

1. MENTAL DISORDERS
2. REFERRAL AND CONSULTATION

KK
TKA 36/02
Lat
a

TESIS

ANALISIS POLA RUJUKAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI KABUPATEN MALANG (UPAYA PENINGKATAN KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA PUSAT LAWANG)



LATIFAH

M I I K
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

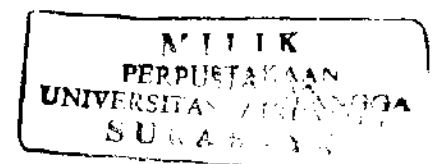
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001

**ANALISIS POLA RUJUKAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI KABUPATEN MALANG
(UPAYA PENINGKATAN KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA
DI RUMAH SAKIT JIWA PUSAT LAWANG)**

TESIS

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

Oleh :
LATIFAH
NIM 099913602M



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001**

UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya serta atas perkenan-Nya, sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, akan sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan penyusunan tesis ini. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya, semoga Allah SWT memberkati kita semua.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Dr. S. Supriyanto, dr.,MS selaku pembimbing ketua dan sekaligus Ketua Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga dan Ibu dr. S.K. Poerwani B., MARS, selaku pembimbing yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan, saran serta kritik sampai tesis ini dapat diselesaikan.

Penulis juga mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak drg. Setya Haksama, MKes selaku instruktur akademik yang dengan rela meluangkan waktunya dan dengan penuh perhatian memberikan kritik dan saran hingga terwujudnya tesis ini.

Disamping itu, terlaksananya penelitian sampai dengan penulisan tesis ini adalah berkat bantuan dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Bapak Widodo J.P. dr.,MS.,MPH.,Dr.PH, atas kesempatan, bantuan sarana dan prasarana selama perkuliahan sampai penyelesaian tesis ini.
2. Semua staf pengajar dan pengelola Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pasca sarjana Universitas Airlangga, atas bimbingan, bantuan yang diberikan selama perkuliahan dan penyelesaian tesis ini.

3. Tim penguji yang telah banyak memberikan bimbingan, saran dan meluangkan waktu untuk penyusunan tesis ini.
4. Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang, Bapak dr. G. Pandu Setiawan, Sp.KJ atas ijin belajar dan dukungan yang diberikan hingga terselesaikannya pendidikan pada program Magister ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang memberikan fasilitas untuk penelitian hingga terselesaikannya tesis ini.
6. Kepala Puskesmas Ngantang, Bululawang, Tumpang, Dampit, Sitiarjo dan Sumber Manjing Kulon beserta seluruh staf yang memberikan fasilitas untuk penelitian dan bantuan hingga selesainya tesis ini.
7. Direktur RSUD Kepanjen, Ketua Tim Diklat beserta staf yang telah memberikan fasilitas dan bantuan hingga selesainya tesis ini.
8. Khusus yang tersayang ibu penulis, Ibu Nur Chlolilah atas bimbingan dan doa restunya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.
9. Yang tercinta mertua penulis, H.Abdullah Faqih dan Hj. Nurul Fitriyah yang memberikan bimbingan dan doanya hingga selesainya pendidikan ini.
10. Suami tercinta, Abdul Machi, atas doanya, pengorbanan, dorongan moril dan materiil sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.
11. Adik tercinta, Farida Hanum dan Effendi beserta keponakan Efida dan Efira yang banyak membantu dan memberikan fasilitas selama penulis mengikuti pendidikan ini hingga selesainya pendidikan ini.
12. Teman-teman di Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang, khususnya di Instalasi Farmasi dan teman-teman pada Program Studi Administrasi Kesehatan Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, atas segala bantuan yang diberikan sehingga tesis ini dapat terselesaikan

Semoga amal ibadah beliau mendapat pahala yang setimpal dari Allah SWT dan harapan penulis, semoga tesis ini bermanfaat bagi orang yang membacanya.

Lawang, September 2001
Penulis

RINGKASAN

Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang adalah rumah sakit khusus jiwa kelas A, merupakan rumah sakit pusat rujukan gangguan jiwa. Sebagai pusat rujukan gangguan jiwa, seharusnya lebih banyak menerima rujukan dari rumah sakit lain, tetapi pada kenyataannya rujukan dari rumah sakit lain selama tiga tahun terakhir hanya rata-rata 2,96% dari seluruh rujukan yang ada, rujukan dari puskesmas rata-rata 93,03% dari seluruh rujukan yang ada dan prosentase rata-rata rujukan terhadap jumlah pengunjung adalah 7,23%.

Rendahnya kunjungan dengan pola rujukan ini perlu mendapat perhatian, guna perbaikan internal rumah sakit maupun eksternal rumah sakit, agar tercapai peningkatan kesehatan jiwa masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tentang pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang.

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian survey dengan rancangan penelitian *cross sectional*, karena pengukuran semua variabel dalam penelitian ini dilaksanakan dalam satu kurun waktu tertentu. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan dalam 3 tahap, yaitu tahap (1) yaitu menganalisis faktor-faktor internal dan eksternal RSJP Lawang dengan menggunakan kuesioner, tahap (2) yaitu dari faktor internal dan eksternal dianalisis kecenderungannya yang paling berpengaruh terhadap rujukan ke RSJP Lawang dan tahap ke (3) yaitu menyusun upaya peningkatan kunjungan di RSJP Lawang dengan pola rujukan melalui pelaksanaan *NGT*.

Adapun responden untuk analisis faktor internal, terdiri dari keluarga pasien yang berkunjung ke poli rawat jalan, sebesar 103 responden dan responden provider RSJP Lawang sebesar 5 responden, sedangkan untuk analisis faktor eksternal, menggunakan responden keluarga pasien yang berkunjung ke puskesmas, sebesar 51 responden serta provider puskesmas sebesar 30 responden serta provider RSUD Kepanjen sebesar 6 responden.

Dari hasil penelitian yang dilakukan, diketahui adanya faktor yang kemungkinan berpengaruh terhadap rendahnya rujukan ke RSJP Lawang, yaitu : (1) Kurangnya pembinaan dan pelatihan petugas kesehatan yang ada di puskesmas dan RSUD Kepanjen oleh RSJP Lawang (2) Masih adanya stigma terhadap pasien gangguan jiwa (3) Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa masih rendah (4) Ketidak patuhan masyarakat dalam upaya rujukan.

Masalah yang timbul dari hasil penelitian, dipecahkan dalam *NGT* dengan rekomendasi sebagai berikut :

1. Menyediakan anggaran untuk pelatihan bagi tenaga medis dan paramedis, guna meningkatkan pengetahuan mereka. Anggaran dapat di usulkan ke pemerintah pusat atau ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
2. Merumuskan konsep pembinaan, dengan dilaksanakannya *TNA (Training Need Assesment)* dan *TOT (Training of Trainer)*
3. Digalakkan pelatihan, kemudian di *follow up* dan *feed back*.

