarkasi Surabaya dalam kurun waktu 1997 sampai dengan 2000, walaupun telah dilakukan seleksi melalui sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji dan pendampingan kesehatan perjalanan haji.
2. Pada 109 kasus kematian jamaah haji pada tahun 2000, 59,6 % ternyata pada saat penyaringan kesehatan termasuk dalam kelompok sehat. Ada ketidaksesuaian antara sebab kematian dengan jenis risiko tinggi.

Kematian yang bermasalah adalah kematian total dan kematian pada jamaah haji yang saat penyaringan kesehatan dinyatakan sehat. Kematian jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur baik angka absolut maupun persentase, adalah paling tinggi dibandingkan Propinsi lain. Di samping itu, karena terdorong oleh motivasi yang tinggi untuk melaksanakan ibadah haji, masih terdapat jamaah calon haji yang tidak layak berangkat, tetapi memaksakan kehendak untuk berangkat.

### 1.3 Identifikasi Masalah

Berdasarkan teori Blum, derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor faktor genetik, pelayanan kesehatan, lingkungan dan perilaku. Mengacu pada teori ini maka faktor-faktor yang kemungkinan dapat menyebabkan tingginya angka kematian jamaah haji adalah 1) faktor jamaah haji, 2) faktor *provider* dan 3) faktor lingkungan, sebagaimana digambarkan pada diagram berikut ini:



Gambar 1.2 Bagan faktor-faktor kemungkinan penyebab tingginya kematian jamaah haji

Dari bagan di atas, dapat dijelaskan faktor-faktor dimaksud sebagai berikut:

### 1.3.1 Faktor jamaah haji

#### a. Kondisi Kesehatan

1. Kondisi kesehatan jamaah calon haji kurang baik menjelang keberangkatan, antara lain gizi kurang, obesitas, kurang istirahat karena banyak menerima tamu di rumah, menyebabkan kondisi yang tidak mendukung perjalanan ibadah.
2. Adanya jamaah calon haji risiko tinggi, yaitu risiko tinggi penyakit seperti *kardiovaskuler*, paru, *diabetes*, pencernaan, *arthritis*, penyakit infeksi, dan risiko tinggi sehat yaitu usia lanjut. Dengan perjalanan yang panjang dan kegiatan fisik yang padat, mengakibatkan kekambuhan bahkan memperberat penyakitnya dan kelelahan

#### b. Perilaku

Perilaku jamaah haji yang tidak sesuai dengan yang diharapkan, antara lain

1. Menghadirkan orang lain pada saat penyaringan kesehatan, sehingga data yang tercatat dalam buku kesehatan jamaah hajinya tidak sesuai dengan kenyataan dan tidak dapat dipergunakan sebagai alat monitoring kesehatan jamaah haji.
2. Perilaku bersih dan sehat yang kurang, terutama kebersihan perorangan seperti penggunaan air, jamban, kebersihan makanan atau minuman dan sebagainya, sehingga menimbulkan risiko terkena penyakit menular berbasis lingkungan.
3. Lebih mengutamakan berbelanja barang daripada untuk membeli makanan, sehingga semakin lama kondisi fisik semakin menurun.
4. Berada dibawah sinar matahari langsung pada siang hari (antara pukul 10.00 – 16.00), melakukan kegiatan yang tidak berhubungan dengan rangkaian ibadah haji

seperti berbelanja, keliling kota dan tidak jarang tersesat sehingga mengalami kelelahan dan dehidrasi.

5. Mengurangi minum pada saat cuaca dingin dengan maksud agar tidak sering buang air kecil, sementara penguapan tetap terjadi sehingga tidak disadari terjadi dehidrasi. Tidak mandi pada saat cuaca dingin.
6. Anjuran menggunakan masker hidung dan mulut, sebagai cara untuk menjaga kelembaban hidung dan mulut serta pencegahan penularan penyakit yang ditularkan melalui udara tidak dilakukan, sehingga memudahkan penularan penyakit saluran pernapasan.
7. Menolak dirujuk oleh dokter kloter ke BPHI atau Rumah sakit, karena tidak ingin terpisah dengan rombongannya, sulit komunikasi, ingin meninggal di tanah suci.

### **1.3.2 Faktor provider**

#### **a. Sistem penyaringan kesehatan**

Sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji yang kurang memenuhi harapan, antara lain disebabkan karena

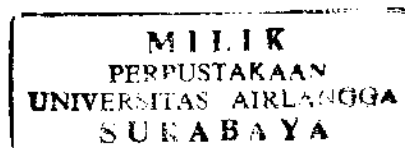
1. Kualitas tenaga kesehatan yang kurang, seperti penyaringan dilakukan oleh dokter umum padahal setiap jamaah calon haji harus ditentukan risiko tinggi atau sehat sejak awal (kategorisasi).
2. Peralatan diagnostik yang kurang di puskesmas mengakibatkan identifikasi risiko tinggi menjadi kurang tajam, sehingga pembinaan kesehatannya tidak sesuai dengan kenyataan.
3. Tidak dipenuhinya standar dan kriteria risiko tinggi, dimana masing-masing dokter menentukan diagnosa sepanjang pengetahuan yang dimilikinya.

4. Adanya *moral hazard*. Seperti memanfaatkan berbagai macam pemeriksaan penunjang medik untuk kepentingan tertentu dan penentuan risti tidak berdasarkan fakta yang sebenarnya.

b. Pelayanan kesehatan kloter dan non kloter

Pelayanan kesehatan perjalanan haji yang kurang memenuhi harapan. Hal ini dapat diakibatkan oleh

1. Tenaga kesehatan yang kurang bertanggung jawab, seperti petugas tidak menjalankan tugasnya dengan sempurna karena sibuk melaksanakan ibadah.
2. Standar tenaga kesehatan kurang sesuai, seperti tenaga 1 dokter untuk 450 orang jamaah haji, tenaga non kloter (yang bertugas di Arab Saudi) yang kurang, baik kuantitas maupun kualitasnya.
3. Tempat pelayanan kurang memadai, pada umumnya di pondokan tidak tersedia ruang khusus untuk pelayanan kesehatan, sehingga dilayani di ruang tidur petugas. Di BPHI Madinah dan Makkah, tidak dapat dikembangkan menjadi Rumah sakit, karena peraturan perundangan di Arab Saudi membatasinya.
4. Obat dan alat kesehatan yang kurang memadai, yang menyangkut kuantitas, kualitas dan panjangnya birokrasi permintaan obat dan alat kesehatan bagi kelompok terbang selama di Arab Saudi.
5. Kesulitan pengamatan kesehatan jamaah haji oleh tenaga kesehatan kloter karena letak pondokan yang terpencar dan saling berjauhan.
6. Adanya hambatan fisik sarana rujukan dari pondokan ke Balai pengobatan haji Indonesia atau ke Rumah Sakit Arab Saudi, yaitu ketersediaan Ambulans



### 1.3.3 Faktor lingkungan

Faktor lingkungan di Arab Saudi yang berbeda dengan di Indonesia, seperti

- a. Perbedaan suhu udara yang sangat ekstrim antara siang dan malam di Arab Saudi, mengakibatkan terkurasnya tenaga sehingga cepat menurunkan kondisi fisik.
- b. Kelembaban udara yang rendah di Arab Saudi, menimbulkan penguapan cairan tubuh yang tidak tampak dan mudah terjadi infeksi saluran pernapasan
- c. Tingkat kepadatan orang di tempat tertentu seperti masjidil Haram, Arafah, Mina dan masjid Nabawi, memudahkan terjadi penularan penyakit melalui udara, saling berdesakan sehingga menguras tenaga, kecelakaan dan lain lain.
- d. Pondokan di Makkah dan Madinah pada umumnya berupa gedung bertingkat dilengkapi dengan AC. Bagi jamaah haji yang sulit adaptasinya terhadap AC, dapat menimbulkan stres atau tekanan psikis.
- e. Panjang dan lamanya perjalanan antar simpul perjalanan di Arab Saudi, seperti lamanya perjalanan karena kemacetan lalu lintas antara Makkah ke Arafah dan dari Mina ke Makkah. Jarak yang panjang pada perjalanan Makkah ke Madinah dan atau sebaliknya serta perjalanan Madinah ke Jeddah dan atau sebaliknya, menimbulkan kelelahan dan kondisi fisik menurun.

### 1.4 Rumusan Masalah

1. Mengapa dengan sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji dan pendampingan kesehatan perjalanan haji, kematian jamaah haji embarkasi Surabaya masih tinggi ?
2. Bagaimanakah penerapan prosedur standar dalam penentuan kategorisasi pada sistem penyaringan kesehatan ?
3. Bagaimanakah penerapan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji?

## **1.5 Tujuan Penelitian**

### **1.5.1 Tujuan umum**

Menganalisis prosedur standar penyaringan kesehatan dan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji yang mengakibatkan kematian jamaah haji embarkasi Surabaya serta menyusun rekomendasi upaya menurunkan kematian haji melalui penyempurnaan sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji dan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji berdasarkan hasil rekam medik penyaringan kesehatan dan hasil rekam medik perawatan di Arab Saudi

### **1.5.2 Tujuan khusus**

- a. Menilai kepekaan penyaringan kesehatan jamaah calon haji dalam menentukan kelompok risiko tinggi dan bukan risiko tinggi, dengan mempelajari anamnesa, penentuan diagnosis, pemeriksaan penunjang medik (laboratorium)
- b. Mempelajari kematian jamaah haji dalam perjalanan haji dan sebab kematiannya.
- c. Mempelajari penerapan prosedur standar sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji
- d. Mempelajari penerapan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji.
- e. Menyusun rekomendasi upaya menurunkan kematian haji melalui penyempurnaan sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji dan sistem pendampingan kesehatan perjalanan haji embarkasi Surabaya.

Penyelenggaraan kesehatan haji pada dasarnya adalah membina kesehatan jamaah haji agar dapat melaksanakan ibadah haji dengan sempurna. Terhadap jamaah calon haji dilakukan penyaringan untuk menentukan kategorisasi di dalam rangka menajamkan pembinaan kesehatannya sesuai dengan keadaan kesehatannya. Hasil kategorisasi juga

dipergunakan oleh dokter yang mendampingi perjalanan ibadah haji sebagai informasi kesehatan jamaah haji yang didampinginya, sehingga pembinaan dan pengawasan kesehatannya tidak menyimpang dari keadaan yang sebenarnya.

Melalui penilaian kepekaan penyaringan akan diketahui kesesuaian antara kategori dengan keadaan yang sebenarnya dari jamaah calon haji. Semakin peka maka semakin sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dari jamaah calon haji, sehingga mempermudah pelaksanaan pendampingan kesehatan dan menjadi lebih terarah sehingga pada gilirannya akan menurunkan kematian haji.

Mempelajari kematian jamaah haji menurut karakteristik dan sebab kematian akan diketahui kecenderungan kematian jamaah haji menurut masing masing karakteristik, kematian berdasarkan kota dan lokasi tempat kematian, sehingga kegiatan pemantauan, pengamatan pelayanan serta penasehatan selama perjalanan dapat lebih diarahkan pada kelompok tertentu atau penyakit tertentu

Dengan mempelajari prosedur standar penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan, dapat diketahui tatalaksana yang mudah dan selalu dikerjakan oleh dokter kloter, kegiatan yang sulit dilaksanakan maupun kegiatan yang samasekali tidak dapat dilaksanakan. Perubahan prosedur standar akan memfokuskan pelaksanaan penyaringan dan pendampingan kesehatan lebih terarah ditambah lagi dengan pembekalan pelatihan dan penambahan pengetahuan medik teknik



## 1.6 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut

- a. Mengembangkan sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji yang dapat dipergunakan oleh petugas kesehatan yang melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum berangkat serta menghasilkan informasi kondisi kesehatan jamaah haji yang tepat
- b. Mengembangkan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji yang dapat dipergunakan oleh tim kesehatan kelompok terbang untuk melakukan pengamatan, pengobatan dan penasehatan selama dalam perjalanan.
- c. Mengembangkan sistem informasi kondisi kesehatan jamaah haji sehingga berguna bagi tim kesehatan haji di kelompok terbang dalam melaksanakan pendampingan kesehatan perjalanan haji, bagi Balai pengobatan haji Indonesia di Arab Saudi sebagai alat pengawasan, dan rujukan jamaah haji. Di samping itu, dapat sebagai alat keterangan kesehatan bagi jamaah calon haji dalam menunaikan ibadah haji sehingga beberapa hal yang diperlukan untuk dirinya dapat diperhatikan oleh jamaah haji bersangkutan.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

**BAB 2****TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Analisis dan Pendekatan Sistem****2.1.1 Pengertian sistem**

Suatu sistem diartikan sebagai suatu kumpulan atau himpunan dari unsur, komponen atau variabel yang terorganisasi, saling berinteraksi, saling tergantung satu sama lain dan terpadu (Kumorotomo, 1996). Menurut Wijono, 1997, sistem adalah suatu proses saling bereaksi, saling bergantung, saling berhubungan, saling memerlukan, saling berkaitan, diantara unsur atau satuannya. Menurut Azwar, 1996, sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam situasi yang majemuk pula.

Kata sistem mengandung arti suatu keseluruhan atau sesuatu yang sifatnya menyeluruh dan meluas, berikut bagian-bagian yang terkait. Sistemik adalah suatu keadaan yang menyangkut keseluruhan komponen yang ada. Ada dua kelompok pendekatan di dalam sistem, yaitu menekankan pada prosedur dan menekankan pada komponen. Pendekatan sistem yang menekankan pada komponen akan lebih mudah dalam mempelajari suatu sistem untuk tujuan analisis dan perancangan suatu sistem. Definisi sistem yang lebih menekankan pada komponen adalah kumpulan dari elemen-elemen yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan. Batasan ini menunjukkan bahwa suatu sistem mempunyai maksud tertentu yaitu untuk mencapai tujuan dan atau sasaran.

Tujuan biasanya dihubungkan dengan ruang lingkup yang lebih luas dan sasaran dalam ruang lingkup yang lebih sempit. Bila merupakan suatu sistem utama misalnya pelayanan kesehatan maka istilah tujuan lebih tepat digunakan, sedangkan suatu subsistem dari pelayanan kesehatan misalnya penyaringan kesehatan lebih tepat digunakan istilah sasaran (Davis, 1995)

### **2.1.2 Sifat sistem**

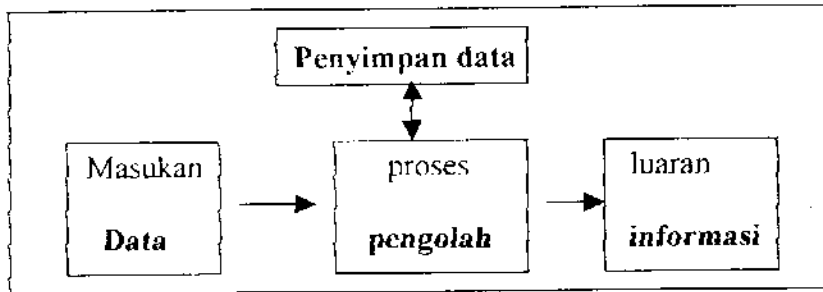
Sistem mempunyai sifat sifat tertentu, yaitu mempunyai komponen sistem, batas sistem, lingkungan luar sistem, penghubung sistem, masukan sistem, luaran sistem, proses sistem, sasaran dan tujuan sistem. komponen atau elemen sistem dapat berupa subsistem atau bagian dari sistem yang mempunyai sifat-sifat sistem untuk menjalankan fungsi tertentu dan mempengaruhi proses sistem secara keseluruhan. Suatu sistem dapat mempunyai suatu sistem yang lebih besar yang disebut supra sistem

Batas sistem merupakan daerah yang membatasi antara suatu sistem dengan sistem lainnya atau dengan lingkungan luarnya. Batas sistem ini memungkinkan suatu sistem dipandang sebagai satu kesatuan. Batas suatu sistem menunjukkan ruang lingkup dari sistem tersebut. Lingkungan luar dari suatu sistem adalah apapun diluar batas dari sistem yang mempengaruhi operasi sistem (Davis, 1995).

Penghubung merupakan media penghubung antara satu subsistem dengan subsistem lainnya. Keluaran dari suatu subsistem akan menjadi masukan untuk subsistem yang lainnya dengan melalui penghubung. Dengan penghubung suatu subsistem dapat berintegrasi dengan sistem lainnya membentuk satu kesatuan. Masukan sistem misalnya data merupakan input yang diolah menjadi informasi. Keluaran dapat merupakan

masukannya untuk subsistem yang lain atau supra sistem, misalnya informasi adalah luaran yang dibutuhkan.

Suatu sistem dapat mempunyai suatu bagian pengolahan (proses) yang akan merubah masukan menjadi luaran. Misalnya data kesehatan menjadi laporan yang dibutuhkan oleh pengambil keputusan.



Gambar 2.1 Komponen sistem : masukan - proses - luaran  
(Sumber : Gordon B.Davis, 1995)

Suatu sistem pasti mempunyai tujuan atau sasaran. Kalau sistem tidak mempunyai sasaran maka operasi sistem tidak akan ada gunanya. Sasaran dari sistem sangat menentukan sekali masukan yang dibutuhkan sistem dan keluaran yang akan dihasilkan (Davis, 1995). Menurut Azwar, 1996, dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan. Fungsi yang dipercayakan oleh masing-masing bagian atau elemen adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerjasama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan, dan tidak tertutup terhadap lingkungan

### 2.1.3 Unsur sistem

#### a. Masukan

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut

#### b. Proses

Yang dimaksud dengan proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi merubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan

#### c. Keluaran

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem

#### d. Umpan balik

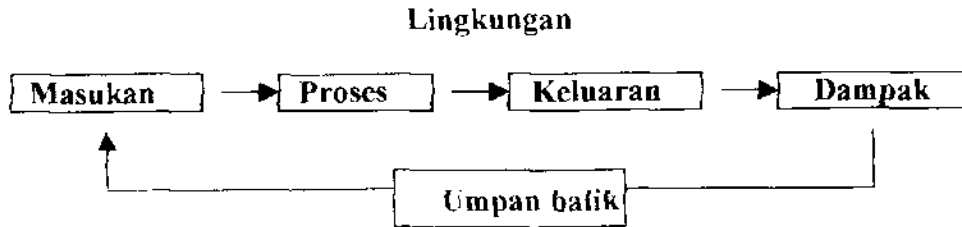
Yang dimaksud dengan umpan balik (*feedback*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan dari sistem tersebut

#### e. Dampak

Yang dimaksud dengan dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem

#### f. Lingkungan

Yang dimaksud dengan lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar, 1996).



Gambar 2. 2 Hubungan unsur-unsur sistem

(Sumber : Azrul Azwar, 1996)

#### 2.1.4 Analisis sistem

Karena sistem terdiri dari kumpulan bagian atau elemen yang mempunyai fungsi masing-masing, maka untuk dapat menjamin baiknya sistem tersebut, harus dapat diupayakan agar fungsi dimaksud tetap sesuai dengan yang direncanakan. Ini berarti harus dilakukan penilaian berkala terhadap sistem tersebut, berupa kajian terhadap setiap kumpulan bagian atau elemen yang ada di dalam sistem, dan disebut sebagai analisis sistem. Analisis sistem dapat didefinisikan sebagai berikut: Penguraian dari suatu sistem informasi yang utuh kedalam bagian-bagian komponennya dengan maksud untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan, kesempatan, hambatan yang terjadi dan kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikan (Kumorotomo,1996). Tahap analisis sistem dilakukan setelah tahap perencanaan sistem dan sebelum tahap rancangan sistem. Tahap analisis merupakan tahap yang kritis dan sangat penting, karena kesalahan pada tahap ini akan menyebabkan juga kesalahan pada tahap selanjutnya.

#### 2.1.5 Pendekatan sistem

Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metoda analisis, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam

membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi (Azwar, 1996). Jika pendekatan sistem dapat dilaksanakan, akan diperoleh beberapa keuntungan, antara lain:

- a. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan, dengan demikian penghamburan sumber, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya selalu terbatas, akan dapat dihindari
- b. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan
- c. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih tepat dan objektif
- d. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program

Pendekatan sistem merupakan falsafah atau persepsi tentang struktur, yang mengkoordinasikan aktivitas dalam suatu sistem secara efisien dan optimal. Efektivitas komponen sistem, secara kolektif dapat lebih besar dibandingkan dengan efektivitas masing-masing komponen. Pendekatan sistem dipergunakan untuk menemukan sifat penting daripada sistem yang bersangkutan yang kemudian memberikan keterangan mengenai perubahan yang harus dilakukan untuk memperbaiki sistem tersebut (Winardi, 2000)

## **2.2 Sistem Informasi Manajemen**

### **2.2.1 Pengertian**

Sistem Informasi Manajemen adalah suatu sistem yang diciptakan untuk melaksanakan pengolahan data yang akan dimanfaatkan oleh suatu organisasi. Pemanfaatan data dimaksudkan untuk penunjang pada tugas rutin, evaluasi terhadap



prestasi organisasi dan untuk pengambilan keputusan oleh organisasi tersebut. Di sini terdapat tiga sistem yang terkait, yaitu :

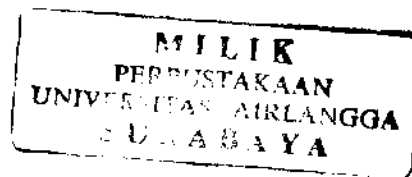
- a) Sistem sosial yang disebut organisasi
- b) Sistem manajemen atau tatalaksana yang dimaksudkan untuk meningkatkan tata kerja, produktivitas, efektivitas dan efisiensi organisasi serta satuan-satuan yang terdapat didalamnya
- c) Sistem informasi yang berupa manajemen pengolahan data beserta semua kegiatan penyediaan informasi untuk pengambilan keputusan (Kumorotomo,1996)

Definisi lain adalah sekumpulan prosedur organisasi yang pada saat dilaksanakannya akan memberikan informasi bagi pengambil keputusan dan atau untuk mengendalikan organisasi (Lucas, 1987 dalam Kumorotomo,1996)

### 2.2.2 Syarat informasi

Informasi yang memiliki kualitas tinggi akan menentukan efektivitas keputusan manajer. Burch dan Grudnitski (1989) dalam Kumorotomo, 1996, menyebutkan adanya tiga pilar utama yang menentukan kualitas informasi yaitu akurasi, ketepatan waktu dan relevansi. Menurut Parker (1989) dalam Kumorotomo,1996, menyebutkan tentang syarat-syarat informasi yang lebih lengkap sebagai berikut:

- a. ketersediaan (*availability*), dan dapat diperoleh (*accessability*): syarat yang mendasar adalah tersedianya informasi dan dapat diperoleh oleh orang yang hendak memanfaatkannya
- b. mudah dipahami (*comprehensibility*): Informasi harus mudah dipahami oleh pembuat keputusan, baik yang menyangkut tugas rutin maupun tugas yang bersifat strategis.



Informasi yang rumit dan berbelit-belit akan membuat kurang efektifnya keputusan manajemen

- c. relevan, dalam konteks organisasi, informasi harus relevan dengan permasalahan, misi dan tujuan organisasi
- d. bermanfaat, informasi harus dapat tersaji ke dalam bentuk yang memungkinkan untuk pemanfaatan oleh organisasi
- e. tepat waktu, dalam hal manajer akan membuat keputusan yang krusial, informasi harus tersedia tepat pada waktunya
- f. keandalan (*reliability*), informasi harus dapat diperoleh dari sumber-sumber yang dapat diandalkan kebenarannya. Pengolah data dan pemberi informasi harus dapat menjamin tingkat kepercayaan yang tinggi atas informasi yang disajikan
- g. akurat, informasi bersih dari kesalahan dan kekeliruan, harus jelas dan secara akurat mencerminkan makna yang terkandung dari data pendukungnya
- h. konsisten, informasi tidak boleh mengandung kontradiksi di dalam penyajiannya karena konsistensi merupakan syarat penting bagi dasar pengambilan keputusan (Kumorotomo, 1996)

## **2.3 Pemecahan Masalah**

### **2.3.1 Pengertian**

Pemecahan masalah adalah suatu proses yang mengikuti sekuen logika. Proses dimulai dengan identifikasi masalah, selanjutnya dengan analisis untuk mengetahui penyebab masalah dan menyimpulkan dengan pengambilan keputusan solusinya. Di dalam organisasi, akan selalu terdapat persoalan atau masalah yang harus dipecahkan dan diputuskan penyelesaiannya dengan rencana kegiatan. Proses pemecahan masalah akan

menghasilkan output yang selanjutnya perlu dievaluasi atau dinilai, apakah sesungguhnya masalah yang ada telah terselesaikan. Ada lima kunci dalam mengukur hasil pemecahan masalah, yaitu : sasaran, perkiraan kecenderungan yang akan datang, kenyataan yang ada, masalah dan peluang (Wijono, 1999)

### **2.3.2 Lokasi masalah**

Dalam manajemen, melalui pendekatan sistem, lokasi masalah dapat terjadi pada komponen-komponen *input*, proses, *output*, *outcome* dan *impact*. Kalau dilihat dari prosesnya, masalah dapat terjadi pada fungsi-fungsi manajemen.

## **2.4 Pembuatan Keputusan**

### **2.4.1 Pengertian**

Pembuatan keputusan adalah suatu rangkaian kegiatan memilih alternatif kegiatan atau kemungkinan (Kepner,Tregoe, 1987). Penekanan pada pengujian alternatif tindakan berdasarkan fakta atau informasi yang jelas dan bukan hanya berdasarkan pada dugaan subjektif atau dorongan emosional. Pengambilan keputusan dengan memakai akal sehat disertai dengan informasi, argumen dan landasan yang jelas (Wijono,1999).

### **2.4.2 Model pembuatan keputusan**

Menetapkan bagaimana memutuskan suatu permasalahan melalui beberapa model. Pada umumnya teori manajemen mempertimbangkan tiga model yaitu :

1. model klasik.

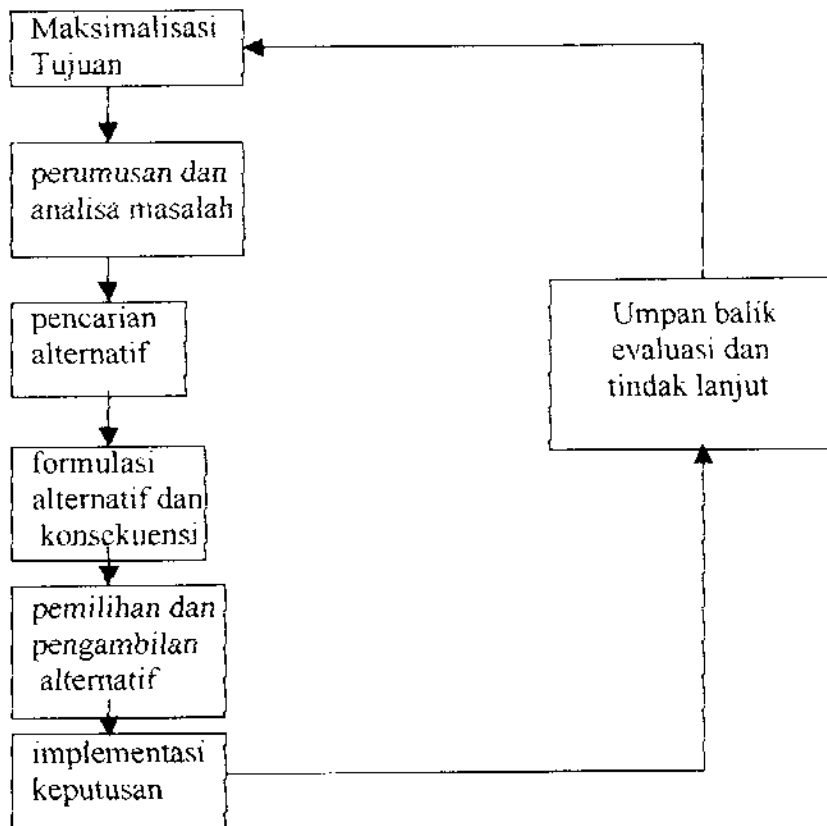
Model ini menguraikan bagaimana manajer akan membuat keputusan-keputusan dengan menggunakan informasi-informasi yang lengkap. Model ini sangat rasional.

2. model perilaku

Pembuatan keputusan dengan mempertimbangkan keterbatasan kognitif atau terbatas kemampuan memproses informasi manusia. Keputusan adalah alternatif pilihan pertama bagi manajer.

### 3. model *judgemental heuristic*.

Dalam keadaan lingkungan yang kompleks, informasi terbatas, dan terbatasnya fungsi kognitif, orang cenderung untuk menggunakan strategi-strategi dalam membuat keputusan, yaitu strategi untuk menyederhanakan pembuatan keputusan.



Gambar 2.3 Pengambilan keputusan model behavioral  
(Sumber : Djoko Wijono, 1999)

## 2.5 Penyaringan (*Screening*)

Penyaringan adalah proses dengan maksud agar penyakit-penyakit atau kelainan-kelainan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi dengan menggunakan pelbagai uji yang dapat diterapkan secara cepat dalam sebuah skala besar (Beaglehole, 1993). Penyaringan itu pada umumnya bukan merupakan uji diagnostik dan oleh karena itu memerlukan penelitian tindak lanjut yang cepat dan pengobatan yang tepat pula. Inisiatif untuk melakukan penyaringan datang dari pemberi pelayanan kesehatan, bukan berasal dari orang-orang yang menjalaninya.

Ada berbagai macam penyaringan yang masing-masing mempunyai tujuan yang spesifik (Beaglehole, 1993):

1. Penyaringan massal, yaitu penyaringan yang melibatkan populasi secara menyeluruh
2. Penyaringan multipel, yaitu penyaringan yang meliputi penggunaan dari pelbagai uji penyaringan yang diterapkan pada saat yang sama.
3. Penyaringan yang ditargetkan, adalah penyaringan pada kelompok yang terkena paparan yang spesifik.
4. Penyaringan pada penemuan kasus, adalah penyaringan yang dilakukan terbatas pada para penderita yang berkonsultasi kepada seorang praktisi kesehatan.

Hal-hal utama yang melandasi program penyaringan dihubungkan dengan karakteristik di bawah ini (Beaglehole, 1993):

1. Penyakit:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Serius</i></li> <li>2. <i>Prevalensi tinggi pada tahap praklinik</i></li> <li>3. <i>Riwayat penyakit dimengerti</i></li> <li>4. <i>Periode yang panjang diantara beberapa tanda pertama dan timbulnya penyakit</i></li> </ol>
2. Uji diagnostik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Sensitif dan spesifik</i></li> <li>2. <i>Sederhana dan murah</i></li> <li>3. <i>Aman dan dapat diterima</i></li> <li>4. <i>Reliabel</i></li> </ol>
3. Diagnosis dan pengobatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Fasilitas adekuat</i></li> <li>2. <i>Efektif, dapat diterima dan pengobatan yang aman telah tersedia.</i></li> </ol>

Penyakit yang serius tersebut harus dapat dibuktikan bila tidak dapat di diagnosis secara dini; kelainan-kelainan metabolik yang didapat pada saat melahirkan, misalnya fenilketouria, kanker leher rahim. Umumnya prevalensi dari penyakit yang berada dalam tahap praklinik itu seharusnya tergolong tinggi pada populasi yang disaring, kadang-kadang ada manfaatnya juga penyaringan pada penyakit dengan prevalensi rendah namun mempunyai konsekuensi serius. Penyakit dengan periode waktu yang sangat panjang diantara tanda-tanda pertama penyakit yang dapat didiagnosis dengan menggunakan penyaringan dan timbulnya penyakit, misalnya hipertensi. Pengobatan secara dini

seharusnya menjadi lebih efektif dalam menurunkan mortalitas dan morbiditas, dibanding pengobatan yang dimulai sesudah perkembangan penyakit itu berlanjut. Pengobatan itu seharusnya juga tidak hanya efektif, tetapi juga dapat diterima oleh orang yang tidak mempunyai gejala penyakit, di samping harus aman.

Uji penyaringan itu sendiri harus murah, mudah diterapkan, dapat diterima masyarakat, reliabel dan valid. Sebuah uji yang reliabel bila uji itu memberikan hasil-hasil yang konsisten, dan valid bila uji itu memberikan kategori bagi orang tersebut kedalam kelompok yang terkena penyakit dan yang tidak terkena penyakit secara benar, yang diukur dengan menggunakan sensitifitas dan spesifisitas. Sensitivitas adalah probabilitas hasil uji yang positif pada orang yang mengidap penyakit. Spesifisitas adalah probabilitas hasil uji negatif pada orang yang tidak mengidap penyakit.

Nilai dari sebuah program penyaringan itu ditentukan oleh efek yang ditimbulkan terhadap morbiditas, mortalitas dan kecacatan. Idealnya, informasi yang harus tersedia adalah tingkat kejadian penyakit pada orang yang penyakitnya diidentifikasi dengan menggunakan penyaringan pada mereka yang penyakitnya didiagnosis berdasarkan gejala penyakitnya saja (R.Beaglehole, 1993).

## **2.6 Status Kesehatan Jamaah Haji**

Penentuan status kesehatan ditetapkan berdasarkan Buku petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan calon haji (Depkes, 2000-a). Buku petunjuk ini, berisikan petunjuk menegakkan diagnosis berdasarkan format buku kesehatan jamaah haji Indonesia, terdiri dari beberapa aspek sebagai berikut:

1. Keterangan tentang jamaah haji: Nama lengkap, No. Paspor, Tempat tanggal lahir, Pria / Wanita, Pekerjaan, Berat badan, Tinggi badan, Alamat di Indonesia, Keluarga terdekat. Nama dan alamat lengkap dari ahli waris (bila ada) di Arab Saudi maupun di Indonesia.

2. Pemeriksaan kesehatan pertama di Puskesmas

a. Nama dokter pemeriksa; jabatan, alamat Puskesmas dan tanggal pemeriksaan

b. Anamnesis penyakit yang pernah diderita.

Tekanan darah tinggi. *Pasca stroke*, sakit jantung, kencing manis, penyakit paru, batuk menahun, asma, penyakit gondok, tukak lambung, gangguan ginjal dan saluran kemih, penyakit hati, gangguan haid, tumor ganas, penyakit kusta, rematik, alergi obat atau makanan, mimisan dan gangguan jiwa.

c. Keadaan Umum

d. Pemeriksaan Jasmani

e. *Status Psikiatrikus*

f. Laboratorium

g. *Diagnosis* : .

h. Kesimpulan

3. Surat pernyataan (Khusus untuk calon haji wanita PUS)

4. Status vaksinasi (Depkes, 2000-a)

## 2.7 Ibadah Haji

Ibadah haji merupakan kewajiban manusia karena Allah, yaitu bagi orang yang sanggup mengadakan perjalanan kesana (*Baitullah*). Sanggup dalam kalimat terjemahan ayat tersebut di atas termasuk status kesehatan. Kondisi kesehatan sebagai prasyarat perjalanan haji, merupakan bagian dari *istitho'ah* perjalanan haji di samping kesanggupan



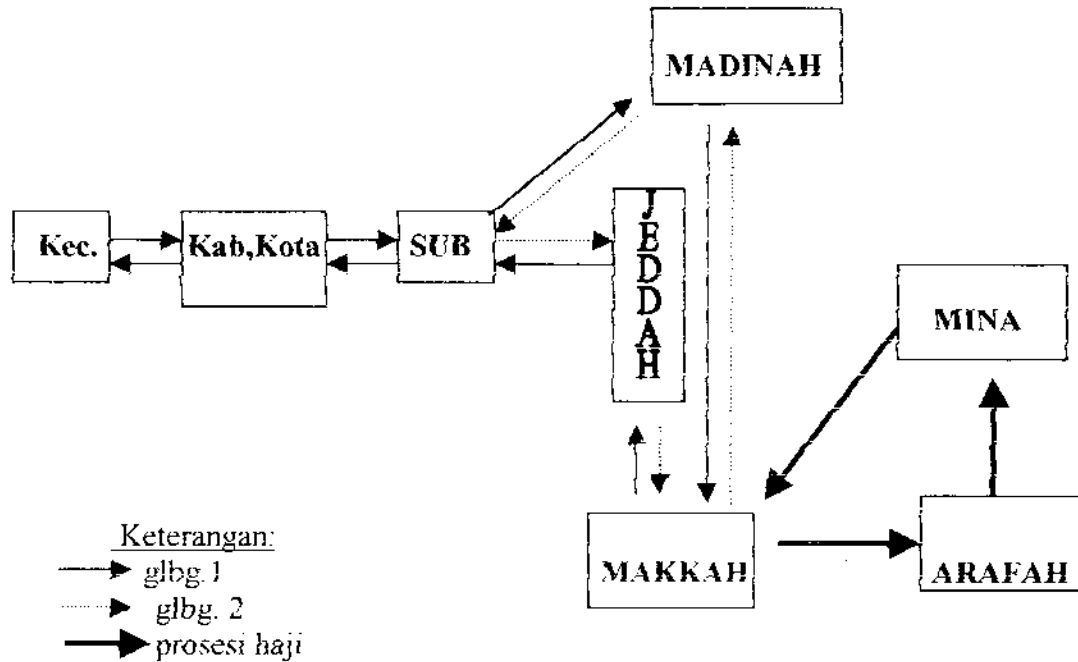
dalam pembiayaan perjalanan dan memenuhi syarat, rukun dan wajib haji. Syarat haji adalah Islam, *baligh* (dewasa), berakal sehat, bukan budak dan mampu ekonomi, jasmani, rohani (*istitho'ah*). Rukun haji adalah *ihram*, *wukuf* di Arafah, *tawaf ifadah*, *sa'i*, memotong rambut dan tertib. Apabila rukun ini tidak lengkap maka ibadah haji tersebut tidak sah. Sedangkan wajib haji adalah niat *ihram* dari *miqat* (batas mulai berpakaian ihram), *mabit* (bermalam) di Muzdalifah, *mabit* di Mina, melontar *jumrah*, tidak melakukan perbuatan yang diharamkan dan *tawaf wada'*. Bila salah satu wajib haji ini tidak dikerjakan maka wajib membayar denda (*dam*). Di samping ibadah rukun dan wajib haji di atas, ada ibadah *sunnah* yang dilakukan jamaah haji diantaranya *shalat arbain* di Masjid Nabawi dan berziarah ke tempat bersejarah bagi umat Islam (Depag, 2000-a).

Penyelenggaraan ibadah haji merupakan tugas Nasional dan menjadi tanggung jawab Pemerintah di bawah koordinasi Menteri Agama. Penyelenggaraan haji bertujuan untuk memberikan pembinaan, pelayanan dan perlindungan yang sebaik-baiknya melalui sistem dan manajemen penyelenggaraan yang baik agar pelaksanaan ibadah haji dapat berjalan dengan aman, tertib, lancar, dan nyaman sesuai dengan tuntunan agama serta jamaah haji dapat melaksanakan ibadah haji secara mandiri sehingga diperoleh haji yang *mabrur* (Undang-undang Nomor 17 tahun 1999)

Setiap umat Islam warga negara Indonesia yang akan menunaikan ibadah haji harus melalui ketentuan mendaftarkan diri di Kantor Departemen Agama Kabupaten atau Kota dengan membawa surat pengantar dari Kelurahan tempat tinggal mereka. Sebagai kelengkapan adalah menyerahkan bukti pembayaran biaya perjalanan ibadah haji (BPIH) Pada saat menyetor biaya perjalanan haji, jamaah calon haji membawa surat keterangan kesehatan dari Puskesmas setempat. Pada saat penyetoran ini data pribadi jamaah calon

haji termasuk data kesehatannya dimasukkan kedalam sistem komputer Bank tersambung dengan Sistem komputerisasi haji terpadu = siskohat (Depag, 2000-c).

Dalam rangkaian perjalanan haji, jamaah calon haji diharuskan mengikuti kegiatan pembekalan manasik haji dan pembinaan kesehatan. Dua bulan sebelum di berangkatkan terhadap jamaah calon haji dilakukan pemeriksaan kesehatan kedua di Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Pada saat di embarkasi, jamaah calon haji mendapat pemeriksaan kesehatan ketiga secara selektif, kelengkapan administrasi dokumen kesehatan dan informasi lain yang dianggap penting (Depkes, 2000-c)



Gambar 2.4 Ruas perjalanan haji embarkasi Surabaya  
(Sumber: Depag, 2000-a)

Jamaah calon haji gelombang 1, dengan pesawat udara di berangkatkan ke Madinah, dengan penerbangan selama kurang lebih 11 jam. Di kota Madinah jamaah tinggal di pondokan (gedung) selama 8 hari dan melakukan *shalat ar bain* yaitu salat 40 waktu di Masjid Nabawi dan berziarah ketempat bersejarah bagi umat Islam. Kemudian jamaah haji berangkat menempuh perjalanan darat selama kurang lebih 8 jam ke Kota Makkah.

Jamaah calon haji gelombang 2, berangkat ke Jeddah dan setelah tiba di bandar udara King Abdul Aziz Jeddah para jamaah calon haji gelombang 2 beristirahat selama 5 sampai dengan 6 jam, kemudian melanjutkan perjalanan darat kurang lebih 2 jam ke Makkah. Setibanya di kota Makkah jamaah melaksanakan *tawaf qudum* (selamat datang) dengan mengelilingi Kabah sebanyak 7 kali kemudian *sa'i* yaitu berjalan diselingi berlari kecil pada tempat-tempat tertentu antara bukit Safa dan Marwah sebanyak 7 kali dengan jumlah jarak tempuh *sa'i* seluruhnya 3,5 km. Pada tanggal 7 *Dzulhijah* para jamaah haji

melakukan perjalanan ke Padang Arafah dan tinggal dibawah tenda. Setelah melakukan wukuf dilanjutkan perjalanan ke Mina dengan *mabit* sejenak di Muzdalifah setelah lewat tengah malam, kemudian ke Mina untuk *mabit* selama 2 hari bagi yang melakukan *nafar* awal dan 3 hari bagi yang melakukan *nafar* akhir. Selama di Mina, tinggal dibawah tenda. Para jamaah haji melakukan *jumrah* dan secara bersamaan dapat melakukan *tawaf ifadah* dan *tahalul kubra*.

Seluruh jamaah haji rata-rata tinggal di kota Makkah selama 25 hari. Sesaat sebelum meninggalkan kota Makkah menuju Madinah bagi jamaah haji gelombang 2, dan ke kota Jeddah bagi jamaah haji gelombang 1, mereka melakukan *tawaf wada'* (selamat tinggal). Total lama jamaah haji di Arab Saudi selama melakukan perjalanan haji lebih kurang 40 hari (Depag, 2000-a).

## **2.8 Pelayanan Kesehatan Haji**

Pembinaan dan pelayanan kesehatan haji dalam penyelenggaraan haji merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan, sejak sebelum keberangkatan ke Arab Saudi, selama di perjalanan, pergi dan pulang dan selama di Arab Saudi (Depag, 2000-a)

### **2.8.1 Tujuan dan sasaran kesehatan haji**

#### **1. Tujuan**

##### **a. Tujuan umum**

Tujuan umum pelayanan kesehatan haji, yaitu: tercapainya kondisi kesehatan jamaah calon haji dan jamaah haji Indonesia secara optimal agar mereka dapat menunaikan ibadah haji dengan baik, lancar dan sempurna. Terhindarnya masyarakat Internasional dan Indonesia, dari penyakit yang mungkin dibawa oleh

jamaah calon haji dan jamaah haji Indonesia yang mengakibatkan menyebarnya penyakit tertentu di Indonesia atau negara lain (Depkes, 2000-c)

#### **b. Tujuan khusus**

- (1) Teridentifikasinya jamaah calon haji dan jamaah haji memenuhi persyaratan kesehatan untuk ibadah haji.
- (2) Terbinanya kondisi kesehatan setiap jamaah calon haji dan jamaah haji dan kemandirian pemeliharaan kesehatan.
- (3) Meningkatnya profesionalisme petugas di setiap jenjang pelayanan kesehatan haji.
- (4) Terwujudnya kesiapsiagaan petugas haji dalam mengantisipasi penanggulangan bencana dan atau musibah massal pada jamaah haji Indonesia di Arab Saudi.
- (5) Terakomodasinya data pelayanan kesehatan haji di Indonesia maupun di Arab Saudi.
- (6) Terwujudnya dan berfungsinya kelompok-kelompok ahli dalam kesehatan haji (Depkes, 2000-c)

## **2. Sasaran**

Sasaran pelayanan kesehatan adalah seluruh jamaah calon haji dan jamaah haji sejak terdaftar di daerah asal, di perjalanan, selama di Arab Saudi dan 14 (empat belas) hari setelah kembali dari Arab Saudi (Depkes, 2000-c)

### **2.8.2 Tahapan dan kegiatan pokok pelayanan kesehatan haji**

Tahapan dan kegiatan pokok pelayanan kesehatan haji di setiap jenjang hirarki organisasi pelayanan kesehatan haji Indonesia, yaitu ;

## 1. Pelayanan kesehatan haji di daerah

### a. Kecamatan

1. Pemeriksaan kesehatan pertama di Kecamatan (Puskesmas), bersifat penyaringan (*Screening*) untuk mengidentifikasi status kesehatan jamaah calon haji yang memenuhi persyaratan *istitho'ah*. Pemeriksaan ini dilakukan di Puskesmas setelah pengumuman besarnya biaya perjalanan ibadah haji (BPIH) pada pendaftaran musim haji tahun bersangkutan. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum jamaah calon haji menyetor ke Bank penerima setoran biaya perjalanan ibadah haji (BPIH).
2. Rujukan bagi jamaah calon haji risiko tinggi (*risti*) yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut ke RSUD daerah Kabupaten atau Kota, RSUD Propinsi atau Pusat.
3. Seluruh jamaah calon haji dalam wilayah Puskesmas dilakukan pembinaan kesehatan. Pelaksanaan pembinaan dilakukan sejak yang bersangkutan terdaftar sampai dengan saat keberangkatan dan di koordinasikan dengan pihak terkait, yaitu; Departemen Agama, Lembaga swadaya masyarakat, penyelenggara Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, Asuransi kesehatan dan lain-lain. Adapun aspek dalam pembinaan kesehatan, meliputi penasehatan (*konseling*), penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada perilaku untuk hidup bersih dan sehat, pembinaan gizi haji, *konseling* kontrasepsi bagi jamaah calon haji wanita usia subur dan pengaturan menstruasi dalam pelaksanaan ibadah haji, latihan kesiapan dan kebugaran jasmani serta aklimatisasi. Dengan demikian, jamaah haji yang sehat dapat terpelihara kesehatannya, bagi yang sakit dapat diobati penyakitnya sehingga saat keberangkatan dalam keadaan kesehatan yang optimal.

4. Pengamatan penyakit menular sebelum berangkat dan 14 hari sejak kedatangan ke Indonesia dengan menggunakan Kartu kewaspadaan kesehatan jamaah haji (K3JH) dan investigasi lapangan.
5. Administrasi kesehatan haji (Depkes, 2000-c)

**b. Kabupaten atau Kota**

1. Pemeriksaan kesehatan kedua di Kabupaten atau Kota, secara lebih teliti untuk penentuan layak tidaknya jamaah calon haji berangkat ke Arab Saudi.
2. Tes kehamilan bagi seluruh jamaah calon haji wanita pasangan usia subur.
3. Vaksinasi *Meningitis meningokokus* kepada semua jamaah calon haji.
4. Pembinaan kesehatan jamaah calon haji.
5. Pelayanan rujukan jamaah calon haji dari Puskesmas.
6. Pengamatan penyakit menular.
7. Perencanaan dan pendistribusian logistik program pelayanan kesehatan haji Puskesmas dalam wilayahnya.
8. Pembinaan, pelatihan teknis kepada para pengelola kesehatan haji dan supervisi pelaksanaan pelayanan kesehatan haji pada Puskesmas di wilayahnya.
9. Seleksi, pengusulan dan pembinaan calon petugas tim kesehatan haji Indonesia (TKHI).
10. Pemberantasan vektor, lalat, kecoa dan tikus di asrama haji transit.
11. Administrasi kesehatan haji.

**c. Propinsi**

1. Pelayanan rujukan jamaah calon haji dari puskesmas dan dachrah Kabupaten Kota
2. Penyuluhan kesehatan.
3. Bimbingan, pelatihan teknis kepada para pengelola kesehatan haji.
4. Supervisi pelaksanaan program pelayanan kesehatan haji pada daerah Kabupaten Kota di wilayahnya.
5. Pemeriksaan, pengawasan dan penyehatan makanan serta minuman di asrama haji transit.
6. Pemberantasan vektor, lalat, kecoa dan tikus di asrama haji transit.
7. Perencanaan dan pendistribusian logistik program pelayanan kesehatan haji daerah Kabupaten atau Kota dalam wilayahnya.
8. Seleksi, pengusulan dan pembinaan calon petugas Tim Kesehatan Haji Indonesia (TKHI) serta petugas kesehatan sebagai Panitia penyelenggaraan ibadah haji di Arab Saudi.
9. Pengamatan penyakit menular.
10. Administrasi kesehatan haji (Depkes, 2000-c)

**2. Pelabuhan Embarkasi dan Debarkasi****a. Pemeriksaan asrama haji (sebelum pemberangkatan)**

Pemeriksaan kesiapan asrama haji dilakukan di seluruh embarkasi haji sebelum operasional haji. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tim gabungan yang terdiri dari, Departemen Kesehatan (Subdit Kesehatan Haji, Subdit Makanan dan Minuman, Kanwil Depkes, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kantor Kesehatan Pelabuhan Embarkasi setempat) dengan Departemen Agama. Pada pemeriksaan ini dilakukan pemeriksaan



sanitasi asrama, jasaboga untuk jamaah haji waktu di asrama dan catering pesawat. Kemudian, hasil pemeriksaan ini akan direkomendasikan beberapa perbaikan yang diperlukan sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Sehingga pada saat operasional haji, asrama embarkasi haji ini telah siap untuk menampung jamaah calon haji dan jamaah haji.

- b. Pemeriksaan kelengkapan dokumen kesehatan haji, secara selektif melakukan pemeriksaan kesehatan, tes kehamilan dan vaksinasi *meningitis* (pada masa pemberangkatan).
- c. Pemeriksaan kartu kewaspadaan kesehatan jamaah haji (pada masa pemulangan).
- d. Pengamatan penyakit menular.
- e. Pelayanan rawat jalan dan rujukan.
- f. Pengawasan dan penyehatan sanitasi lingkungan asrama, bandara dan pesawat udara
- g. Pengawasan jasaboga dan penyehatan makanan serta minuman di asrama embarkasi dan debarkasi haji serta di pesawat udara.
- h. Pemberantasan vektor, lalat, kecoa dan tikus di asrama haji.
- i. Sistem komputerisasi haji terpadu bidang kesehatan embarkasi dan debarkasi haji.
- j. Administrasi kesehatan haji (Depkes, 2000-c)

### **3. Pesawat udara dan Arab Saudi**

#### **a. Pesawat udara**

1. Pelayanan kesehatan
2. Penyuluhan kesehatan
3. Administrasi kesehatan

b. Arab Saudi

1. Pelayanan rawat jalan di kloter.
2. Pelayanan rawat jalan di sektor.
3. Pelayanan rawat jalan dan rawat inap di BPHI.
4. Pelayanan rujukan dari kloter dan sektor ke BPHI atau ke Rumah Sakit Arab Saudi, maupun dari BPHI ke Rumah Sakit Arab Saudi.
5. Pemantauan jamaah haji sakit di Rumah Sakit Arab Saudi.
6. Pelayanan kesehatan di Arafah dan Mina baik rawat jalan di kloter dan *Health centre dispensary* maupun rujukan serta rawat inap di BPHI dan Rumah sakit Arab Saudi.
7. Pemantauan kondisi lingkungan di Arab Saudi (seperti suhu, kelembaban udara, kecepatan angin, partikel debu, *gas polutan*, kimia air dan lain-lain)
8. Pembinaan dan penyuluhan kesehatan.
9. Pemeriksaan dan pengawasan sanitasi lingkungan pondokan jamaah haji.
10. Pemeriksaan , pengawasan jasaboga dan penyehatan makanan serta minuman untuk jamaah haji baik di bandar udara maupun di pondokan.
11. Pengamatan penyakit, penyelidikan dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB).
12. Pelatihan tenaga musiman (Temus) mencakup penanggulangan bencana dan musibah massal pada jamaah haji Indonesia.
13. Penanggulangan bencana musibah massal pada jamaah haji Indonesia di Arab Saudi.
14. Evakuasi jamaah haji sakit, safari wukuf dan pemulangan dini.
15. Pengelolaan obat dan alat kesehatan haji.
16. Sistem komputerisasi haji terpadu bidang kesehatan di Arab Saudi.
17. Administrasi kesehatan haji (Depag, 2000-b)

## 2.9 Jamaah Calon Haji Risiko Tinggi

Definisi risiko tinggi (risti)

Risiko tinggi adalah suatu kondisi/penyakit tertentu yang terdapat pada jamaah calon haji yang dapat memperburuk kesehatannya selama menjalankan ibadah haji (Depkes, 2000-c).

Kelompok risiko tinggi dibagi menjadi 2 (dua) :

### 1. Kelompok risiko tinggi sakit

Terdiri dari jamaah calon haji yang mempunyai satu dan atau beberapa jenis penyakit, antara lain :

#### a. *Neuro Psikiatri*

- 1) Pasca *stroke*/lumpuh
- 2) *Epilepsi*
- 3) *Psikosis*

#### b. *Kardiovaskuler*

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit jantung *koroner*
- 3) Penyakit jantung bawaan
- 4) Penyakit jantung katup

#### c. Endokrin

- 1) *Diabetes mellitus* (Kencing Manis)
- 2) *Struma* (Gondok)

#### d. Saluran Pernafasan

- 1) *Asma Bronkial*

- 2) Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
  - 3) *Tuberkulosis* paru
- e. Saluran Pencernaan : Tukak Lambung
- f. Gangguan Ginjal dan Saluran Kemih
- 1) Gangguan *Faal* Ginjal
  - 2) Batu Ginjal
  - 3) *Hipertrofi Prostat*
  - 4) *Sindroma Nefrotik*
- g. Penyakit Hati
- 1) *Cirrhosis Hepatis*
  - 2) Batu empedu
- h. Keganasan atau Tumor ganas
- i. Penyakit Menular
- 1) Undang-undang Nomor 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular
  - 2) Undang undang Nomor 1 tahun 1962 tentang karantina laut
  - 3) Undang-undang Nomor 2 tahun 1962 tentang karantina udara
  - 4) *Kusta* tipe MB
- j. Lain-lain :
- 1) *Anemia gravis*
  - 2) *Rheumatoid*

## 2. Kelompok risiko tinggi sehat

- a. Usia Lanjut (>60 th)
- b. *Obesitas*

c. *Kaheksia* (Depkes, 2000-c)

## 2.10 Jamaah Calon Haji yang Ditolak Keberangkatannya

Jamaah calon haji yang tidak diperkenankan berangkat ke tanah suci untuk melaksanakan ibadah haji dibagi menjadi dua kelompok, sebagai berikut

1) **Kelompok risiko tinggi sakit**, yang gagal dibina atau tidak terbina, yaitu

- a) Pasca *stroke* setelah tiga bulan dengan kelumpuhan sehingga tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari untuk diri sendiri.
- b) *Epilepsi* berat dengan frekuensi serangan yang belum terkontrol.
- c) Riwayat reaksi *psikotik* yang jelas dalam satu tahun terakhir.
- d) Penderita jantung *koroner* dengan riwayat *infark akut* yang hingga saat keberangkatan kurang dari tiga bulan.
- e) Penderita jantung *koroner* dengan *unstable angina* yang hingga bulan terakhir menjelang keberangkatannya masih sering mengalami serangan *angina*.
- f) Penyakit jantung *koroner* dengan *aritmia* yang berbahaya dan belum teratasi.
- g) Penderita jantung bawaan dan penderita jantung katup dengan dekompensasi jantung yang belum teratasi.
- h) Penyakit jantung bawaan dengan *sianosis*.
- i) Penderita *diabetes mellitus* disertai *gangren* yang dengan pengobatan, namun tidak sembuh.
- j) *Struma* yang tidak terkontrol pengobatannya.
- k) *Tuberkulosa* paru dengan positif bakteri tahan asam dan belum terkontrol pengobatannya.

- l) Penyakit Paru *obstruktif kronis* yang tetap sesak berat walaupun telah mendapat pengobatan. Kerusakan paru yang luas dengan sesak nafas berat menetap.
- m) *Chronic Renal Failure* atau Gagal ginjal kronik yang telah masuk dalam gagal ginjal terminal, baik dalam *hemodialisa* maupun *Continous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD).
- n) *Sindroma nefrotik* dengan tanda klinis yang jelas disertai komplikasi dan tidak membaik setelah pengobatan.
- o) *Cirrhosis hepatis* dengan *ascites*.
- p) *Hepatitis akut* atau *kronik aktif hepatitis*.
- q) *Abses hati* dengan manifestasi klinis yang jelas.
- r) *Kusta* tipe MB yang belum teratasi dengan pengobatan.
- s). Penyakit keganasan dalam stadium menengah sampai lanjut dengan gejala klinis kemunduran kondisi fisik.

## 2). Penyakit menular

- a. Penyakit yang termasuk dalam undang-undang Nomor 1 tahun 1962 tentang karantina laut.
- b. Penyakit yang termasuk dalam undang-undang Nomor 2 tahun 1962 tentang karantina udara.
- c. Penyakit yang termasuk dalam undang-undang nomor 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular (Depkes, 2000-c)

## 2.11 Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji

### 2.11.1 Prosedur standar penyaringan kesehatan di Puskesmas

Proses penyaringan kesehatan tahap ini dilakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas sebagai pemeriksaan awal sebelum menyetor BPIH.

- a. Pengisian keterangan tentang jamaah haji, meliputi nama lengkap, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, berat badan, tinggi badan, alamat di Indonesia, keluarga terdekat menyangkut nama dan alamat lengkap dari ahli waris (bila ada) di Arab Saudi maupun di Indonesia
- b. Mengisi identitas pemeriksa kesehatan, menyangkut nama dokter pemeriksa, jabatan, alamat Puskesmas dan tanggal pemeriksaan
- c. Melakukan anamnesis penyakit yang pernah diderita calon haji berupa tekanan darah tinggi, *pasca stroke*, sakit jantung, kencing manis, penyakit paru, batuk menahun, asma, penyakit gondok, tukak lambung, gangguan ginjal dan saluran kemih, penyakit hati, gangguan haid, tumor ganas, penyakit kusta, rematik, alergi obat atau makanan, mimisan dan gangguan jiwa.
- d. Melakukan pemeriksaan fisik berupa keadaan umum, pemeriksaan jasmani, *Status Psikiatrikus*
- e. Meminta calon haji untuk pemeriksaan Laboratorium
- f. Setelah ada hasil laboratorium, ditegakkan diagnosis atau status kesehatan dengan menggunakan kode sesuai petunjuk program
- g. Mengambil kesimpulan tentang status kesehatan baik atau kurang baik (Depkes, 2000-c)

Disamping itu, ada beberapa petunjuk pelaksanaan penyaringan kesehatan sebagai berikut

- 1) Pada saat pemeriksaan, foto harus ditempel pada lembar surat keterangan kesehatan dan cocok dengan wajah calon haji. Lembar ini digunakan untuk persyaratan setor BPIH di bank. Setelah mendapat porsi seat, jamaah calon haji kembali ke Puskesmas untuk dibuatkan buku kesehatan dan dilakukan pembinaan lebih lanjut
- 2) Pas foto yang ditempel pada buku kesehatan harus yang terbaru ukuran 4x6 cm dan sama dengan pasfoto yang dipakai untuk paspor haji serta dibubuhi stempel puskesmas. Stempel tersebut harus mengenai fotonya
- 3) Bila yang diperiksa calon haji wanita sebaiknya pemeriksa adalah dokter wanita, tetapi bila yang memeriksa dokter pria harus didampingi oleh perawat wanita
- 4) Data hasil pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji harus dituliskan dengan lengkap dan benar dalam buku kesehatan haji
- 5) Petugas kesehatan harus tegas dalam mengambil keputusan sesuai hasil pemeriksaan kesehatan. Diagnosis ditentukan dengan kode status kesehatan
- 6) Hasil pemeriksaan kesehatannya dinyatakan dengan kriteria “ baik” dan” kurang baik, besar harapan dapat diperbaiki. Buku kesehatan ini ditandatangani oleh dokter pemeriksa
- 7) Khusus untuk calon haji wanita pasangan usia subur, dilakukan pemeriksaan kehamilan. Bila tidak hamil, ditekankan untuk menunda kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi sampai saat keberangkatan



- 8) Khusus untuk calon haji usia lanjut(usila) selain dilakukan pemeriksaan laboratorium (darah dan urine), ditekankan untuk dilakukan pemeriksaan EKG dan foto toraks dan hasilnya di catat dalam buku kesehatan
- 9) Apabila ditemukan calon haji dengan penyakit atau risiko tinggi yang tidak mungkin ditanggulangi di Puskesmas, harus dirujuk ke Kabupaten atau Kota, untuk diperiksa lebih teliti oleh Tim pengamanan kesehatan haji Kabupaten atau Kota. Tim ini harus memberikan umpan balik ke Puskesmas, secepat mungkin
- 10) Pada buku kesehatan harus dituliskan diagnosis dalam bentuk kode. Pada jamaah haji risiko tinggi dapat dituliskan sebanyak banyaknya 5 kode dengan urutan pertama adalah yang terberat, dan pada halaman depan buku kesehatan diberikan stempel RT yang berarti risiko tinggi

Pelaksana pemeriksaan kesehatan tahap 1 adalah dokter Puskesmas dibantu oleh paramedis pengelola kesehatan haji Puskesmas (Depkes, 2000-c)

#### **Upaya pembinaan kesehatan haji di Puskesmas**

Pembinaan kesehatan calon haji usaha pembinaan yang dilakukan kepada perseorangan atau kelompok calon haji secara paripurna sejak individu berniat naik haji hingga kembali ke Indonesia, meliputi aspek gizi seimbang, KB, kesamaptaan jasmani atau kebugaran jasmani dan aklimatisasi

1. Bagi calon haji yang sehat dilakukan pembinaan bagaimana cara menjaga kesehatan agar tetap baik hingga saat keberangkatannya, melakukan olah raga ringan pada siang hari.
2. Bagi calon haji risiko tinggi dilakukan pembinaan seperti halnya calon haji sehat dengan memperhatikan faktor atau jenis risiko tingginya. Pembinaan dilakukan sejak

pemeriksaan pertama secara intensif dan teratur sampai saat pemberangkatan dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor yang terkait. Wadah pembinaan dapat melalui pojok kesehatan haji, Pos pelayanan haji dan Ikatan persaudaraan haji Indonesia

3. Bagi calon haji yang sakit, diberi pengobatan atau rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi untuk dilakukan perawatan dan pembinaan kesehatan
4. Bila terpaksa dilakukan penolakan calon haji karena sakitnya, hendaknya dilakukan kerjasama dengan memberikan pengertian yang baik kepada pihak Departemen Agama dan Pemerintah setempat (Depag, 2000-d)

#### **2.11.2 Prosedur standar penyaringan kesehatan di Kabupaten Kota (pemeriksaan ulang)**

Proses penyaringan kesehatan ini dilakukan oleh tim pengamanan kesehatan haji di Kabupaten Kota, sebagai pemeriksaan ulang

- a. Seluruh jamaah calon haji dilakukan pemeriksaan kesehatan ulang untuk memastikan layak tidaknya calon haji di berangkatkan
- b. Pada saat memeriksa, petugas kesehatan harus meneliti bahwa yang diperiksa betul-betul calon haji yang bersangkutan termasuk status kesehatan jamaah haji pada pemeriksaan pertama
- c. Petugas kesehatan harus mampu menentukan berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan, bahwa calon haji mempunyai kesehatan “baik”. Buku kesehatan di tanda tangani langsung oleh dokter pemeriksa dan dinyatakan layak berangkat
- d. Calon haji yang menderita penyakit menular yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain, harus diobati sampai tidak membahayakan lagi. Bila memerlukan

- pengobatan yang lama dan diperkirakan tidak dapat sembuh sampai saat keberangkatan ke Tanah suci, tidak diberi ijin untuk menunaikan ibadah haji
- e. Semua hasil pemeriksaan dan pengobatan yang diberikan harus dicatat dalam buku kesehatan dan setelah lengkap baru ditandatangani oleh Ketua tim.
  - f. Jamaah calon haji yang berumur 60 tahun atau lebih, harus mempunyai data hasil pemeriksaan penunjang medik (laboratorium, foto toraks dan EKG), yang hasilnya dituliskan dalam buku kesehatannya.
  - g. Apabila ditemukan calon haji risiko tinggi yang tidak dapat ditanggulangi di Kabupaten atau Kota, harus dirujuk ke Tim Pengamanan kesehatan haji Propinsi. Propinsi harus memberikan umpan balik ke Kabupaten atau Kota tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan
  - h. Seluruh jamaah calon haji harus mendapatkan vaksinasi meningitis meningokokus pada saat penyaringan tahap 2 ini
  - i. Seluruh jamaah calon haji wanita pasangan usia subur dilakukan pemeriksaan kehamilan. Bagi mereka yang tidak hamil ditekankan untuk menunda kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi sampai saat keberangkatan
  - j. Pembinaan dan penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara terpadu dengan manasik haji

Semua hasil pemeriksaan dan keputusan yang diambil harus mendapat dukungan Panitia penyelenggara ibadah haji Kabupaten atau Kota (Depkes, 2000-c)

## **2.12 Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan Kelompok Terbang**

Pendampingan kesehatan oleh dokter dan perawat selama perjalanan ibadah haji adalah melakukan pengamatan, pengobatan, penasehatan, rawat jalan, dan rujukan

dengan tujuan agar kondisi kesehatan jamaah haji dapat mendukung kegiatan ibadah haji. Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tahap perjalanan ibadah haji yaitu sebagai berikut (Depag, 2000-c)

**a. Embarkasi**

1. Mengenal dan memantau jamaah calon haji di kloter, terutama calon haji risiko tinggi
2. Memeriksa kelengkapan obat yang seharusnya dibawa calon haji risiko tinggi sesuai kondisi risti
3. Mengingatkan kepada jamaah calon haji untuk segera minta bantuan tenaga kesehatan bila ada keluhan
4. Menerima daftar (rekapitulasi) jamaah calon haji risti, buku laporan TKHI, formulir monitoring jamaah haji risti dan formulir laporan kesehatan selama penerbangan dari Kantor Kesehatan Pelabuhan.
5. Melakukan koordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan dalam pembinaan dan pemantauan calon haji risti selama berada di asrama

**b. Pesawat (berangkat dan pulang)**

1. Memeriksa obat yang disediakan di atas pesawat
2. Mengetahui tempat duduk jamaah haji risti
3. Melakukan visite secara berkala, melakukan pemantauan dan pelayanan kesehatan terutama jamaah haji risti

**c. Bandara Jeddah atau Madinah**

1. Selama menunggu proses keimigrasian, bea cukai dan kesehatan pelabuhan, TKHI melakukan pembinaan, pemantauan dan pelayanan kesehatan

2. Menganjurkan kepada jamaah haji cukup istirahat, makan dan minum, serta menunjukkan tempat BPHI
3. Merujuk jamaah haji (kalau perlu) ke BPHI setempat
4. Menyerahkan laporan kesehatan selama penerbangan kepada BPHI
5. Mengambil paket obat-obatan kloter dari BPHI

**d. Perjalanan dengan bis (Madinah-Makkah; Jeddah-Makkah; Makkah-Arafah; Arafah-Mina; Mina-Makkah; Makkah-Madinah)**

1. Mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan dan obat-obatan
2. Membekali ketua rombongan dengan obat P3K
3. Menganjurkan jamaah haji untuk istirahat, makan dan minum selama perjalanan

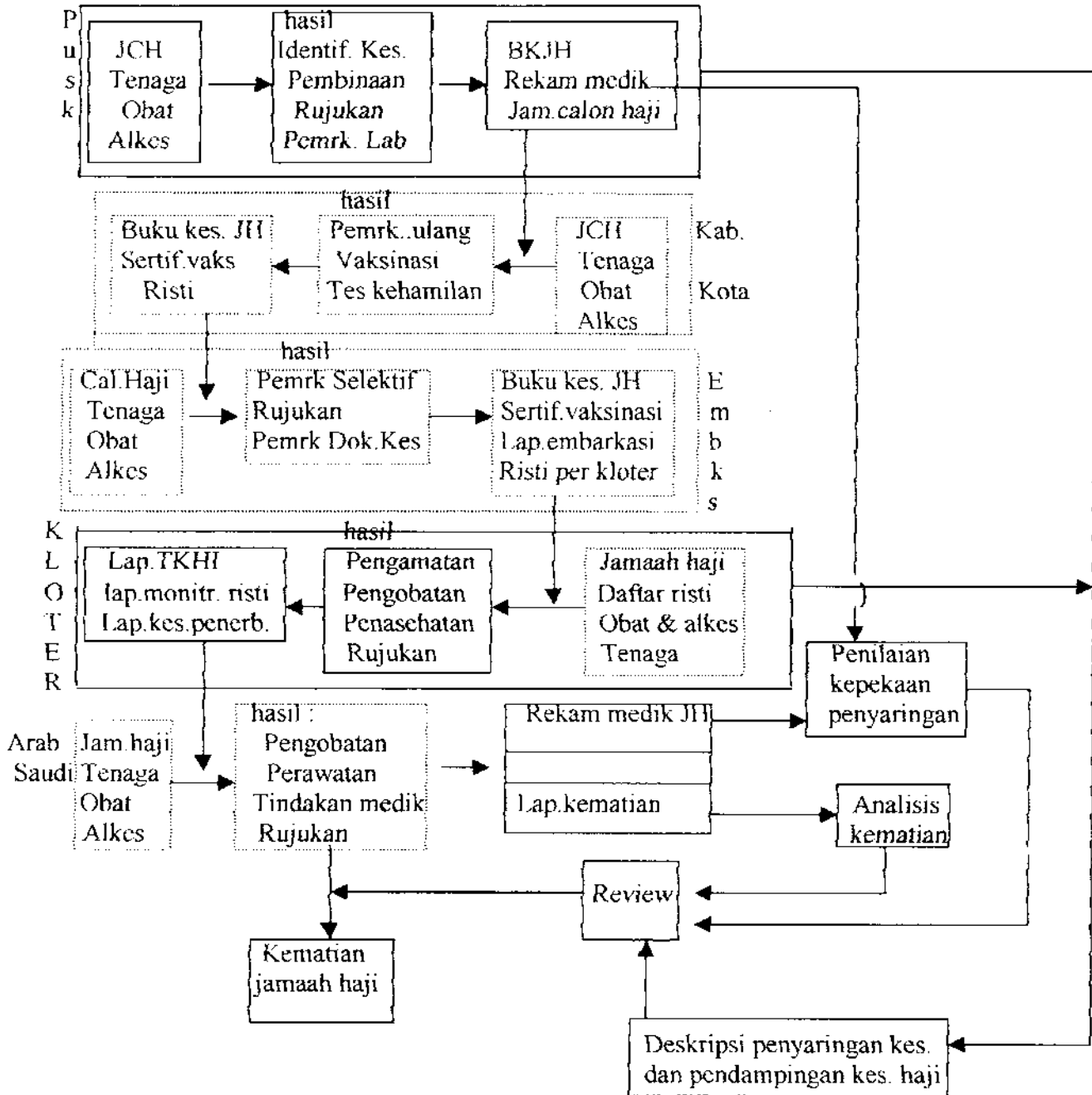
**e. Pondokan Madinah dan Makkah**

4. Bersama ketua kloter menempatkan jamaah haji risti di lantai bawah dan dekat dengan petugas kesehatan
5. Melakukan visite secara berkala kepada jamaah haji risti
6. Menganjurkan jamaah haji untuk cukup istirahat, makan dan minum sesuai kondisi ristinya
7. Melakukan pemantauan kondisi jamaah haji risti yang dilaporkan oleh ketua regu dan atau ketua rombongan
8. Menganjurkan kepada jamaah haji risti untuk membawa perlengkapan bila keluar pondokan seperti payung, masker, air minum dan obat-obatan sesuai ristinya
9. Mengingatkan kepada jamaah haji risti untuk melakukan kegiatan ibadah wajib saja
10. Memberi pelayanan kesehatan dan pengobatan
11. Mengupayakan tersedianya obat-obatan yang mencukupi di kloter

## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL**

### BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian

Pada kerangka konsep dapat dijelaskan bahwa untuk mempersiapkan kesehatan jamaah calon haji dilakukan penyaringan kesehatan atau kategorisasi untuk menentukan kelompok risiko dan bukan risiko. Selanjutnya dilakukan pembinaan kesehatan sampai dengan menjelang keberangkatan. Pada penyaringan kesehatan tahap 2 dilakukan pemeriksaan ulang terhadap kelompok risiko untuk penajaman kategori dan penentuan layak berangkat. Di embarkasi dilakukan persiapan dokumen kesehatan jamaah haji, pemeriksaan selektif dan persiapan keberangkatan jamaah haji dalam kelompok terbang serta persiapan tim kesehatan yang melakukan pendampingan kesehatan selama perjalanan haji. Tahap berikutnya adalah pelaksanaan pendampingan kesehatan perjalanan haji sejak embarkasi, selama perjalanan di Arab Saudi sampai kembali lagi di debarkasi. Di Arab Saudi disediakan pelayanan kesehatan paripurna baik oleh tim kesehatan Indonesia maupun oleh Pemerintah Arab Saudi, pada setiap ruas atau simpul perjalanan haji.

Penelitian yang akan dilakukan adalah pada tahap penyaringan kesehatan, tahap pendampingan kesehatan perjalanan haji dan keluaran dari pelayanan kesehatan di Arab Saudi. Penelitian mengacu pada kerangka konseptual penelitian yang disusun berdasarkan konsep teori-teori sebagai berikut :

#### 1. Teori pendekatan sistem

Sistem pengamanan kesehatan haji pada dasarnya terdiri atas komponen sistem yaitu *input-proses-output* serta elemen subsistem-subsistem. Prinsip keterkaitan antar subsistem, apabila dapat berjalan dengan baik, akan didapatkan efektifitas yang lebih besar dibandingkan bila subsistem tersebut bekerja secara sendiri. Keluaran dari suatu subsistem akan menjadi masukan untuk subsistem yang lainnya dengan melalui



penghubung. Dengan penghubung suatu subsistem dapat berintegrasi dengan subsistem lainnya membentuk satu kesatuan. Masukan sistem misalnya data merupakan input yang diolah menjadi informasi. Keluaran dapat merupakan masukan untuk subsistem yang lain(Davis,1995)

Karena sistem terdiri dari kumpulan bagian atau elemen yang mempunyai fungsi masing-masing, maka untuk dapat menjamin baiknya sistem tersebut, harus dapat diupayakan agar fungsi dimaksud tetap sesuai dengan yang direncanakan. Ini berarti harus dilakukan penilaian berkala terhadap sistem tersebut, berupa kajian terhadap setiap kumpulan bagian atau elemen yang ada di dalam sistem, dan disebut sebagai analisis sistem yaitu penguraian dari suatu sistem informasi yang utuh kedalam bagian-bagian komponennya dengan maksud untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan, kesempatan, hambatan yang terjadi dan kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikan (Kumorotomo,1996).