4. Disusun strategi penyuluhan kesehatan jiwa untuk merubah stigma masyarakat dan petugas kesehatan lainnya.
5. Advokasi ulang pada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM

ABSTRACT

The center of mental hospital Lawang, which is special mental hospital with grade A is the top referral hospital for mental disorder. As the central hospital of reference for mental disorder, it should receive more referral patients from another hospital, but in reality, the reference from another hospital during three years is only about 2.96% from all references. The reference from Public Health Center is about 93.03% from all references and the reference average percentage toward patient number is 7.23%.

The lower visit with this referral pattern needs the attention for improving in both internal and external of the hospital, so it is achieved the improvement of mental health from all people. Therefore it needs to do the study about the referral pattern of mental disorder patient in Malang Regency.

This study was descriptive research, which was done in 3 steps namely first step was to analyze the internal and external factors of mental hospital center Lawang by using the questioner. Second step was from internal and external factors that were analyzed to find of the most influence toward reference of mental hospital center Lawang; and the third step was to arrange the trial of improving the visit in it with reference pattern through the implementation of NGT (Nominal Group Technique).

The respondent for analyzing internal factor consisted of patient family that visited in ambulatory care of hospital amount 103 respondents and provider of mental hospital center Lawang amount 5 respondents, while to analyze external factor used patient family that visited in public health center amount 51 respondents. The provider of public health center was 30 respondents and the provider of general hospital of Kepanjen was 6 respondents.

The conclusion of this study is (1) the provider respondent of public health center and general hospital of Kepanjen expects training and developing at least once a year to the mental hospital center Lawang, (2) the existence of stigma to the mental disorder patient, (3) the lower knowledge of people about mental health, (4) the disobedience of people in reference trial.

The appeared problem from the study is solved in NGT with the recommendation as follow:

- 1 Provide budget for training of medical staff and paramedic to improve their knowledge. The budget can be suggested to central government or Health Department of Malang Regency.
- 2 Formulate the developing concept by implementing TNA (Training Need Assessment) and TOT (Training of Trainer).
- 3 Develop the training, followed up and feed back subsequently
- 4 It is arranged the illumination of mental health to change stigma of people and another medical staff.
- 5 Review the advocate to Governor and the leader of regent about BPKJM role.

Keywords: Referral Pattern, Mental Disorder, RSJP Lawang

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Lembar Pengesahan	iii
Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Ringkasan	vii
Abstract	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	11
1.2.1 Faktor Internal RSJP Lawang	12
1.2.2 Faktor Eksternal RSJP Lawang	18
1.3 Pembatasan Masalah	22
1.4 Rumusan Masalah	23
1.5 Tujuan Penelitian.....	24
1.5.1 Tujuan Umum	24
1.5.2 Tujuan Khusus	25
1.6 Manfaat Penelitian	26
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	27
2.1 Organisasi Rumah Sakit	27
2.2 Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit	27
2.3 Prevalensi Gangguan Jiwa	28
2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa	31
2.4.1 Pelayanan yang Bersifat Mediko-Psiko Sosial	32
2.4.2 Pelayanan Komprehensif	33
2.4.3 Pelayanan Paripurna	33
2.5 Sistem Rujukan	35
2.5.1 Jejaring Rujukan	40
2.5.2 Permasalahan Rujukan di Indonesia	44
2.6 Mutu Pelayanan	47
2.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Utilisasi)	50
2.7.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Menurut Dever..	50
2.7.2 Model Pemanfaatan Pelayanan Menurut Anderson.....	52
2.8 <i>Nominal Group Tehnique</i>	55
2.8.1 Pengertian NGT	55
2.8.2 Tujuan NGT	55

2.8.3 Alasan Digunakan NGT	56
2.8.4 Teknik NGT	56
2.8.5 Proses Dinamika Kelompok	56
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	60
BAB 4 METODE PENELITIAN	63
4.1 Rancangan Penelitian	63
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan	63
4.2.1 Populasi	63
4.2.2 Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan	63
4.2.2.1 Sampel Penelitian	63
4.2.2.1.1 Sampel Pengguna RSJP Lawang.....	64
4.2.2.1.2 Sampel Pengguna Puskesmas	64
4.2.2.1.3 Sampel Provider di Puskesmas, RSU Kepanjen dan RSJP Lawang	65
4.2.2.2 Besar Sampel	66
4.2.2.2.1 Besar Sampel Pengguna RSJP Lawang	66
4.2.2.2.2 Besar Sampel Pengguna Puskesmas	67
4.2.2.2.3 Besar Sampel Provider	67
4.2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	68
4.3 Kerangka Operasional Penelitian	69
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	70
4.4.1 Variabel Penelitian	70
4.4.2 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel	71
4.5 Instrumen Penelitian	78
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	79
4.7 Pengumpulan Data	79
4.8 Teknik Analisis Data	80
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	82
5.1 Gambaran Umum Sarana Pelayanan Kesehatan	82
5.1.1 Puskesmas	84
5.1.2 Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang	85
5.1.3 Rumah Sakit Umum Kepanjen	86
5.2 Pola Rujukan Pasien Gangguan Jiwa di Kabupaten Malang.....	88
5.3 Pelaksanaan Jejaring Rujukan oleh RSJP Lawang	91
5.4 Pelaksanaan Pembinaan dan Pelatihan Kesehatan Jiwa oleh RSJP Lawang terhadap Petugas Kesehatan di Puskesmas dan RSU Kelas C	92
5.5 Pendapat Keluarga Pasien Tentang Mutu Pelayanan di RSJP Lawang	97

5.6	Faktor-faktor dari Responden di Puskesmas Terhadap Upaya Rujukan ke RSJP Lawang	100
5.6.1	Tingkat Penghasilan	100
5.6.2	Tingkat Pendidikan	101
5.6.3	Tingkat Pengetahuan	102
5.6.3.1	Definisi Gangguan Jiwa	102
5.6.3.2	Penyebab Gangguan Jiwa	103
5.6.4	Stigma Masyarakat	105
5.6.4.1	Terhadap Pasien Gangguan Jiwa	105
5.6.4.2	Terhadap Rumah Sakit Jiwa	107
5.6.5	Tentang Kepatuhan Masyarakat terhadap Rujukan	108
5.6.6	Tentang Jarak dan Transportasi	112
5.6.6.1	Tentang Jarak	112
5.6.6.2	Tentang Waktu	113
5.6.6.3	Kendaraan yang Dipakai dalam Upaya Rujukan	114
5.7	Sikap Petugas dalam Upaya Rujukan	114
5.7.1	Sikap Petugas Puskesmas dalam Upaya Rujukan	114
5.7.2	Sikap petugas RSU Kepanjen dalam Upaya Rujukan	116
5.8	Proses NGT	118
5.9	Rekomendasi Upaya Peningkatan Kunjungan dengan Pola Rujukan di RSJP Lawang	122
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	130
6.1	Kesimpulan	130
6.2	Saran	134
	DAFTAR PUSTAKA	136