Pendekatan sistem dipergunakan untuk menemukan sifat penting daripada sistem yang bersangkutan yang kemudian memberikan keterangan mengenai perubahan yang harus dilakukan untuk memperbaiki sistem tersebut (Winardi, 2000). Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metoda analisis, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi (Azwar, 1996).

## 2. Teori sistem informasi manajemen

Sebagai *output* dari sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji tahap 1 adalah kategori risiko tinggi dan bukan risiko tinggi. *Output* ini segera berfungsi sebagai *input* dan informasi bagi penyaringan kesehatan jamaah calon haji tahap 2 dan demikian selanjutnya di asrama embarkasi. Selanjutnya sebagai *output* pendampingan kesehatan perjalanan ibadah haji di kelompok terbang. Informasi ini dipergunakan untuk dasar pelaksanaan monitoring kesehatan jamaah haji oleh TKHI kloter, serta pelayanan kesehatan di Arab Saudi untuk dipergunakan sebagai dasar perawatan tingkat lanjut apabila jamaah haji yang bersangkutan menderita sakit dan dirawat. Syarat informasi yang lengkap adalah ketersediaan (*availability*), dapat diperoleh (*accessability*), mudah dipahami (*comprehensibility*), relevan, bermanfaat, tepat waktu, keandalan (*reliability*), akurat dan konsisten. Apabila syarat informasi dimaksud dapat dipenuhi, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai pembuatan keputusan (Kumorotomo, 1996)

Penurunan angka kematian jamaah haji sebagai keberhasilan program, salah satunya dipengaruhi oleh ketajaman penentuan status kesehatan saat sebelum berangkat, kemudian status kesehatan tersebut berfungsi sebagai informasi yang akurat bagi tenaga kesehatan yang melaksanakan pendampingan kesehatan yaitu mengamati, membina, melayani, menasehati jamaah haji tentang kesehatannya selama perjalanan ibadah haji. Juga diharapkan adanya kesesuaian antara status kesehatan yang dihasilkan dari sistem penyaringan kesehatan dengan sebab kematian jamaah haji, kalau jamaah haji tersebut meninggal. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara penentuan risiko atau bukan risiko dengan sebab kematian, maka akan timbul

masalah, yang akan dipecahkan melalui alternatif pemecahan masalah yang sesuai, dan merupakan penyempurnaan sistem penyaringan kesehatan dan prosedur standar pendampingan kesehatan haji.

## **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang dilakukan adalah rancangan penelitian observasional, yang bersifat menjelaskan, untuk menganalisis berbagai variabel sistem penyangkutan kesehatan yang terhadap angka kematian jamaah haji. Pengukuran variabelnya dilakukan secara *cohort retrospektif*, yang berarti bahwa data diambil pada awal penelitian dan pada masa lampau yaitu pada saat ditetapkannya risiko tinggi.

#### 4.2 Populasi, Sampel dan Besar Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Sebagai populasi penelitian ini adalah jamaah haji embarkasi Surabaya tahun 2001 yang meninggal sebesar 115 orang, dengan angka kematian sebesar 0,22%, dengan alasan karena angka kematian hajinya lebih tinggi dari angka Nasional sebesar 0,19% dan secara absolut maupun persentase, angka kematiannya paling tinggi dibandingkan embarkasi yang lain.

##### 4.2.2 Sampel

Sebagai sampel dalam penelitian ini adalah jamaah haji Propinsi Jawa Timur yang meninggal, sebanyak 95 orang dengan angka kematian 0,21%, dengan alasan karena kematian absolut dan persentase adalah paling tinggi bila dibandingkan Propinsi lain. Disamping itu, adanya motivasi yang tinggi dari jamaah calon haji Propinsi Jawa Timur untuk menunaikan ibadah haji, sehingga walaupun menurut kesehatan tidak layak, akan

tetapi memaksakan diri untuk berangkat, sehingga diperkirakan menimbulkan permasalahan kematian haji. Sebagai responden adalah 87 orang dokter Puskesmas di wilayah Propinsi Jawa Timur yang melakukan penyaringan kesehatan jamaah calon haji dimana terdapat jamaah haji meninggal dan 52 orang dokter kelompok terbang yang melaksanakan pendampingan kesehatan pada kelompok terbang jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur

#### **4.2.3 Besar sampel**

Besar sampel adalah sebesar 83 orang jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi

### **4.3 Variabel Penelitian**

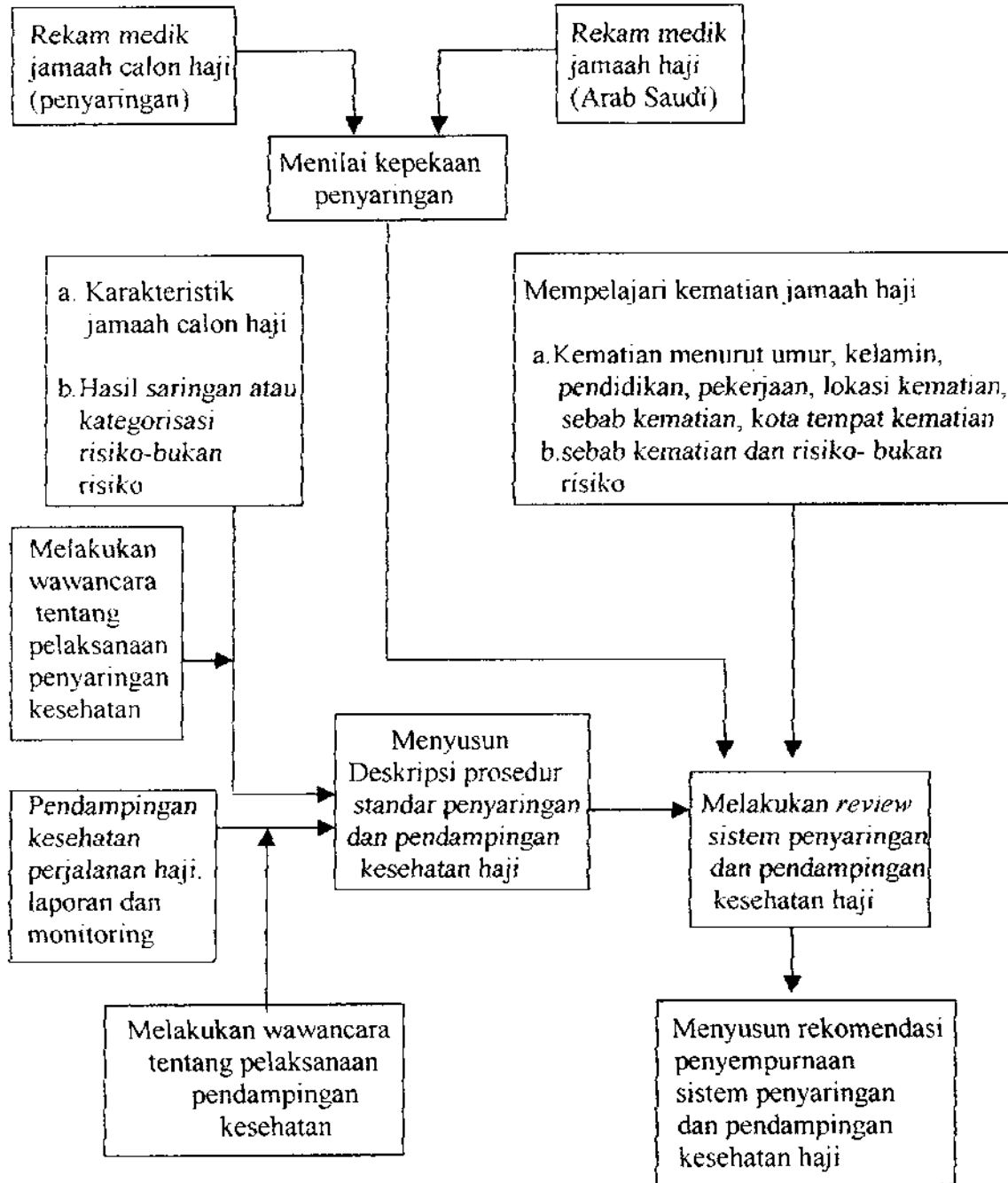
4.3.1 Variabel tergantung : kematian jamaah haji Embarkasi Surabaya

4.3.2 Variabel bebas :

1. Rekam medik jamaah calon haji (penyaringan)
2. Hasil penyaringan berupa kategori risiko dan bukan risiko
3. Karakteristik jamaah calon haji berupa umur, jenis kelamin, pendidikan
4. Pelaporan dan monitoring kloter
5. Rekam medik jamaah haji (Arab Saudi)

#### 4.4 Kerangka Operasional dan Definisi Operasional Variabel

##### 4.4.1 Kerangka operasional penelitian



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian

Dari gambar kerangka operasional diatas, dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Menganalisis kepekaan hasil penyaringan kesehatan di Puskesmas dengan mempelajari rekam medik jamaah calon haji, membandingkannya dengan rekam medik jamaah haji saat dirawat di Arab Saudi
2. Mempelajari kematian jamaah haji dengan mempelajari data kematian jamaah haji dan mengukur variabel kematian menurut karakteristik jamaah haji yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lokasi tempat meninggal, kota tempat meninggal, sebab kematian dikaitkan dengan risiko dan bukan risiko
3. Mempelajari pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan tahap 1 melalui analisis hasil kategorisasi risiko dan bukan risiko serta wawancara mendalam dengan dokter pemeriksa jamaah calon haji pada penyaringan tahap 1 tentang pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan, dan dihasilkan deskripsi prosedur penyaringan kesehatan tahap 1
4. Mempelajari pelaksanaan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan ibadah haji melalui wawancara mendalam dengan dokter tim kesehatan kelompok terbang dan mempelajari pelaporan dan monitoring tim kesehatan kelompok terbang dalam melaksanakan pendampingan kesehatan dan dihasilkan deskripsi prosedur pendampingan kesehatan perjalanan haji

Dari keempat hal diatas, selanjutnya dilakukan review tentang prosedur standar penyaringan kesehatan calon haji dan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji, dan disusun upaya menurunkan kematian haji melalui rekomendasi penyempurnaan prosedur standar penyaringan kesehatan dan prosedur standar pendampingan kesehatan perjalanan haji



## 4.4.2 Definisi operasional variabel

Variabel	Definisi operasional	Cara mengukur	Skala pengukuran
Jamaah calon haji	Sebutan bagi seseorang sejak mendaftarkan diri untuk menunaikan ibadah haji hingga sampai ke pelabuhan embarkasi.	Yang masuk asrama haji Embarkasi untuk persiapan keberangkatan	Jamaah calon haji masuk asrama embarkasi
Jamaah haji	Sebutan bagi seseorang sejak meninggalkan pelabuhan embarkasi Surabaya ke Arab Saudi sampai kembali ke tempat asal.	Yang berangkat dari Embarkasi ke Arab Saudi	Jamaah haji berangkat ke Arab Saudi
Penyaringan kesehatan	Pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji yang bertujuan untuk mengidentifikasi status kesehatannya menjadi kelompok risiko dan bukan risiko, yang dilakukan sebelum keberangkatan	Pelaporan Puskesmas dan sistem komputer haji terpadu	Sehat Risiko tinggi
Hasil penyaringan kesehatan/kategorisasi	Pengelompokkan status kesehatan jamaah calon haji, setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas dan atau Kabupaten atau Kota Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan pada Buku kesehatan jamaah haji	Ordinal 1. Sehat 2. Risiko tinggi
Risiko tinggi	Jamaah haji yang mempunyai kondisi tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatannya selama menjalankan ibadah haji dan dari hasil pemeriksaannya dinyatakan adanya kode pada buku kesehatan jamaah hajinya	Keterangan pada buku kesehatan jamaah haji	Ordinal 1.KV 2.Usila 3.Endokrin 4.Paru 5.Cerna 6.Neuropsik. 7.Kemih 8.Hati 9.Kandungan

Variabel	Definisi operasional	Cara mengukur	Skala pengukuran
Kepekaan penyaringan	Ketepatan penentuan jenis risiko tinggi berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium, pada penentuan kategori, dibandingkan dengan pemeriksaan yang sama saat yang bersangkutan dirawat di Arab Saudi Pengukuran dengan mencatat data primer	Membandingkan hasil pemeriksaan dan Rekam medik jamaah calon haji dan pencatatan di Kabupaten/Kota, dengan hasil pemeriksaan dan rekam medik jamaah haji saat dirawat di Arab Saudi	Ordinal 1. Sesuai 2. Tidak sesuai
Rekam medik jamaah calon haji	Himpunan catatan mengenai hal-hal yang berkait dengan riwayat perjalanan penyakit dan pengobatan atau perawatan penderita, sebelum berangkat ke Arab Saudi Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Pencatatan di Puskesmas dan atau di Kabupaten/Kota	Ordinal 1. Diagnosa penyakit 2. Penunjang Diagnosis.
Umur	Lamanya hidup jamaah haji dalam hal ini, dihitung dari tanggal lahir Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan pada buku kesehatan haji	Rasio (angka)tahun
Jenis kelamin	Jenis kelamin jamaah haji berdasarkan pembagian jenis kelamin Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan dari buku kesehatan haji	Ordinal 1. Pria 2. Wanita
Pendidikan	Pendidikan (formal atau setaraf) yang terakhir diperoleh jamaah haji Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Data identitas diri jamaah calon haji, dari pusat informasi haji Surabaya	Rasio 1. Rendah:SD, SLTP 2. Sedang SLTA, SM, 3. Tinggi S1, S2, S3

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Cara mengukur</b>	<b>Skala pengukuran</b>
Pekerjaan	Pekerjaan jamaah calon haji saat mendaftarkan sebagai calon haji Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan dari buku kesehatan haji	Ordinal 1. PNS, ABRI, BUMN 2. Swasta : Dagang, Tani, 3. Tidak bekerja: Ibu Rumah Tangga, Pelajar, Mahasiswa, 4. Lain-lain
Pendampingan kesehatan	Keikutsertaan tim kesehatan kelompok terbang dalam perjalanan ibadah haji untuk melaksanakan pengamatan, pengobatan, penasehatan dan rujukan bagi jamaah haji, sejak dari embarkasi, selama di Arab Saudi sampai dengan kembali di debarkasi	Keterangan dalam pelaporan TKIII kloter	Membuat laporan Tidak membuat laporan
Monitoring kloter	Kegiatan pengamatan kondisi jamaah calon haji risiko tinggi yang dilakukan oleh dokter kloter	Formulir monitoring jamaah haji risiko tinggi	Ordinal 1. Mengisi form 2. Tidak mengisi form
Pelaporan kloter	Pelaporan tertulis yang dibuat oleh dokter kloter tentang pelaksanaan tugasnya Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Buku laporan Tim Kesehatan haji Indonesia kloter	Ordinal 1. Mengisi lengkap 2. Mengisi tidak lengkap 3. Tidak mengisi
Kota tempat kematian	Kota tempat kematian jamaah haji meninggal di Arab Saudi Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan sertifikat kematian	Ordinal 1. Jeddah, 2. Makkah, 3. Madinah 4. Arafah 5. Mina

Variabel	Definisi operasional	Cara mengukur	Skala pengukuran
Lokasi tempat kematian	Adalah tempat kejadian jemaah haji meninggal Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan sertifikat kematian	Ordinal 1. RSAS/BPHI 2. Pondokan, 3. Masjid, 4. Perjalanan
Sebab kematian	Penyakit yang menyebabkan jemaah haji meninggal, baik sebab langsung maupun tidak langsung Pengukuran dengan mencatat data sekunder	Keterangan sertifikat kematian	Ordinal 1. Kardiovaskuler, 2. Paru, 3. Serebrovaskuler, 4. Faal hati, 5. Trauma, 6. DM, 7. lain-lain
Rekam medik Jamaah haji	Himpunan catatan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan riwayat perjalanan penyakit, pengobatan/perawatan pasien, gejala sebelum meninggal, selama perjalanan ibadah haji	Laporan tim kesehatan haji Indonesia non kloter (Arab Saudi)	Ordinal 1. Diagnosis penyakit 2. Riwayat sakit 3. Penunjang diagnostik
Kematian	Peristiwa menghilangnya semua tanda kehidupan secara permanen pada jemaah haji, berdasarkan laporan kematian dari pencatatan <i>caused of death</i> pada pelayanan kesehatan haji di Arab Saudi	Keterangan dari <i>certificate of death</i>	Mati Hidup
Penasehatan (konseling)	Nasihat yang diberikan dokter kepada jemaah haji risiko tinggi dengan maksud untuk mengurangi risiko yang dapat menurunkan kondisi kesehatannya selama menjalankan ibadah haji	Keterangan pada pelaporan TKHI kloter	Melaksanakan tidak melaksanakan

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Cara mengukur</b>	<b>Skala pengukuran</b>
Prosedur standar	Rangkaian cara pelaksanaan kerja yang berkaitan satu sama lain, menunjukkan adanya urutan tahap yang harus ditempuh untuk menyelesaikan suatu pekerjaan	Membandingkan pelaksanaan dengan prosedur standar	Melakukan Tidak melakukan
Identitas jamaah calon haji	Tanda pengenal terhadap jamaah calon haji berupa nama, umur, kelamin, dan alamat sehingga dapat dibedakan satu dengan yang lain	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Ordinal Mengisi Tidak mengisi
Identitas dokter pemeriksa	Tanda pengenal dokter yang memeriksa kesehatan jamaah calon haji berupa nama, alamat sehingga dapat dibedakan satu dengan yang lain	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Ordinal Mengisi Tidak mengisi
Anamnesa	Kegiatan wawancara antara dokter atau petugas kesehatan dengan orang lain dengan tujuan mengetahui identitas, mengetahui keluhan sakitnya atau riwayat penyakitnya	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Ordinal Mengisi Tidak mengisi
Pemeriksaan fisik	Kegiatan pemeriksaan badan calon haji untuk menentukan kondisi kesehatannya	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Dilaksanakan Tidak dilaksanakan
Pemeriksaan laboratorium	Kegiatan pemeriksaan bahan yang diambil dari badan untuk menunjang penentuan kategori	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Diulaksanakan Tidak dilaksanakan
Pernyataan kesehatan	Pernyataan tertulis yang dibuat oleh pemeriksa kesehatan yang berwenang dan menentukan kondisi kesehatannya	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji	Ordinal Baik Tidak baik

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Cara mengukur</b>	<b>Skala pengukuran</b>
Register / Status	Seluruh pencatatan yang dibuat oleh petugas kesehatan yang berwenang berisikan seluruh informasi yang didapatkan dari pemeriksaan kesehatan berikut keputusan pernyataan kesehatan	Pencatatan pada tempat penyaringan kesehatan calon haji di Puskesmas	Ada pencatatan Tidak ada pencatatan
Keberadaan BKJH	Tersedianya buku kesehatan jamaah haji di tempat penyaringan kesehatan calon haji tahap 1 di Puskesmas, yang dikirim dari Pusat	Pencatatan di Puskesmas	Ordinal Tersedia Tidak tersedia : terlambat
Kode diagnosis	Penandaan dalam bentuk angka 3 digit, jenis penyakit atau keadaan kesehatan calon haji berkaitan dengan data komputer	Pencatatan pada buku kesehatan jamaah haji dan register Puskesmas	Tercatat Tidak tercatat
Rujukan	Kegiatan pengiriman orang sakit atau bahan lain ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi tingkat pelayanannya dengan maksud agar mendapatkan penyelesaian terhadap penyakit atau kondisi kesehatan calon haji	Pencatatan pada register Puskesmas	Rujukan ada feedback Rujukan tanpa ada feedback Tidak ada rujukan
Safari wukuf	Kegiatan wukuf (ibadah haji wajib), secara bersama sama dengan mobil, dilakukan terhadap jamaah haji sakit yang tidak dapat melaksanakan sendiri wukuf tersebut di Arafah	Pelaporan TKJH non kloter	Ada safari wukuf Tidak ada safari wukuf
Akurasi penyaringan	Membandingkan penentuan status kesehatan atau kategorisasi pada penyaringan di Puskesmas dengan penentuan status kesehatan oleh Kabupaten Kota	Menghitung jumlah penentuan yang berbeda, semakin besar jumlah, semakin tidak akurat	Nominal 0 = akurat 1 dan seterusnya, semakin besar angka semakin tidak akurat

## 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dipakai untuk memperoleh data dalam penelitian ini adalah

1. Lembar pengumpul data, untuk data sekunder yang diperoleh dari Pusat informasi haji Surabaya, Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya dan Sub Direktorat Kesehatan Haji, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan.
2. Instrumen wawancara mendalam yang telah dipersiapkan sebelumnya. Ada dua jenis bahan wawancara yaitu bahan wawancara dengan dokter pemeriksa pada penyaringan kesehatan tahap I tentang pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan, dan bahan wawancara mendalam dengan dokter kelompok terbang yang melaksanakan pendampingan kesehatan perjalanan haji, tentang pelaksanaan prosedur standar pendampingan kesehatan

## 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

### 4.6.1 Lokasi penelitian

Sebagai lokasi penelitian ini adalah Embarkasi Surabaya dan Propinsi Jawa Timur karena angka kematian hajinya pada tahun 2001 sebesar 0,21% lebih tinggi dari angka Nasional pada tahun yang sama sebesar 0,19%, ada ketidaksesuaian antara jenis risiko tinggi dan sebab kematian (lihat tabel 5.12) serta adanya jamaah haji sehat asal Propinsi Jawa Timur tahun 2001 yang meninggal sebanyak 26 orang atau 0,06%

### 4.6.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni dan Juli tahun 2001

#### 4.7 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer berupa

- a. Wawancara mendalam dengan dokter pemeriksa penyaringan kesehatan tahap 1 di wilayah Propinsi Jawa Timur tentang pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan. Sebagai responden adalah 87 orang dokter pemeriksa penyaringan kesehatan tahap 1 di Puskesmas, pada Kabupaten atau Kota di Propinsi Jawa Timur yang terdapat jamaah haji meninggal
- b. Wawancara mendalam dengan tim kesehatan perjalanan haji, tentang pelaksanaan prosedur standar pendampingan kesehatan selama perjalanan haji. Sebagai responden adalah 52 orang dokter kelompok terbang embarkasi Surabaya tahun 2001 yang jamaah hajinya berasal dari Kabupaten atau Kota di Propinsi Jawa Timur

Pengumpulan data sekunder berupa :

- a. Data karakteristik jamaah haji yang diambil dari Pusat Informasi Haji Surabaya. Data dimaksud adalah karakteristik jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur menurut jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan
- b. Data kesehatan haji yang diambil dari Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya. Data dimaksud adalah daftar jamaah haji risiko tinggi embarkasi Surabaya dan data kematian jamaah haji embarkasi Surabaya
- c. Rekam medik jamaah haji yang meninggal dan data kematian jamaah haji yang diambil dari Subdirektorat Kesehatan Haji Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan, Data dimaksud adalah status rawat inap jamaah haji dirawat di balai pengobatan haji



- Indonesia, data kematian jamaah haji embarkasi menurut karakteristik, data sebab kematian jamaah haji dan data kematian menurut lokasi dan kota tempat kematian
- d. Rekam medik hasil penyaringan kesehatan atau kategorisasi jamaah calon haji yang diambil dari Puskesmas di wilayah Propinsi Jawa Timur

#### **4.8 Teknik analisis data**

Untuk menganalisis prosedur standar penyaringan kesehatan, dipelajari kematian jamaah haji tahun 2001 berikut sebab kematiannya, membandingkan rekam medik yang menjelaskan sebab kematian di Arab Saudi dengan rekam medik yang mendasari kategorisasi di Puskesmas. Berikutnya adalah mempelajari pelaporan dan monitoring kesehatan kelompok terbang. Setelah analisis data sekunder selesai, penelitian dilanjutkan dengan analisis data primer berupa hasil wawancara mendalam dengan dokter pemeriksa pada penyaringan kesehatan tahap I di Puskesmas dan wawancara mendalam dengan dokter kelompok terbang. Hasil analisis secara keseluruhan dilakukan review pelaksanaan prosedur standar penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan perjalanan haji, dan selanjutnya disusun rekomendasi upaya menurunkan kematian haji melalui penyempurnaan prosedur standar penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan haji.

## **BAB 5**

# **HASIL PENELITIAN**

**BAB 5****HASIL PENELITIAN****5.1 Gambaran Umum Jamaah Calon Haji Embarkasi Surabaya**

Embarkasi haji Surabaya, menampung, menyiapkan dan memberangkatkan dengan angkutan udara, jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, yang pada tahun 2001 berjumlah 51.451 orang. Pelaksanaan pemberangkatan jamaah calon haji embarkasi Surabaya ini diselenggarakan oleh panitia penyelenggara ibadah haji (PPIH) embarkasi Surabaya, sebuah tim yang melibatkan banyak sektor antara lain Departemen Agama, Perhubungan, Kesehatan, Bea Cukai, Imigrasi, Pemerintah Propinsi Jawa Timur dan lain lain. Pengaturan pemberangkatan jamaah calon haji dimaksud yaitu dengan mengelompokkan mereka dalam kelompok terbang (kloter), dan masing masing kelompok terbang terdiri dari 450 orang, terdiri dari 445 orang jamaah calon haji dan disertai 5 orang petugas kloter terdiri dari ketua kloter 1 orang, pembimbing ibadah 1 orang, dokter 1 orang dan perawat 2 orang

**5.1.1 Distribusi jamaah calon haji embarkasi Surabaya**

Jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur mempunyai jumlah dan persentase terbesar setiap tahunnya dibandingkan Propinsi lainnya. Distribusi dan persentase jamaah calon haji embarkasi Surabaya per Propinsi, dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini

Tabel 5.1 Distribusi Jamaah Calon Haji Embarkasi Surabaya per Propinsi tahun 1997-2001

Propinsi	Tahun				
	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)	2000 N(%)	2001 N(%)
Jawa Timur	28.496 (82,14)	31.272 (81,81)	11.402 (81,02)	32.732 (82,35)	44.715 (86,91)
Nusa Tenggara Barat	4.503 (12,98)	4.617 (13,01)	1.999 (14,20)	5.588 (14,06)	4.946 (9,61)
Nusa Tenggara Timur	442 (1,27)	451 (1,27)	101 (0,72)	394 (0,99)	423 (0,82)
Bali	309 (0,89)	374 (1,05)	115 (0,82)	544 (1,37)	730 (1,42)
Lain lain	842 (2,72)	1.015 (2,86)	267 (1,90)	487 (1,23)	637 (1,24)
<b>Jumlah</b>	<b>34.691</b> <b>(100)</b>	<b>35.493</b> <b>(100)</b>	<b>14.073</b> <b>(100)</b>	<b>39.748</b> <b>(100)</b>	<b>51.451</b> <b>(100)</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, tahun 2001

Persentase jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur merupakan urutan teratas dari tahun 1997 sampai tahun 2001 yaitu antara 81,02 - 86,91%. Urutan kedua adalah Propinsi Nusa Tenggara Barat dengan persentase antara 9,61-14,60%. Urutan ketiga adalah Propinsi Bali dengan persentase antara 0,89 - 1,42% dan urutan terakhir adalah Propinsi Nusa Tenggara Timur dengan persentase antara 0,72-1,27%. Jamaah calon haji asal Propinsi Jawa Timur dan Propinsi Bali dari tahun 1999 sampai dengan 2001 cenderung meningkat. Jamaah calon haji asal Propinsi Nusa Tenggara Barat pada tahun 2001 terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun tahun sebelumnya yang selalu meningkat. Jamaah haji asal Propinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2001 terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun 1997 dan 1998, dan pada tahun 2000 terjadi peningkatan bila dibandingkan dengan tahun 1999. Lain lain dimaksudkan adalah petugas yang menyertai jamaah haji dan jamaah calon haji dari propinsi propinsi lain

### 5.1.2 Distribusi jamaah calon haji Propinsi Jawa Timur

Pada kajian berikutnya, kami membatasi pada jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur, mengingat bahwa lebih dari 80% jamaah haji embarkasi Surabaya berasal dari Propinsi Jawa Timur. Tabel di bawah ini menunjukkan distribusi jamaah calon haji per koordinator wilayah Propinsi Jawa Timur, dengan jumlah keseluruhan sebesar 44.715 orang, jamaah calon haji laki laki sedikit lebih besar daripada perempuan

Tabel 5.2 Distribusi jamaah calon haji per koordinator wilayah Propinsi Jawa Timur tahun 2001

No.	Kabupaten / Kota	Pria	Wanita	Jumlah JCH
1.	Korwil I Madiun	1.736	1.911	3.647 (8,16%)
2.	Korwil II Bojonegoro	4.461	4.396	8.857 (19,81%)
3.	Korwil III Malang	7.522	6.927	14.449 (32,31%)
4.	Korwil IV Pamekasan	8.942	8.820	17.762 (39,72%)
	<b>Jumlah JCH Jatim</b>	<b>22.661</b>	<b>22.054</b>	<b>44.715</b> <b>(100%)</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, tahun 2001

Persentase jamaah haji yang terbesar adalah koordinator wilayah Surabaya sebesar 39,72%, proporsi jamaah calon haji laki laki sedikit lebih besar daripada perempuan. Urutan kedua adalah koordinator wilayah Malang sebesar 32,31%, proporsi jamaah calon haji laki laki sedikit lebih besar daripada perempuan. Urutan ketiga adalah koordinator wilayah Bojonegoro sebesar 19,81%, proporsi jamaah calon haji laki laki lebih kecil daripada perempuan. Urutan keempat adalah koordinator wilayah Madiun sebesar 8,16%, proporsi jamaah calon haji laki laki lebih besar daripada perempuan. Angka kematian jamaah haji Propinsi Jawa Timur tahun 2001 sebesar 0,21%, lebih tinggi dari angka Nasional yaitu 0,19%. Pada tabel 5.3 di bawah ini, menunjukkan 19 buah atau 51,35%

dari 37 Kabupaten Kota di Propinsi Jawa Timur memiliki angka kematian lebih tinggi dari angka kematian jamaah haji Propinsi Jawa Timur.

Tabel 5.3 Angka Kematian Jamaah Haji per Kabupaten Kota di Propinsi Jawa Timur, tahun 2001

No.	Kabupaten Kota	Jumlah	Jamaah haji	
			Jumlah kematian	Angka kematian (%)
1.	Kota Blitar	110	2	1,82
2.	Kab.Trenggalek	337	3	0,89
3.	Kota Kediri	293	2	0,68
4.	Kab.Nganjuk	508	3	0,59
5.	Kab.Probolinggo	1.034	6	0,48
6.	Kab.Blitar	864	4	0,46
7.	Kab.Jember	2.457	10	0,45
8.	Kab.Tuban	1.014	4	0,39
9.	Kab.Jombang	1.111	4	0,36
10.	Kab.Pasuruan	1.709	6	0,35
11.	Kota Pasuruan	594	2	0,34
12.	Kab.Bondowoso	899	3	0,33
13.	Kota Mojokerto	309	1	0,32
14.	Kab.Situbondo	1.235	4	0,32
15.	Kab.Lamongan	2.595	7	0,27
16.	Kab.Pamekasan	2.226	6	0,27
17.	Kab.Tulungagung	1.101	3	0,27
18.	Kab.Ponorogo	387	1	0,26
19.	Kab.Lumajang	883	2	0,23

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 2001

### 5.1.3 Jamaah haji meninggal dan hasil kategorisasi

Untuk melihat kesesuaian antara sebab kematian jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi tahun 2001 dengan hasil kategorisasi termasuk jenis risiko tingginya yang ditentukan sebelum keberangkatan, dilakukan penelitian sebab kematian pada 95 orang jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi membandingkan dengan hasil kategori masing masing yang bersangkutan yang diambil dari rekapitulasi jamaah haji risiko tinggi Kabupaten Kota, dengan rincian sebagaimana tertera pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Jamaah Haji Meninggal berdasarkan Kategorisasi, menurut Daftar Risti Kabupaten Kota, Propinsi Jawa Timur tahun 2001

No	Kabupaten - Kota	Jumlah Jamaah haji			Jamaah haji meninggal (menurut kategorisasi kabupaten-kota)		
		Total	Sehat	Risti	Total N(%)	JHsehat N (%)	JH Risti N (%)
A	B	C	D	E	F	G	H
1.	Kota Surabaya	5.480	3.517	1.863	5 (0,09)	1 (0,03)	4 (0,21)
2.	Kab. Sidoarjo	2.782	1.823	959	3 (0,11)	0	3 (0,31)
3.	Kab. Gresik	2.624	1.717	907	2 (0,08)	1 (0,06)	1 (0,11)
4.	Kab. Mojokerto	1.147	750	397	2 (0,17)	2 (0,27)	0
5.	Kota Mojokerto	309	202	107	1 (0,32)	1 (0,50)	0
6.	Kab. Jombang	1.111	713	398	4 (0,36)	1 (0,14)	3 (0,78)
7.	Kab. Malang	2.086	1.365	721	2 (0,10)	1 (0,07)	1 (0,14)
8.	Kota Malang	1.783	1.166	617	4 (0,22)	1 (0,09)	3 (0,49)
9.	Kab. Pasuruan	1.709	1.118	591	6 (0,35)	2 (0,18)	2 (0,34)
10.	Kota Pasuruan	594	389	205	2 (0,34)	0	1 (0,49)
11.	Kab. Probolinggo	1.034	676	358	6 (0,68)	2 (0,30)	4 (1,12)
12.	Kab. Lumajang	883	578	305	2 (0,23)	1 (0,17)	1 (0,33)
13.	Kab. Kediri	943	617	326	2 (0,21)	0	2 (0,61)
14.	Kota Kediri	293	192	101	2 (0,68)	0	1 (0,99)
15.	Kab. Tl. Agung	1.101	716	385	3 (0,27)	0	3 (0,78)
16.	Kab. Nganjuk	508	322	176	3 (0,59)	0	3 (1,70)
17.	Kab. Blitar	864	566	298	4 (0,46)	1 (0,18)	4 (1,34)
18.	Kota Blitar	110	72	38	2 (1,82)	1 (1,39)	1 (2,63)
19.	Kab. Trenggalek	337	221	116	3 (0,89)	0	3 (2,59)
20.	Kab. Ponorogo	387	253	134	1 (0,26)	0	1 (0,75)
21.	Kab. Jember	2.457	1.608	849	10(0,45)	2 (0,12)	8 (0,94)
22.	Kab. Bondowoso	899	588	311	3 (0,33)	1 (0,17)	2 (0,64)
23.	Kab. Situbondo	1.235	808	427	4 (0,32)	2 (0,25)	2 (0,47)
24.	Kab. Banyuwangi	1.470	963	507	2 (0,14)	0	2 (0,39)
25.	Kab. Lamongan	2.595	1.688	897	7 (0,27)	3 (0,18)	4 (0,45)
26.	Kab. Bojonegoro	937	613	324	1 (0,11)	1 (0,16)	0
27.	Kab. Tuban	1.014	663	351	4 (0,39)	1 (0,15)	3 (0,85)
28.	Kab. Pamekasan	2.226	1.457	769	6 (0,27)	1 (0,07)	5 (0,65)
29.	Kab. Sumenep	1.920	1.256	664	1 (0,05)	0	1 (0,15)
	<b>Jumlah</b>	<b>44.715</b>	<b>29.253</b>	<b>15.462</b>	<b>95 (0,21)</b>	<b>26 (0,06)</b>	<b>69 (0,45)</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, tahun 2001

Keterangan : persentase pada kolom F adalah persentase terhadap JH total  
 persentase pada kolom G adalah persentase terhadap jumlah JH sehat  
 persentase pada kolom H adalah persentase terhadap JH risti

Kolom F,G dan H adalah hasil kategorisasi berdasarkan rekapitulasi risiko tinggi Kabupaten Kota. Kolom E adalah kelompok risiko tinggi terdiri dari risti penyakit dan risti usia lanjut. Dari 37 Kabupaten atau Kota yang ada di Propinsi Jawa Timur, 29 Kabupaten Kota diantaranya terdapat jamaah haji meninggal, dan pada 20 kabupaten kota diantaranya, terdapat jamaah haji kategori sehat tetapi meninggal. Kolom F adalah jumlah jamaah haji meninggal sebesar 0,21%. Kolom G adalah jamaah haji sehat meninggal sebesar 0,45%. Kolom H adalah jamaah haji risti meninggal sebesar 0,26%. Dari 95 orang jamaah haji meninggal, proporsi kematian jamaah haji adalah 69 kematian (72,63%) termasuk kategori risiko tinggi dan 26 kematian (27,37%) termasuk kategori sehat.

#### **5.1.4 Jamaah haji Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi**

Penentuan lokasi dan kota tempat kematian, disesuaikan dengan simpul atau ruas perjalanan haji. Pada tabel 5.5, Dari keseluruhan jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur yang meninggal, kolom B menunjukkan kematian jamaah haji di Rumah Sakit milik Pemerintah Kerajaan Arab Saudi yaitu sebesar 36,84%. Kolom C adalah kematian jamaah haji di BPHI sebesar 21,05%, dan kolom D adalah kematian jamaah haji di pondokan sebesar 38,95%.



Tabel 5.5 Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi menurut Kota dan Lokasi Kematian tahun 2001

Kota	Lokasi kematian				Jumlah(%)
	RS	BPHI	Pondokan	Lain lain	
A	B	C	D	E	F
Jeddah	-	3	-	-	3 (3,16)
Madinah	2	1	4	-	7 (7,37)
Makkah	31	10	31		72 (75,78)
Arafah	-	-	2	-	2 (2,11)
Mina	2	6	-	-	8 (8,42)
Pesawat	-	-	-	1	1 (1,05)
Debakasi	-	-	-	2	2 (2,11)
<b>Jumlah</b>	<b>35</b> (36,84%)	<b>20</b> (21,05%)	<b>37</b> (38,95%)	<b>3</b> (3,16%)	<b>95</b> (100%)

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

## 5.2 Kepekaan Penyaringan

### 5.2.1 Hasil penyaringan kesehatan jamaah calon haji

Pada tabel 5.6 dibawah ini, dari 95 kematian jamaah haji Propinsi Jawa Timur tahun 2001 (kolom C), berhasil dikumpulkan sebanyak 83 buah (87,37%) formulir bantu pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji dan atau catatan kesehatan yang berasal dari Puskesmas yang melaksanakan penyaringan kesehatan tahap pertama (kolom D), sedangkan 12 orang (12,63%), catatan kesehatannya tidak didapatkan karena yang bersangkutan tidak melakukan pemeriksaan kesehatan pada Puskesmas sesuai domisilinya.

Tabel 5.6 Hasil Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas, Propinsi Jawa Timur tahun 2001

No.	Kabupaten-Kota	Jumlah jamaah haji meninggal	Jumlah status kesehatan yang diteliti
A	B	C	D
1.	Kota Surabaya	5	3
2.	Kab. Sidoarjo	3	3
3.	Kab. Gresik	2	2
4.	Kab. Mojokerto	2	2
5.	Kota Mojokerto	1	1
6.	Kab. Jombang	4	4
7.	Kab. Malang	2	3
8.	Kota Malang	4	3
9.	Kab. Pasuruan	6	5
10.	Kota Pasuruan	2	1
11.	Kab. Probolinggo	5	5
12.	Kab. Lumajang	2	2
13.	Kab. Kediri	2	1
14.	Kota Kediri	2	1
15.	Kab. Tulungagung	3	3
16.	Kab. Nganjuk	3	3
17.	Kab. Blitar	4	4
18.	Kota Blitar	2	1
19.	Kab. Trenggalek	3	3
20.	Kab. Ponorogo	1	1
21.	Kab. Jember	10	9
22.	Kab. Bondowoso	3	3
23.	Kab. Situbondo	4	4
24.	Kab. Banyuwangi	2	2
25.	Kab. Lamongan	7	4
26.	Kab. Bojonegoro	1	1
27.	Kab. Tuban	4	3
28.	Kab. Pamekasan	6	5
29.	Kab. Sumenep	1	1
	<b>Jumlah</b>	<b>95</b>	<b>83 (87,37%)</b>

Sumber : Data sekunder tahun 2001

Status atau catatan kesehatan yang diteliti dikelompokkan menjadi tiga bentuk, yaitu lengkap sebesar 68,67%, tidak lengkap sebesar 8,44% dan sekedar catatan sebesar 22,89%. Secara keseluruhan, dari 29 Kabupaten Kota terdapat 11 buah (37,93%) yang seluruhnya atau sebagian hanya membuat catatan untuk penyaringan kesehatan jamaah

calon haji yaitu Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Jombang, Kabupaten Malang, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Kediri, Kota Blitar, Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Pamekasan dan Kabupaten Sumenep, dan 9 buah diantaranya merupakan daerah dengan jumlah dan persentase jamaah calon haji cukup tinggi. 4 buah (13,79%) Kabupaten membuat status tidak lengkap yaitu Kabupaten Tulungagung, Bojonegoro, Mojokerto dan Jombang. Perincian jumlah status kesehatan atau catatan tentang hasil penyaringan kesehatan di Puskesmas per Kabupaten Kota dapat dilihat pada tabel 5.7 dibawah ini

Tabel 5.7 Bentuk Status Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

No.	Kabupaten-Kota	Status kesehatan			Catatan
		Jumlah	Lengkap	Tdk lengkap	
A	B	C	D	E	F
1.	Kota Surabaya	3	3	0	0
2.	Kab. Sidoarjo	3	2	0	1 (33,34)
3.	Kab. Gresik	2	2	0	0
4.	Kab. Mojokerto	2	0	1(50%)	1 (50%)
5.	Kota Mojokerto	1	1	0	0
6.	Kab. Jombang	4	2	1(25%)	1 (25%)
7.	Kab. Malang	3	1	0	2 (66,67%)
8.	Kota Malang	3	3	0	0
9.	Kab. Pasuruan	5	5	0	0
10.	Kota Pasuruan	1	1	0	0
11.	Kab. Probolinggo	5	0	0	5(100%)
12.	Kab. Lumajang	2	2	0	0
13.	Kab. Kediri	1	0	0	1(100%)
14.	Kota Kediri	1	1	0	0
15.	Kab. Tulungagung	3	0	3(100%)	0
16.	Kab. Nganjuk	3	3	0	0
17.	Kab. Blitar	4	4	0	0
18.	Kota Blitar	1	0	0	1(100%)
19.	Kab. Trenggalek	3	1	1	1(33,34%)
20.	Kab. Ponorogo	1	1	0	0
21.	Kab. Jember	9	9	0	0
22.	Kab. Bondowoso	3	2	0	1(33,34%)

Tabel 5.7 lanjutan

No.	Kabupaten-Kota	Status kesehatan			
		Jumlah	Lengkap	Tdk lengkap	Catatan
A	B	C	D	E	F
23.	Kab. Situbondo	4	4	0	0
24.	Kab. Banyuwangi	2	2	0	0
25.	Kab. Lamongan	4	4	0	0
26.	Kab. Bojonegoro	1	0	1(100%)	0
27.	Kab. Tuban	3	3	0	0
28.	Kab. Pamekasan	5	1	0	4 (80%)
29.	Kab. Sumenep	1	0	0	1(100%)
	<b>Jumlah</b>	<b>83</b>	<b>57</b>	<b>7</b>	<b>19</b>
		<b>(100%)</b>	<b>(68,67%)</b>	<b>(8,44%)</b>	<b>(22,89%)</b>

Sumber : Data sekunder tahun 2001

Keterangan :

- lengkap : status yang berisi pemeriksaan fisik, hasil lab., diagnosis dan kode diagnosis
- tidak lengkap: status pemeriksaan fisik tanpa hasil lab., dan atau tanpa diagnosis dan kode diagnosis
- catatan : berbentuk register yang berisi identitas, diagnosis dan atau kode diagnosis

Selanjutnya terhadap 83 buah status kesehatan yang didapatkan, dilakukan penelitian hasil kategorisasi yang dibuat oleh Puskesmas dan dikelompokkan per Kabupaten Kota, sehingga didapatkan hasil seperti tercantum pada tabel 5.8. Peneliti membandingkan kematian yang dilihat dari hasil kategorisasi jamaah haji dan telah di rekapitulasi oleh Kabupaten Kota dengan kematian jamaah haji yang dilihat dari status pada penyaringan kesehatan jamaah calon haji di Puskesmas.

Tabel 5.8 Jamaah Haji Meninggal berdasarkan Kategorisasi, menurut Status Penyaringan Kesehatan di Puskesmas, Propinsi Jawa Timur Tahun 2001

No	Kabupaten - Kota	Jumlah jamaah haji			Jamaah haji meninggal (menurut Puskesmas)		
		Total	Sehat	Risti	Total N (%)	JH sehat N (%)	JH risti N (%)
A	B	C	D	E	F	G	H
1.	Kota Surabaya	5.480	3.517	1.863	3 (0,05)	1 (0,03)	2 (0,11)
2.	Kab. Sidoarjo	2.782	1.823	959	3 (0,11)	0	3 (0,31)
3.	Kab. Gresik	2.624	1.717	907	2 (0,08)	0	2 (0,22)
4.	Kab. Mojokerto	1.147	750	397	2 (0,17)	1 (0,13)	1 (0,11)
5.	Kota Mojokerto	309	202	107	1 (0,32)	1 (0,50)	0
6.	Kab. Jombang	1.111	713	398	4 (0,36)	1 (0,14)	3 (0,78)
7.	Kab. Malang	2.086	1.365	721	3 (0,14)	0	3 (0,42)
8.	Kota Malang	1.783	1.166	617	3 (0,17)	0	3 (0,49)
9.	Kab. Pasuruan	1.709	1.118	591	5 (0,29)	1 (0,09)	4 (0,68)
10.	Kota Pasuruan	594	389	205	1 (0,17)	0	1 (0,49)
11.	Kab. Probolinggo	1.034	676	358	5 (0,57)	2 (0,30)	3 (0,84)
12.	Kab. Lumajang	883	578	305	2 (0,23)	2 (0,35)	0
13.	Kab. Kediri	943	617	326	1 (0,11)	0	1 (0,31)
14.	Kota Kediri	293	192	101	1 (0,34)	1 (0,52)	0
15.	Kab. Tlg. Agung	1.101	716	385	3 (0,27)	0	3 (0,78)
16.	Kab. Nganjuk	508	322	176	3 (0,59)	1 (0,31)	2 (1,14)
17.	Kab. Blitar	864	566	298	4 (0,46)	0	4 (1,34)
18.	Kota Blitar	110	72	38	1 (0,91)	1 (1,39)	0
19.	Kab. Trenggalek	337	221	116	3 (0,89)	1 (0,45)	2 (1,72)
20.	Kab. Ponorogo	387	253	134	1 (0,26)	0	1 (0,75)
21.	Kab. Jember	2.457	1.608	849	9 (0,41)	2 (0,12)	7 (0,82)
22.	Kab. Bondowoso	899	588	311	3 (0,33)	1 (0,17)	2 (0,64)
23.	Kab. Situbondo	1.235	808	427	4 (0,32)	2 (0,25)	2 (0,47)
24.	Kab. Banyuwangi	1.470	963	507	2 (0,14)	0	2 (0,39)
25.	Kab. Lamongan	2.595	1.688	897	4 (0,15)	0	4 (0,45)
26.	Kab. Bojonegoro	937	613	324	1 (0,11)	1 (0,16)	0
27.	Kab. Tuban	1.014	663	351	3 (0,29)	0	3 (0,85)
28.	Kab. Pamekasan	2.226	1.457	769	5 (0,23)	1 (0,07)	4 (0,52)
29.	Kab. Sumenep	1.920	1.256	664	1 (0,05)	0	1 (0,15)
	<b>Jumlah</b>	<b>44.715</b>	<b>29.253</b>	<b>15.462</b>	<b>83</b> <b>(0,19)</b>	<b>21</b> <b>(0,07)</b>	<b>62</b> <b>(0,40)</b>

Sumber : Data sekunder tahun 2001

Pada tabel diatas, dari 83 status kesehatan yang diteliti, terdapat 62 kematian (74,70%) dengan kategori risiko tinggi dan 21 kematian ( 25,30%) dengan kategori sehat.

Kolom F merupakan jumlah status kesehatan yang berhasil dikumpulkan peneliti,

sehingga berbeda dengan kolom yang sama pada tabel 5.4. Sebagai contoh, pada tabel 5.4, Kota Surabaya dengan jumlah kematian 5, tetapi pada tabel 5.8 tertulis 3 dalam arti hanya 3 status yang dapat dikumpulkan, 2 buah status sisanya tidak berhasil didapatkan. Kolom G pada tabel 5.8 tercantum 1 orang, artinya pada penelitian ditemukan 1 orang yang mempunyai kategori sehat, sama dengan tabel 5.4 pada kolom yang sama, bahwa dari laporan program juga tercatat 1 orang. Contoh lain adalah Kabupaten Malang, pada tabel 5.4 kolom F tercatat 2, sedangkan pada tabel 5.8 di kolom yang sama tercatat 3 orang, artinya menurut laporan program tercatat kematian 2 orang dan setelah dilakukan penelitian, ternyata kematian berjumlah 3 orang. Selanjutnya pada kolom G, pada tabel 5.4 tercatat 1 orang, sedangkan pada tabel 5.8 di kolom yang sama tertulis 0, artinya jamaah haji sehat meninggal menurut laporan program adalah 1 orang, sedangkan setelah penelitian tidak terdapat jamaah haji sehat meninggal. Demikian pula penjelasan untuk Kabupaten Kota yang lain.

Dari tabel 5.4 dan tabel 5.8, peneliti membandingkan hasil kategorisasi dari Kabupaten Kota dan hasil kategorisasi Puskesmas. Rincian perbandingan penentuan kategori pada 29 Kabupaten Kota adalah seperti yang tercantum pada tabel 5.9 berikut ini

Tabel 5.9 Jumlah Kematian Jamaah Haji per Kabupaten dan Kota Propinsi Jawa Timur tahun 2001 yang Diteliti, menurut Rekapitulasi Risti Kabupaten Kota, Hasil Penyaringan Puskesmas dan Akurasi

No.	Kabupaten-Kota	Kategori*	Rekap. Risti Kab. Kota **	Hasil penyaringan Puskesmas ***	Akurasi (menurut peneliti)	
					Salah Kategori	Total kesalahan
A	B	C	D	E	F	G
1	Surabaya	Sehat	1	1	0	0
		Risti	2	2	0	
2	Sidoarjo	Sehat	0	0	0	0
		Risti	3	3	0	
3	Gresik	Sehat	1	0	1	2
		Risti	1	2	1	
4	Mojokerto	Sehat	1	1	0	0
		Risti	1	1	0	
5	Mojokerto(K)	Sehat	1	1	0	0
		Risti	0	0	0	
6	Jombang	Sehat	1	1	0	0
		Risti	3	3	0	
7	Malang	Sehat	2	0	2	4
		Risti	1	3	2	
8	Malang(K)	Sehat	0	0	0	0
		Risti	3	3	0	
9	Pasuruan	Sehat	2	1	1	2
		Risti	3	4	1	
10	Pasuruan (K)	Sehat	0	0	0	0
		Risti	1	1	0	
11	Probolinggo	Sehat	2	2	0	0
		Risti	3	3	0	
12	Lumajang	Sehat	2	2	0	0
		Risti	0	0	0	
13	Kediri	Sehat	0	0	0	0
		Risti	1	1	0	
14	Kediri (K)	Sehat	1	1	0	0
		Risti	0	0	0	
15	Tulungagung	Sehat	0	0	0	0
		Risti	3	3	0	
16	Nganjuk	Sehat	0	0	0	0
		Risti	3	3	0	
17	Blitar	Sehat	0	0	0	0
		Risti	4	4	0	

Tabel 5.9 lanjutan

No.	Kabupaten-Kota	Kate Gori*	Rekap. Risti Kab. Kota **	Hasil penyaringan Puskesmas ***	Akurasi (menurut peneliti)	
					Salah Kategori	Total kesalahan
A	B	C	D	E	F	G
18	Blitar (K)	Sehat	1	1	0	0
		Risti	0	0	0	
19	Trenggalek	Sehat	0	1	1	2
		Risti	3	2	1	
20	Ponorogo	Sehat	0	0	0	0
		Risti	1	1	0	
21	Jember	Sehat	2	0	2	4
		Risti	7	9	2	
22	Bondowoso	Sehat	1	1	0	0
		Risti	2	2	0	
23	Situbondo	Sehat	2	2	0	0
		Risti	2	2	0	
24	Banyuwangi	Sehat	0	0	0	0
		Risti	2	2	0	
25	Lamongan	Sehat	1	0	1	2
		Risti	4	5	1	
26	Bojonegoro	Sehat	1	1	0	0
		Risti	0	0	0	
27	Tuban	Sehat	0	0	0	0
		Risti	3	3	0	
28	Pamekasan	Sehat	1	0	1	2
		Risti	4	5	1	
29	Sumenep	Sehat	0	0	0	0
		Risti	1	1	0	

Sumber : Data sekunder tahun 2001

Keterangan :

a) \*) – kategorisasi kesehatan jamaah haji

b) \*\*) = kategori kesehatan menurut program

c) \*\*\*) – kategori menurut peneliti

d) kolom F – selisih kolom D dan E

e) kolom G – jumlah dalam kolom F (sehat + risti) pada kabupaten kota yang sama

f) akurasi : nilai 0 – akurat, nilai semakin besar semakin tidak akurat

Peneliti membandingkan status kesehatan pada penyaringan kesehatan jamaah calon haji di Puskesmas dengan rekapitulasi risiko tinggi Kabupaten Kota dan ternyata di



dapatkan ketidak sesuaian kategorisasi. Perbedaan tersebut dinyatakan dalam angka pada kolom akurasi dengan penilaian semakin besar angkanya, penentuan kategorinya semakin tidak akurat. Dari tabel 5.9 diatas tampak bahwa penyaringan kesehatan yang tidak akurat adalah seperti yang tertera pada kolom G yaitu Kabupaten Malang dan Jember (total kesalahan = 4) kemudian Kabupaten Gresik, Pasuruan, Trenggalek, Lamongan dan Pamekasan (total kesalahan = 2)

### 5.2.2 Perbedaan informasi antara hasil kategorisasi dan sebab kematian

#### a. Bentuk status BPHI

Tersedia 4 halaman terdiri dari bagian bagian sebagai berikut

1. halaman 1 berisi :
  - a) judul “status penderita rawat tinggal “, BPHI .....
  - b) identitas : nama, jenis risti, nomor register, umur, kelamin, nomor paspor, kloter, gelombang, pekerjaan, alamat di Arab Saudi, maktab, sektor, telepon, alamat di Indonesia, Kab/kota, propinsi, telepon
  - c) tgl. masuk, pengantar, penerima, tgl. keluar, lama dirawat, sebab keluar BPHI (sembuh, rujuk pulang paksa, wafat, dirujuk ke RS ...)
  - d) diagnosa masuk, diagnosa pulang, penyebab wafat
  - e) Tanggal / jam, anamnesa / perjalanan penyakit / pemeriksaan fisik, lab / EKG, diagnosa, instruksi dokter (dalam satu kolom, tidak dipisah pisahkan)
2. halaman 2 : halaman ini isinya sama dengan halaman 1 huruf e.
3. halaman 3 : halaman ini terdiri dari 2 bagian yaitu
  - a) grafik pemeriksaan suhu – nadi setiap 6 jam

- b) tabel lembar observasi penderita rawat inap terdiri dari kolom kolom tanggal, jam, suhu, tensi, nadi, frekuensi napas, intake oral / ivfd, output bab / bak dan keterangan
4. halaman 4 terdiri dari :
- a) grafik pemantauan pemberian obat-obatan terdiri kolom-kolom jenis obat tanggal dan dosis setiap 6 jam
- b) kolom untuk menuliskan jenis diet

#### b) Status rawat inap di balai pengobatan haji Indonesia

Status rawat inap jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur yang meninggal di Arab Saudi, diteliti sebanyak 34 buah, terdiri dari 17 orang yang meninggal di BPHI dan 17 orang yang dirawat di BPHI kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Arab Saudi. Kelengkapan isi status rawat inap seperti tertera pada tabel 5.10 berikut ini

Tabel 5.10 Bentuk Status Rawat Inap Jamaah Haji Meninggal Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi tahun 2001

Lokasi BPHI	Status rawat inap		Jumlah
	Lengkap	Tidak lengkap	
Madinah	0	1	1
Makkah	3	25	28
Mina	0	6	6
Jumlah	3 (8,82%)	31 (91,18%)	34 (100%)

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Keterangan:

- a. lengkap : ada catatan pemeriksaan fisik, hasil lab. dan penunjang diagnostik, diagnosis rawat, sebab meninggal
- b. tidak lengkap : ada catatan pemeriksaan fisik, tidak ada hasil lab. dan penunjang diagnostik, dan atau tanpa diagnosis rawat

Pada penelitian terhadap 34 status rawat inap, ternyata hanya 8,82% saja yang merupakan status lengkap, sedangkan status tidak lengkap mencapai 91,18%. Status tidak lengkap sebagian besar tidak ada hasil laboratorium atau penunjang diagnostiknya, dan sebagian lagi tidak tercantum diagnosis rawat.

Peneliti membandingkan status kesehatan jamaah haji saat penyaringan kesehatan di Puskesmas dengan sebab kematian yang merupakan bagian dari laporan kematian program dan diagnosis penyakit yang diderita jamaah haji sebelum meninggal. Penelitian dilakukan terhadap status rawat inap di BPHI, yaitu meneliti diagnosis penyakitnya kemudian di *cross check* dengan hasil kategorisasi saat penyaringan kesehatan di Puskesmas dan laporan jamaah haji meninggal dari Pusat informasi haji Surabaya. Dari 34 orang jamaah haji yang meninggal, terdapat 8 orang yang sebelum berangkat dinyatakan sehat (23,53%), 16 orang termasuk kategori risiko tinggi usia lanjut sehat tanpa penyakit (47,06%) dan 10 orang termasuk kategori risiko tinggi penyakit (29,41%). Kategori jamaah calon haji adalah diagnosis yang dibuat saat penyaringan kesehatan di Puskesmas, dan sebab kematian adalah yang tercantum pada laporan kematian jamaah haji di pusat informasi haji Surabaya dan diagnosis BPHI adalah sebab kematian yang tercantum di status rawat inap di Arab Saudi.

### **c) Perbandingan antara hasil kategori, sebab kematian dan diagnosis rawat inap**

Penelitian terhadap masing masing status rawat inap dari jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur sebanyak 34 buah status adalah melihat diagnosis rawat inapnya. Kemudian diagnosis rawat inap dibandingkan dengan hasil kategori dan sebab kematiannya. Hasil penelitian ini secara rinci adalah yang tertera pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Jamaah Haji Meninggal Propinsi Jawa Timur tahun 2001 menurut Kategori Puskesmas, Laporan Sebab Kematian dan Diagnosis Rawat Inap di BPHH

No.	Urut Daftar	L / P	Kabupaten -Kota	Kategori JCH *	Sebab kematian**	Diagnosis Rawat inap***
A	B	C	D	E	F	G
1.	5	L	Surabaya	Usila	Kardiovaskuler	Dehidrasi
2.	9	L	Gresik	Usila	Paru	PPOM, Bronchitis chronis
3.	11	P	Mojokerto	Sehat	Jantung	Dehidrasi
4.	12	L	Mojokerto	Asthma	Respiratory Failure	Asthma bronchiale
5.	15	L	Jombang	Sehat	Jantung	Hepatitis
6.	16	P	Jombang	Kardio Vaskuler	Hipertensi	Bronchopneumonia, Dehidrasi
7.	18	L	Malang	Sehat	Asthma	Asthma
8.	21	L	Malang	Usila	PPOM	PPOM
9.	23	L	Malang	Usila	Bronchopneumonia	Bronchopneumonia
10.	24	L	Pasuruan	Usila	Kardiovaskuler	Dehidrasi
11.	25	P	Pasuruan	Sehat	Hemorrhagic stroke /serebro vaskuler	Psikosis, hipoglikemia
12.	31	P	Gresik	Hiperten Si	Respiratory failure	Pneumonia, gastritis, dehidrasi
13.	32	P	Prb.linggo	Usila	COPD	PPOK, infeksi sekunder Pneumonia
14.	34	L	Prb.linggo	Sehat	PPOM	Dehidrasi
15.	44	L	Tlg.agung	Kardio vaskuler	Cardiac arrest	PPOK, Bronchopneumonia
16.	47	L	Nganjuk	Asthma	Cardiac arrest	Bronchopneumonia
17.	50	P	Blitar	Gastritis	Paru	Bronchopneumonia + dehidrasi
18.	54	L	Trenggalek	Hiperten si, Pascastro ke	Cardiac arrest	Dehidrasi, stroke lama
19.	55	P	Trenggalek	Usila	Cardiac arrest	Decomp.cordis cc.thyroid IID, Atrial fibrillation

Tabel 5. 11 lanjutan

No.	Urut Daf tar	L / P	Kabupaten -Kota	Kategori JCH *	Sebab kematian**	Diagnosis Rawat inap***
A	B	C	D	E	F	G
20.	58	L	Jember	Usila	Respiratory failure	Dehidrasi
21.	59	L	Jember	Usila	Pneumonia	Bronchopneumonia
22.	60	L	Jember	Usila	Heat stroke	Dehidrasi berat gastritis
23.	67	P	Jember	Usila	Pneumonia	Bronchopneumonia
24.	68	L	Bondowoso	Usila	Cirrhosis hepatis	Cirrhosis hepatis
25.	69	L	Bondowoso	Sehat	Meningitis	Bronchopneumonia
26.	72	P	Situbondo	Sehat	Kardiovasku ler	Decompensatio cordis
27.	73	L	Situbondo	Usila	Kardio vaskuler	Dehidrasi
28.	75	L	Banyuwang i	Paru	Paru	Bronchopneumonia
29.	77	L	Lamongan	Usila	Faal hati	Cirrhosis hepatis
30.	78	L	Lamongan	PPOM	Paru	Asthma bronchiale
31.	80	L	Lamongan	Usila	Respiratory failure	Bronchopneumonia
32.	81	P	Lamongan	PPOM	Asthma cardiale	Bronchopneumonia + dehidrasi
33.	86	L	Tuban	Usila	COPD	Bronchopneumonia (dehidrasi)
34.	92	P	Pamekasan	Sehat	Cardiac arrest	Bronchopneumonia, dehidrasi

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Keterangan :

- kolom E - \* - kategori kesehatan jamaah haji sebelum berangkat
- kolom F - \*\* = sebab kematian sesuai laporan program
- kolom G = \*\*\* = penentuan penyakit pada rawat inap di Arab Saudi

Kesesuaian antara kategori dan sebab kematian adalah sebesar 7/34 (20,59%), dan yang tidak sesuai sebesar 27/34 (79,41%). Kesesuaian antara sebab kematian dengan diagnosis rawat inap adalah sebesar 17/34 (50%), dan yang tidak sesuai sebesar 17/34 (50%). Kesesuaian antara kategori dengan diagnosis rawat inap adalah sebesar 4/34 (11,76%), dan yang tidak sesuai sebesar 30/34 (88,24%). Selanjutnya dari 34 orang

jamaah haji meninggal tersebut, peneliti membandingkan antara jenis penyakit yang dicantumkan sebagai sebab kematian dengan hasil kategorisasi termasuk jenis risiko tingginya dan rinciannya seperti tertera pada tabel 5.12 berikut ini

Tabel 5.12 Perbandingan Hasil Kategori dengan Diagnosis Penyakit pada 34 Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Kategori	Jenis risti	Sebab kematian					Jumlah
		Kardio Vaskuler	Paru	Hipoglikemia	Cirrhosis hepatis	Dehidrasi	
Risiko Tinggi	Kardiovaskuler	-	3	-	-	1	10
	Paru	-	5	-	-	-	
	Gastritis	-	1	-	-	-	
Usia lanjut		1	8	-	2	5	16
Sehat		1	3	1	1	2	8
<b>Jumlah</b>		<b>2</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>34</b>

Sumber: Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Dari 34 kasus tersebut, terdiri atas kategori risti sebanyak 10 orang (29,41%), kategori usia lanjut (sehat) sebanyak 16 orang (47,06%) dan kategori sehat sebanyak 8 orang (23,53%). 4 orang dengan risti kardiovaskuler, tidak satupun kematiannya disebabkan oleh kardiovaskuler, melainkan karena paru dan dehidrasi. Dari 5 orang risti paru, ternyata kematiannya juga disebabkan oleh paru. Kematian pada jamaah haji dengan kategori usia lanjut, 50% sebab kematiannya adalah oleh karena paru, dan 31,25% disebabkan oleh dehidrasi

### 5.2.3 Ringkasan hasil penelitian kepekaan penyaringan kesehatan jamaah calon haji

a) Distribusi jamaah haji Jawa Timur terbanyak pada koordinator wilayah III dan IV, yang biasanya disebutkan sebagai daerah tapal kuda. Dari 37 Kabupaten Kota yang ada di propinsi Jawa Timur, jamaah haji meninggal terdapat pada 29 Kabupaten Kota atau 78,38% dan 19 Kabupaten Kota diantaranya merupakan daerah dengan jumlah

jamaah calon haji cukup banyak. Jamaah haji sehat meninggal terdapat pada 20 Kabupaten Kota atau 54,05%.

- b) Terdapat pembuatan status kesehatan pada penyaringan kesehatan di Puskesmas yang tidak seragam atau belum standar, yaitu bentuk status lengkap sebesar 68,67%, bentuk status tidak lengkap sebesar 8,44% dan bentuk sekedar catatan sebesar 22,89%. Bentuk catatan terdapat pada 11 Kabupaten Kota, dan 9 buah diantaranya terletak pada wilayah dengan jumlah jamaah haji besar
- c) Pada 95 kejadian kematian jamaah haji asal Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi, yang meninggal di rumah sakit sebesar 36,84%, di BPHI sebesar 21,05% dan di pondokan sebesar 38,95%. Banyaknya kematian di pondokan menunjukkan kelemahan dalam pelaksanaan pendampingan kesehatan. Penelitian terhadap 34 status kesehatan rawat inap dari jamaah haji yang meninggal Propinsi Jawa Timur di Arab Saudi, 8 kematian atau 23,53% adalah jamaah haji kategori sehat, 16 kematian atau 47,06% adalah jamaah haji usia lanjut (tanpa penyakit) dan 10 kematian atau 29,41% adalah jamaah haji risiko tinggi. Selanjutnya terdapat tingkat kesesuaian antara hasil kategori dan sebab kematian sebesar 7/34 (20,59%). Tingkat kesesuaian antara sebab kematian dengan diagnosis rawat inap adalah sebesar 17/34 (50%). Tingkat kesesuaian antara hasil kategori dengan diagnosis rawat inap adalah sebesar 4/34 (11,76%)
- d) Hasil penyaringan kesehatan jamaah calon haji di Puskesmas terdapat Kabupaten Kota yang sangat tidak akurat dalam menentukan kategori yaitu sebanyak 2 Kabupaten atau 5,41% terdiri dari Kabupaten Malang dan Jember. Penentuan kategori yang kurang akurat terdapat pada 5 Kabupaten Kota atau 13,51% terdiri dari

Kabupaten Gresik, Pasuruan, Trenggalek, Lamongan dan Pamekasan, dan seluruhnya merupakan daerah dengan jumlah jamaah haji besar, kecuali Trenggalek.

### 5.3 Kematian Jamaah Haji

#### 5.3.1 Karakteristik jamaah haji

##### a) Jenis kelamin

Dari tahun 1999 sampai tahun 2001 distribusi jamaah haji menurut jenis kelamin, laki laki berkisar antara 50,68% sampai dengan 51,85% lebih besar dari perempuan yang berkisar antara 48,15% sampai dengan 49,32%. Proporsi jamaah haji laki laki semakin tahun semakin menurun dan proporsi jamaah haji perempuan semakin tahun semakin meningkat.

Tabel 5.13 Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Kelamin Propinsi Jawa Timur tahun 1999 - 2001

Tahun	Laki laki		Perempuan		Jumlah
	N	%	N	%	
1999	5.912	51,85	5.490	48,15	11.402
2000	16.679	50,96	16.053	49,04	33.732
2001	22.661	50,68	22.054	49,32	44.715

Sumber: Pusat Informasi Haji, tahun 2001

##### b) Umur

Bila dibandingkan distribusi jamaah haji menurut kelompok umur antara tahun 2000 dan 2001, tampak ada pergeseran distribusi pada kelompok umur yang lebih tua. Kelompok umur kurang dari 40 tahun menurun dari 35,88% menjadi 33,74%, kelompok umur 41-50 tahun meningkat dari 28,83% menjadi 29,12% dan kelompok umur 51-60 tahun meningkat dari 19,43% menjadi 21,71%. Secara keseluruhan perbandingan persentase pada kelompok umur 51-60 tahun, sebesar 20,82% pada tahun 1999, menurun menjadi 19,43% pada tahun 2000, kemudian naik menjadi 21,71% pada tahun 2001.



Tabel 5.14 Persentase Jamaah Haji menurut Kelompok Umur Propinsi Jawa Timur tahun 1999 - 2001

Klpk Umur	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
< 40	4.086	35,84	12.103	35,88	15.088	33,74
41-50	3.334	29,24	9.725	28,83	13.015	29,12
51-60	2.374	20,82	6.553	19,43	9.712	21,71
> 60	1.608	14,10	5.351	15,86	6.900	15,43
<b>Jumlah</b>	<b>11.402</b>	<b>100</b>	<b>33.732</b>	<b>100</b>	<b>44.715</b>	<b>100</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji, tahun 2001

Kelompok umur di atas 60 tahun sebesar 14,10% pada tahun 1999 meningkat menjadi 15,86% pada tahun 2000, kemudian menurun menjadi 15,43% pada tahun 2001, kelompok umur kurang dari 40 tahun sebesar 35,84% pada tahun 1999, meningkat menjadi 35,88% pada tahun 2000, kemudian menurun menjadi 33,74% pada tahun 2001

### c) Pendidikan

Tabel 5.15 Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Pendidikan Propinsi Jawa Timur tahun 1999 - 2001

Pendidikan	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Sekolah dasar	5.564	48,86	16.985	51,89	21.339	47,72
SLTP	1.698	14,93	4.557	13,92	6.599	14,76
SLTA	2.691	23,60	7.193	21,98	9.977	22,31
Sarjana muda	432	3,79	694	2,12	1.698	3,80
Sarjana (S1)	580	5,09	2.104	6,43	3.593	8,04
Sarjana (S2)	186	1,63	397	1,21	369	0,83
Sarjana (S3)	26	0,13	69	0,21	49	0,11
Lain-lain	225	1,97	733	2,24	1.091	2,44
<b>Jumlah</b>	<b>11.402</b>	<b>100</b>	<b>33.732</b>	<b>100</b>	<b>44.715</b>	<b>100</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, tahun 2001

Keterangan : lain lain = pendidikan pesantren dan atau nonformal  
Distribusi jamaah haji menurut jenis pendidikan, dari tahun 1999 sampai dengan 2001, yang tertinggi adalah pendidikan sekolah dasar, diikuti secara berurutan yaitu SLTA, SLTP, sarjana (S1) dan sarjana muda.

Bila dibandingkan antara tahun 2000 dan tahun 2001, ternyata distribusi kelompok sekolah dasar menurun dari 51,89% menjadi 47,72%, sedangkan pada kelompok pendidikan yang lebih tinggi (sampai S1) dan kelompok lain lain cenderung meningkat. Distribusi kelompok SLTP sebesar 13,92% di tahun 2000 meningkat menjadi 14,76% di tahun 2001. Distribusi kelompok SLTA sebesar 21,98% di tahun 2000 meningkat menjadi 22,31% di tahun 2001. Distribusi kelompok S1 sebesar 6,43% di tahun 2000 meningkat menjadi 8,04% di tahun 2001. Distribusi kelompok lain lain sebesar 2,24% di tahun 2000 meningkat menjadi 2,44% di tahun 2001. Kelompok pendidikan S2 dan S3 distribusinya cenderung menurun.

#### **d) Pekerjaan**

Distribusi jamaah haji menurut pekerjaan, bila dibandingkan antara tahun 2000 dan tahun 2001 semua kelompok terjadi penurunan, kecuali pada kelompok pegawai negeri sipil, swasta dan ibu rumah tangga.

Tabel 5.16 Persentase Jamaah Haji menurut Jenis Pekerjaan Propinsi Jawa Timur tahun 1999 - 2001.

Pekerjaan	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
PNS	1.189	10,43	3.211	9,81	4.908	10,98
TNI	110	0,97	330	1,01	429	0,96
Dagang	1.828	16,02	5.471	16,71	5.971	13,35
Tani	3.299	28,94	9.778	29,87	12.43	27,80
Swasta	2.625	23,02	7.642	23,,35	12.319	27,55
Ibu rumah tangga	2.009	17,61	5.072	15,50	7.076	15,82
Pelajar	231	2,03	653	1,99	837	1,87
BUMN	111	0,98	575	1,76	745	1,66
<b>Jumlah</b>	<b>11.402</b>	<b>100</b>	<b>33.732</b>	<b>100</b>	<b>44.715</b>	<b>100</b>

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, tahun 2001

Urutan distribusi jamaah haji pada tahun 1999 sampai dengan tahun 2001 yaitu urutan pertama tertinggi adalah jamaah haji dengan pekerjaan tani yaitu antara 27,80 - 29,87%, kemudian urutan kedua adalah swasta yaitu antara 23,02 -27,55%, urutan ketiga adalah ibu rumah tangga yaitu antara 15,50 - 17,61%, urutan keempat adalah pedagang yaitu antara 13,35 - 16,71%, dan urutan kelima adalah pegawai negeri sipil yaitu antara 9,81 - 10,98%.

### 5.3.2 Kematian menurut karakteristik

#### a) Kematian menurut jenis kelamin

Persentase kematian pada jamaah haji laki laki antara tahun 1999 sampai dengan tahun 2001 berkisar antara 60,53% - 68,42%, lebih besar dibandingkan dengan perempuan yaitu berkisar antara 31,58% - 39,47%, sedangkan proporsi jamaah haji laki

laki yang meninggal cenderung meningkat dan jamaah haji perempuan cenderung menurun.