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Jumlah Pengunjung dan Kegiatan Rujukan di RSJP Lawang Tahun 1998 s/d 2000.....	6
Tabel 1.2	Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kabupaten Malang, Tahun 1998 s/d 2000	7
Tabel 1.3	Jumlah Pasien Gangguan Jiwa yang Berobat di Puskesmas Kabupaten Malang dan yang Di rujuk ke Rumah Sakit Jiwa, pada Tahun 2000	9
Tabel 1.4	Asal Pasien dan Jumlah Kunjungan Pasien ke RSJP Lawang, Tahun 2000	23
Tabel 4.1	Jumlah Responden dari 6 Puskesmas di Kabupaten Malang, Juli – Agustus 2001.....	67
Tabel 5.1	Indikator Pelayanan RSJP Lawang, Tahun 1999/2000	86
Tabel 5.2	Sepuluh Besar Jenis Gangguan Jiwa di Poli Rawat Jalan RSJP Lawang, 1999/2000	86
Tabel 5.3	Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Poliklinik RSU Kepanjen, 2001	87
Tabel 5.4	Jumlah Pasien Gangguan Jiwa yang Berobat ke Puskesmas dan yang Dirujuk ke Rumah Sakit di Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	88
Tabel 5.5	Pelaksanaan Jejaring Rujukan oleh RSJP Lawang Menurut Provider RSJP Lawang, pada bulan Agustus 2001.....	91
Tabel 5.6	Pembinaan dan Pelatihan oleh RSJP Lawang Menurut Provider Puskesmas dan RSU kelas C pada bulan Juli-Agustus 2001.....	93
Tabel 5.7	Pembinaan dan Pelatihan oleh RSJP Lawang Menurut Provider RSJP Lawang terhadap Petugas Kesehatan di Kabupaten Malang, pada Agustus 2001	94
Tabel 5.8	Pendapat Keluarga Pasien tentang Mutu Pelayanan, Tarif, Prosedur Administrasi, Tempat Pelayanan, Jadwal Pelayanan di RSJP Lawang	97

Tabel 5.9	Tingkat Penghasilan Responden di Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	100
Tabel 5.10	Tingkat Pendidikan Responden yang Berkunjung ke Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	101
Tabel 5.11	Definisi Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	102
Tabel 5.12	Penyebab Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli - Agustus 2001	104
Tabel 5.13	Stigma Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang terhadap Pasien Gangguan Jiwa, pada Bulan Juli – Agustus 2001	106
Tabel 5.14	Stigma Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang terhadap Rumah Sakit Jiwa, pada Bulan Juli-Agustus 2001..	107
Tabel 5.15	Responden di Puskesmas kabupaten Malang yang Setuju terhadap Rujukan, pada bulan Juli- Agustus 2001	108
Tabel 5.16	Alasan Pasien Setuju Dirujuk dari Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	109
Tabel 5.17	Alasan Tidak Setuju Dirujuk dari Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	110
Tabel 5.18	Rujukan yang Dikirim oleh Puskesmas dan Rujukan yang Diterima oleh RSJP Lawang, pada Bulan Juli – Agustus 2001	110
Tabel 5.19	Jarak yang Ditempuh oleh Responden ke Tempat Rujukan, Bulan Juli - Agustus 2001	111
Tabel 5.20	Waktu yang Diperlukan Responden ke Tempat Rujukan pada Bulan Juli- Agustus 2001	113
Tabel 5.21	Kendaraan yang Dipakai dalam Upaya Rujukan, 2001	114
Tabel 5.22	Sikap Petugas Puskesmas di Kabupaten Malang dalam Upaya Rujukan, Juli - Agustus 2001	115
Tabel 5.23	Sikap Petugas RSUD Kepanjen dalam Upaya Rujukan, Agustus 2001	116
Tabel 5.24	Hasil diskusi NGT, September 2001	121

Tabel 5.25	Usulan Anggaran Pelatihan oleh RSJP Lawang, Tahun 2001	124
Tabel 5.26	Rencana Pelatihan oleh RSJP Lawang, Tahun 2001	127

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Faktor-faktor Yang Menyebabkan Rendahnya Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Pola Rujukan	11
Gambar 2.1 Pelayanan Kesehatan Jiwa Paripurna	35
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Upaya Peningkatan Jumlah Kunjungan dengan Pola Rujukan di RSJP Lawang ...	62
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Upaya Peningkatan Jumlah Kunjungan Dengan Pola Rujukan di RSJP Lawang ...	69
Gambar 5.1 Peta Kabupaten Malang.....	83

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	Kuesioner untuk Responden di Poli Rawat Jalan RSJP Lawang	139
Lampiran 2	Kuesioner untuk Responden di Puskesmas	142
Lampiran 3	Kuesioner untuk Provider RSJP Lawang	146
Lampiran 4	Kuesioner untuk Provider Puskesmas	149
Lampiran 5	Kuesioner untuk Provider RSUD Kepanjen	150
Lampiran 6	Brosur RSJP Lawang	153
Lampiran 7	Daftar Hadir NGT	154
Lampiran 8	Surat Ijin Penelitian	155

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

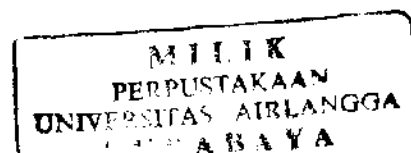
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di dalam UU No.23 tahun 1992 disebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut ilmu kedokteran, pengertian kesehatan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang, yang selaras dengan perkembangan orang lain (Depkes, 1999).

Mengingat hal tersebut, dapat dipahami betapa pentingnya kesehatan jiwa dalam pertumbuhan dan kehidupan bangsa, karena masalah kesehatan jiwa tidak saja berpengaruh terhadap tingkat produktivitas seseorang, akan tetapi juga berkaitan langsung dengan aspek-aspek lain yang menyangkut kualitas sumber daya manusia, seperti kemampuan penyesuaian diri, kemandirian, kreativitas, hubungan pribadi dan sosial dengan lingkungan serta kebahagiaan (BPKJM, 1997).

Masalah kesehatan jiwa di masa depan makin meluas, tidak hanya gangguan organobiologik; yaitu gangguan syaraf yang menyebabkan perubahan fungsi kejiwaan seseorang dan gangguan psikosomatik; yaitu gangguan fisik lainnya yang dicetuskan karena konflik internal pada individu tersebut, melainkan juga gangguan psikososial yang terjadi sebagai dampak dari reformasi, globalisasi, modernisasi, industrialisasi, urbanisasi serta meningkatnya arus informasi dan komunikasi yang berpotensi cukup besar



sebagai faktor terjadinya gangguan jiwa secara nyata, seperti stressor psikososial, perkembangan anak, remaja, dewasa muda, masa usia lanjut, penyakit akibat kerja, pengangguran, tindakan kriminal, agresivitas, pelacuran, perkosaan, pembunuhan dan lain-lain. Masalah lain yaitu meningkatnya kesejahteraan fisik dan status sosial ekonomi masyarakat, meningkatkan harapan dan tuntutan untuk memperoleh pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan jiwa yang lebih merata dan bermutu (Depkes, 1995).