Tabel 5.17 Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Kelamin Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001

Jenis Kelamin	Tahun					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Laki laki	23	60,53	58	64,38	65	68,42
Perempuan	15	39,47	36	35,62	30	31,58
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

#### b) Kematian menurut umur

Secara proporsional kematian meningkat sejalan dengan usia. Semakin tua umur jamaah haji, kematian semakin tinggi. Kejadian kematian pada tahun 1999 sampai dengan 2001, kelompok umur diatas 60 tahun merupakan urutan terbanyak pertama kemudian diikuti pada kelompok umur 51 - 60 tahun kemudian pada kelompok umur 41-50 tahun dan yang terkecil adalah kelompok umur 40 tahun kebawah

Tabel 5.18 Kematian Jamaah Haji menurut Kelompok Umur Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001

Klpg Umur (thn)	Tahun					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
<40	4	10,53	3	3,19	3	3,16
41-50	4	10,53	17	18,09	5	5,26
51-60	7	18,42	26	27,66	22	23,16
>60	23	60,53	48	51,06	65	68,42
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Terdapat kenaikan persentasi kematian yang menyolok pada kelompok umur 41-50 tahun dari 10,53% pada tahun 1999 menjadi 18,09% pada tahun 2000 dan kelompok 51-60 tahun dari 18,42% pada tahun 1999 menjadi 27,66% pada tahun 2000. Juga terdapat kenaikan persentase kematian pada kelompok usia diatas 60 tahun dari 51,06% pada

tahun 2000 menjadi 68,42% pada tahun 2001. Persentase kematian pada kelompok umur dibawah 40 tahun ada kecenderungan menurun dari 10,53% pada tahun 1999 menjadi 3,19% pada tahun 2000 dan selanjutnya menjadi 3,16% pada tahun 2001.

### c) Kematian menurut pendidikan

Angka kematian jamaah haji pada kelompok pendidikan sekolah dasar, dari tahun 1999 sampai dengan tahun 2001 berada pada urutan pertama. Urutan kedua kejadian kematian adalah pada kelompok pendidikan sekolah lanjutan tingkat atas pada 1999 dan tahun 2000, sedangkan pada tahun 2001 kelompok ini berada pada urutan ketiga.

Tabel 5.19 Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Pendidikan Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001

Pendidikan	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
SD	21	55,26	34	36,17	63	66,31
SLTP	2	5,26	23	24,47	12	12,63
SLTA	10	19,23	26	27,66	11	11,58
Sarjana	3	7,89	5	5,32	2	2,11
Lain lain	2	5,26	6	6,38	7	7,37
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Kejadian kematian pada kelompok pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama meningkat dari 5,26% pada tahun 1999 menjadi 24,47% pada tahun 2000 dan menurun menjadi 12,63% pada tahun 2001. Terdapat kecenderungan angka kematian kelompok sekolah menengah lanjutan tingkat atas yang selalu meningkat dari urutan ke 5 (1999) menjadi urutan ke 3 (2000) kemudian urutan ke 2 (2001). Pada kelompok pendidikan sarjana, distribusi kematian pada tahun 1999 sampai dengan tahun 2001 semakin menurun, dan sebaliknya pada kelompok lain lain cenderung meningkat

#### d) Kematian menurut pekerjaan

Angka kematian jamaah haji dengan latar belakang pekerjaan tani cenderung meningkat dari 18,42% pada tahun 1999 (urutan ketiga) menjadi 26,59% pada tahun 2000 (urutan kedua) dan meningkat lagi menjadi 44,21% pada tahun 2001(urutan pertama). Angka kematian jamaah haji dengan pekerjaan swasta cenderung menurun dari 31,58% pada tahun 1999 menjadi 23,41% pada tahun 2000 dan menurun lagi menjadi 18,95% pada tahun 2001.

Tabel 5.20 Kematian Jamaah Haji menurut Jenis Pekerjaan Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001

Pekerjaan	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Peg.neg.sipil	1	2,63	4	4,26	3	3,16
ABRI	1	2,63	2	2,13	3	3,16
Dagang	3	7,89	14	14,89	7	7,36
Tani	7	18,42	25	26,59	42	44,21
Swasta	12	31,58	22	23,41	18	18,95
Ibu rumah tangga	14	36,84	26	27,66	22	23,16
BUMN	-	0	1	1,06	-	0
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Angka kematian jamaah haji dalam kelompok ibu rumah tangga cenderung menurun dari 36,84% pada tahun 1999 menjadi 27,66% pada tahun 2000 dan menurun lagi menjadi 23,16% pada tahun 2001

#### e) Kategori risiko

Kejadian kematian pada jamaah haji yang tidak berisiko (kategori sehat) menurun dari 28,95% pada tahun 1999 menjadi 22,34% tahun 2000, kemudian meningkat lagi menjadi 27,37% pada tahun 2001.

Tabel 5.21 Kematian Jamaah Haji menurut Kategori Risiko Tinggi Propinsi Jawa Timur tahun 1999-2001

Jumlah risiko	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Tidak ada risiko	11	28,95	21	22,34	26	27,37
1 risiko tinggi	22	57,89	65	69,15	49	51,58
2 risiko tinggi	4	10,53	8	8,51	17	17,89
3 risiko tinggi	1	2,63	-	-	3	3,16
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Kejadian kematian kelompok jamaah haji yang mempunyai satu risiko sebesar 57,89% pada tahun 1999 meningkat menjadi 69,15% pada tahun 2000 dan menurun menjadi 51,58% pada tahun 2001. Kejadian kematian pada jamaah haji yang mempunyai dua risiko sebesar 10,53% pada tahun 1999 menurun menjadi 8,51% pada tahun 2000 dan meningkat menjadi 17,89% pada tahun 2001. Secara keseluruhan, kejadian kematian yang berada pada urutan pertama dari tahun 1999 sampai dengan 2001 adalah kematian jamaah haji dengan satu risiko dan urutan kedua adalah kematian jamaah haji yang tidak berisiko

### 5.3.3 Sebab kematian, lokasi dan kota tempat kematian jamaah haji

#### a) Sebab kematian

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian urutan tertinggi yaitu sebesar 52,63% pada tahun 1999, 47,87% pada tahun 2000 dan 53,76% pada tahun 2001. Kemudian urutan kedua adalah penyebab kematian penyakit paru yaitu sebesar 23,68% pada tahun 1999, 43,62% pada tahun 2000 dan 23,66% pada tahun 2001. Urutan berikutnya adalah sebab lain-lain, faal hati dan heat stroke

Tabel 5.22 Penyebab Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999 – 2001

Sebab Kematian	T a h u n					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
<i>Kardiovaskuler</i>	20	52,63	45	47,87	50	53,76
<i>Paru</i>	9	23,68	41	43,62	22	23,66
<i>Heatstroke</i>	-	-	-	-	3	3,23
<i>Serebrovaskuler</i>	3	7,89	3	3,19	1	1,08
<i>Faal hati</i>	1	2,63	-	-	3	3,23
<i>Trauma</i>	2	5,27	1	1,06	3	1,08
<i>Penyakit gula</i>	1	2,63	3	3,19	1	1,08
<i>Lain-lain</i>	2	5,27	1	1,06	12	12,90
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Penyebab kematian penyakit kardiovaskuler meningkat pada musim haji tahun 2001 bila dibandingkan dengan tahun 2000, penyebab kematian serebrovaskuler dan penyakit gula menurun dari tahun 1999 sampai dengan 2001. Penyebab kematian penyakit faal hati dan trauma meningkat pada tahun 2001 bila dibandingkan pada tahun 2000. Penyebab kematian oleh penyakit paru menurun pada tahun 2001 bila dibandingkan dengan tahun 2000. Kematian yang disebabkan oleh heat stroke muncul pada tahun 2001, padahal tahun 1999 dan 2000 tidak ada kasus heat stroke yang meninggal

#### b) Lokasi kematian

Lokasi tempat kejadian kematian jamaah haji pada tahun 2000 dan 2001 yang terbanyak adalah di Rumah Sakit Arab Saudi, sementara pada tahun 1999 urutan pertama adalah kematian di pondokan. Perbandingan persentase kematian menurut lokasi kematian antara tahun 2000 dan 2001 adalah bahwa kematian di Rumah Sakit Arab Saudi meningkat dari 30,85% menjadi 36,84%, kematian di BPHI menurun dari 29,79% menjadi 21,05%, kematian di pondokan meningkat dari 22,34% menjadi 27,37%, kematian di perjalanan atau masjid menurun dari 11,70% menjadi 11,58%.



Tabel 5.23 Lokasi Kejadian Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999 - 2001

Lokasi Kematian	Tahun					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
RS Arab Saudi	16	42,11	29	30,85	35	36,84
BPHI	3	7,89	21	29,79	20	21,05
Pondokan	17	44,74	28	22,34	26	27,37
Perjalanan/ Masjid	2	5,26	11	11,70	11	11,58
Pesawat	-	-	0	0	1	1,05
Debarkasi	-	-	5	5,32	2	2,11
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

### c) Kota tempat kematian

Kota tempat kejadian kematian jamaah haji yang tertinggi adalah Makkah diikuti secara berurutan yaitu di kota Madinah, Mina dan Jeddah. Perbandingan persentase kematian jamaah haji menurut kota tempat kematian antara tahun 1999 sampai dengan tahun 2001, kematian di Madinah menurun dari 18,42% pada tahun 1999 menjadi 10,64% pada tahun 2000 dan selanjutnya menurun lagi menjadi 8,42% pada tahun 2001

Tabel 5.24 Kota Tempat Kejadian Kematian Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur tahun 1999- 2001

Kota tempat kematian	Tahun					
	1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%
Jeddah	1	2,63	6	6,38	3	3,16
Madinah	7	18,42	10	10,64	8	8,42
Makkah	24	63,16	70	74,47	72	75,78
Arafah	1	2,63	1	1,06	2	2,11
Mina	5	13,16	2	2,13	7	7,37
Pesawat	-	-	-	-	1	1,05
Debarkasi	-	-	5	5,32	2	2,11
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Subdirektorat Kesehatan Haji, tahun 2001

Kematian di Makkah meningkat dari 63,16% pada tahun 1999 menjadi 74,47% pada tahun 2000 selanjutnya menjadi 75,78% pada tahun 2001. Kematian di Arafah dan Mina

menurun kemudian meningkat. Terdapat kenaikan lebih dari dua kali persentase kematian di Mina pada tahun 2001 (7,37%) bila dibandingkan dengan tahun 2000 (2,13%)

#### **5.3.4. Ringkasan hasil penelitian kematian jamaah haji**

##### **a) Karakteristik jamaah haji**

Distribusi jamaah haji laki laki lebih besar daripada perempuan, ada kecenderungan bergeser ke umur yang lebih tua. Distribusi menurut tingkat pendidikan yang tertinggi adalah lulusan sekolah dasar. Distribusi jamaah haji menurut pekerjaan yang tertinggi adalah tani , berasal dari pedesaan

##### **b) Kematian menurut karakteristik**

- 1) kematian jamaah haji laki laki cenderung meningkat dan kematian jamaah haji perempuan cenderung menurun. Kematian menurut pendidikan, yang tertinggi adalah sekolah dasar. Kematian menurut pendidikan ini yang tampak ekstrim adalah kematian pada pendidikan sekolah lanjutan tingkat atas, meningkat dari peringkat ke 5 pada tahun 1999 menjadi peringkat ke 3 pada tahun 2000 dan meningkat menjadi peringkat 2 pada tahun 2001. Kematian menurut pekerjaan, kematian tertinggi terdapat pada pekerjaan tani dan cenderung meningkat setiap tahunnya, sedangkan swasta dan ibu rumah tangga, cenderung menurun setiap tahunnya
- 2) kematian menurut risiko, yang tertinggi adalah kematian dengan satu risiko diikuti oleh kematian pada jamaah haji tanpa risiko

## c) Sebab kematian

Persentase penyebab kematian selama tiga tahun berturut turut adalah penyakit kardiovaskuler sebagai urutan tertinggi, urutan kedua adalah penyakit paru, dan urutan ketiga adalah penyakit faal hati.

## d) Lokasi dan kota tempat kematian

Persentase kematian jamaah haji menurut lokasi kematian, yang tertinggi di Rumah Sakit Arab Saudi kemudian di ikuti di pondokan dan di BPHI. Kematian di Rumah Sakit Arab Saudi dan di pondokan cenderung meningkat, sedangkan di BPHI cenderung menurun. Kematian jamaah haji menurut kota tempat meninggal, yang tertinggi adalah di kota Makkah, di ikuti secara berurutan yaitu di Madinah, Mina dan Jeddah. Kematian di Makkah dan Mina ada kecenderungan meningkat sedangkan di Madinah menurun. Khusus kematian di Mina antara tahun 2000 dan 2001 terlihat kenaikan persentase lebih dari dua kali (dari 2,13% menjadi 7,37%)

## 5.4 Pelaksanaan Prosedur Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji

### 5.4.1 Hasil *indepth interview*

Untuk meneliti pelaksanaan prosedur penyaringan kesehatan jamaah calon haji ini dilakukan wawancara mendalam terhadap 87 orang responden dokter Puskesmas yang melakukan penyaringan kesehatan jamaah calon haji di seluruh Propinsi Jawa Timur pada tahun 2001

Tabel 5.25 Pelatihan Program Kesehatan Haji bagi Dokter Pelaksana Penyaringan Kesehatan di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Kegiatan	N	%
Ada pelatihan	2	2,30
Tidak ada pelatihan	85	97,70
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer tahun 2001

Pada tabel di atas, 85 responden (97,70%) menyatakan bahwa program kesehatan haji tidak pernah didahului pelatihan dan program penyaringan kesehatan jamaah calon haji berjalan dengan sendirinya setiap tahun.

Tabel 5.26 Cara Memahami Program Kesehatan Haji bagi Staf Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Dasar pemahaman program	N	%
Program rutin	3	3,45
Rapat intern	15	17,24
Juklak pusat	69	79,31
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada tabel di atas, 69 responden (79,31%) menyatakan bahwa program dilaksanakan berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan dari pusat, 15 responden (17,24%) melakukan rapat intern sebelum program berjalan. 12 dari 69 responden masih menggunakan petunjuk pelaksanaan yang diterbitkan sebelum tahun 2000

Tabel 5.27 Tatalaksana Pemeriksaan Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Pelaksana	Kegiatan					
	Mengisi status		Melakukan anamnesa		Pemeriksaan fisik	
	N	%	N	%	N	%
Staf TU	49	56,32	35	40,23	5	5,74
Para medis	29	33,34	20	22,99	8	9,20
Dokter	9	10,16	32	36,78	74	85,06
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Dokter yang melakukan pengisian status adalah 9 orang (10,16%), sementara yang terbanyak adalah pengisian status oleh staf TU sebesar 49 orang (56,32%). Dokter yang melakukan anamnesa 32 orang (36,78%) sementara dilakukan oleh staf TU sebanyak 35 orang (40,23%). Dokter yang melakukan pemeriksaan fisik sebesar 74 orang (85,06%), sementara hampir 15 % pemeriksaan fisik dilakukan oleh paramedis dan staf TU

Tabel 5.28 Pelaksana Pembinaan Kesehatan Jamaah Calon Haji di wilayah domisili Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Pembinaan kesehatan	N	%
Oleh Puskesmas	6	6,90
Oleh Kelompok bimbingan ibadah haji	3	3,45
Tanpa pembinaan	78	89,65
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Setelah dilakukan penyaringan kesehatan, Puskesmas yang melakukan pembinaan kesehatan adalah 6 dari 87 responden atau 6,90%. Puskesmas yang tidak melakukan pembinaan kesehatan jamaah calon haji yaitu sebesar 78 responden atau 89,65% sementara pembinaan oleh KBIH sebanyak 3 responden atau 3,45%

Tabel 5.29 Keberadaan dan Kecukupan Jumlah Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

BKJH tersedia	N	%
Tepat waktu, cukup	17	19,54
Tepat waktu, kurang	5	5,75
Terlambat, cukup	62	71,26
Terlambat, kurang	3	3,45
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Keberadaan buku kesehatan jamaah haji (BKJH) di Puskesmas, 62 responden (71,26%) menyatakan terlambat diterima walaupun jumlahnya cukup. Keberadaan buku yang tepat waktu dinyatakan oleh 17 responden (25,29%).

Tabel 5.30 Petugas yang Melakukan Pengisian Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Pelaksana	N	%
Dokter	21	24,14
Paramedis, dicek dokter	41	47,12
Paramedis, tidak dicek	6	6,90
Staf TU	19	21,84
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Hanya 21 responden (24,14%) menyatakan pengisian buku kesehatan jamaah haji oleh dokter. Pengisian oleh para medis tetapi dikontrol oleh dokter sebesar 41 responden (47,12%), dan ada 28% buku kesehatan yang diisi oleh paramedis dan tidak di kontrol oleh dokter

Tabel 5.31 Pelaksana yang mengisi Kode Diagnosis pada Buku Kesehatan Jamaah Haji di Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Pelaksana	N	%
Dokter	71	81,61
Paramedis	9	10,34
Tidak mengisi kode	7	8,05
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Pengisian kode diagnosis kesehatan jamaah haji sebesar 71 responden (81,61%) oleh dokter, dan masih ada yang tidak mengisi kode diagnosis yaitu sebesar 7 responden (8,05%)

Tabel 5.32 Mekanisme Rujukan Jamaah Calon Haji dari Puskesmas Propinsi Jawa Timur tahun 2001

Kegiatan	N	%
Tidak merujuk	8	9,20
RS tempat rujukan ditentukan Puskesmas	64	73,58
RS tempat rujukan ditentukan JH	8	9,20
JH datang sendiri ke dokter spesialis praktek swasta	7	8,04
<b>Jumlah</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Rujukan oleh Puskesmas ke Rumah sakit dilakukan oleh 73,58%, terdapat 9,20% yang tidak merujuk, jamaah calon haji menentukan sendiri RS rujukan sebesar 9,20%, dan rujukan ke dokter spesialis praktek swasta sebesar 8,04%

#### 5.4.2 Kendala pelaksanaan

1. Anamnesa dan pengisian identitas jamaah calon haji : kesulitan mendapatkan data umur yang tepat; jamaah calon haji tidak mengetahui riwayat penyakitnya dan atau sengaja tidak mau membuka riwayat sakit yang pernah dialami.
2. Pembinaan kesehatan : Jamaah calon haji enggan untuk datang ke Puskesmas karena merasa dirinya sehat, sudah tergabung dengan KBIH
3. BKJH terlambat datang, sehingga sebagai syarat penyetoran BPIH ke Bank penerima menggunakan formulir bantu pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji atau catatan kesehatan
4. Laboratorium Puskesmas belum dapat melakukan pemeriksaan laboratorium lengkap karena keterbatasan peralatan dan bahan. Apabila diperlukan pemeriksaan lengkap dilakukan rujukan laboratorium luar
5. Tidak semua jamaah calon haji melakukan pemeriksaan pada Puskesmas dimana ia berdomisili.

#### 5.4.3 Ringkasan hasil *indepth interview* penyaringan kesehatan

- a) Pelaksanaan program penyaringan kesehatan jamaah calon haji 97,7% tidak didahului oleh pelatihan. Program berjalan secara rutin setiap tahun dan sebagian besar berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan dari Pusat (79,31%). Hanya 17,24% pemahaman program oleh staf Puskesmas dilakukan melalui rapat intern
- b) Pengisian status kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas pada penyaringan kesehatan 10,16% dilakukan dokter, 56,32% oleh paramedis atau TU. Anamnesa dilakukan sendiri oleh dokter sebesar 36,78%, anamnesa oleh paramedis sebesar 22,99%,

sisanya dilakukan TU sebesar 40,23%. Pemeriksaan fisik 85,06% dilakukan dokter dan 14,94% dilakukan paramedis

- c) Pembinaan kesehatan terhadap jamaah calon haji sebagaimana yang dikehendaki program belum berjalan dengan baik. Yang melaksanakan pembinaan kesehatan hanya 6,90% responden, sementara 89,65% responden tidak melakukannya
- d) Keberadaan buku kesehatan jamaah haji di Puskesmas, 71,26% menyatakan terlambat walaupun jumlahnya cukup. Pengisian buku kesehatan jamaah haji 24,14% dilakukan dokter, 47,12% diisi oleh paramedis dan di *check* oleh dokter, dan sisanya 28% diisi oleh paramedis tanpa di *check* kembali oleh dokter.

## 5.5 Pelaksanaan Prosedur Pendampingan Kesehatan Perjalanan Haji

### 5.5.1 Hasil *indepth interview*

Telah dilakukan wawancara mendalam terhadap 52 orang responden dokter kloter asal Propinsi Jawa Timur yang melakukan pendampingan kesehatan perjalanan haji tahun 2001

Tabel 5.33 Cara Dokter Kloter membina Kesehatan Jamaah Haji Kloternya selama di Embarkasi tahun 2001

Kegiatan	N	%
Tidak melakukan	2	3,84
Secara informal	19	36,54
Melalui karu / karom	22	42,31
Pemantauan aktif	4	7,69
Mengenal sejak daerah asal	5	9,62
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada pelaksanaan pendampingan kesehatan embarkasi, 2 responden(3,84%) tidak melakukan kegiatan, pemantauan kesehatan secara aktif dilakukan oleh 4 responden (7,69%), 41 responden (78,85%) melakukan pembinaan kesehatan secara pasif, yaitu



melalui ketua regu atau ketua rombongan dan 5 responden (9,62%) menyatakan sudah mengenal jamaah haji sejak di daerah asal.

Tabel 5.34 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan selama dalam penerbangan tahun 2001

Kegiatan	Berangkat		Pulang	
	N	%	N	%
Tidak melakukan	5	9,62	0	0
Secara pasif (kalau ada keluhan)	27	51,92	4	7,69
Pemantauan aktif oleh paramedis	10	19,23	45	86,54
Pemantauan aktif oleh dokter	10	19,23	3	5,77
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada saat keberangkatan, ada 5 responden (9,62%) yang tidak melaksanakan kegiatan pendampingan kesehatan selama penerbangan, sedangkan saat kepulangan semua responden melaksanakannya. Saat berangkat, pemantauan secara pasif dilakukan oleh 27 responden (51,92%) dan saat kepulangan menurun menjadi 4 responden (7,69%). Pemantauan oleh paramedis saat berangkat sebanyak 10 responden (19,23%), meningkat saat kepulangan menjadi 45 responden (86,54%), pemantauan oleh dokter saat berangkat sebanyak 10 responden (19,23%) dan menurun saat kepulangan menjadi 3 responden (5,77%)

Tabel 5.35 Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan oleh Dokter Kloter di Pesawat Terbang tahun 2001

Melaksanakan Penyuluhan	Berangkat		Pulang	
	N	%	N	%
Dilakukan penyuluhan	10	19,23	2	3,85
Tidak dilakukan	42	80,77	50	96,15
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer tahun 2001

Penyuluhan oleh dokter selama penerbangan saat berangkat dilaksanakan oleh 10 dari 52 responden (19,23%) dan menurun pada saat kepulangan yaitu sebanyak 2 responden (3,85%)

Tabel 5.36 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah haji di Bandara Madinah atau Jeddah tahun 2001

Kegiatan	Kedatangan			Kepulangan		
	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Memantau, membina, melayani, menasehati	49 (94,23)	3 (5,77)	52 (100)	51 (98,08)	1 (1,92)	52 (100)
Merujuk ke BPHI	11 (21,15)	41 (78,85)	52 (100)	8 (15,38)	44 (84,62)	52 (100)
Menerima atau mengembali kan paket obat kloter	52 (100)	0	52 (100)	51 (98,08)	1 (1,92)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Kegiatan pendampingan kesehatan di bandara Madinah atau Jeddah, dilaksanakan oleh 49 dari 52 responden 94,23% responden saat kedatangan dan 98,08% saat kepulangan. Ada 21,15% responden menyatakan merujuk jamaah haji sakit ke BPHI saat kedatangan dan 8 responden (15,38%) masih merujuk ke BPHI saat kepulangan.

Tabel 5.37 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada Ruas Perjalanan Jeddah-Makkah(gelombang 2) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis	5 (15,15%)	28 (84,85%)	33 (100)
Membekali obat P3K kepada ketua rombongan	20 (60,61%)	13 (39,39%)	33 (100)
Memberi penasehatan	10 (31,30)	23 (69,70)	33 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada perjalanan Jeddah ke Makkah (gelombang 2), 28 dari 33 responden (84,85%) menyatakan bahwa kegiatan mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis yang sama tidak

dapat dilaksanakan. 13 responden (39,39%) tidak memberikan bekal obat P3K kepada ketua rombongan, dan 23 responden (69,70%) tidak memberi penasehatan kepada jamaah haji baik secara langsung maupun melalui ketua regu atau ketua rombongan.

Tabel 5.38 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama berada di Madinah(gelombang 1) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan kamar petugas	13 (68,42)	6 (31,58)	19 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	11 (57,89)	8 (42,11)	19 (100)
Merujuk ke BPHI	8 (42,11)	11 (57,89)	19 (100)
Mengupayakan ketersediaan obat dan alat kesehatan	4 (21,05)	15 (78,95)	19 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada saat berada di Madinah selama 8 hari (gelombang 1), 6 dari 19 responden (31,58%) tidak berada dekat dengan jamaah haji risti, sementara 8 responden (42,11%) tidak dapat melakukan kegiatan secara sempurna. Walaupun baru beberapa hari di Arab Saudi, 11 responden (57,89%) telah merujuk jamaah haji sakit ke BPHI Madinah

Tabel 5.39 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada perjalanan Madinah-Makkah(gelombang 1) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis	3 (15,79)	16 (84,21)	19 (100)
Membekali obat P3K kepada ketua rombongan	7 (36,84)	12 (63,16)	19 (100)
Memberi penasehatan	4 (21,05)	15 (78,95)	19 (100)

Sumber: Data primer tahun 2001

Pada perjalanan Madinah ke Makkah, 16 dari 19 responden (84,21%) tidak dapat melakukan pengumpulan jamaah haji risti dalam bis yang sama, 12 responden (63,16%) tidak memberi bekal obat P3K kepada ketua rombongan, dan 15 responden (78,95%)

tidak melakukan penasehatan baik secara langsung maupun melalui ketua regu dan ketua rombongan.

Tabel 5.40 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama berada di Makkah (pra wukuf) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan kamar petugas	20 (38,46)	32 (61,54)	52 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	33 (63,46)	19 (36,54)	52 (100)
Merujuk ke BPHI	42 (80,77)	10 (19,23)	52 (100)
Mengupayakan ketersediaan obat dan alat kesehatan	50 (96,15)	2 (3,85)	52 (100)
Merencanakan jamaah haji yang di ikutkan safari wukuf	43 (82,69)	9 (17,31)	52 (100)

Sumber: data primer tahun 2001

Selama berada di Makkah menunggu saat wukuf, 32 dari 52 responden (61,54%) tidak dapat mengatur jamaah haji risti dekat dengan kamar petugas. Kegiatan pelayanan kesehatan tidak dapat dilaksanakan dengan sempurna oleh 19 responden (36,54%). 50 responden (96,15%) mengupayakan ketersediaan obat di kloternya setiap hari atau secara berkala. 43 responden (82,69%) bersama petugas kloter lainnya ikut merencanakan jamaah haji yang akan di *safariwukuf* kan.

Tabel 5.41 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama Ruas Perjalanan Makkah-Arafah tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis	6 (11,54)	46 (88,46)	52 (100)
Membekali obat P3K kepada ketua rombongan	30 (57,69)	22 (42,31)	52 (100)
Memberi penasehatan	7 (13,46)	45 (86,54)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada perjalanan Makkah-Arafah, 46 dari 52 responden (88,46%) tidak dapat mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis yang sama, 22 responden (42,31%) tidak membekali ketua rombongan dengan obat P3K dan 45 responden (86,54%) tidak melakukan penasehatan baik secara langsung maupun melalui ketua regu dan ketua rombongan.

Tabel 5.42 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama berada di Arafah tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan tenda petugas	18 (34,62)	34 (65,38)	52 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	49 (94,23)	3 (5,77)	52 (100)
Memantau makanan, minuman dan kesehatan lingkungan	17 (32,69)	35 (67,31)	52 (100)
Merujuk ke BPHI	20 (38,46)	32 (61,54)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Selama berada di Arafah, 34 dari 52 responden (65,38%) tidak dapat mengatur jamaah haji risti dekat dengan petugas, 49 responden (94,23%) dapat melakukan kegiatan pelayanan kesehatan dengan sempurna, 35 responden (67,31%) tidak melakukan pemantauan terhadap makanan dan minuman serta kesehatan lingkungan kloternya dan 32 responden (61,54%) melakukan rujukan ke BPHI

Tabel 5.43 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji pada Ruas Perjalanan Arafah – Mina tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis	9 (17,31)	43 (82,69)	52 (100)
Membekali obat P3K kepada ketua rombongan	20 (38,46)	32 (61,54)	52 (100)
Memberi penasehatan	3 (6,77)	49 (94,23)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada perjalanan Arafah ke Mina, 43 dari 52 responden (82,69%) tidak dapat mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis yang sama, 32 responden (61,54%) tidak memberi bekal obat P3K kepada ketua rombongan, dan 49 responden (94,23%) tidak melakukan penasehatan baik secara langsung maupun melalui ketua regu dan ketua rombongan

Tabel 5.44 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama berada di Mina tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan tenda petugas	18 (34,62)	34 (65,38)	52 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	20 (38,46)	32 (61,54)	52 (100)
Memantau makanan, minuman dan kesehatan lingkungan	18 (34,62)	34 (65,38)	52 (100)
Merujuk ke BPHI	25 (48,08)	27 (51,92)	52 (100)
Ikut mengatur jamaah haji yang tidak dapat melaksanakan <i>jumrah</i>	22 (42,31)	30 (57,69)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Selama berada di Mina, 34 dari 52 responden (65,38%) tidak dapat mengatur jamaah haji risti dekat dengan petugas, 32 responden (61,54%) tidak dapat melakukan kegiatan pelayanan kesehatan dengan sempurna, 34 responden (65,38%) tidak melakukan pemantauan terhadap makanan, minuman dan kesehatan lingkungan kloternya, 27 responden (51,92%) melakukan rujukan ke BPHI dan 22 responden (42,31%) ikut mengatur jamaah haji yang tidak dapat melaksanakan *jumrah*

Tabel 5.45 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Makkah(pascawukuf) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan petugas	12 (23,08)	40 (76,92)	52 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	51 (98,08)	1 (1,92)	52 (100)
Merujuk ke BPHI	41 (78,85)	11 (21,15)	52 (100)
Mengupayakan ketersediaan obat dan alat kesehatan	47 (90,38)	5 (9,62)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Selama berada di Makkah saat pasca wukuf, 40 dari 52 responden (76,92%) tidak dapat mengatur risti dekat dengan kamar petugas. Pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan sempurna oleh 51 responden (98,08%). 41 responden (78,85%) melakukan rujukan jamaah haji sakit ke BPHI Makkah dan 47 responden (90,38%) baik setiap hari maupun secara berkala mengupayakan ketersediaan obat di kloternya.

Tabel 5.46 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji Ruas perjalanan Makkah –Jeddah atau Makkah-Madinah tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengumpulkan jamaah haji risti dalam satu bis	12 (23,08)	40 (76,92)	52 (100)
Membekali obat P3K kepada ketua rombongan	28 (53,85)	24 (46,15)	52 (100)
Memberi penasehatan	1 (1,92)	51 (98,08)	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Pada perjalanan antar kota seperti pada tabel 5.46, 40 dari 52 responden (76,92%) tidak dapat melakukan pengumpulan jamaah haji risti dalam bis yang sama, 24 responden (46,15%) tidak memberi bekal obat P3K kepada ketua rombongan, dan 51 responden (78,95%) tidak melakukan penasehatan baik secara langsung maupun melalui ketua regu dan ketua rombongan.

Tabel 5.47 Pelaksanaan Pendampingan Kesehatan Jamaah Haji selama di Madinah (gelombang 2) tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Mengatur risti dekat dengan petugas	1 (3,03)	32 (96,97)	33 (100)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	14 (43,42)	19 (57,58)	33 (100)
Merujuk ke BPHI	15 (45,45)	18 (54,55)	33 (100)
Mengupayakan ketersediaan obat dan alat kesehatan	5 (15,15)	28 (84,85)	33 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Selama 8 hari di Madinah (gelombang 2), 32 dari 33 responden (96,97%) tidak berada dekat dengan jamaah haji risti, sementara 19 responden (57,58%) tidak dapat melakukan kegiatan secara sempurna, 15 responden (45,45%) merujuk jamaah haji sakit ke BPHI Madinah dan 5 responden (15,15%) melakukan upaya ketersediaan obat untuk kloternya

Tabel 5.48 Pelaksanaan Kegiatan Dokter Kloter di Asrama Debarkasi tahun 2001

Kegiatan	Ya N (%)	Tidak N (%)	Jumlah N (%)
Pelayanan, pembinaan, pemantauan kesehatan	11 (21,15)	41 (78,85)	52 (100)
Merujuk ke poliklinik debarkasi	9 (17,31)	43 (82,69)	52 (100)
Menyerahkan laporan pelaksanaan tugas TKHI kloter	52 (100)	0	52 (100)

Sumber : Data primer tahun 2001

Selama di asrama debarkasi, 41 dari 52 responden (78,85%) tidak lagi melakukan kegiatan pelayanan kesehatan, 9 responden (17,31%) merujuk jamaah haji sakit ke poliklinik debarkasi.



### 5.5.2 Kendala pelaksanaan dan mengatasi kendala

#### a) Embarkasi :

- 1) Dokter kloter tidak dapat mengenal jamaah haji risti secara cermat, karena waktu yang tersedia di embarkasi terlalu singkat. Dilakukan upaya untuk mengenali jamaah haji selama perjalanan
- 2) Daftar jamaah haji risti tidak sesuai dengan fakta, sehingga tidak sepenuhnya dapat dipergunakan untuk monitoring jamaah haji risti, dan dokter kloter mengulangi pendataan.
- 3) Kelompok Bimbingan Ibadah Haji yang membawa dokter sendiri, tidak memperhatikan pengorganisasian kloter sehingga menimbulkan kendala koordinasi dan kerjasama tim dalam kloter. Petugas kloter berusaha memberikan pemahaman kepada dokter KBIH

#### b) Pesawat

- 1) Tempat duduk diatur menurut urutan *pra manifest*, dan bukan berdasarkan jamaah haji risti, sehingga posisi jamaah haji risti terpecah
- 2) Petugas kesehatan tidak dapat melakukan pelayanan kesehatan dengan baik, karena situasi, kondisi dan tata ruang di pesawat tidak memungkinkan, sehingga hanya dilakukan pemantauan saja
- 3) Jamaah haji yang belum berpengalaman menempuh perjalanan udara dengan waktu relatif lama, menimbulkan manifestasi cemas.
- 4) Obat yang disediakan di pesawat tidak mencukupi, dokter kloter mengalami kesulitan untuk memanfaatkannya. Upaya yang dilakukan dengan memakai obat pribadi dan meminta obat dari jamaah haji lain

- 5) Kelompok terbang sebagai suatu populasi baru, jamaah haji belum saling mengenal satu sama lain, merupakan kendala dalam pemantauan kesehatan. Dokter kloter menggunakan *pra manifest* untuk mengenali posisi jamaah haji
- 6) Adanya kesulitan komunikasi antara jamaah haji dengan pramugara atau pramugari yang berkebangsaan asing. Upaya dari semua petugas kloter untuk memperlancar komunikasi

**c) Bandara Madinah (gelombang 1) atau Bandara Jeddah (gelombang 2)**

- 1) Jamaah haji mengalami kelelahan menunggu proses di Bandara, karena ruang tunggu yang tidak memadai, kursi yang tersedia tidak mencukupi, sehingga memperberat kondisi kesehatan jamaah haji risti
- 2) Paket obat kloter yang diserahkan oleh subkoordinator TKHI Jeddah atau Madinah, jenis obat batuk hitam diberikan dalam bentuk cairan sehingga menambah beban selama perjalanan. Untuk membawa obat paket selama perjalanan dibantu oleh ketua regu dan ketua rombongan
- 3) Pada paket obat kloter tidak disediakan perlengkapan *minor surgery*, sehingga kebutuhan medik yang sebenarnya dapat dilakukan oleh dokter kloter. Upaya yang dilakukan yaitu jamaah haji dirujuk ke BPHI.