Menurut survei yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa pada tahun 1996 di 10 kotamadya di Indonesia terhadap 994 responden, ternyata ditemukan bahwa 344 responden merupakan kasus gangguan jiwa (Depkes, 1999). Tentunya pada tahun sekarang maupun yang akan datang, kasus gangguan jiwa akan meningkat seiring dengan lajunya perubahan baik di bidang politik, ekonomi, hukum, sosial dan budaya yang terjadi di Indonesia.

Mengingat masalah kesehatan jiwa masyarakat yang semakin kompleks dan kasus gangguan jiwa yang semakin meningkat, maka dibutuhkan pendekatan dan pemecahan masalah dengan persiapan dan langkah-langkah yang tepat dengan mengikutsertakan insitusi pemerintah yang terkait, swasta dan masyarakat.

Mengantisipasi kondisi tersebut, peran kesehatan jiwa tidak hanya berhubungan dengan masalah kesehatan jiwa "tradisional" seperti neurotik, psikotik, gangguan psikosomatik dan lain-lain, melainkan juga akan diperlukan dalam peningkatan kesehatan jiwa manusia yang "sehat". Karena berbagai perubahan yang ada akan menyebabkan masalah kesehatan jiwa semakin

meluas, sehingga mencakup semua bentuk gangguan subyektif perorangan, antara lain dikenal sebagai rasa kesejahteraan, kebahagiaan, kualitas hidup dan gangguan yang berkaitan dengan stress kehidupan atau masalah psikososial (Depkes RI, 1999).

Dengan meningkatnya berbagai gangguan jiwa dan masalah psikososial di masyarakat, maka upaya kesehatan jiwa harus diperluas, baik melalui Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Umum Kabupaten/ Kota/ Propinsi, Puskesmas, Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (BPKJM) dan pelayanan kesehatan tingkat masyarakat lainnya; sehingga dapat menjangkau dan mencapai seluruh lapisan masyarakat yang membutuhkan.

Salah satu pelayanan kesehatan jiwa milik pemerintah yang berada di Kabupaten Malang adalah Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang (selanjutnya disebut dengan RSJP Lawang) yang merupakan rumah sakit pusat rujukan spesialisik kesehatan jiwa, pengembangan pendidikan, penelitian dan pusat pembinaan kesehatan jiwa masyarakat dengan klasifikasi kelas A.

RSJP Lawang, pada awalnya didirikan oleh pemerintah Hindia Belanda pada tanggal 23 Juni 1902, dengan kapasitas tempat tidur yang besar (1000 – 2000 tempat tidur). Rumah sakit ini dibangun di tempat yang jauh dari kota dan masyarakat umum, dengan perawatan yang bersifat *custodial care* (isolasi dan penjagaan); tetapi teori dasar ini tidak dianut lagi (Maramis, 1994)

Sesuai dengan Surat Menteri Kesehatan No.135/Men.Kes/SK/IV/78, tahun 1978, rumah sakit jiwa mempunyai fungsi :

- 1) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa pencegahan

- 2) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa pemulihan
- 3) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa rehabilitatif
- 4) Melaksanakan usaha kesehatan jiwa kemasyarakatan
- 5) Melaksanakan sistem rujukan (*referral system*)

Sebagai rumah sakit pusat rujukan spesialisik kesehatan jiwa, RSJP Lawang juga merupakan pusat sumber daya ditinjau dari segi teknologi dan sumber daya manusianya yang terampil. Oleh karena itu rumah sakit wajib membina fasilitas pelayanan kesehatan yang berada dalam jaringan rujukannya (Depkes, 2000).

Selain membantu Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota dalam kegiatan dan masalah kesehatan masyarakat yang merupakan prioritas di wilayahnya, rumah sakit secara khusus bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan medik pada seluruh jaringan rujukan di wilayahnya. Oleh karena itu, rumah sakit merupakan pusat rujukan dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah cakupannya (Depkes, 2000).

Agar pelayanan kesehatan di rumah sakit lebih efektif dan efisien, maka pemerintah telah mengatur sistem rujukan kesehatan berjenjang, yaitu pasien yang datang ke puskesmas, bila tidak dilayani karena kurangnya fasilitas, harus dirujuk ke rumah sakit kelas C di daerahnya. Selanjutnya, bila di rumah sakit kelas C fasilitasnya kurang, maka akan dirujuk ke rumah sakit kelas B atau A. Hasil penanganan pasien (diagnosa dan terapi) di rumah sakit rujukan akan di informasikan ke tempat asal pelayanan. Untuk pasien yang tidak dapat dilayani

dokter praktek swasta, maka dapat langsung dirujuk ke puskesmas, rumah sakit kelas C, B atau A.

Tetapi pada kenyataannya, hingga sampai saat ini masih terdapat kesenjangan pada sistem rujukan yang disebabkan karena kurangnya peran Rumah Sakit Kabupaten/ Kota. Kesenjangan itu diperlebar oleh kurang eratnya hubungan kerja sama antara Rumah Sakit Kabupaten atau Kota dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar di wilayahnya, yaitu puskesmas. Kesenjangan juga ditemukan pada penyediaan dan pemeliharaan peralatan medis, komunikasi dan transportasi yang diperlukan untuk mendukung berjalannya sistem rujukan dengan baik (Soejitno, 1994).

Asumsi di atas diperkuat oleh penelitian yang menyebutkan bahwa angka nasional pada tahun 1997 menyebutkan bahwa sebagian besar rujukan yang diterima oleh rumah sakit umum kelas A dan B berasal dari puskesmas, yaitu masing-masing 85,7% dan 86%, sedangkan yang berasal dari rujukan rumah sakit lain adalah masing-masing 2,3% dan 11,3% (Soejitno, dkk, 2000)

Penelitian lain juga menyebutkan tentang distribusi rujukan di beberapa rumah sakit kelas A dan B di Jawa Timur yang berasal dari puskesmas dan rumah sakit, yang menyebutkan bahwa sebagian besar rujukan yang diterima oleh rumah sakit kelas A dan kelas B berasal dari puskesmas, yaitu masing-masing sebesar 96,7% dan 85,2%, sedangkan sisanya berasal dari rumah sakit lain (Depkes, 2000).

Hal ini menunjukkan bahwa rujukan dari puskesmas tidak melalui rumah sakit kelas C, tetapi langsung ke rumah sakit kelas A dan B. Padahal menurut

kenyataan, sebagian kasus yang ditangani di rumah sakit kelas A atau B sebenarnya bisa diselesaikan di rumah sakit kelas C, bahkan dapat dilayani di puskesmas saja.

Rumah sakit kelas A, sebenarnya merupakan rumah sakit pusat rujukan yang seharusnya lebih banyak menerima rujukan dari rumah sakit lain. Selain itu fungsi rumah sakit kelas A seharusnya merupakan pusat rujukan bagi rumah sakit lain yang kelasnya lebih rendah juga tidak berjalan dengan baik, karena hanya 3,3% dari seluruh pengunjungnya merupakan rujukan dari rumah sakit lain.

Kenyataan di atas juga terjadi di RSJP Lawang, yang ditunjukkan pada tabel kegiatan rujukan di bawah ini :

Tabel 1.1 Jumlah Pengunjung dan Kegiatan Rujukan di RSJP Lawang, Tahun 1998 s/d 2000

No	Tahun	Pengunjung RSJP Lawang	Rujukan dari bawah						% rujukan terhadap pengunjung	% yang berkunjung tanpa pola rujukan
			Puskesmas		RS lain		Lain-lain			
			Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1	1998	4745	299	93,4	10	3,1	11	3,4	6,7	93,3
2	1999	5685	322	93,0	12	3,5	12	3,5	6,1	93,9
3	2000	5414	447	92,7	11	2,3	24	5	8,9	91,1

Sumber : Laporan Tahunan RSJP Lawang, tahun 1998 s/d 2000

Dari data di atas, tampak bahwa sebagian besar rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang berasal dari puskesmas, yaitu pada tahun 1998 sebesar 93,4%, pada tahun 1999 sebesar 93,0% dan pada tahun 2000 sebesar 92,7%, sedangkan rujukan dari rumah sakit lain pada tahun 1998 hanya 3,1%, tahun 1999 hanya 3,5% dan pada tahun 2000 hanya 2,3%. Adapun jumlah pasien

rujukan yang diterima apabila dibandingkan dengan jumlah seluruh pengunjung, ternyata pada tahun 1998 hanya sebesar 6,7% dan pada tahun 1999 hanya sebesar 6,1% dan pada tahun 2000 sebesar 8,9%. Jadi rata-rata lebih dari 90% pasien datang ke rumah sakit jiwa atas inisiatif sendiri, tidak dengan pola rujukan. Hal ini kemungkinan disebabkan pasien dan keluarganya mencari alternatif fasilitas yang terbaik dan bukan pada pemanfaatan fasilitas yang sesuai.

Sebagai pusat rujukan kesehatan jiwa, RSJP Lawang seharusnya lebih banyak menerima rujukan dari rumah sakit lain. Tetapi pada kenyatannya jenjang rujukan yang berjalan hanya jenjang antara puskesmas dan RSJP Lawang. Selain itu hanya rata-rata kurang dari 3% saja, rujukan yang berasal dari rumah sakit lain, sehingga fungsi sebagai pusat rujukan belum berjalan secara optimal.

Dan menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang mengenai kegiatan kesehatan jiwa di 41 puskesmas Kabupaten Malang selama 3 (tiga) tahun terakhir adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2. Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kabupaten Malang, Tahun 1998 s/d 2000

No	Tahun	Pasien lama yang berobat	Pasien baru yang berobat	Total	Yang dirujuk ke RS Jiwa	% yang dirujuk terhadap total pasien
1	1998	93054	78004	171058	1488	0,87
2	1999	82114	66315	148429	1022	0,69
3	2000	58014	29044	87058	717	0,82

Sumber : Laporan Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Malang, tahun 1999 s/d 2001

Dari tabel 1.2 di atas tampak bahwa terdapat kecenderungan penurunan pasien yang dirujuk terhadap total pasien yang berobat pada tahun 1999, yaitu sebesar 0,69% dibanding tahun 1998 sebesar 0,87%, tetapi pada tahun 2000 tampak kecenderungan peningkatan pasien yang dirujuk dibanding total pasien yang berobat, yaitu sebesar 0,82%.

Pada tabel 1.1 dan tabel 1.2 apabila dibandingkan antara jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit jiwa dan pasien rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang terdapat perbedaan, yaitu pada tahun 1998 perbedaan sebanyak 1189 pasien (1448 – 299), tahun 1999 perbedaan sebanyak 700 pasien (1022 – 322) dan pada tahun 2000 perbedaan sebanyak 270 pasien (717- 447).

Tetapi perbedaan jumlah rujukan ini belum dapat menunjukkan bahwa pasien tidak patuh terhadap rujukan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Karena rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang belum tentu berasal dari seluruh puskesmas Kabupaten Malang, begitupula rujukan yang dikirim oleh puskesmas, belum tentu semuanya di rujuk ke RSJP Lawang.

Adapun rincian tentang pasien gangguan jiwa yang berobat di puskesmas Kabupaten Malang selama tahun 2000 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.3 Jumlah Pasien Gangguan Jiwa yang Berobat di Puskesmas Kabupaten Malang dan yang di Rujuk ke Rumah Sakit Jiwa pada Tahun 2000

No	Nama Puskesmas	Jumlah pasien gangguan jiwa yang berobat ke puskesmas	Jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit jiwa	Prosentase rujukan terhadap jumlah pasien
1	Tumpang	5168	155	2,99
2	Poncokusumo	2688	45	1,67
3	Jabung	1916	0	0
4	Pakis	2838	1	0,03
5	Lawang	2364	3	0,13
6	Singosari	2497	1	0,04
7	Ardimulyo	2972	27	0,91
8	Karangploso	2224	1	0,04
9	Dau	1571	0	0
10	Batu	2524	0	0
11	Beji	1638	4	0,24
12	Bumiaji	1164	12	1,03
13	Pujon	2893	20	0,69
14	Ngantang	1027	20	1,95
15	Kasembon	1022	0	0
16	Kepanjen	5176	23	0,44
17	Sumberpucung	4027	24	0,60
18	Kromengan	633	0	0
19	Pakisaji	1688	6	0,35
20	Ngajum	1400	2	0,14
21	Wonosari	1800	1	0,06
22	Wagir	2249	1	0,04
23	Pagak	1386	6	0,43
24	Sb. Manjing Kulon	325	50	15,38
25	Donomulyo	6138	28	0,46
26	Kalipare	2588	0	0
27	Bantur	1481	0	0
28	Wonokerto	2605	8	0,31
29	Gedangan	1091	0	0
30	Gondanglegi	1235	5	0,40
31	Ketawang	889	0	0
32	Bululawang	2498	88	3,50
33	Wajak	3575	0	0
34	Tajinan	9	2	0,22
35	Turen	2963	16	0,54
36	Dampit	2859	91	3,18
37	Pamotan	1449	6	0,41
38	Sb.manjing Wetan	314	2	0,64
39	Sitiarjo	1173	69	5,88
40	Ampelgading	1413	0	0
41	Tirtoyudo	701	0	0