**d) Perjalanan Jeddah-Makkah (gelombang 2)**

- 1) Jamaah haji risti tidak dapat disatukan dalam bis yang sama, karena sudah diatur bahwa satu bis untuk satu rombongan, sesuai urutan *pra manifest*
- 2) Keterbatasan paket obat menyebabkan obat tidak dapat dibagi per bis. Ketua regu dan ketua rombongan ikut serta memantau kondisi kesehatan jamaah haji

**e) Madinah (gelombang 1)**

- 1) Pengaturan kamar di pondokan adalah per regu, sehingga penempatan jamaah haji risti di pondokan tidak seluruhnya dapat dekat dengan ruang petugas kesehatan. Upaya yang dilakukan dokter kloter mengunjungi kamar jamaah haji secara berkala
- 2) Sebagian responden mengatakan bahwa pondokan terpencar, terbagi lebih dari tiga gedung, dengan jarak antaranya lebih dari 500 m, sehingga sulit melakukan pemantauan. Ketua regu dan ketua rombongan ikut serta dalam memantau kondisi kesehatan jamaah haji dan melaporkan kepada dokter kloter secara berkala

**f) Makkah (*prawukuf*)**

- 1) Sebagaimana di Madinah, di Makkah terdapat penempatan jamaah haji di pondokan yang terpencar-pencar, dan tidak dapat dilakukan pengaturan tempat jamaah haji risti agar dekat dengan ruang petugas kesehatan. Dokter kloter mengunjungi kamar jamaah haji secara berkala
- 2) Dokter kloter tidak dapat memantau jamaah haji yang pindah kloter dan jamaah haji yang sepanjang hari berada di luar pondokan. Dokter kloter menyampaikan kepada ketua regu dan ketua rombongan tentang pentingnya jamaah haji menghindari paparan sinar matahari pada siang hari untuk mencegah dehidrasi
- 3) Rujukan dari kloter ke BPHI lebih sering menggunakan taksi, karena terbatasnya ambulans yang ada, dengan penggantian biaya sebesar 50% oleh Subkoordinator TKHI Makkah.
- 4) Jumlah dan jenis obat tidak sesuai dengan penyakit yang terjadi selama musim haji. Kebutuhan obat yang tidak tersedia dilakukan penulisan resep dan jamaah haji membeli di *drug store*

**g) Arafah**

- 1) Penempatan jamaah haji di tenda berdasarkan regu dan rombongan, sehingga penempatan jamaah haji risti terpencar-pencar atau tidak dapat dekat dengan petugas kesehatan. Dokter kloter mengunjungi kamar jamaah haji secara berkala
- 2) Selama wukuf di Arafah, dokter kloter mengalami kesulitan untuk mendapatkan ambulans. Apabila ada yang perlu dirujuk, dengan menggunakan taksi atas biaya jamaah haji yang bersangkutan

**h) Perjalanan Arafah - Mina**

- 1) Pengemudi bis tidak mengetahui letak kemah untuk jamaah haji Indonesia, sehingga jamaah haji diturunkan di dekat *jamarat*, dan akhirnya tersesat, sehingga jamaah haji mengalami dehidrasi.
- 2) Jamaah haji risti terpencar, karena penyusunan dalam bis sesuai dengan rombongannya masing-masing

**i) Makkah (*pasca wukuf*)**

- 1) Terjadi peningkatan jamaah haji yang sakit, terutama infeksi saluran pernapasan. Dokter kloter mengupayakan penambahan obat paket
- 2) Permintaan obat tambahan tidak mendapatkan jumlah yang memadai. Bila diperlukan jamaah haji diminta membeli sendiri di *drug store*

**5.5.3 Ringkasan hasil *indepth interview* pendampingan kesehatan**

- a) Embarkasi : Dari seluruh responden, 78,85% hanya melakukan pemantauan pasif 9,62% menyatakan sudah mengenal jamaah calon haji sejak di daerah asal
- b) Pesawat : Pemantauan secara pasif saat keberangkatan dilakukan oleh 51,92% responden dan saat kepulangan hanya 7,69% responden. Pemantauan langsung oleh

- dokter saat keberangkatan sebesar 19,23% responden dan saat kepulangan menurun menjadi 5,77%. Penyuluhan kesehatan di pesawat saat keberangkatan dilakukan oleh 19,23% responden dan pada saat kepulangan menurun menjadi 3,85%
- c) Perjalanan sesuai ruas perjalanan kloter : sebagian besar responden mengalami kesulitan dalam mengumpulkan jamaah haji risi pada bis yang sama, tidak memberikan bekal obat kepada ketua rombongan dan tidak melakukan penasehatan.
  - d) Makkah dan Madinah: lebih kurang 60% responden menyatakan ruangan petugas TKHI berada jauh dari ruang jamaah terutama yang risiko tinggi, sehingga tidak dapat melakukan tugas pendampingan secara sempurna. Lebih dari separuh responden telah merujuk jamaah haji ke BPHI, walaupun baru tiba dari tanah air.
  - e) Arafah dan Mina : responden tidak dapat mengatur penempatan jamaah haji risiko tinggi supaya dekat dengan tenda petugas kesehatan, responden tidak dapat melakukan kegiatan pelaksanaan pendampingan kesehatan, responden tidak melakukan pemantauan makanan, minuman dan kesehatan lingkungan kloternya, dan 61,54% responden melakukan rujukan. Rujukan yang dilakukan dari Arafah dan Mina menuju BPHI Makkah merupakan kesulitan karena arah kendaraan yang dipergunakan harus melawan arus lalu lintas yang sangat padat.
  - f) Makkah (pasca wukuf) : 76,92% responden tidak dapat mengatur jamaah haji risiko tinggi supaya dekat dengan ruang petugas. Kegiatan pendampingan kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik oleh 98,08% responden, 78,85% responden melakukan rujukan jamaah haji ke BPHI Makkah
  - g) Debarkasi : 78,85% responden tidak melakukan pelayanan kesehatan dan 17,31% responden merujuk jamaah haji sakit ke poliklinik debarkasi

## **BAB 6**

# **PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

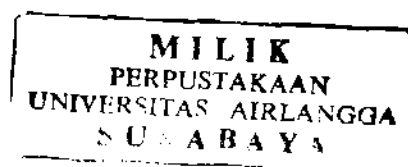
#### 6.1. Profil Jamaah Haji Propinsi Jawa Timur

Persentase jamaah haji propinsi Jawa Timur dari tahun ke tahun, terbesar (lebih dari 80%) diantara Propinsi lain yang berangkat dari embarkasi Surabaya. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan atau kendala yang timbul dalam program ini sebagian besar berkaitan dengan jamaah haji asal propinsi Jawa Timur. Melihat persentase jamaah haji antar koordinator wilayah, tampak bahwa koordinator wilayah Pamekasan dan Malang merupakan daerah dengan jumlah jamaah hajinya cukup besar dan mereka memiliki keinginan dan kemauan yang tinggi dalam menunaikan ibadah haji. Wilayah wilayah dimaksud bila digambarkan dalam peta propinsi Jawa Timur, merupakan daerah dengan bentuk menyerupai tapal kuda.

Jika dilihat persentase kematian antar Kabupaten Kota, terdapat kematian yang terjadi pada jamaah haji sehat sebesar 0,06% yang tersebar di 20 Kabupaten Kota dan 0,45% kematian pada jamaah haji risiko tinggi yang tersebar pada 29 Kabupaten Kota. Selanjutnya terdapat 19 dari 37 daerah Kabupaten Kota yang mempunyai angka kematian lebih tinggi dari angka kematian Propinsi, yang menjadi penyebab tingginya angka kematian jamaah haji Propinsi Jawa Timur. Empat dari lima angka kematian tertinggi Kabupaten Kota tersebut, justru terdapat pada wilayah/ daerah dengan jamaah hajinya relatif sedikit, seperti Kota Blitar, Kabupaten Trenggalek, Kota Kediri dan Kabupaten Nganjuk.

Hal ini dapat disebabkan karena jumlah jamaah calon haji yang relatif sedikit, sehingga walaupun jumlah kematian kecil tetapi persentasenya relatif tinggi. Disamping itu, kondisi kesehatan dianggap oleh masyarakat sebagai suatu hal yang tidak penting untuk diperhatikan bagi jamaah calon haji

Angka kematian total, kematian risti, kematian jamaah haji sehat dan proporsi kematian sehat-risti menurut program, berbeda bila dibandingkan dengan hasil penelitian. Hal ini disebabkan karena, angka ketepatan dalam sistem pencatatan dan pelaporan tidak terlalu baik. Menurut Azwar (1996), ketepatan pencatatan dan pelaporan di Puskesmas berkisar antara 34-40%. Sebab lain adalah bahwa jamaah calon haji ternyata melakukan pemeriksaan kesehatan dan penyaringan kesehatan tidak di wilayah domisilinya. Jamaah haji cenderung melakukan jalan pintas untuk mendapatkan buku kesehatan dan bukan menempuh pemeriksaan untuk menentukan kategori. Padahal kategorisasi amat berguna bagi yang bersangkutan dalam masa pendampingan kesehatannya. Keadaan ini dapat terjadi karena memang ada peraturan yang memberikan kemudahan cara pendaftaran yaitu diperkenankan mendaftarkan dimana saja, dengan syarat mempunyai kartu tanda penduduk di tempat pendaftaran. Kemudahan ini dibuat dengan maksud memberikan peluang bagi jamaah calon haji untuk menyatu dengan sanak keluarga yang akan berangkat secara bersamaan dari satu Kabupaten Kota. Dengan adanya kebijakan di atas menyebabkan timbulnya kesulitan di pihak kesehatan, terutama pada pelaksanaan monitoring kesehatan oleh Puskesmas setelah kepulangan dari Arab Saudi dan kesulitan pada pelacakan dan penanggulangan penyakit *meningitis meningokokus*





## 6.2 Kepekaan Penyaringan

### 6.2.1 Kategorisasi risiko dan bukan risiko

Sesuai laporan kematian dari program yang di *cross check* dengan penentuan kategori jamaah haji saat dilakukan penyaringan kesehatan di puskesmas, terdapat perbedaan. Hal ini disebabkan karena penentuan kategori yang berbeda saat penyaringan kesehatan di Puskesmas dengan kategori yang terdapat pada rekapitulasi jamaah haji risti kabupaten kota. Perbedaan kategori ini juga sesuai dengan wawancara dokter yang melaksanakan pendampingan kesehatan kelompok terhang bahwa saat baru tiba di Bandara Madinah atau Jeddah, dokter kloter sudah merujuk jamaah haji ke BPHI. Hal ini menunjukkan bahwa jamaah haji sudah mempunyai risiko sejak sebelum berangkat dengan kondisi kesehatan yang tidak prima, meskipun dalam buku kesehatannya tertulis sehat. Penyebabnya adalah belum adanya pembinaan kesehatan pada rentang waktu antara penyaringan kesehatan sampai dengan saat keberangkatan, sebagaimana hasil wawancara dengan dokter Puskesmas yang melakukan penyaringan kesehatan, bahwa 89,65% tidak melakukan pembinaan kesehatan.

Tidak dilaksanakannya pembinaan kesehatan ini disebabkan antara lain oleh karena

a) Puskesmas

- 1) Tidak mematuhi petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan jamaah calon haji
- 2) Menganggap proses dengan kesehatan sudah selesai pada jamaah calon haji dengan hasil pemeriksaan sehat dan memenuhi syarat untuk menunaikan ibadah haji
- 3) Perhatian lebih banyak pada program kesehatan prioritas
- 4) Tidak tersedianya anggaran khusus untuk program kesehatan haji

b) Calon haji:

- 1) Calon haji yang dinyatakan sehat, menganggap bahwa persyaratan kesehatan untuk menunaikan ibadah haji sudah dipenuhi
- 2) Tidak melakukan konsultasi ke Puskesmas secara berkala, dengan alasan apabila ditemukan suatu penyakit, ada kekhawatiran tidak diperkenankan berangkat untuk menunaikan ibadah haji
- 3) Kesulitan mencapai Puskesmas, dengan alasan jarak ke Puskesmas jauh, kesulitan transpor
- 4) Pada umumnya jamaah calon haji sudah mengikuti kelompok bimbingan ibadah haji yang diselenggarakan oleh pihak ketiga

Menurut Beaglehole, (1993) penyaringan adalah proses dengan maksud agar penyakit atau kelainan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi dengan menggunakan berbagai uji yang dapat diterapkan secara cepat dalam sebuah skala besar. Penyaringan pada umumnya bukan merupakan uji diagnostik dan oleh karena itu memerlukan penelitian tindak lanjut yang cepat dan pengobatan yang tepat pula. Inisiatif untuk melakukan penyaringan datang dari pemberi pelayanan kesehatan, bukan berasal dari orang-orang yang menjalaninya.

Pelaksanaan ibadah haji sebagian besar menggunakan kekuatan fisik dan untuk itu, salah satu syarat ibadah haji (*isti'thoah*) adalah kondisi fisik sehat atau prima sehingga yang bersangkutan dapat menjalankan prosesi haji dengan sempurna. Program penyelenggaraan kesehatan haji bertujuan untuk menyiapkan kondisi fisik jamaah calon haji agar dapat melaksanakan ibadah haji dengan sempurna, dan bukan melarang orang untuk menunaikan ibadah haji. Oleh karena itu pada tahap awal dilakukan suatu

penyaringan kesehatan untuk menentukan dua kategori yaitu sehat dan risiko tinggi. Sehat diartikan bahwa kondisi fisik yang bersangkutan dapat menunjang kegiatan fisik yang memang sangat diperlukan dalam pelaksanaan ibadah haji. Risiko tinggi berikut jenisnya ditentukan untuk menentukan cara pembinaan kesehatan selanjutnya.

Penyaringan kesehatan jamaah calon haji dilandasi oleh karakteristik penyakit yaitu :

- a) serius, bahwa bila penyakitnya dibiarkan akan dapat menurunkan kondisi fisik jamaah calon haji, sehingga menyebabkan ketidaksempurnaan ibadah
- b) prevalensi tinggi dalam populasi. Penyakit yang mempunyai prevalensi tinggi di masyarakat juga akan tercermin dalam populasi jamaah calon haji, seperti penyakit jantung dan paru.
- c) Riwayat penyakit dikenal dan dimengerti oleh pemberi pelayanan kesehatan maupun masyarakat, sehingga dapat diperoleh suatu pemahaman yang sama baik oleh pemberi pelayanan kesehatan maupun oleh jamaah calon haji

Selanjutnya kepada jamaah calon haji risiko tinggi dilakukan pembinaan kesehatan yaitu dirawat, diobati, dipantau dan dinasehati agar pada saat keberangkatan nanti kondisi fisiknya dapat lebih baik dari kondisi sebelumnya, sehingga yang bersangkutan dapat melaksanakan sendiri ibadah hajinya tanpa bantuan orang lain. Dengan demikian apabila penyakit atau kelainan dapat ditemukan sejak awal, maka pengobatan dan perawatan secara dini menjadi lebih efektif dalam menurunkan mortalitas dan morbiditas, dibandingkan dengan pengobatan dan perawatan yang dimulai sesudah perkembangan penyakit itu berlanjut. Pengobatan dan perawatan ini juga dapat diterima oleh orang yang tidak mempunyai gejala penyakit atau merasa sehat. (Beaglehole, 1993)

Dari jenis penyaringan yang dikemukakan oleh Beaglehole, penyaringan kesehatan jamaah calon haji termasuk dalam penyaringan massal yaitu penyaringan yang melibatkan populasi jamaah calon haji secara menyeluruh, agar tujuan program dapat tercapai. Terdapat 7 Kabupaten kota yang kurang akurat dalam menentukan kategorisasi, 6 diantaranya berada pada wilayah dengan animo naik haji cukup tinggi, dan kemungkinan merubah kategori sakit menjadi sehat, hanya sekedar untuk dapat diberangkatkan. Hal ini sebenarnya tidak sesuai dengan tujuan program penyelenggaraan kesehatan haji.

### 6.2.2 Bentuk status kesehatan Puskesmas

Dalam penelitian ditemukan adanya tiga bentuk status kesehatan jamaah calon haji yang dibuat oleh Puskesmas. Adanya tiga bentuk diatas, menunjukkan bahwa belum ada keseragaman dalam membuat status kesehatan, meskipun masing masing Puskesmas dan atau Kabupaten Kota telah mendapatkan sosialisasi tentang formulir bantu pemeriksaan kesehatan di Puskemas. Hal ini di dukung oleh hasil interview, menyatakan bahwa program ini tanpa diawali suatu pelatihan atau review, program berjalan dengan sendirinya setiap tahun secara rutin berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan dari Pusat, tanpa kesepakatan atau kesamaan persepsi seluruh petugas kesehatan terhadap program.

Ada 11 Kabupaten kota yang seluruhnya atau sebagian hanya membuat sekedar catatan, dan 9 diantaranya berada pada dengan animo naik haji cukup tinggi, jumlah dan persentase jamaah calon haji cukup besar, sehingga secara tidak langsung dapat menambah tingkat kesalahan kategorisasi dan atau merubah kategorisasi. Disamping itu, perhatian Puskesmas terhadap program penyaringan kesehatan jamaah calon haji tidak sebanding dengan perhatian terhadap program kesehatan prioritas seperti *eradikasi polio*,

*eliminasi tetanus neonatorum*, imunisasi, kesehatan ibu dan anak (KIA) dan lain lain. Dari hasil wawancara dengan dokter yang melakukan penyaringan kesehatan dinyatakan bahwa pembiayaan program kesehatan haji ini tersedia dalam jumlah yang kecil, bahkan ada yang sama sekali tidak tersedia anggaran. Hal ini juga yang menyebabkan banyak Puskesmas yang tidak melaksanakan pembinaan kesehatan selama menunggu keberangkatan. Walaupun program ini bukan program prioritas, tetapi karena program ini adalah program Nasional dan lintas sektor, maka sebaiknya tetap disediakan pembiayaan programnya, tentunya oleh Pemerintah Kabupaten Kota.

### **6.2.2 Kesesuaian risiko dengan sebab kematian**

Usia lanjut dan sehat seharusnya tidak meninggal apabila penyaringan kesehatannya akurat dan dilakukan pembinaan kesehatan secara kontinyu, tetapi pada kenyataannya bahwa usia lanjut dan sehat ternyata sebagian besar mempunyai kelainan penyakit paru sebagaimana hasil penelitian pada bab 5, padahal penyakit paru biasanya dapat di deteksi sejak awal dan tampak gejalanya dan dapat diikuti perkembangannya. Pada penyakit jantung kejadian kematian sangat mendadak, sedangkan pada penyakit paru melalui proses waktu yang cukup lama, jadi seharusnya penyakit paru dapat di deteksi jauh sebelumnya terutama tingkat keseriusannya. Pada penderita penyakit paru umumnya mengetahui kemampuannya dalam melakukan kegiatan fisik dan selalu memperhatikan kondisinya.

Beberapa kemungkinan yang terjadi pada jamaah haji dengan kategori sehat yang meninggal ini adalah:

- 1) Yang bersangkutan termasuk kategori risti penyakit dan tidak terdeteksi saat penyaringan kesehatan

- 2) Yang bersangkutan menderita sakit setelah pelaksanaan tahap penyaringan kesehatan dan tidak diketahui oleh Puskesmas karena pembinaan kesehatan tidak dilakukan (jarak antara penyaringan kesehatan dengan waktu keberangkatan adalah 4-5 bulan)
- 3) Yang bersangkutan mempunyai penyakit tetapi tanpa gejala yang nyata, sehingga termasuk kategori sehat, tetapi gejala penyakitnya tampak atau menjadi manifes setelah melakukan kegiatan fisik dalam rangkaian ibadah haji di Arab Saudi.

Ketidak sesuaian antara diagnosis rawat inap dengan sebab kematian pada laporan program, menunjukkan bahwa dalam satu atap institusi terdapat perbedaan informasi, karena orang yang melakukan pencatatan di BPHI berbeda dengan orang yang melakukan pencatatan di organisasi struktural daerah kerja pelayanan kesehatan Madinah atau Makkah. Ketidak sesuaian terlihat semakin tinggi bila hasil kategorisasi dihadapkan dengan masing masing variabel sebab kematian dan diagnosis rawat inap. Ketidak sesuaian antara kategori dan sebab kematian dan ketidak sesuaian antara kategori mengakibatkan hasil kategori yang dibawa oleh dokter kloter tidak akurat dan tidak relevan. Keadaan ini tidak sesuai dengan teori penyaringan dari Beaglehole, bahwa penyakit dengan periode waktu yang sangat panjang antara tanda tanda pertama penyakit sampai dengan timbulnya penyakit, dapat di diagnosis dengan menggunakan penyaringan. Pengobatan secara dini seharusnya menjadi lebih efektif dalam menurunkan mortalitas dan morbiditas, dibandingkan pengobatan yang dimulai sesudah perkembangan penyakit itu berlanjut.

Kematian di rumah sakit Arab Saudi dan di BPHI mencapai 57,89% dari seluruh kematian jamaah haji. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yang bersangkutan terlambat dirujuk dan menjalani rawat inap dalam keadaan parah atau kritis

karena menolak dirujuk saat penyakitnya belum parah, pengamatan dokter kloter terhadap jamaah haji yang kurang sempurna dan kesulitan mencari alat angkut dari pondokan ke BPHI atau rumah sakit

#### **6.2.4 Penyaringan kesehatan dan pendampingan kesehatan sebagai sistem**

Penyelenggaraan kesehatan haji pada dasarnya adalah menyiapkan kondisi kesehatan jamaah calon haji melalui penyaringan kesehatan bertahap dan pembinaan kesehatan dengan tujuan agar jamaah calon haji dapat melaksanakan ibadah haji secara sempurna. Kemudian selama perjalanan dilakukan pendampingan kesehatan dengan tujuan agar kondisi kesehatan jamaah haji tetap prima dalam menempuh prosesi haji dan kembali pulang ke Indonesia dalam kondisi kesehatan prima atau minimal kondisinya sama dengan saat keberangkatan. Kegiatan penyelenggaraan kesehatan haji sejak awal sampai dengan kembali ke Indonesia merupakan rangkaian yang tidak terputus, dalam arti tahapannya saling berangkai, saling tergantung, saling mempengaruhi. Hal ini sesuai dengan teori sistem. Penyelenggaraan kesehatan haji dilihat sebagai suatu sistem terdiri dari subsistem penyaringan kesehatan di Puskesmas, subsistem pemeriksaan kesehatan di Kabupaten Kota, subsistem pelayanan kesehatan embarkasi, subsistem pendampingan kesehatan perjalanan haji, subsistem pelayanan kesehatan paripurna di Arab Saudi, subsistem pelayanan kesehatan debarkasi dan subsistem pemantauan kesehatan di Puskesmas. Pada subsistem penyaringan kesehatan dihasilkan luaran berupa hasil kategorisasi jamaah calon haji sehat dan risiko tinggi dan informasinya telah tercantum secara lengkap pada buku kesehatan jamaah hajinya. Luaran ini merupakan masukan bagi pemeriksaan kesehatan di Kabupaten Kota. Luaran dari subsistem pemeriksaan kesehatan Kabupaten Kota adalah penentuan layak berangkat bagi jamaah calon haji sehat maupun risiko tinggi disertai

dengan dokumen kesehatan yang diperlukan dalam perjalanan internasional. Pada tahap ini jamaah calon haji yang tidak layak diberangkatkan atau yang gagal dibina kesehatannya sudah tersaring dan tidak diberangkatkan ke embarkasi. Jamaah calon haji risiko tinggi yang gagal dibina yaitu yang kondisi kesehatannya tidak membaik minimal untuk dapat melaksanakan kegiatan fisik dalam perjalanan ibadah haji tanpa bantuan orang lain. Luaran subsistem pemeriksaan kesehatan di Kabupaten Kota merupakan masukan bagi subsistem pelayanan kesehatan embarkasi dan dapat di proses untuk persiapan keberangkatannya per kelompok terbang. Luaran dari subsistem pelayanan kesehatan embarkasi berupa jamaah calon haji berikut informasi kategori, kelengkapan dokumen kesehatan dan jamaah calon haji tidak membawa penyakit karantina dan penyakit menular ke Arab Saudi. Hal ini merupakan masukan bagi subsistem pendampingan kesehatan kloter dalam melaksanakan proses pemantauan, pembinaan, pelayanan dan penasehatan kepada semua jamaah haji selama perjalanan dengan tujuan agar supaya seluruh jamaah haji dengan kondisi kesehatan yang dimilikinya dapat melaksanakan sendiri prosesi haji dan kembali lagi ke Indonesia dalam keadaan sehat. Tujuan ini merupakan luaran dari subsistem pendampingan kesehatan dan dipergunakan sebagai masukan bagi subsistem pelayanan kesehatan paripurna di Arab Saudi, juga sebagai masukan bagi subsistem pelayanan kesehatan debarkasi pada saat kepulangan dan selanjutnya bagi pelaksanaan pemantauan kesehatan oleh puskesmas sesuai domisili jamaah haji yang bersangkutan

#### **6.2.5 Hasil kategorisasi sebagai informasi**

Adanya ketidaksesuaian hasil kategori dengan fakta di lapangan, maka rekapitulasi jamaah haji risi tidak dapat dipergunakan sebagai informasi bagi dokter pendamping kesehatan kloter. Pada penelitian, hasil kategorisasi berupa daftar jamaah haji risiko tinggi



kloter sebagai suatu informasi bagi pendampingan kesehatan hanya mempunyai tingkat kepercayaan sekitar 11,76 sampai dengan 20,59% saja. Akibatnya dokter pendamping kesehatan kloter tidak dapat melakukan pemantauan jamaah haji risti secara baik dan sempurna dan oleh karena itu yang bersangkutan melakukan pendataan ulang jamaah haji risti di kloternya, yang pelaksanaannya banyak menemui kesulitan. Keadaan ini dapat menjelaskan penyebab masih tingginya kematian di pondokan.

Hal ini tidak sesuai dengan teori Sistem Informasi Manajemen. Sistem Informasi Manajemen adalah suatu sistem yang diciptakan untuk melaksanakan pengolahan data yang akan dimanfaatkan oleh suatu organisasi. Pemanfaatan data dimaksudkan untuk penunangan pada tugas rutin, evaluasi terhadap prestasi organisasi dan untuk pengambilan keputusan oleh organisasi tersebut. Di sini terdapat tiga sistem yang terkait, yaitu :

- a) Sistem sosial yang disebut organisasi
- b) Sistem manajemen atau tatalaksana yang dimaksudkan untuk meningkatkan tata kerja, produktivitas, efektivitas dan efisiensi organisasi serta satuan-satuan yang terdapat di dalamnya
- c) Sistem informasi yang berupa manajemen pengolahan data beserta semua kegiatan penyediaan informasi untuk pengambilan keputusan (Kumorotomo,1996)

Dalam sistem penyelenggaraan kesehatan haji, terdapat proses yang menghasilkan luaran berupa informasi yang seharusnya sesuai dengan teori Parker. Parker (1989) dalam Kumorotomo,1996, menyebutkan tentang syarat-syarat informasi yang lebih lengkap sebagai berikut:

- a. ketersediaan (*availability*), dan dapat diperoleh (*accessability*): syarat yang mendasar adalah tersedianya informasi dan dapat diperoleh oleh orang yang hendak memanfaatkannya. Buku kesehatan jamaah haji yang diisi lengkap oleh Puskesmas yang melakukan penyaringan kesehatan, selanjutnya pada pembinaan kesehatan selalu dicatat tentang perubahan kondisi kesehatan jamaah calon haji yang bersangkutan, merupakan ketersediaan informasi yang sangat bermanfaat bagi dokter kloter dalam melaksanakan pemantauan kesehatan yang bersangkutan selama perjalanan. Rekapitulasi jamaah haji risiko tinggi yang disusun oleh Kabupaten Kota dan yang disusun per kloter oleh embarkasi, juga membantu pelaksanaan tugas dokter kloter.
- b. mudah dipahami (*comprehensibility*): Informasi harus mudah dipahami oleh pembuat keputusan, baik yang menyangkut tugas rutin maupun tugas yang bersifat strategis. Informasi yang rumit dan berbelit-belit akan membuat kurang efektifnya keputusan manajemen. Informasi yang tercantum dalam buku kesehatan jamaah haji berupa kondisi kesehatan jamaah calon haji, diagnosis dan tindakan medik yang pernah dilakukan maupun informasi pada rekapitulasi jamaah haji risiko tinggi berupa jenis kategori risiko tinggi akan sangat mudah dipahami oleh dokter kloter
- c. relevan, dalam konteks organisasi, informasi harus relevan dengan permasalahan, misi dan tujuan organisasi. Informasi yang didapatkan oleh dokter kloter berhubungan dengan pelaksanaan tugas pendampingan kesehatan perjalanan haji dengan tujuan agar jamaah haji yang bersangkutan dapat melaksanakan ibadah haji dengan kondisi kesehatan prima atau minimal kondisi jamaah haji risiko tinggi tersebut dapat dipertahankan agar dapat melaksanakan prosesi haji tanpa bantuan orang lain

- d. bermanfaat dan tepat waktu. informasi harus dapat tersaji ke dalam bentuk yang memungkinkan untuk pemanfaatan oleh organisasi. Rekapitulasi jamaah haji risiko tinggi yang disusun per kloter oleh embarkasi berdasarkan informasi dari Kabupaten Kota dan dari buku kesehatan jamaah haji diserahkan kepada dokter kloter pada tahap persiapan keberangkatan kloter yang bersangkutan di embarkasi, sebagai titik awal tugas pendampingan kesehatan
- e. keandalan (*reliability*), informasi harus dapat diperoleh dari sumber-sumber yang dapat diandalkan kebenarannya. Pengolah data dan pemberi informasi harus dapat menjamin tingkat kepercayaan yang tinggi atas informasi yang disajikan. Sumber informasi pada pelaksanaan pendampingan kesehatan perjalanan haji yaitu hasil penyaringan kesehatan dan pembinaan kesehatan sebelum berangkat. Pengolah data di Puskesmas , di Kabupaten Kota dan di embarkasi harus benar benar dapat mengandalkan tingkat kepercayaan yang tinggi atas informasi yang disusunnya
- f. akurat, informasi bersih dari kesalahan dan kekeliruan, harus jelas dan secara akurat mencerminkan makna yang terkandung dari data pendukungnya. Pada kenyataannya, informasi kategorisasi jamaah calon haji tidak bersih dari kesalahan dan kekeliruan baik dari hasil kategorisasi itu sendiri maupun karena kekeliruan para pengolah data. Semakin tidak akurat informasi yang diperoleh oleh dokter kloter akan semakin menyulitkan tugas dokter kloter terutama dalam pelaksanaan pemantauan jamaah haji risiko tinggi selama perjalanan dan mengakibatkan timbulnya ketidaksesuaian antara jenis kategori dengan fakta di lapangan maupun pada saat jamaah haji yang bersangkutan sakit dan menjalani rawat inap dan bahkan sebab kematian yang tidak sesuai apabila jamaah haji tersebut meninggal

- g. konsisten, informasi tidak boleh mengandung kontradiksi di dalam penyajiannya karena konsistensi merupakan syarat penting bagi dasar pengambilan keputusan.

### **6.3 Karakteristik Kematian Jamaah Haji**

Terdapat peningkatan yang cukup besar pada jumlah jamaah haji propinsi Jawa Timur tahun 2001 bila dibandingkan dengan tahun tahun sebelumnya, sedangkan distribusi dan frekuensi menurut jenis kelamin, kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, risiko penyakit, sebab kematian, lokasi kematian setiap tahunnya tidak banyak berbeda .

Pada musim haji tahun 1999 sampai dengan tahun 2001, proporsi jamaah haji laki laki lebih banyak dibandingkan dengan jamaah haji perempuan. Kematian banyak terjadi pada kelompok umur lebih dari 60 tahun, proporsi terbanyak pada laki laki. Proporsi kematian jamaah haji dengan latar belakang pendidikan sekolah dasar dengan pekerja tani, merupakan proporsi yang terbanyak, yang berarti bahwa jamaah haji banyak berasal dari pedesaan, yang tidak berpengalaman dalam perjalanan jauh dan lama, perjalanan dengan menggunakan pesawat udara merupakan pengalaman pertama, sehingga harus dilakukan penasehatan secara terus menerus oleh petugas yang menyertai jamaah haji.

Pada tingkat pendidikan yang semakin tinggi, proporsinya juga semakin meningkat. Hal ini akan berpengaruh pada kemudahan pemahaman ibadah haji, pemahaman tentang kesehatan dan kemudahan untuk mengatasi kendala perjalanan haji. Kejadian kematian kemungkinan erat hubungannya dengan kekerabatan dalam perjalanan haji disamping latar belakang pendidikan, pekerjaan dan pengalaman perjalanan. Pada jamaah haji perempuan yang tidak didampingi oleh suaminya, walaupun ada mahramnya dalam melaksanakan ibadah haji, ada keterbatasan dalam memberikan perhatian bila yang bersangkutan menderita sakit. Hal ini disebabkan karena faktor budaya di Arab Saudi yakni ada

pemisahan pelayanan antara laki-laki dan perempuan baik tempat maupun orang yang melayaninya. Ketika seorang jamaah laki-laki sakit dan di rawat di Rumah Sakit Arab Saudi maka isterinya tidak dapat menemani karena dilarang memasuki ruangan laki-laki dan sebaliknya, faktor kesulitan bahasa juga sangat mempengaruhi, dan keengganan berpisah dengan regu atau kelompoknya.

Perawatan di balai pengobatan haji Indonesia sangat terbatas kemampuan tenaga medis, paramedis, daya tampung, kelengkapan laboratorium dan peralatan medis lainnya, sehingga pada akhirnya mereka dirujuk ke Rumah Sakit Arab Saudi. Menghadapi kendala tersebut diatas, jamaah haji yang dirawat di Rumah Sakit Arab Saudi ini minta pulang paksa dan kembali ke pondokannya.

Walaupun ada penurunan angka kematian jamaah haji pada musim haji tahun 2001 dibandingkan dengan pada musim haji tahun 2000, dari semua penyebab kematian, persentase jamaah haji yang mempunyai risiko belum menunjukkan penurunan jumlah yang berarti. Jumlah kematian pada jamaah haji yang berisiko meningkat pada musim haji tahun 2001 dibandingkan dengan musim haji tahun 2000.

Hasil penyaringan tahap awal di tingkat Puskesmas, apabila dilaksanakan sesuai dengan prosedur standar, sebenarnya sudah dapat menggambarkan status kesehatan jamaah calon haji secara umum dalam membedakan jenis penyakit, tetapi belum dapat menggambarkan berat ringannya penyakit yang diderita oleh jamaah haji. Berat ringannya penyakit ini secara tidak langsung dapat menentukan sebab kematian

Banyak faktor yang menyebabkan kematian pada jamaah haji, terutama paparan terhadap lingkungan selama kegiatan dalam proses perjalanan haji itu sendiri, iklim di Arab Saudi, sistem pelayanan umum dan pelayanan kesehatan haji baik di Indonesia

maupun di Arab Saudi, dan perilaku jamaah haji Indonesia terutama dalam pemahaman ibadah haji, merujuk pada pemahaman yang disampaikan oleh panutan tokoh agama masing-masing. Walaupun dalam latihan manasik haji di Indonesia telah diberikan pemahaman tentang perilaku yang mengutamakan ibadah wajib, para jamaah tetap melakukan kegiatan ibadah *sunnah* yang menguras tenaga fisik. Faktor ini ditambah lagi dengan tidak memperhatikan kebersihan, gizi dan istirahat yang cukup. Manifestasi penyakit pada jamaah haji dapat muncul, ketika jamaah haji melakukan kegiatan fisik yang berat, dan penyakitnya semakin berat bila ditambah dengan kualitas gizi yang kurang baik.

Puncak kegiatan ibadah haji berada di kota Makkah, situasi ini mempengaruhi kondisi kesehatan jamaah haji, baik jamaah haji yang tidak mempunyai risiko maupun jamaah haji yang mempunyai risiko, karena pada saat itu jamaah haji banyak melakukan kegiatan ibadah ritual, baik yang wajib maupun yang *sunnah*. Oleh karena itu kejadian kematian dari semua sebab kematian paling banyak di kota ini dan dengan lokasi kejadian di pondokan. Kematian yang disebabkan oleh penyakit *kardiovaskuler* merupakan penyebab kematian terbanyak dan sebagian besar terjadi di lokasi pondokan. Gambaran ini merupakan petunjuk bahwa sistem penyaringan kesehatan jamaah calon haji termasuk pembinaan kesehatannya, dan tatalaksana pelayanan kesehatan haji dengan risiko, belum baik atau belum sesuai standar. Lokasi kejadian kematian diluar pelayanan kesehatan di Arab Saudi merupakan rendahnya pelayanan kesehatan khususnya pada pengawasan jamaah yang berisiko di kelompok terbang dan atau di pondokan, termasuk jamaah haji pasca perawatan.

Pada kelompok individu tertentu dengan kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak tak jenuh cukup banyak, usia tua, penderita penyakit gula,

*hipertensi esensial* merupakan kelompok yang cenderung banyak terkena serangan penyakit ini terutama saat puncak pelaksanaan ibadah haji. Kelompok ini bila dinyatakan tidak mempunyai risiko pada penyaringan tahap awal akan luput dari perhatian jamaah sendiri maupun oleh petugas kesehatan.

#### **6.4 Pelaksanaan Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan Jamaah Calon Haji di Puskesmas**

##### **a) Pelatihan program**

Dalam pelaksanaan suatu program Nasional seperti penyelenggaraan kesehatan haji ini diperlukan suatu pemahaman yang sama pada setiap tingkatan administrasi institusi kesehatan dengan tujuan agar hasil yang dicapai sesuai dengan tujuan. Dari hasil wawancara, 97,70% atau 85 responden menyatakan bahwa program dilaksanakan tanpa diawali dengan pelatihan program. Akibatnya, hasil penyaringan kesehatan berupa kategorisasi seperti yang tertera pada bab 5, terjadi penyimpangan prosedur standar terutama dalam tatalaksana pemeriksaan, tidak dilakukannya pembinaan kesehatan, pengisian dan penentuan kode diagnosis buku kesehatan jamaah haji.

Hasil kategori sebagai suatu informasi pada akhirnya tidak dapat memenuhi kriteria informasi yang diharapkan sehingga tidak dapat dipergunakan oleh subsistem tahap berikutnya.

##### **b) Penatalaksanaan penyaringan kesehatan**

Penatalaksanaan penyaringan kesehatan jamaah calon haji dan kualifikasi tenaga kesehatan yang melaksanakannya akan menentukan hasil atau luaran yang diharapkan. Dari hasil wawancara, pengisian status kesehatan oleh dokter hanya 10,16% dari responden, anamnesa oleh dokter dilakukan oleh 36,78% responden dan pemeriksaan

fisik oleh dokter sebesar 85,06% responden. Hal ini mengakibatkan hasil penyaringan kesehatan berupa kategori sehat dan risiko tinggi menjadi kurang akurat, dan akan lebih tidak akurat dalam menentukan jenis risiko tingginya, padahal penentuan jenis risiko tinggi akan mengarahkan pada program pembinaan, pengobatan dan perawatan kesehatan jamaah calon haji dalam rangka mempersiapkan kondisi fisik jamaah calon haji dalam menjalankan ibadah haji. Kendala yang dijumpai saat dilakukan anamnesa dan pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji, bahwa calon haji ada yang sengaja tidak mau membuka riwayat penyakitnya, karena ada kekhawatiran bahwa kalau memberitahukan penyakitnya justru tidak dapat berangkat menunaikan ibadah haji. Untuk mengatasi hal ini diperlukan suatu sosialisasi tentang tujuan penyaringan kesehatan kepada masyarakat khususnya jamaah calon haji dan para *stakeholder*

#### **c) Pembinaan kesehatan**

Penyaringan kesehatan dilakukan oleh Puskesmas sekitar 4–5 bulan sebelum jamaah calon haji diberangkatkan. Waktu yang disediakan ini dimaksudkan untuk membina, mengobati, merawat dan menasehati jamaah calon haji agar pada saat keberangkatan mempunyai kondisi fisik prima. Dari hasil wawancara, didapatkan bahwa Puskesmas yang melaksanakan pembinaan kesehatan kepada jamaah calon haji hanya 6,90% responden. Pada tahap pembinaan kesehatan ini, sebagian besar Puskesmas tidak melaksanakannya dengan alasan bahwa calon haji sulit untuk datang karena jarak jauh, sudah ikut KBIH, merasa dirinya sudah sehat. Bagi jamaah calon haji yang dinyatakan sehat, dan dianggap layak untuk menunaikan ibadah haji merupakan suatu jaminan dapat berangkat dan tidak dapat diganggu gugat. Sebagian responden menyatakan belum mempunyai petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis pembinaan kesehatan haji yang



rinci. Hal ini menunjukkan bahwa segala perubahan yang terjadi pada jamaah calon haji selama menunggu keberangkatan sebagian besar tidak diketahui baik oleh Puskesmas maupun oleh jamaah calon haji yang bersangkutan. Bahkan, kondisi fisik jamaah calon haji risiko tinggi semakin menurun sedemikian sehingga pada saat keberangkatan justru menjadi gagal berangkat. Keadaan ini apabila terjadi pada jamaah calon haji yang berasal dari daerah yang jamaah hajinya mempunyai motivasi yang kuat untuk menunaikan ibadah haji, muncul sebagai suatu pemaksaan kehendak untuk berangkat tanpa memedulikan kondisi fisiknya dan akan berpengaruh pada pihak kesehatan untuk bersikap merubah kategori atau melepaskannya dengan risiko ditanggung sendiri oleh yang bersangkutan. Padahal pada perjalanan ibadah haji bukan yang bersangkutan saja yang akan terhambat tetapi sebenarnya apabila terjadi sesuatu terhadap jamaah calon haji seperti ini akan menghambat perjalanan atau pergerakan kelompok terbangnya baik saat penerbangan maupun perjalanan darat selama di Arab Saudi. Kurangnya pemahaman pentingnya pembinaan kesehatan jamaah calon haji baik oleh Puskesmas maupun oleh jamaah calon haji akan mempersulit pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan haji pada subsistem subsistem selanjutnya terutama pada pelaksanaan pendampingan kesehatan perjalanan haji.

**d) Ketersediaan buku kesehatan jamaah haji**

Ketersediaan buku kesehatan jamaah haji yang dibutuhkan pada saat pelaksanaan penyaringan kesehatan mutlak diperlukan karena didalam buku tersebut terdapat formulir sebagai suatu keterangan dari Puskesmas atau hasil penyaringan kesehatan yang dipergunakan oleh jamaah calon haji sebagai salah satu persyaratan penyetoran biaya perjalanan ibadah haji (BPIH). Kode diagnosis yang tercantum pada buku tersebut

dipergunakan oleh bank penerima setoran sebagai data entri yang diakses oleh pusat informasi haji maupun oleh subsistem penyelenggaraan kesehatan tahap selanjutnya. Dari hasil wawancara, 71,26% menyatakan terlambat menerima buku kesehatan. Berarti bahwa hasil penyaringan kesehatan yang diserahkan ke Bank penerima setoran sebagian besar tidak menggunakan formulir standar yang tersedia pada buku kesehatan, dan dapat mempengaruhi mekanisme penerbitan surat keterangan kesehatan, sehingga ada kemungkinan terjadi kesalahan informasi kode diagnosis

#### **e) Penerbitan buku kesehatan dan penentuan kode diagnosis**

Buku kesehatan jamaah haji merupakan suatu informasi kesehatan atau *medical record* bagi jamaah haji yang bersangkutan maupun bagi pelaksana pemantauan dan pelayanan kesehatan selama perjalanan haji. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa pengisian buku oleh dokter sebesar 24,14% dan pengisian oleh paramedis dengan kontrol oleh dokter sebesar 47,12%. Kode diagnosis yang tidak tepat akan mempengaruhi pembinaan kesehatan dan selanjutnya akan menyebabkan kesalahan kategori, dan akan berpengaruh terhadap pemantauan kesehatan selama perjalanan. Hal ini juga akan menimbulkan ketidaksesuaian dengan fakta sebenarnya dan mempersulit pelaksanaan pemantauan oleh dokter kloter dan pada akhirnya akan muncul ketidaksesuaian dengan diagnosis rawat inap dan sebab kematian apabila jamaah calon haji yang bersangkutan tersebut meninggal.

Adanya perbedaan cara pandang atau persepsi jamaah calon haji atau visi yang berbeda antara jamaah calon haji dengan kesehatan. Dari sisi agama, perjalanan haji adalah menjalankan ibadah sehingga tidak boleh dicegah atau dihambat, sedangkan pihak kesehatan dalam menentukan kategori dan mempersiapkan kondisi calon haji

memerlukan beberapa pemeriksaan penunjang yang dianggap sebagai calon haji sebagai penghambat atau penghalang keberangkatan haji

Pendaftaran untuk naik haji bebas atau diperkenankan dimana saja, dalam arti tidak tergantung domisili sehingga pemeriksaan pada Puskesmas juga bukan berdasarkan domisili tetapi berdasarkan tempat Kantor Departemen Agama Kabupaten Kota dimana yang bersangkutan mendaftar. Memang peraturan dari Departemen Agama demikian, dengan maksud supaya dapat berangkat haji secara berkelompok dengan sanak famili atau kerabatnya yang berjauhan dengan harapan kalau terjadi sesuatu di Arab Saudi, mereka bisa saling mengurus satu sama lain. Di lain pihak kebijakan seperti ini tanpa memperhatikan kepentingan atau menjadi kendala bagi institusi lain, sehingga kebijakan ini harus ditinjau dan di analisis lebih luas demi kepentingan semua pihak.

## **6.5 Pelaksanaan Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan Perjalanan Haji pada Kelompok Terbang**

### **a) Embarkasi**

Tugas pendampingan kesehatan oleh dokter kloter di mulai di embarkasi. Kegiatan yang diutamakan pada tahap ini adalah pemantauan kesehatan jamaah calon haji yang menjadi tanggung jawab dokter kloter selama perjalanan ibadah haji dan sekaligus dipergunakan untuk saling mengenal dalam rangka membentuk kerjasama tim. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk melakukan pemantauan kesehatan ini. Dari hasil wawancara, pemantauan secara informal masih cukup besar, sementara pemantauan oleh dokter pendamping masih amat kecil. Sebagian kecil dokter pendamping sudah mengenal jamaah calon haji sejak di daerah asal, karena asal daerah jamaah calon haji sama dengan asal daerah dokter kloter. Pada tahap ini dipergunakan juga oleh dokter

kloter untuk mengenali jamaah calon haji risiko tinggi yang nantinya akan dipantau secara ketat selama perjalanan. Untuk itu, diperlukan pemantauan aktif oleh dokter kloter sambil mengenal lebih jauh para ketua regu dan ketua rombongan, terlebih lagi apabila telah saling mengenal sejak di daerah asal, karena melalui kerjasama antara dokter kloter dengan ketua regu dan ketua rombongan, pemantauan kesehatan jamaah haji selama perjalanan akan berjalan lebih baik. Diperlukan adanya kebijakan tentang penempatan dokter kloter yang berasal dari daerah yang sama dengan asal daerah jamaah calon haji

#### **b) Pesawat terbang**

Tempat duduk di dalam pesawat diatur sesuai dengan tata urutan pra manifes, sehingga keberadaan risi menjadi terpecah-pecah. Pengelompokan jamaah haji risiko tinggi sulit dilaksanakan sesuai dengan kehendak dari kesehatan, karena penyusunan pra manifes tersebut dilakukan sejak awal yaitu sejak pembentukan kloter di Kabupaten Kota. Untuk melakukan tugas pendampingan kesehatan, harus sudah dibentuk dan dilembagakan kerjasama tim dengan melibatkan ketua regu dan ketua rombongan sejak di Kabupaten Kota atau bahkan sejak di Kecamatan. Posisi jamaah haji risiko tinggi yang terpecah-pecah akan menyulitkan dokter kloter dalam melaksanakan tugas pendampingan terutama pemantauan kesehatan, apalagi menghadapi seluruh jamaah haji yang belum berpengalaman menempuh perjalanan udara dalam waktu yang lama, sesama jamaah haji yang belum saling mengenal dan adanya kesulitan komunikasi antara jamaah haji dengan pramugara atau pramugari yang berkebangsaan asing

**c) Madinah dan Makkah**

Penempatan jamaah haji risiko tinggi di pondokan tidak dapat dekat dengan ruang petugas, sebagaimana dikehendaki oleh kesehatan. Sebagian responden mengatakan bahwa pondokan terpencar, sampai ada yang lebih dari tiga gedung, dengan jarak antaranya lebih dari 500 m, sehingga sulit melakukan pemantauan. Disamping itu, jamaah haji risti memang tidak menghendaki terpisah dengan keluarga atau kelompoknya. Jalan keluarnya adalah dokter kloter harus memberdayakan ketua regu dan ketua rombongan untuk membantu pemantauan kesehatan ini. Disini diperlukan suatu kerjasama tim dan hubungan antar manusia yang baik. Mengenai pengaturan perumahan sangat terkait dengan sistem perumahan yang sudah diatur oleh Pemerintah Arab Saudi. Sebagian responden menyatakan tidak dapat memantau jamaah haji yang berpindah kloter dan sepanjang hari berada di luar pondokan. Hal ini memang sesuatu yang selalu terjadi setiap tahun dan tidak dapat dihindari, serta berada di luar jangkauan tim kesehatan.

KBIH yang membawa dokter sendiri dan membina jamaah haji yang menjadi anggotanya, kadang kadang mengganggu mekanisme tatalaksana pendampingan kesehatan yang dilakukan dokter kloter. Diperlukan kebijakan dari Departemen Kesehatan untuk mewajibkan para dokter dari KBIH untuk mendukung dan memahami tatalaksana pendampingan kesehatan ini.

Sebagian responden menyatakan bahwa jumlah dan jenis obat tidak sesuai dengan penyakit yang terjadi di musim haji. Walaupun hal ini sifatnya relatif dan perlu penelitian lebih lanjut, ada baiknya bahwa keluhan ini perlu ditanggapi, karena pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan haji dilaksanakan setiap tahun secara rutin,

dalam waktu yang telah ditentukan dengan jumlah jamaah haji yang relatif tetap, kiranya wajar bahwa perencanaan obat dan alat kesehatan disesuaikan dengan pola epidemiologis dan pola konsumtif.

Bagi jamaah haji risiko tinggi yang kondisinya menurun saat pasca Arafah Mina, terutama jamaah haji gelombang 2, dapat diusulkan untuk dipulangkan lebih awal, mendahului kepulangan kloternya

#### **d) Arafah dan Mina**

Seperti diketahui bahwa pada tempat tempat ini jamaah haji berada di tenda dengan kondisi yang serba darurat dan sanitasi lingkungan yang kurang memadai. Pengaturan jamaah haji risti dekat dengan posisi dokter kloter pada umumnya tidak dapat dilaksanakan, karena pengaturannya adalah per regu dan rombongan. Disini diperlukan keterlibatan ketua regu dan ketua rombongan untuk ikut serta dalam pemantauan kesehatan. Kurang lebih 40 –48% dokter kloter melakukan rujukan ke BPHI. Dokter kloter menyatakan bahwa ada kesulitan untuk mencari ambulans. Hal ini memang dapat dimengerti karena ambulans seluruhnya dipergunakan untuk men *safariwukufkan* jamaah haji yang dirawat di BPHI Makkah maupun di Rumah sakit Arab Saudi. Rujukan dapat dilakukan dengan menyewa kendaraan umum dengan harga sewa yang cukup tinggi, dengan catatan arah kendaraan akan terhambat karena melawan arus lalu lintas

#### **e) Perjalanan darat antar kota (bis)**

Mengumpulkan jamaah haji risiko tinggi dalam bis yang sama, pembagian obat setiap bis dan penyuluhan kesehatan hampir seluruhnya tidak dapat dilaksanakan. Satu bis memuat satu rombongan (50 orang) dan disesuaikan dengan tata urut rombongan dalam *pra manifestes*. Obat untuk kloter disediakan satu paket dan tidak dapat dibagi bagi.

Cara mengatasi hal ini adalah membagi petugas yang ada dalam bis serta masing masing ketua rombongan diberdayakan dalam pemantauan kesehatan selama perjalanan. Disamping itu obat paket yang disediakan sebagian dikemas dalam bentuk obat yang dibutuhkan selama menjalani ruas ruas perjalanan, kurang lebih 9 paket sesuai dengan jumlah bis dalam satu kloter.

## **6.6 Rekomendasi Penyempurnaan Prosedur Standar Penyaringan Kesehatan**

### **Jamaah Calon Haji**

#### **6.6.1 Penyaringan kesehatan jamaah calon haji.**

Setiap tahun diadakan pelatihan program penyaringan kesehatan JCH, mengingat *turn over* dokter PTT di Puskesmas cukup tinggi, walaupun staf Puskesmas sebagai pemegang program relatif orangnya tetap. Sebagai penyelenggara pelatihan adalah Kabupaten Kota. Fokus pada kebijakan kesehatan haji, mekanisme penyaringan kesehatan, pembinaan kesehatan, rujukan, administrasi dan manajemen kesehatan haji

- a) Penyaringan kesehatan jamaah calon haji di Puskesmas dilakukan sebelum jamaah calon haji menyetorkan biaya perjalanan ibadah haji ke Bank penerima setoran
- b) Pemeriksaan dilakukan oleh Dokter Puskesmas yang ditunjuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kota setempat dengan surat keputusan. Syarat Dokter pemeriksa adalah pernah menjadi dokter kloter dan atau pernah bertugas sebagai petugas kesehatan di Arab Saudi.
- c) Hasil penyaringan kesehatan ini berupa lembar surat keterangan pemeriksaan kesehatan pertama, yang dipergunakan sebagai persyaratan untuk menyetor Biaya Perjalanan Ibadah Haji yang berisikan status kesehatan jamaah haji, golongan darah

dan kode diagnosis. Kode diagnosis ini adalah kode status kesehatan, kode inilah yang dimasukkan kedalam data jamaah calon haji di Bank Penerima Setoran.

- d) Diperlukan petunjuk pemeriksaan dan diagnosis standar yang terdiri dari tatalaksana pemeriksaan fisik jamaah calon haji dan tatalaksana pemeriksaan penunjang sederhana, prosedur standar untuk melaksanakan anamnesis riwayat penyakit.
- e) Pada petunjuk pelaksanaan pemeriksaan kesehatan haji ditambahkan hal sebagai berikut
  - 1) Anamnesis riwayat penyakit yang pernah diderita yang spesifik pada penyakit jantung, penyakit paru, penyakit *endokrin*
  - 2) Tanda-tanda vital pada point frekuensi pemapasan, ditambahkan jenis pemapasannya. Pada pemeriksaan jasmani dibuat gambaran paru kiri kanan untuk diisikan gambaran hasil pemeriksaan *palpasi, perkusi dan auskultasi*, demikian juga gambaran jantung. Pada pemeriksaan anggota gerak ditambahkan hasil pemeriksaan *neurologis*. Pada pemeriksaan laboratorium ditambahkan pemeriksaan gula positif berapa. Pemeriksaan tahap ini harus menggunakan formulir khusus sebagai alat bantu sebelum dimasukkan kedalam buku kesehatan jamaah haji, kesimpulan risiko yang dimasukkan kedalam lembar surat keterangan kesehatan sudah merupakan hasil final bersama pemeriksaan kedua. Pemeriksaan penunjang *Elektrokardiogram, Rontgen* dan laboratorium pada jamaah haji yang tidak mempunyai risiko dengan usia diatas 40 tahun harus dilakukan ditingkat Kabupaten Kota. Interpretasi hasil pemeriksaan harus dilakukan oleh dokter ahli sebelum surat keterangan diisi dengan risiko yang ditemukan.



### 6.6.2 Pembinaan kesehatan

Pembinaan kesehatan harus benar benar dilaksanakan oleh Puskesmas, dapat dilaksanakan sendiri maupun melalui peran serta kelompok bimbingan ibadah dan ikatan persaudaraan haji Indonesia yang ada. Beberapa hal yang dapat dilakukan adalah

- a. Pembinaan kesehatan dilaksanakan secara kontinyu, selama waktu tunggu antara pemeriksaan kesehatan di Puskesmas dan pemeriksaan kesehatan di Kabupaten Kota, dengan dilengkapi petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis.
- b. Alih peran pembinaan kesehatan oleh KBIH atau IPHI, dengan harapan cakupan pembinaan akan semakin tinggi dan sesuai dengan tujuan, dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Puskesmas
- c. Pada petunjuk pelaksanaan pembinaan kesehatan jamaah calon haji di Puskesmas ditambahkan hal hal seperti
  1. Pembinaan pada jamaah calon haji yang mempunyai penyakit jantung, paru, *diabetes mellitus* diutamakan pada pembinaan mengenai gizi, pemeliharaan kesehatan, latihan fisik yang disesuaikan dengan penyakit yang diderita.
  2. Pembinaan menggunakan bahasa dan kebiasaan daerah setempat dan dilakukan secara teratur sampai menjelang keberangkatan.
  3. Dibuat formulir laporan kegiatan bagi petugas puskesmas dalam pengawasan penderita, yang berisikan apakah jamaah calon haji melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh Puskesmas dalam rangka monitoring.
  4. Dibuat petunjuk pelaksanaan monitoring yang dilakukan tim Kabupaten Kota ke Puskesmas dalam rangka pembinaan dan pengawasan.

5. Penambahan variabel baru dalam data kesehatan Siskohat, yaitu hasil pemeriksaan laboratorium, hasil rontgen dan hasil Elektrokardiogram jamaah calon haji.
6. Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah calon haji ditingkat Kabupaten Kota yang hanya boleh dimasukkan kedalam komputer tersambung dengan siskohat. Hal ini dilakukan apabila telah terbentuk jaringan informasi sampai ke Kabupaten Kota

### **6.7 Rekomendasi Penyempurnaan Prosedur Standar Pendampingan Kesehatan**

#### **Perjalanan Haji**

Ruas perjalanan di Arab Saudi cukup panjang, mulai di bandara pada saat tiba dan pulang (Arab Saudi), Madinah, Makkah, Arafah Mina. Pelayanan kesehatan pada tiap ruas perjalanan relatif sama mulai dari pembinaan kesehatan, pengobatan, pemantauan, pengawasan dan rujukan. Diusulkan penyempurnaan sebagai berikut :

- a. Rekrutmen petugas pendampingan kesehatan disesuaikan dengan asal jamaah calon haji (Kabupaten Kota) untuk kerjasama tim sejak dari daerah asal, dengan harapan pelaksanaan pelayanan umum, pelayanan ibadah dan pelayanan kesehatan selama perjalanan lebih sempurna. Substansi pelatihan petugas pendampingan kesehatan kloter lebih ditekankan pada muatan manajemen pengurangan faktor risiko kesehatan bagi jamaah haji selama perjalanan
- b. Kloter khusus risiko tinggi. Agar penatalaksanaan pemeliharaan kesehatan jamaah haji risiko tinggi lebih intensif dan optimal, jamaah haji risiko tinggi dikumpulkan menjadi satu kelompok terbang khusus risiko tinggi, dengan tenaga kesehatan dan alat kesehatan yang spesifik, pondokan yang memadai, pengaturan diet yang ketat, waktu tinggal di Arab Saudi yang lebih pendek dan berangkat akhir pulang awal.

Unsur kesehatan merupakan hal yang utama dengan maksud agar jamaah haji risti dapat melaksanakan ibadah wajib yaitu umrah, wukuf di Arafah dan mabit di Mina. Tenaga kesehatan yang disediakan adalah dokter ahli jantung, dokter ahli paru, dokter ahli penyakit dalam, dokter ahli kebidanan. Paramedis yang disediakan adalah perawat mahir jantung, paru, penyakit dalam dan bidan mahir. Waktu yang dipergunakan juga sesingkat mungkin (maksimal 14 hari). Pelayanan ibadah tetap dilakukan oleh seorang Pembimbing ibadah. Setiap jamaah haji risti didampingi oleh seorang jamaah haji sehat, sehingga komposisi setiap kloter khusus risti terdiri dari 220 orang jamaah haji risti, 220 orang jamaah haji pendamping, 4 orang dokter ahli, 4 orang paramedis mahir, seorang pembimbing ibadah dan seorang ketua kloter, dengan asumsi kapasitas pesawat Boeing 747 sebanyak 450 kursi.

- c. Pengembangan sistem informasi kesehatan haji. Selama ini akses informasi terbatas dari Arab Saudi, pusat sampai di embarkasi. Direkomendasikan untuk Dinas Kesehatan kabupaten Kota dapat menyiapkan perangkat lunak untuk akses langsung dengan sistem informasi kesehatan haji ini sehingga keakuratan persyaratan informasi dapat lebih terjamin
- d. Perjalanan antar kota di Arab Saudi, tim kesehatan tidak mengatur jamaah haji sesuai dengan konfigurasi kursi bis, tetapi lebih menekankan pengamatan oleh ketua regu dan ketua rombongan, dengan bekal paket P3K dan obat ringan untuk masing masing bis ( 9 paket per kloter). Demikian pula kendala pondokan yang terpencar, harus diantisipasi dengan pendayagunaan ketua regu dan ketua rombongan dalam peran serta pengamatan kesehatan anggota regu atau rombongannya

- e. Penyediaan jenis obat di Arab Saudi setiap tahun disesuaikan dengan pola epidemiologis dan pola konsumtif, mengingat bahwa masa ibadah haji sudah tertentu dan pola penyakit pada masa itu sudah diketahui sebelumnya.
- f. Bentuk status rawat inap di BPHI disempurnakan. Pada halaman pertama dan kedua yang memuat diagnostik fisik, laboratorium, penunjang diagnostik dan lain lain masing masing dibuat kolom. Selanjutnya semua kolom yang tersedia pada halaman depan seluruhnya wajib diisi, sehingga memudahkan pencatatan dan pelaporan. Perlu ditambahkan kolom rawat inap < 48 jam dan > 48 jam, untuk melihat apakah masuk rumah sakit dalam keadaan sudah parah, atau ada kelambatan dari BPHI
- g. Direkomendasikan pemantauan kesehatan mengikutsertakan ketua regu dan rombongan. Tatalaksana pemantauan kesehatan dilakukan dengan melibatkan ketua regu dan ketua rombongan. Kegiatan pemantauan yang dilakukan dijelaskan lebih spesifik, misalnya jamaah haji risiko tinggi di tempatkan dekat dengan petugas kesehatan agar mudah melakukan pemantauan secara periodik setiap hari, terutama pada jamaah haji dengan risiko tinggi penyakit. Beberapa hal dapat dilakukan antara lain
  1. Dibuat petunjuk penatalaksanaan jamaah haji dengan risiko tinggi *kardiovaskuler*, paru dan diabetes mellitus.
  2. Dibuat formulir monitoring jamaah haji risiko tinggi dengan kelompok penyakit *kardiovaskuler*, paru, diabetes mellitus, usia lanjut, beserta tempat gedung jamaah tinggal dan kamarnya agar memudahkan dalam pemantauan.

### **6.8 Prinsip dasar Penyelenggaraan Kesehatan Haji**

Pada dasarnya bahwa tidak ada seorangpun yang dapat mclarang orang untuk naik haji. Calon haji hanya dapat dilarang untuk berangkat apabila menderita penyakit menular yang dapat membahayakan orang lain, sebagaimana yang tercantum dalam Undang undang Karantina dan Undang undang Wabah.

Sebagaimana diketahui bahwa ibadah haji merupakan perjalanan dalam lingkungan yang serba berubah, dimana manusia akan terpapar oleh perubahan itu. Tugas dari penyelenggara adalah mempersiapkan jamaah haji agar mempunyai kekuatan fisik yang optimal dan mampu bertahan terhadap lingkungan yang serba berubah tersebut. Apabila yang bersangkutan menderita penyakit degeneratif, dihimbau untuk tidak berangkat naik haji, karena akan merepotkan orang lain. Apabila memaksakan kehendak, berdasarkan prinsip keseimbangan, penyelenggara kesehatan haji harus menyediakan fasilitas kesehatan yang diperlukan dan berupaya untuk memelihara kesehatan selama perjalanan, mengurangi faktor risiko kesehatan selama perjalanan dan yang bersangkutan harus memberikan kontribusi pembiayaan pendampingan keschatannya yang dilakukan khusus.

abel 6.1 Matriks hasil penelitian - rekomendasi penyempurnaan prosedur standar penyiangan kesehatan haji dan pendampingan kesehatan perjalanan haji (ringkasan dari 6.6 dan 6.7)

<b>Kegiatan</b>	<b>Hasil penelitian</b>	<b>Penyempurnaan</b>
1. Penyiangan kesehatan	a. form status belum standar	Sosialisasi bentuk status kesehatan kepada Puskesmas dan manajemen penyelenggaraan kesehatan haji
	b. penentuan kategori tidak akurat 1. pengisian BKJH 2. penentuan diagnosis	a. pelatihan program pra kegiatan b. pemeriksaan oleh dokter Puskesmas ditunjuk Kepala Dinas Kesehatan dengan SK c. hasil pemeriksaan kesehatan dipergunakan untuk persyaratan menyeter BPIH d. petunjuk tatalaksana pemeriksaan fisik dan penunjang
	c. Pembinaan kesehatan di Puskesmas belum berjalan	a. pembinaan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan jenis risiko tingginya, substansi gizi, pemeliharaan kesehatan dan latihan fisik b. monitoring dan evaluasi oleh Dinas Kesehatan
2. Pendampingan kesehatan	a. Dokter kloter belum mengenal jamaah haji sejak awal	a. rekrutmen dokter kloter diambil dari daerah yang sama dengan asal jamaah haji b. dokter kloter mengenali jamaah haji sejak di Kabupaten Kota
	b. pelaksanaan pendampingan kesehatan belum berjalan baik 1. informasi tidak akurat 2. pondokan terpencar 3. obat kurang	a. Kloter khusus risiko tinggi b. jaring informasi antara kabupaten kota-embarkasi-pusat dan Arab Saudi c. Peran serta ketua regu dan rombongan dalam monitoring jamaah haji risiko tinggi d. Penyediaan jenis dan jumlah obat yang sesuai dengan kebutuhan, sesuai musim dan pola konsumtif e. manajemen penyelenggaraan kesehatan haji

## **BAB 7**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

- a. Bila melihat persentase jamaah haji Propinsi Jawa Timur, pada koordinator wilayah III dan IV , jumlah jamaah hajinya cukup besar dan mereka memiliki keinginan dan kemauan yang tinggi dalam menunaikan ibadah haji.
- b. Penyebab dari ketidaksesuaian antara kategori dengan sebab kematian adalah belum adanya pembinaan kesehatan pada rentang waktu antara penyaringan kesehatan sampai dengan saat keberangkatan. Hampir 90% petugas kesehatan kloter tidak melakukan pembinaan kesehatan. Tidak dilaksanakannya pembinaan kesehatan ini disebabkan antara lain oleh karena :
  1. Puskesmas
    - a) Tidak mematuhi petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan jamaah calon haji
    - b) Menganggap proses dengan kesehatan sudah selesai pada jamaah calon haji dengan hasil pemeriksaan sehat dan memenuhi syarat untuk menunaikan ibadah haji
    - c) Perhatian lebih banyak pada program kesehatan prioritas
    - d) Tidak tersedianya anggaran khusus untuk program kesehatan haji



## 2. Calon haji

- a) Calon haji yang dinyatakan sehat, menganggap bahwa persyaratan kesehatan untuk menunaikan ibadah haji sudah dipenuhi
  - b) Tidak melakukan konsultasi ke Puskesmas secara berkala, dengan alasan apabila diketemukan suatu penyakit, ada kekhawatiran tidak diperkenankan berangkat untuk menunaikan ibadah haji
  - c) Kesulitan mencapai Puskesmas, dengan alasan jarak ke Puskesmas jauh, kesulitan transpor
  - d) Pada umumnya jamaah calon haji sudah mengikuti kelompok bimbingan ibadah haji yang diselenggarakan oleh pihak ketiga
- c. Ketidak seragaman bentuk status kesehatan, menunjukkan bahwa belum ada keseragaman dalam membuat status kesehatan, meskipun masing masing Puskesmas dan atau Kabupaten Kota telah mendapatkan sosialisasi tentang formulir bantu pemeriksaan kesehatan di Puskemas. Program berjalan dengan sendirinya setiap tahun secara rutin berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan dari Pusat, tanpa diawali oleh suatu pelatihan atau review yang dapat menghasilkan kesepakatan atau kesamaan persepsi seluruh petugas kesehatan terhadap program
- d. Masih tingginya kematian yang terjadi pada jamaah haji kategori sehat. Beberapa kemungkinan yang terjadi pada jamaah haji dengan kategori sehat yang meninggal ini adalah:
- 1) Yang bersangkutan termasuk kategori risti penyakit dan tidak terdeteksi saat penyaringan kesehatan

- 2) Yang bersangkutan menderita sakit setelah pelaksanaan tahap penyaringan kesehatan dan tidak diketahui oleh Puskesmas karena pembinaan kesehatan tidak dilakukan (jarak antara penyaringan kesehatan dengan waktu keberangkatan adalah 4 - 5 bulan)
  - 3) Yang bersangkutan mempunyai penyakit tetapi tanpa gejala yang nyata, sehingga termasuk kategori sehat, tetapi gejala penyakitnya tampak atau menjadi manifes setelah melakukan kegiatan fisik dalam rangkaian ibadah haji di Arab Saudi.
- e. Pembinaan kesehatan oleh Puskesmas tidak dilaksanakan, sehingga semua perubahan kondisi kesehatan selama menunggu keberangkatan tidak dapat dipantau.
  - f. Adanya perbedaan cara pandang atau persepsi jamaah calon haji atau visi yang berbeda antara jamaah calon haji dengan kesehatan. Dari sisi agama, perjalanan haji adalah menjalankan ibadah sehingga tidak boleh dicegah atau dihambat, sedangkan pihak kesehatan dalam menentukan kategori dan mempersiapkan kondisi calon haji memerlukan beberapa pemeriksaan penunjang yang dianggap sebagai calon haji sebagai penghambat atau penghalang keberangkatan haji Pendaftaran untuk naik haji bebas atau diperkenankan dimana saja, dalam arti tidak tergantung domisili sehingga pemeriksaan pada Puskesmas juga bukan berdasarkan domisili tetapi berdasarkan tempat Kantor Departemen Agama Kabupaten Kota dimana yang bersangkutan mendaftar. Memang peraturan dari Departemen Agama demikian, dengan maksud supaya dapat berangkat haji secara berkelompok dengan sanak famili atau kerabatnya yang berjauhan dengan harapan kalau terjadi sesuatu di Arab Saudi, mereka bisa saling mengurus satu sama lain

## 7.2 Saran

- a. Untuk pemegang program, kiranya dapat dipergunakan untuk menyempurnakan penatalaksanaan program penyelenggaraan kesehatan haji, terutama pada pelaksanaan penyaringan kesehatan, pembinaan kesehatan menunggu keberangkatan dan monitoring serta evaluasi saat kepulangan. Disamping itu, mengingat bahwa program ini adalah program Nasional, sebaiknya pembiayaannya harus dapat tertampung setiap tahunnya, dan dapat melalui kerjasama dengan Askes atau badan asuransi lainnya
- b. Untuk institusi pendidikan, tesis ini dapat dipergunakan untuk melengkapi bahan ilmiah atau kepustakaan
- c. Untuk peneliti lainnya, tesis ini dapat dikembangkan lebih lanjut seperti manajemen reduksi faktor risiko kesehatan selama perjalanan ibadah haji dan pembiayaan kesehatan akibat risiko kesehatan dalam rangkaian ibadah haji melalui program asuransi kesehatan atau *manage care*
- d. Pada dasarnya tak ada seorangpun yang dapat mencegah orang untuk pergi menunaikan ibadah haji. Semua orang diperkenankan menunaikan ibadah haji sepanjang tidak membahayakan orang lain misalnya menderita penyakit menular sebagaimana yang diatur dalam Undang undang Karantina dan Undang undang Wabah. Pemerintah menyediakan semua fasilitas kesehatan yang diperlukan untuk menunjang perjalanan jamaah haji dengan risiko tinggi penyakit degeneratif yang tidak memenuhi syarat, dan memaksa untuk berangkat, tentunya beban pembiayaan selama pendampingan kesehatan ditanggung oleh yang bersangkutan, dan sudah ada kesepakatan dengan Pemerintah Arab Saudi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Asrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga, Jakarta : PT. Binarupa Aksara,
- Damayanti NA, 2000. *Hand out Materi Kuliah Metodologi Penelitian dan Statistika Manajemen*. Surabaya : Program Pascasarjana Universitas Airlangga
- Davis, Gordon B.,1995, *Management Information System; Conceptual Foundations, Structure and Development*, alih bahasa Bob Widyahartono, Seri Manajemen No.90-A, Lembaga Manajemen PPM-Jakarta : PT.Pustaka Binaman Presindo
- Departemen Agama RI, 2000-a, *Paket I, Kebijakanaksanaan penyelenggaraan ibadah haji Pelatihan petugas haji tahun 1421 H 2001 M*,Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam dan Urusan Haji, Jakarta : Departemen Agama RI
- Departemen Agama RI, 2000-b, *Paket II,Uraian tugas panitia penyelenggara ibadah haji di Arab Saudi. Pelatihan petugas haji tahun 1421 H : 2001 M*, Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam dan Urusan Haji, Jakarta: Departemen Agama RI
- Departemen Agama RI, 2000-c, *Paket III, Uraian tugas petugas yang menyertai jamaah haji, Pelatihan petugas haji tahun 1421 H : 2001 M*, Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam dan Urusan Haji, Jakarta: Departemen Agama RI
- Departemen Agama RI, 2000-d, *Paket IV, Pengelolaan pelayanan kesehatan jamaah haji. Pelatihan petugas haji tahun 1421 H : 2001 M*, Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam dan Urusan Haji, Jakarta.: Departemen Agama RI
- Departemen Agama RI, 2000-e, *Era Baru Perhajian melalui Sistem Komputerisasi Haji Terpadu*, Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam dan Urusan Haji, Jakarta : Departemen Agama RI
- Departemen Kesehatan RI, 1984.*Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI., 1996, *Kebijakanaksanaan pemerintah dalam penyelenggaraan urusan haji*, Pentaloka antisipasi musim dingin di Arab Saudi, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Modul Latihan Petugas Pengelola Kesehatan Haji*, Edisi VI, Dircktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta : Departemen Kesehatan RI

- Departemen Kesehatan RI, 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI, 2000-a, *Buku Kesehatan Jamaah Haji Indonesia*, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI, 2000-b, *Laporan Koordinator Tim Kesehatan Haji Indonesia non-kloter*, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI, 2000-c, *Petunjuk pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan calon haji*, Edisi IX, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Kasim, Azhar., 1995, *Teori Pembuatan Keputusan*, Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Kepner, Charles B., Benyamin B. Tregoe, 1981, *The New Rational Manager*, 2<sup>nd</sup> edition, alih bahasa Djoerban Wahid. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Kumorotomo, Wahyudi., Subando A. Margono, 1996, *Sistem Informasi Manajemen dalam organisasi-organisasi publik*, Yogyakarta: Gajahmada University Press
- Nisjar, K., Winardi., 1997, *Teori sistem dan pendekatan sistem dalam bidang manajemen*, Bandung : CV. Mandar Maju
- Pratiknya, Ahmad Watik., 2000, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Reinke WA, 1994. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. terjemahan trisnantoro L. dan Ryarto S. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Scott, George M., 1999, *Principles of Management Information System*, alih bahasa Achmad Nashir, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Setiawan, Herman., 1991, Sistem Informasi Kesehatan untuk menunjang Manajemen Puskesmas, *Journal of Public Health*, vol. XX(44), pp. 30-34
- Singarimbun, M., Effendi S, 1995, *Metode Penelitian Survei*, Jakarta : PT. Pustaka LP3ES
- Tantoro, Indriyono., Wiratmoko, 1992, Gambaran Distribusi Jamaah Haji Indonesia menurut golongan umur, *Journal of Public Health*, vol. 2(45), pp. 41-46

Universitas Airlangga, (1999), *Pedoman penulisan usulan penelitian tesis dan disertasi*, Surabaya: Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Wijono, Djoko., (1997) *Manajemen, Kepemimpinan dan Organisasi kesehatan*, Surabaya : Airlangga University Press

Wijono, Djoko., (1999), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya : Airlangga University Press

Winardi, (2000), *Asas-asas Manajemen*, Bandung: CV. Mandar Maju

# LAMPIRAN



Lampiran 1: Instrumen wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan dokter pemeriksa kesehatan calon haji tahap 1  
(Puskesmas) tentang pelaksanaan penyaringan kesehatan

IDENTITAS DOKTER PEMERIKSA

PUSKESMAS : .....