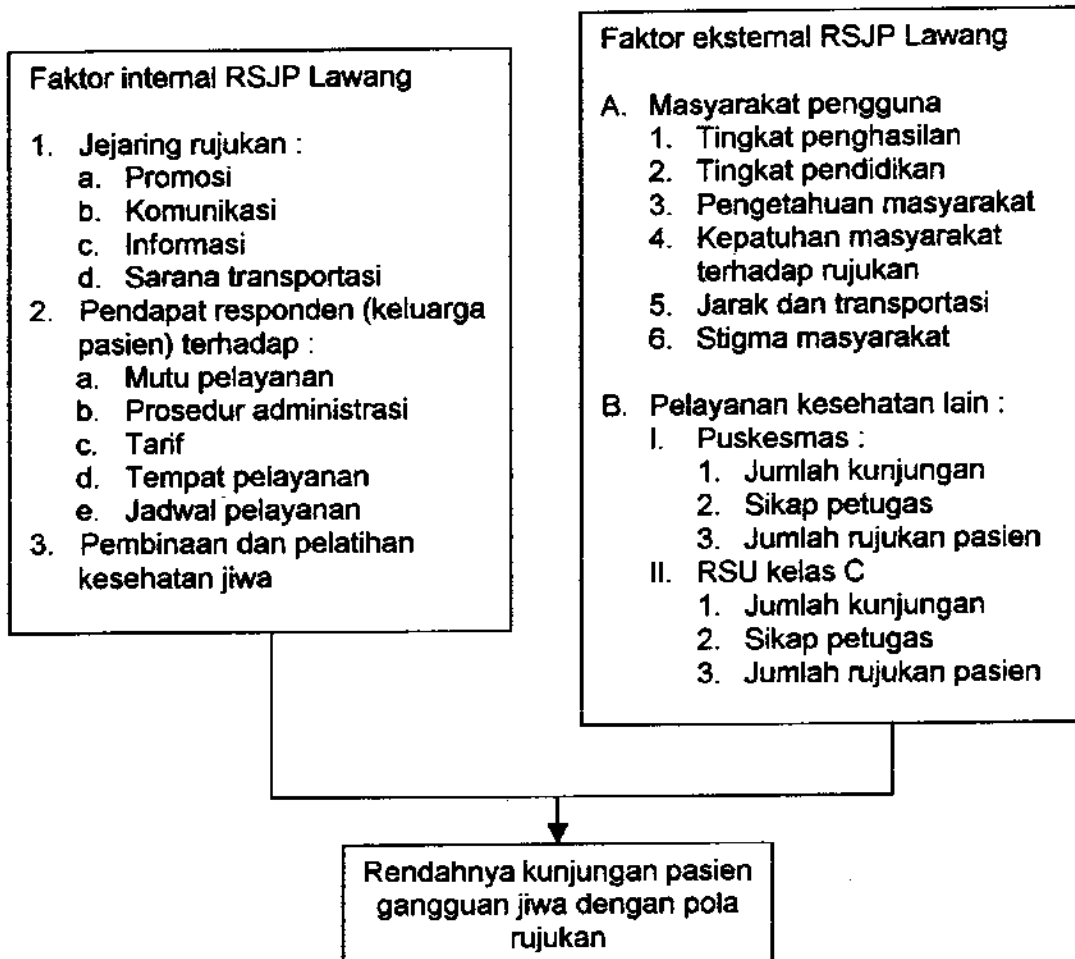
Sumber : Laporan Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Malang, tahun 2001

Dari data pada tabel 1.3 di atas tampak bahwa prosentase terbesar rujukan pasien ke rumah sakit jiwa adalah dari Puskesmas Tumpang sebesar 2,99%, Puskesmas Ngantang sebesar 1,95%, Puskesmas Sumber Manjing Kulon sebesar 15,38%, Puskesmas Bululawang sebesar 3,50%, Puskesmas Dampit sebesar 3,18% dan Puskesmas Sitiarjo sebesar 5,88%.

Berdasarkan latar belakang di atas, yaitu rata-rata lebih dari 90% pasien datang ke RSJP Lawang atas inisiatif sendiri dan hanya rata-rata kurang dari 8% pasien datang dengan pola rujukan (tabel 1.1), maka masalah yang diteliti adalah masih rendahnya kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan di RSJP Lawang.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari uraian latar belakang di atas, maka identifikasi penyebab masalah dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1.1 Faktor-faktor yang Menyebabkan Rendahnya Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa dengan Pola Rujukan

Dari gambar 1.1 dapat dijelaskan, bahwa beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan, dapat disebabkan oleh karena faktor internal RSJP Lawang, yaitu jaringan rujukan pasien, mutu pelayanan, pembinaan kesehatan jiwa dan faktor eksternal RSJP Lawang, yang dapat berasal dari masyarakat pengguna

maupun fasilitas kesehatan lain, baik puskesmas maupun rumah sakit umum kelas C.

1.2.1 Faktor Internal RSJP Lawang

Yang termasuk faktor internal RSJP Lawang adalah : jejaring rujukan, mutu pelayanan, prosedur administrasi, tarif, tempat pelayanan, jadwal pelayanan, pembinaan dan pelatihan yang dilakukan oleh RSJP Lawang terhadap fasilitas pelayanan kesehatan di bawahnya.

Adapun penjelasan mengenai faktor internal RSJP Lawang adalah sebagai berikut:

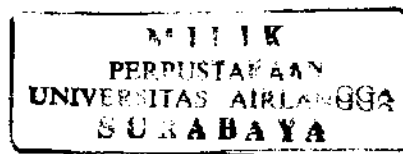
1. Jejaring rujukan (Alkatiri, dkk, 1997)

Jejaring rujukan meliputi :

a. Promosi :

Promosi diperlukan dengan tujuan terjalin komunikasi dua arah untuk mengembangkan pengertian, itikad yang baik dan respek yang timbal balik antara pemberi dan pemakai jasa rumah sakit.

Promosi telah dilakukan oleh RSJP Lawang dengan menerbitkan brosur atau *leaflet* serta pelatihan, baik tingkat regional maupun nasional yang diselenggarakan oleh RSJP Lawang. Dengan upaya promosi ini diharapkan dapat meningkatkan jumlah rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang.



b. Komunikasi

Komunikasi merupakan jembatan yang memungkinkan jejaring fasilitas rujukan untuk saling berhubungan dalam memberikan pelayanan kesehatan berkesinambungan, komprehensif dan terpadu.

Komunikasi di RSJP Lawang selain dilakukan dengan melalui surat-menyurat, juga dilakukan melalui sarana telpon, fax dan e-mail. Dengan sarana komunikasi yang telah dilakukan dan dimiliki oleh RSJP Lawang diharapkan dapat meningkatkan jumlah kunjungan dengan pola rujukan ke RSJP Lawang.

c. Informasi

Sistem informasi dibutuhkan untuk mengetahui :

- 1) Jumlah rujukan yang diterima dan yang dikembalikan ke pelayanan kesehatan yang merujuk.
- 2) Asal rujukan medik. Bagi rumah sakit ini menggambarkan kemampuan rumah sakit sebagai pusat rujukan bagi jejaring pelayanan kesehatan dasar di sekitarnya.
- 3) Kepatuhan pasien kepada rujukan.