Nama : Dr. ....

KABUPATEN/KOTA: .....

NIP / NR.PTT : .....

Alamat Kantor : .....

Alamat rumah : .....

**1. Pelatihan program kesehatan haji :**

- a. ada pelatihan,
  1. siapa saja yang dilatih ?
  2. siapa yang menyelenggarakan ?
  3. apakah ada kendala, dan bagaimana mengatasi kendala ?
- b. tidak ada pelatihan,
  1. bagaimana memberikan pemahaman kepada pelaksana tentang penatalaksanaan pemeriksaan kesehatan calon haji ?
  2. Apakah ada kendala dan bagaimana mengatasi kendala ?

**2. Dasar pelaksanaan pemeriksaan kesehatan tahap I:**

- a. Apakah menggunakan petunjuk pelaksanaan Kabupaten atau Kota, Propinsi atau Pusat ?
- b. Tahun berapa penerbitan petunjuk pelaksanaan tersebut ?

**3. Tahapan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan calon haji**

No.	Langkah	Jenis	Siapa yang melaksanakan	Cara melaksanakan	Kendala dan Mengatasi kendala
1.	Mengisi identitas calon haji dan dokter pemeriksa	a. calon haji: Nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan berat badan, tinggi badan, alamat			

		b. dokter pemeriksa. Nama, jabatan, alamat Puskesmas			
2.	Anamnesa	a. Keterangan tentang calon haji b. anamnesa penyakit yang pernah diderita			
3.	Pemeriksaan fisik	a. keadaan umum b. pemeriksaan jasmani c. status psikiatrikus d. pemeriksaan kehamilan wanita pasangan usia subur			
4.	Pemeriksaan laboratorium.	a. rutin b. spesifik: EKG, X-foto dan lain lain			
5.	Mendiagnosa	a. Keputusan diagnosis b. Pengisian kode diagnosis sesuai petunjuk pelaksanaan			
6.	Mengambil kesimpulan	Pernyataan kesehatan baik atau tidak baik			
7.	Register / status	a. pembuatan status perorangan b. pembuatan register			

**4. Pembinaan Kesehatan :**

No.	Pokok pembinaan	Uraian	Cara melaksanakan	Kendala dan mengatasi kendala
1.	Cara pembinaan	a. individu b. kelompok c. khusus risiko tinggi d. semua calon haji		
2.	Wadah pembinaan	a. pojok kesehatan haji b. pos pelayanan haji c. Ikatan Persaudaraan Haji Indonesia (IPHI)		
3.	Materi pembinaan	a. gizi seimbang b. kesamaptaaan jasmani c. keluarga berencana d. aklimatisasi		
4.	Koordinasi	a. lintas program b. lintas sektor, termasuk dengan KBIH		

**5. Buku Kesehatan Jamaah Haji (BKJH)**

No.	Tahapan	Uraian	Cara melaksanakan	Kendala dan mengatasi kendala
1.	Keberadaan BKJH	a. Ada sejak awal b. Terlambat diterima c. jumlah cukup atau kurang ?		Bila terlambat, bagaimana membuat keterangan ke Bank persepsi
2.	Pengisian BKJH	a. siapa yang mengisi ? b. cap atau stempel risiko tinggi pada sampul depan bagian dalam c. kesesuaian foto dengan fakta d. setelah pengisian, apakah di check ulang. Siapa yang mencheck ?		

3.	Penulisan kode diagnosis	a. siapa yang mengisi ? b. bagaimana tata urut pengkodean calon haji yang mempunyai lebih dari satu jenis risiko tinggi ? c. kode penyakit, apakah di check ulang. Siapa yang mencheck ?		
4.	Penyerahan BKJH ke calon haji	a. dihipun Puskesmas selanjutnya diserahkan ke Kabupaten atau Kota b. diserahkan kepada yang bersangkutan c. pesan kesehatan yang disampaikan		

#### 6. Rujukan:

Rujukan calon haji sakit :

- Apakah ditentukan oleh dokter Puskesmas ? kemana rujukannya ?
- Apakah keputusan diserahkan kepada calon haji untuk memilih tempat rujukan
- Apakah ada umpan balik: kalau ada, cepat atau lambat ?; kalau tidak ada umpan balik, bagaimana cara mendapatkan umpan balik tersebut ?
- bila sudah ada umpan balik, apakah hasilnya dimasukkan pada BKJH dan statusnya

#### 7. Kelompok Bimbingan Ibadah Haji (KBIIH) :

- Apakah di wilayah kerja Saudara ada kelompok bimbingan ibadah haji ?
- Kalau ya, adakah intervensi mereka terhadap proses penyaringan kesehatan ? Kalau ada, sampai seberapa jauh? apakah sampai menimbulkan kendala dalam proses penyaringan kesehatan ?
- Adakah peran KBIIH dimaksud dalam pembinaan kesehatan haji selama menunggu waktu keberangkatan ? Kalau ada, dalam bentuk apa dan seberapa besar pengaruhnya ?

8. Permasalahan atau kendala lain yang belum tercantum adalah

Lampiran 2: Instrumen wawancara mendalam (in-depth interview) dengan dokter TKHI kelompok terbang tahun 2001 tentang pelaksanaan pendampingan kesehatan perjalanan haji

IDENTITAS DOKTER KLOTER

KLOTER : ..... / SUB

Nama : Dr. ....

NIP / NR.PTT : .....

Alamat Kantor : .....

Alamat rumah : .....

No	Tahapan	Prosedur	Cara pelaksanaan	Kendala dan mengatasi kendala
1.	<b>Embarkasi</b>	a.Mengenal,memantau, menasehati dan membina kesehatan jamaah calon haji kloter b.memeriksa obat yang dibawa jamaah c.menerima data kesehatan kloter dari bidang kesehatan Embarkasi Surabaya		
2.	<b>Pesawat terbang</b>	a.memeriksa kelengkapan obat dipesawat b.mengetahui tempat duduk jamaah risti c.memantau,membina dan melayani kesehatan jamaah haji d.penyuluhan kesehatan e.melaksanakan pencatatan dan pelaporan		
3.	<b>Bandara Madinah (gel.1) Bandara Jeddah (gel. 2)</b>	a.membina, memantau, melayani kesehatan jamaah haji dan memberikan penasehatan b.merujuk ke BPHI setempat c.menerima paket obat kloter d.menyerahkan laporan kesehatan penerbangan e.melaksanakan pencatatan dan pelaporan		

4.	<b>Perjalanan darat dengan bis Jeddah-Makkah (gel. 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bus bersama petugas kesehatan</li> <li>b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K</li> <li>c. memberikan penasehatan</li> </ul>		
5.	<b>Madinah gelombang-1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan</li> <li>b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji</li> <li>c. melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS</li> <li>d. mengupayakan tersedianya obat/alkes di kloter</li> <li>e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		
6.	<b>Perjalanan darat Madinah-Makkah gel.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bus bersama petugas kesehatan</li> <li>b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K</li> <li>c. memberikan penasehatan</li> </ul>		

7.	<b>Makkah (pra wukuf)</b>	<p>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan</p> <p>b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji</p> <p>c. melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS dan memantau perkembangan</p> <p>d. mengupayakan tersedianya obat/alkes di kloter</p> <p>e. bersama ketua kloter merencanakan jamaah haji yang akan diikuti safari wukuf</p> <p>f. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</p>		
8.	<b>Perjalanan darat (Makkah-Arafah)</b>	<p>a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan</p> <p>b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K</p> <p>c. memberikan penasehatan</p>		
9.	<b>Arafah</b>	<p>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah risti dekat dengan tenda petugas kesehatan</p> <p>b. melakukan pemantauan, pembinaan, pelayanan kesehatan serta penasehatan kepada jamaah haji</p> <p>c. memantau secara khusus makanan dan minuman serta kesehatan lingkungan</p> <p>d. melakukan rujukan ke BPHI atau ke RSAS</p> <p>e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</p>		

10.	<b>Perjalanan Arafah-Mina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bus bersama petugas kesehatan</li> <li>b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K</li> <li>c. memberikan penasehatan</li> </ul>		
11.	<b>Mina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah risti dekat dengan petugas kesehatan</li> <li>b. melakukan pemantauan, pembinaan, pelayanan kesehatan serta penasehatan kepada jamaah haji</li> <li>c. memantau secara khusus makanan dan minuman serta kesehatan lingkungan</li> <li>d. melakukan rujukan ke BPHI atau ke RSAS</li> <li>e. bersama ketua kloter mengatur jamaah haji risti yang tidak dapat melaksanakan pelemparan jumrah</li> <li>f. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		
12.	<b>Makkah Pascawukuf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan</li> <li>b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji</li> <li>c. melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS dan memantau perkembangan</li> <li>d. mengupayakan tersedianya obat/alkes di kloter</li> <li>e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		



13.	<b>Perjalanan darat dengan bis Makkah-Jeddah(gel.1) Makkah-Madinah (gel. 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan</li> <li>b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K</li> <li>c. memberikan penasehatan</li> </ul>		
14.	<b>Madinah gelombang- 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan</li> <li>b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji</li> <li>c. melakukan rujukan ke BPFI atau RSAS</li> <li>d. mengupayakan tersedianya obat/alkes di kloter</li> <li>e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		
15.	<b>Madinatul Hujjaj, Jeddah(gel.1) Bandara Madinah (gel.2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. membina, memantau, melayani kesehatan jamaah haji dan memberikan penasehatan</li> <li>b. merujuk ke BPFI setempat</li> <li>c. mengembalikan paket obat kloter</li> <li>d. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		
16.	<b>Pesawat terbang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. memeriksa kelengkapan obat di pesawat</li> <li>b. mengetahui tempat duduk jamaah risti</li> <li>c. memantau membina dan melayani kesehatan jamaah haji</li> <li>d. penyuluhan kesehatan</li> <li>e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan</li> </ul>		

17.	<b>Debarkasi</b>	a. memantau, membina dan melayani kesehatan jamaah haji b. merujuk ke poliklinik debarkasi c. melaksanakan pencatatan dan pelaporan d. menyerahkan pelaporan kepada kesehatan debarkasi		
-----	------------------	--	--	--

Permasalahan atau kendala lain yang belum tercantum adalah :

## Lampiran 3 :

Tabel 5.50 Hasil tabulasi dan persentase *in-depth interview* penyaringan kesehatan

## 1. Pelatihan program kesehatan haji :

Instrumen	Kode	Hasil tabulasi
1.a.ada tidaknya pelatihan	0 = tidak ada pelatihan	0 = 85 (97,70%)
	1 = ada pelatihan	1 = 2 ( 2,30%)
1.b.cara pemahaman program	0 = program rutin	0 = 3 (3,45%)
	1 = rapat intern	1 = 15 (17,24%)
	2 = juklak pusat	31%)
2. Juklak yang digunakan	1 = th.2000	1 = 75 (86,21%)
	2 = sebelum 2000	2 = 12 (13,19%)

## 3. Tahapan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan calon haji

No.	Langkah	Jenis	Kode	Hasil tabulasi
3.1.	Mengisi identitas calon haji dan dokter pemeriksa	a. calon haji: Nama, tempat dan tanggal Lahir, jenis kelamin pekerjaan berat badan, tinggi badan, alamat	1 = staf TU	1 = 49 (56,32%)
		b.dokter pemeriksa: Nama, jabatan, alamat Puskesmas	2 = pr.medis 3 = dokter	2 = 29 (33,33%) 3 = 9 (10,15%)
3.2.	Anamnesa	a.Keterangan tentang calon haji	1 = staf TU	1 = 35(40,23,%)
		b.anamnesa penyakit yang pernah diderita	2 = pr.medis 3 = dokter	2 = 20 (22,99%) 3 = 32 (36,78%)
3.3.	Pemeriksaan fisik	a.keadaan umum	1 = dokter	1 = 74 (85,06%)
		b.pemeriksaan jasmani	2 = pr.medis	2 = 8 ( 9,20%)
		c.status psikiatrikus	3 = staf TU	3 = 5 ( 5,74%)
		d.pemeriksaan kehamilan wanita pasangan usia subur		
3.4.	Pemeriksaan laboratorium.	a.rutin	1 = ptgs.lab. puskesmas	1 = 85 (97,70%)
		b.spesifik: EKG, X-foto dan lain lain	2 = lab. luar (swasta)	2 = 2 ( 2,30%)
3.5.	Mendiagnosa	a.Keputusan diagnosis	1 = dokter	1 = 86 (98,85%)
		b.Pengisian kode diagnosis sesuai petunjuk pelaksanaan	2 = pr.medis	2 = 1 ( 1,15%)

3.6.	Mengambil kesimpulan	Pernyataan kesehatan baik atau tidak baik	1 = dokter 2 = pr.medis	1 = 87 (100%) 2 = 0 (0%)
3.7.	Register / status	a. pembuatan status perorangan b. pembuatan register	1 = dokter 2 = pr.medis dan TU	1 = 22 (25,29%) 2 = 65 (74,71%)

#### 4. Pembinaan Kesehatan :

No.	Pokok pembinaan	Uraian	Kode	Hasil tabulasi
4.1.	Cara pembinaan	a.individu b.kelompok c.khusus risiko tinggi d.semua calon haji	1 = dilaksanakan Puskesmas 2 - dilaksanakan KBIH 3 - tanpa pembinaan	1 = 6 (6,90%) 2 = 3 (3,45%) 3 = 78(89,65%)
4.2.	Wadah pembinaan	a.pojok kesehatan haji b.pos pelayanan haji c.Ikatan Persaudaraan Haji Indonesia (IPHI)	1 - dilaksanakan Puskesmas 2 = dilaksanakan KBIH 3 - dilaksanakan IPHI 4 - tidak ada wadah	1 = 3 ( 3,45%) 2 - 0 (0%) 3 = 3 ( 3,45%) 4 - 81 (93.10%)
4.3.	Materi pembinaan	a.gizi seimbang b.kesamaptaan jasmani c.keluarga berencana d.aklimatisasi	1 = dilaksanakan per individu 2 = dilaksanakan per kelompok 3 - tanpa materi pembinaan	1 - 19(21,84%) 2 = 12(13,80%) 3 = 56 (64,36%)
4.4.	Koordinasi	a.lintas program b.lintas sektor termasuk dengan KBIH	1 = a dan b baik 2 = intervensi KBIH dominan 3 = koordinasi tidak baik	1 - 74 (86,06%) 2 = 10 (11,49%) 3 = 3 ( 3,45%)

#### 5. Buku Kesehatan Jamaah Haji (BKJH)

No.	Tahapan	Uraian	Kode	Hasil tabulasi
5.1.	Keberadaan BKJH	a. Ada sejak awal b. Terlambat diterima c.jumlah cukup atau kurang	1 =tepat waktu, cukup 2 = tepat waktu, kurang 3 - terlambat, cukup 4 = terlambat, kurang	1 = 17 (19,54%) 2 = 5 ( 5,75%) 3 = 62 (71,26%) 4 = 3 ( 3,45%)

5.2.	Pengisian BKJH	a. siapa yang mengisi ? b. cap atau stempel risiko tinggi pada sampul depan bagian dalam c. kesesuaian foto dengan fakta	1 = dokter 2 = paramedis, check dokter 3 = paramedis, tidak dicek 4 = staf TU	1 = 21 (24,14%) 2 = 41 (47,12%) 3 = 6 ( 6,90%) 4 = 19 (21,84%)
5.3.	Penulisan kode Diagnosis	5.3.a. siapa yang mengisi ?  5.3.b. kode penyakit, apakah dicek ulang	1 = dokter 2 = paramedis  0 = tidak punya daftar kode 1 = kode diisi dokter 2 = kode diisi paramedis 3 = tidak mengisi kode	a. 1 = 69(79,31%) 2 = 18(20,69%)  b. 0 = 1 ( 1,15%) 1 = 71(81,61%) 2 = 9(10,34%) 3 = 6 ( 6,90%)
5.4.	Penyerahan BKJH ke calon haji	a. dihimpun Puskesmas selanjutnya di serahkan ke Kabupaten atau Kota b. diserahkan kepada yang bersangkutan c. pesan kesehatan yang disampaikan	1 = dihimpun puskesmas 2 = diserahkan ke individu	1 = 81 (93,10%) 2 = 6 ( 6,90%)

### 6. Rujukan:

6.1 Rujukan JCH sakit	Apakah mekanisme rujukan haji dilaksanakan	0 = tidak merujuk 1 = ditentukan Puskesmas 2 = JCH pilih RS sendiri 3 = dokter spesialis	0 = 8 ( 9,20%) 1 = 64 (73,56%) 2 = 8 ( 9,20%) 3 = 7 ( 8,04%)
-----------------------	--	---	---

6.2 Umpan balik RS	Apakah umpan balik RS terhadap rujukan sudah berjalan	0 = tidak merujuk 1 = ada, cepat 2 = ada, lambat 3 = tidak pernah mencheck umpan balik	0 = 8 ( 9,20%) 1 = 50 (57,46%) 2 = 8 ( 9,20%) 3 = 21 (24,14%)
<b>7. Keberadaan KBIH</b>	Adanya kelompok bimbingan ibadah haji yang menghimpun /membina JCH	0 = tidak tahu 1 = ada KBIH 2 = tidak ada KBIH	0 = 4 ( 4,60%) 1 = 44 (50,57%) 2 = 39 (44,83%)

Responden : 87 orang

## Lampiran 4 :

Tabel 5.51 Hasil tabulasi dan persentase *indepth interview* pendampingan kesehatan

No	Tahapan	Prosedur	Kode	Hasil tabulasi
1.	Embarkasi	a. Mengenal, memantau, menasehati dan membina kesehatan jamaah calon haji kloter	1 = ya, secara informal 2 = ya, melalui karu / karom 3 = ya, pemantauan aktif 4 = ya, di daerah asal 5 = tidak melakukan	1 = 19 (36,54%) 2 = 22 (42,31%) 3 = 4 ( 7,69%) 4 = 5 ( 9,62%) 5 = 2 ( 3,84%)
		b. memeriksa obat yang dibawa jamaah	1 = melalui check list, sendiri 2 = melalui karu/karom 3 = tidak melakukan	1 = 22 (42,31%) 2 = 24 (46,15%) 3 = 6 (11,54%)
		c. menerima data kesehatan kloter dari bidang kesehatan Embarkasi Surabaya	1 = diberi 2 = minta 3 = tidak mendapatkan	1 = 28 (53,85%) 2 = 16 (30,77%) 3 = 8 (15,38%)
2.	Pesawat terbang	a. memeriksa kelengkapan obat di pesawat	1 = melihat dan periksa 2 = melihat, tidak periksa 3 = tidak periksa/tidak tahu	1 = 29 (55,77%) 2 = 14 (26,92%) 3 = 9 (17,31%)
		b. mengetahui tempat duduk jamaah risti	1 = ya, mencari sendiri 2 = diberitahu ketua kloter 3 = tidak tahu	1 = 26 (50,00%) 2 = 16 (30,77%) 3 = 10 (19,23%)
		c. memantau, membina dan melayani kesehatan jamaah haji	1 = ya, sendiri aktif 2 = ya, oleh paramedis 3 = ya, pasif (kalau ada keluhan) 4 = tidak melakukan	1 = 10 (19,23%) 2 = 10 (19,23%) 3 = 27 (51,92%) 4 = 5 ( 9,62%)
		d. penyuluhan kesehatan	1 = ya 2 = tidak	1 = 10 (19,23%) 2 = 42 (80,77%)
		e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1 = ya 2 = tidak	1 = 44 (84,62%) 2 = 8 (15,38%)
3.	Bandara Madinah (gel.1) Bandara Jeddah (gel. 2)	a. membina, memantau, melayani kesehatan jamaah haji dan memberikan penasehatan	1 = ya, semua di laksanakan 2 = melayani dan memantau 3 = hanya memantau 4 = hanya penasehatan 5 = tidak melakukan	1 = 1 ( 1,92%) 2 = 4 ( 7,69%) 3 = 42 (80,78%) 4 = 2 ( 3,84%) 5 = 3 ( 5,77%)
		b. merujuk ke BPHI setempat	1 = ya 2 = tidak	1 = 11 (21,15%) 2 = 41 (78,85%)

		c. menerima paket obat kloter	1= ya, dan periksa 2= ya, tidak diperiksa 3= tidak menerima	1 = 30 (57,69%) 2 = 20 (38,47%) 3 = 2 ( 3,84%)
		d. menyerahkan laporan kesehatan penerbangan	1 = ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)
		e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)
4.	<b>Perjalanan Jeddah-Makkah (gel. 2)</b>	a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 5 (15,15%) 2 = 28 (84,85%)
	Responden 33	b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K	1= ya 2= tidak	1 = 20 (60,61%) 2 = 13 (39,39%)
		c. memberikan penasehatan	1= ya 2= tidak	1 = 10 (31,30%) 2 = 23 (69,70%)
5.	<b>Madinah gelombang -1</b>	a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 6 (31,58%) 2 = 13 (68,42%)
	Responden 19	b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji	1= ya, aktif 2= ya, pasif	1 = 11(57,89%) 2 = 8(42,11%)
		c. melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS	1= ya 2= tidak	1 = 8 (42,11%) 2 = 11 (57,89%)
		d. mengupayakan tersedianya obat /alkes	1= ya 2= tidak	1 = 4 (21,05 %) 2 = 15 (78,95%)
		e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1 = ya, setiap hari 2 = ya, secara berkala	1 = 19(100%) 2 = 0( 0%)
6.	<b>Perjalanan Madinah-Makkah gel.1</b>	a. mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan	1 = ya 2= tidak	1 = 3 (15,79%) 2 = 16 (84,21%)
	Responden 19	b. membekali ketua rombongan dengan obat P3K	1= ya 2= tidak	1 = 7 (36,84%) 2 = 12 (63,16%)
		c. memberikan penasehatan	1= ya 2= tidak	1 = 4 (21,05%) 2 = 15 (78,95%)
7.	<b>Makkah (pra wukuf)</b>	a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan	1 = ya 2= tidak	1 = 20 (38,46%) 2 = 32 (61,54%)
		b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji	1= ya, aktif 2 = ya, pasif	1 = 33 (63,46%) 2 = 19 (36,54%)



		c.melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS dan memantau Perkembangan	1= ya 2= tidak	1 = 42 (80,77%) 2 = 10 (19,23%)
		d.mengupayakan tersedianya obat /alkes di kloter	1= minta setiap hari 2 = minta secara berkala 3 = tidak meminta	1 = 18 (34,62%) 2 = 32 (61,53%) 3 = 2 ( 3,85%)
		e. bersama ketua kloter merencanakan jamaah haji yang akan diikuti safari wukuf	1= ya 2= tidak	1 = 43 (82,69%) 2 = 9 (17,31%)
		f.melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)
8.	<b>Perjalanan (Makkah-Arafah)</b>	a.mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 6 (11,54%) 2 = 46 (88,46%)
		b.membekali ketua rombongan dengan obat P3K	1= ya 2= tidak	1 = 30 (57,69%) 2 = 22 (42,31%)
		c.memberikan penasehatan	1= ya 2= tidak	1 = 7 (13,46%) 2 = 45 (86,54%)
9.	<b>Arafah</b>	a.bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah risti dekat dengan tenda petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 18 (34,62%) 2 = 34 (65,38%)
		b.melakukan pemantauan, pembinaan,pelayanan kesehatan serta penasehatan kepada jamaah haji	1= ya, aktif 2= ya, pasif 3= tidak melakukan	1 = 17 (32,69%) 2 = 32 (61,54%) 3 = 3 ( 5,77%)
		c.memantau secara khusus makanan dan minuman serta kesehatan lingkungan	1= ya, aktif 2= ya pasif 3= tidak melakukan	1 = 17 (32,69%) 2 = 35 (67,31%)
		d.melakukan rujukan ke BPHI atau ke RSAS	1= ya 2= tidak	1 = 20 (38,46%) 2 = 32 (61,54%)
		e.melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 48 (92,31%) 2 = 4 ( 7,69%)
10.	<b>Perjalanan Arafah-Mina</b>	a.mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan	1=ya 2= tidak	1 = 9 (17,31%) 2 = 43 (82,69%)
		b.membekali ketua rombongan dengan obat P3K	1= ya 2= tidak	1 = 20 (38,46%) 2 = 32 (61,54%)
		c.memberikan penasehatan	1= ya 2= tidak	1 = 3( 6,77%) 2 = 49( 94,23%)

11.	<b>Mina</b>	a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah risti dekat dengan petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 18 (34,62%) 2 = 34 (65,38%)
		b. melakukan pemantauan, pembinaan, pelayanan kesehatan serta penaschatan kepada jamaah haji	1= ya, aktif 2= ya, pasif	1 = 20 (38,46%) 2 = 32 (61,54%)
		c. memantau secara khusus makanan dan minuman serta kesehatan lingkungan	1= ya, aktif 2= ya, pasif	1 = 18(34,62%) 2 = 34 (65,38%)
		d. melakukan rujukan ke BPHI atau ke RSAS	1= ya 2= tidak	1 = 25 (48,08%) 2 = 27 (51,92%)
		e. bersama ketua kloter mengatur jamaah haji risti yang tidak dapat melaksanakan pelemparan jumrah	1= ya 2= tidak	1 = 22 (42,31%) 2 = 30 (57,69%)
		f. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 47 (90,38%) 2 = 5 ( 9,62%)
12.	<b>Makkah Pasca Wukuf</b>	a. bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 12 (23,08%) 2 = 40 (76,92%)
		b. melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji	1= ya, aktif 2= ya, pasif 3= tidak melakukan	1 = 7 (13,46%) 2 = 44 (84,62%) 3 = 1 ( 1,92%)
		c. melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS dan memantau Perkembangan	1= ya 2= tidak	1 = 41(78,85%) 2 = 11(21,15%)
		d. mengupayakan tersedianya obat /alkes di kloter	1= ya, setiap hari 2= ya, berkala 3= tidak meminta	1 = 4 (7,69%) 2 = 43 (82,69%) 3 = 5 (9,62%)
		e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 51 (98,08%) 2 = 1 ( 1,92%)

13.	<b>Perjalanan dengan Makkah-Jeddah (gel.1) Makkah-Madinah (gel. 2)</b>	a.mengumpulkan jamaah haji risti dalam bis bersama petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 12 (23,08%) 2 = 40 (76,92%)
		b.membekali ketua rombongan dengan obat P3K	1 = ya 2= tidak	1 = 28 (53,85%) 2 = 24 (46,15%)
		c.memberikan penasehatan	1= ya 2= tidak	1 = 1 ( 1,92%) 2 = 51 (98,08%)
14.	<b>Madinah gelombang - 2</b>  Responden 33	a.bersama ketua kloter mengatur penempatan jamaah haji risti di tempat yang dekat dengan petugas kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 1 ( 3,03%) 2 = 32 (96,97%)
		b.melakukan pemantauan, pembinaan, penasehatan dan pengobatan kepada jamaah haji di kloter	1= ya, aktif 2= ya, pasif	1 = 14 (43,42%) 2 = 19 (57,58%)
		c.melakukan rujukan ke BPHI atau RSAS	1- ya 2= tidak	1 = 15 (45,45%) 2 = 18 (54,55%)
		d.mengupayakan tersedianya obat /alkes	1= ya, setiap hari 2= ya, secara berkala	1 = 5 (15,15%) 2 = 28 (84,85%)
		e.melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 33 (100%) 2 = 0 ( 0%)
15.	<b>Madinatul Hujjaj, Jeddah (gel.1) Bandara Madinah (gel.2)</b>	a.membina, memantau, melayani kesehatan jamaah haji dan memberikan penasehatan	1= ya, semua di laksanakan 2= melayani dan memantau 3= hanya memantau	2 = 1 (1,92%) 3 = 51 (98,08%)
		b.merujuk ke BPHI setempat	1= ya 2= tidak	1 = 8 (15,38%) 2 = 44 (84,62%)
		c.mengembalikan paket obat kloter	1= ya, diperiksa 2= ya, tidak diperiksa 3= tidak mengembalikan	1 = 51 (98,08%) 2 = 1 ( 1,92%)
		d.melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)

16.	<b>Pesawat terbang</b>	a. memeriksa kelengkapan obat di pesawat	1= periksa dan check isi 2= periksa, tidak mencheck 3= tidak melakukan	1 = 17(32,69%) 2 = 19 (36,54%) 3 = 16 (30,77%)
		b. mengetahui tempat duduk jamaah risti	1= tahu, mencari sendiri 2= diberitahu ketua kloter 3= tidak tahu	1 = 24 (46,15%) 2 = 25 (48,08%) 3 = 3 ( 5,77%)
		c. memantau membina dan melayani kesehatan jamaah haji	1= ya, sendiri aktif 2= ya, diberitahu paramedis 3= ya, pasif (kalau ada keluhan)	1 = 3 ( 5,77%) 2 = 45 (86,54%) 3 = 4 ( 7,69%)
		d. penyuluhan kesehatan	1= ya 2= tidak	1 = 2 ( 3,85%) 2 = 50 (96,15%)
		e. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)
17.	<b>Debarkasi</b>	a. memantau, membina dan melayani kesehatan jamaah haji	1= ya, aktif 2= ya, pasif 3= tidak melakukan	1 = 11 (21,15%) 2 = 41 (78,85%)
		b. merujuk ke poliklinik debarkasi	1= ya 2= tidak	1 = 9 (17,31%) 2 = 43 (82,69%)
		c. melaksanakan pencatatan dan pelaporan	1= ya 2= tidak	1 = 51 (98,08%) 2 = 1 ( 1,92%)
		d. menyerahkan pelaporan kepada kesehatan debarkasi	1= ya 2= tidak	1 = 52 (100%) 2 = 0 ( 0%)

Responden : 52 orang

**Lampiran 5 :****Tabel 1.5 Distribusi Jamaah Calon Haji Embarkasi Surabaya per Propinsi tahun 1996 - 2000**

Tahun	1996	1997	1998	1999	2000
Propinsi	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Jatim	31.272 (65,35)	28.496 (82,14)	31.272 (81,81)	11.402 (81,02)	32.732 (82,35)
N T B	4.664 (9,75)	4.503 (12,98)	4.617 (13,01)	1.999 (14,20)	5.588 (14,06)
N T T	194 (0,41)	442 (1,27)	451 (1,27)	101 (0,72)	394 (0,99)
Bali	256 (0,54)	309 (0,89)	374 (1,05)	115 (0,82)	544 (1,37)
Jateng	8.679 (18,14)	-	-	-	-
D.I. Yogya	1.553 (3,25)	-	-	-	-
Lain lain	1.232 (2,57)	842 (2,72)	1.015 (2,86)	267 (1,90)	487 (1,23)
Jumlah	47.850 (100)	34.691 (100)	35.493 (100)	14.073 (100)	39.748 (100)

Sumber : Kanwil Dep. Agama Propinsi Jawa Timur, tahun 2000

**Tabel 1.6 Persentase Jamaah Calon Haji risiko tinggi Embarkasi Surabaya tahun 1996 - 2000**

	Tahun				
	1996	1997	1998	1999	2000
Jumlah CJH	47.850	34.691	35.493	14.073	39.748
Jumlah risiko tinggi	18.541	12.017	11.916	3.701	10.954
Persen (%)	38.75	34.64	33.57	26.30	27.56

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 2000

Tabel 1.7 Angka Kematian Jamaah Haji Embarkasi Surabaya per Propinsi, tahun 1996 – 2000

Propinsi	Tahun				
	1996 N(%)	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)	2000 N(%)
Jawa Timur	75(0,239)	137(0,48)	116(0,399)	38(0,334)	90(0,274)
NTB	12(0,257)	9(0,199)	23(0,498)	7(0,35)	19(0,34)
NTT	0	0	5(1,109)	0	2(0,507)
Bali	2(0,781)	1(0,323)	1(0,267)	1(0,391)	1(0,183)
Jawa Tengah	30(0,345)	-	-	-	-
D.I. Yogyakarta	7(0,45)	-	-	-	-
Embarkasi Surabaya	126 (0,282)	147 (0,423)	145 (0,408)	46 (0,327)	112 (0,281)
Nasional	0,30	0,38	0,37	0,22	0,23

Sumber : Siskohat Ditjen PPM &amp; PL, Depkes RI, tahun 2000

Tabel 1.8 Proporsi Sebab Kematian Jamaah Haji Embarkasi Surabaya tahun 1996 – 2000

Sebab Kematian	Tahun				
	1996 N(%)	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)	2000 N(%)
Jantung	62(49,21)	71(48,30)	79(54,48)	27(58,70)	57(50,89)
Paru	47(37,30)	65(44,22)	45(31,03)	10(21,74)	47(41,96)
Heat Stroke	5(3,97)	5(3,40)	2(1,38)	0	0
Hati	2(1,59)	3(2,04)	1(0,69)	-	-
Serebro Vaskuler	-	-	3(2,07)	4(8,70)	3(2,68)
Ginjal	-	2(1,36)	-	-	-
Diabetes mellitus	-	-	3(2,07)	1(2,17)	2(1,79)
Trauma	-	-	-	3(6,52)	1(0,89)
Lain-lain	10(7,93)	1(0,68)	12(8,28)	1(2,17)	2(1,79)
Jumlah	126 (100)	147 (100)	145 (100)	46 (100)	112 (100)

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 2000

Tabel 1.9 Proporsi Kematian menurut Periode Perjalanan Haji Embarkasi Surabaya, tahun 1996 - 2000

Periode	Tahun				
	1996 N(%)	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)	2000 N(%)
Pra Wukuf	31 (24,60)	43 (29,26)	36 (24,83)	10 (21,74)	24 (21,42)
Wukuf	25 (19,84)	18 (12,24)	22 (15,17)	9 (19,56)	16 (14,29)
Pasca Wukuf	70 (55,56)	86 (58,50)	87 (60,00)	27 (58,70)	72 (64,29)
Jumlah	126 (100)	147 (100)	145 (100)	46 (100)	112 (100)

Sumber : Pusat Informasi Haji Surabaya, Tahun 2000

Tabel 1.10 Proporsi Lokasi kejadian Kematian Jamaah Haji Embarkasi Surabaya tahun 1997-1999

Lokasi Kejadian Kematian	Tahun		
	1997 N(%)	1998 N(%)	1999 N(%)
RS /BPHI	83 (55,86)	70 (48,32)	24 (52,18)
Perjalanan	2 (1,38)	9 (6,04)	3 (6,52)
Pondokan	49 (33,10)	55 (38,26)	14 (30,43)
Arafah / Mina	14 (9,66)	11 (7,38)	5 (10,87)
Jumlah	147 (100)	145 (100)	46 (100)

Sumber : Kantor Kesehatan Pelabuhan Surabaya, tahun 1999

Tabel 5.49 Jumlah Jamaah Calon Haji (JCH) per Kabupaten Kota dan per korwil Propinsi Jawa Timur, tahun 2001

No.	Kabupaten Kota	Pria	Wanita	Jumlah JCH
1.	Kab.Madiun	110	135	245
2.	Kota Madiun	78	80	158
3.	Kab. Ponorogo	168	219	387
4.	Kab. Pacitan	41	39	80
5.	Kab. Magetan	110	115	225
6.	Kab. Ngawi	73	67	140
7.	Kab. Blitar	403	461	864
8.	Kota Blitar	60	50	110
9.	Kab. Trenggalek	163	174	337
10.	Kab. Tulungagung	530	571	1.101
	<b>Jumlah Korwil I</b>	<b>1.736</b>	<b>1.911</b>	<b>3.647 (8,16%)</b>
11.	Kab. Lamongan	1.314	1.281	2.595
12.	Kab. Bojonegoro	469	468	937
13.	Kab. Tuban	508	606	1.014
14.	Kab. Jombang	540	571	1.111
15.	Kab. Nganjuk	257	251	508
16.	Kab. Mojokerto	624	523	1.147
17.	Kota Mojokerto	149	160	309
18.	Kab. Kediri	457	486	943
19.	Kota Kediri	143	150	293
	<b>Jumlah Korwil II</b>	<b>4.461</b>	<b>4.396</b>	<b>8.857 (19,81%)</b>
20.	Kab. Malang	1.015	1.071	2.086
21.	Kota Malang	833	950	1.783
22.	Kab. Pasuruan	1.013	696	1.709
23.	Kota Pasuruan	299	295	594
24.	Kab. Probolinggo	565	469	1.034
25.	Kota Probolinggo	144	155	299
26.	Kab. Lumajang	439	444	883
27.	Kab. Jember	1.309	1.148	2.457
28.	Kab. Bondowoso	532	367	899
29.	Kab. Situbondo	630	605	1.235
30.	Kab. Banyuwangi	743	727	1.470
	<b>Jumlah Korwil III</b>	<b>7.522</b>	<b>6.927</b>	<b>14.449 (32,31%)</b>



No.	Kabupaten Kota	Pria	Wanita	Jumlah JCH
31	Kab. Bangkalan	679	765	1.444
32	Kab. Sampang	677	609	1.286
33	Kab. Pamekasan	1.249	977	2.226
34	Kab. Sumenep	1.082	838	1.920
35	Kota Surabaya	2.579	2.901	5.480
36	Kab. Sidoarjo	1.367	1.415	2.782
37	Kab. Gresik	1.309	1.315	2.624
	<b>Jumlah Korwil IV</b>	<b>8.942</b>	<b>8.820</b>	<b>17.762 (39,72%)</b>
	<b>Jumlah JCH Jatim</b>	<b>22.661</b>	<b>22.054</b>	<b>44.715 (100%)</b>