Sistem informasi untuk upaya rujukan pasien telah dilakukan oleh RSJP Lawang, sehingga dapat diketahui jumlah rujukan dari bawah dan yang dikembalikan ke pelayanan kesehatan yang merujuk dan juga asal rujukan, tetapi mengenai kepatuhan pasien terhadap rujukan belum pernah dilakukan evaluasi.

d. Sarana transportasi

Sarana transportasi mempunyai peranan penting dalam upaya pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan. Rumah sakit bertanggung jawab atas terwujudnya sistem transportasi di wilayah cakupannya, sehingga bisa mengeliminir istilah “terlambat mencapai tempat rujukan”.

Untuk peningkatan dan pemantapan fungsi sarana transportasi rujukan, maka RSJP Lawang juga menyediakan *ambulance* yang digunakan untuk menunjang upaya rujukan

2. Pendapat responden (keluarga pasien) terhadap :

a. Mutu pelayanan

Mutu pelayanan rumah sakit dapat dipandang dari dua sudut pandang, yaitu sudut pandang *provider* dan sudut pandang pelanggan. Dari sudut pandang *provider*, mutu berarti sesuai dengan standar yang ditentukan dan dari sudut pelanggan, mutu adalah kepuasan pelanggan.

Mutu adalah produk yang selalu mengacu pada kepuasan pelanggan, karena kepuasan pelanggan merupakan kunci utama yang menjadikan organisasi mampu untuk bersaing atau hanya mampu mempertahankan hidup organisasi dalam jangka panjang (Kottler, 1997). Pelanggan yang puas pada pelayanan suatu rumah sakit akan memberikan referensi kepada masyarakat lainnya.

Parasuraman (1988) dalam mengevaluasi kepuasan pelanggan terhadap suatu mutu pelayanan di rumah sakit, mengacu pada berbagai

faktor atau beberapa atribut penentu mutu pelayanan sebagai berikut : *tangible* (wujud), *reliability* (keandalan), *assurance* (jaminan) dan *responsiveness* (daya tanggap) dan *empathy* (empati).

RSJP Lawang yang berfungsi sebagai pusat rujukan pasien gangguan jiwa, sudah berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan telah terakreditasinya 5 (lima) kegiatan pokok pelayanan, disamping itu juga telah dilakukannya pelayanan "satu atap", meliputi administrasi, rawat jalan dan apotek, serta dilakukannya evaluasi kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan di rawat inap.

b. Tarif (Alkatiri, dkk, 1997)

Pola tarif dapat disusun berdasarkan tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, biaya satuan pelayanan bagi yang mampu, pembebasan tarif bagi individu yang betul-betul miskin, pembebasan atau pengurangan tarif berdasarkan komposisi sosio-ekonomi penduduknya, untuk fasilitas yang melayani mayoritas golongan yang mampu akan memberlakukan tarif yang lebih mahal.

Tarif di RSJP Lawang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, mulai masyarakat ekonomi bawah sampai tingkat atas. Dan untuk masyarakat yang betul-betul tidak mampu, pembebasan tarif diberlakukan.

c. Prosedur administrasi

Prosedur administrasi yang rumit akan mempersulit pasien dan selanjutnya akan mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan dan

sarana kesehatan, khususnya pelaksanaan rujukan. Oleh karena itu prosedur rumah sakit hendaknya sederhana, cepat dan tepat. Prosedur administrasi untuk golongan yang mampu diharapkan sama cepat, tepat dan sederhananya seperti golongan yang tidak mampu (Alkatiri, dkk, 1997).

RSJP Lawang telah berusaha untuk meningkatkan prosedur administrasi, dengan telah dilakukannya pelayanan “satu atap”, meliputi bagian administrasi, poli rawat jalan dan apotek, sehingga pasien dan keluarganya diharapkan mendapatkan pelayanan yang lebih mudah, cepat dan tepat, yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan pemanfaatan rumah sakit.

d. Tempat pelayanan

Tempat pelayanan yang bersih dan nyaman akan menyebabkan pasien dan keluarganya betah berada di lingkungan tersebut, sehingga akan berpengaruh terhadap tingkat pemanfaatan rumah sakit. Pasien dan keluarganya yang pernah berkunjung ke rumah sakit akan memberikan referensi kepada pengunjung lainnya.

Tempat pelayanan di RSJP Lawang relatif bersih dan nyaman dan didukung oleh lingkungan yang cukup asri dan taman yang luas, terlebih dengan adanya pembangunan gedung baru yang berfungsi sebagai pelayanan “satu atap”.

e. Jadwal pelayanan

Jadwal pelayanan yang tidak pasti, baik mengenai jam buka atau lamanya pelayanan, kemungkinan akan berpengaruh terhadap rendahnya pemanfaatan pelayanan yang disediakan. Oleh karena itu, rumah sakit hendaknya menetapkan hari buka, waktu tunggu maupun lamanya pelayanan.

Jadwal pelayanan di RSJP Lawang, terutama di poli rawat jalan setiap hari kerja, kecuali hari besar dan Minggu. Evaluasi jadwal pelayanan yang sesuai dengan harapan keluarga pasien belum pernah dilakukan.

3. Pembinaan

Di dalam memperluas cakupan dan jangkauan pelayanan kepada masyarakat, termasuk mereka yang hidup di daerah terpencil, maka pelayanan kesehatan jiwa harus menginfiltrasi dan berintegrasi ke dalam fasilitas pelayanan kesehatan umum, seperti rumah sakit umum kelas C atau D dan yang terutama lagi adalah “ujung tombak” pelayanan kesehatan yaitu puskesmas (Depkes, 1995). Oleh karena itu dibutuhkan pembinaan secara teratur berupa pelatihan kepada para dokter dan perawat di puskesmas, serta pembukaan bagian psikiatri di Rumah Sakit Umum Kabupaten atau kelas C (Thong, 1993).

RSJP Lawang yang berfungsi sebagai pusat rujukan kesehatan jiwa wajib melakukan pembinaan kesehatan jiwa kepada petugas kesehatan yang berada pada fasilitas kesehatan yang berada di dalam jaringan rujukannya dan hal ini pernah dilakukan oleh RSJP Lawang terhadap tenaga medis dan

paramedis, baik yang berada di Kabupaten Malang maupun untuk wilayah Jawa Timur.

1.2.2 Faktor Eksternal RSJP Lawang

Yang termasuk faktor eksternal meliputi :

- a) Masyarakat pengguna, yaitu masyarakat yang berobat ke puskesmas dan disarankan oleh petugas kesehatan di puskesmas untuk merujuk keluarganya yang mengalami gangguan jiwa ke rumah sakit, yang terdiri dari tingkat penghasilan, tingkat pendidikan, pengetahuan masyarakat, kepatuhan masyarakat terhadap rujukan, jarak dan transportasi serta stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa.
- b) Fasilitas kesehatan lain adalah fasilitas di pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh puskesmas yang meliputi jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa, sikap petugas terhadap rujukan pasien, jumlah rujukan pasien, serta pelayanan kesehatan jiwa yang disediakan oleh rumah sakit kelas C yang meliputi jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa, sikap petugas terhadap rujukan, jumlah rujukan pasien.

Penjelasan mengenai faktor eksternal adalah sebagai berikut :

- a) Masyarakat pengguna, yang meliputi :

1. Tingkat penghasilan

Tingkat penghasilan masyarakat berpengaruh terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas kesehatan. Salah satu faktor yang

menyebabkan masyarakat tidak patuh terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas kesehatan adalah tingkat penghasilan yang rendah.

2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan masyarakat berpengaruh terhadap upaya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada disekitarnya saja, karena informasi yang mereka terima juga minimal. Hal ini kemungkinan akan menyebabkan rendahnya rujukan yang disarankan oleh petugas kesehatan.

3. Pengetahuan masyarakat

Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa masih sangat minimal, selain masih adanya stigma yang menempel pada kesehatan jiwa, sehingga ada penolakan masyarakat terhadap gangguan jiwa dan kurang sediaan untuk turut berperan serta (Depkes, 1993)

Dibutuhkan penyuluhan yang berkesinambungan tentang kesehatan jiwa kepada masyarakat baik melalui PKK, RT dan RW, Posyandu dan lain-lain. Disini peran dari BPKJM (Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat) adalah sangat penting karena merupakan forum lintas sektoral yang berfungsi informatif, konsultatif dan fasilitatif, sebagai salah satu alternatif dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat (Depkes, 1983, BPKJM, 1995)

Dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa, maka stigma tentang gangguan jiwa maupun tentang rumah sakit

jiwa lambat laun akan hilang, sehingga masyarakat sadar tentang kesehatan jiwa dan tidak sampai terlambat dalam melakukan upaya pengobatan apabila keluarga atau masyarakat disekitarnya mengalami gangguan jiwa (BPKJM, 1995)

4. Kepatuhan masyarakat pada rujukan

Masyarakat seharusnya patuh terhadap rujukan yang disarankan, sehingga pasien tidak terlambat untuk ditangani dan sistem rujukan yang ada dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Pradhan, 1998).

5. Jarak dan transportasi.

Jarak tempat tinggal pasien dengan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa berpengaruh terhadap kepatuhan rujukan pasien dan keluarganya. Kemungkinan pasien dan keluarganya akan lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa yang lebih dekat dengan tempat tinggalnya.

Sarana transportasi yang sulit, kemungkinan juga akan menyebabkan ketidakpatuhan terhadap rujukan yang disarankan (Papilaya, 1998)

6. Stigma masyarakat tentang gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa.

Masih adanya stigma terhadap gangguan jiwa tertentu seperti skizofrenia, menyebabkan keluarga mengucilkan atau menyembunyikan keluarganya yang sakit. Mereka menyangka bahwa penyakit tersebut timbul karena kutukan atau akibat guna-guna, juga menyulitkan penanganannya (Almatsier, 1991). Akibatnya dapat menghambat partisipasi keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa.

Meskipun keluarga pasien membawa pasien yang mengalami gangguan jiwa ke fasilitas pelayanan kesehatan, maka keluarga pasien akan lebih senang datang ke fasilitas rumah sakit umum bagian psikiatri daripada fasilitas di rumah sakit jiwa (Solichin, 1991), karena malu keluarganya dilabel dengan *pasien jiwa*.

Citra RSJP Lawang belum baik, sebab selama ini RSJP Lawang mempunyai label rumah sakit kuno dan sebagai tempat penitipan dan pembuangan pasien gangguan jiwa berat yang kronis.

- b) Fasilitas kesehatan lainnya, yaitu puskesmas, rumah sakit umum kelas C. Pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas, rumah sakit umum kelas C akan sangat membantu pasien gangguan jiwa yang membutuhkan pertolongan, sehingga ia tidak perlu di rawat di rumah sakit jiwa, melainkan dapat berobat jalan. Puskesmas juga dapat melaksanakan terapi lanjutan dari mereka yang sudah selesai perawatannya di rumah sakit jiwa, sehingga dapat mengurangi faktor kekambuhan pasien (Solichin, 1991).

Adapun faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya jumlah rujukan pasien gangguan jiwa adalah :

1. Jumlah kunjungan :

Target yang ditetapkan yaitu sesuai dengan penelitian WHO di negara berkembang, yaitu sekitar 30% - 50% pasien yang berobat ke fasilitas kesehatan umum menderita gangguan atau penyakit yang mempunyai latar belakang mental-emosional. Pada tahun 1990 telah dilakukan survei oleh tenaga kesehatan umum, yaitu dokter umum dan paramedis

puskesmas, dan hasilnya mendekati kenyataan yang sebenarnya, yaitu 24,21% pasien dewasa dan 4,27% pasien anak mengalami gangguan jiwa (Depkes, 1995).

Kunjungan pasien gangguan jiwa yang rendah pada puskesmas akan menyebabkan pula rendahnya jumlah rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang.

2. Sikap petugas

Pengetahuan petugas terhadap berbagai masalah gangguan jiwa dan masalah kesehatan jiwa yang ada dalam masyarakat akan mendukung sikap petugas untuk mau merujuk pasien gangguan jiwa ke jenjang pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, sehingga pasien tidak terlambat dalam mencari pengobatannya.

3. Jumlah rujukan pasien

Pola rujukan yang belum berjalan dengan baik akan mempengaruhi tingkat kunjungan dan jumlah rujukan pasien ke RSJP Lawang yang merupakan pusat rujukan kesehatan jiwa. Petugas di puskesmas atau rumah sakit umum harus mampu melakukan rujukan yang tepat bagi pasien yang memerlukan.

1.3 Pembatasan Masalah

Meskipun RSJP Lawang merupakan pusat rujukan pasien gangguan jiwa, yang mempunyai wilayah cakupan yang luas, yaitu seluruh Jawa Timur bahkan Indonesia Bagian Timur, tetapi dalam penelitian ini hanya dibatasi untuk wilayah Kabupaten Malang. Karena menurut data mengenai pengunjung RSJP

Lawang, prosentase kunjungan yang tertinggi, yaitu sebesar 27,52% (2000) adalah dari Kabupaten Malang dan sisanya tersebar dari seluruh wilayah Jawa Timur dan luar Jawa Timur, dengan perincian sebagai berikut :

Tabel 1.4 Asal Pasien dan Jumlah Kunjungan Pasien ke RSJP Lawang, Tahun 2000

No	Asal pasien	Jumlah pengunjung
1	Kabupaten Malang	1490
2	Kotamadya Surabaya	146
3	Kabupaten Bangkalan, Pamekasan, Sumenep, Sampang	58
4	Kabupaten dan kotamadya yang tersebar di Jawa Timur (31 kabupaten dan kotamadya)	3714
5	Luar Jawa Timur	6

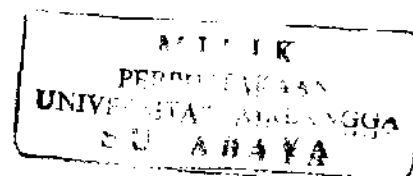
Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSJP Lawang, 2001

Ke dua, dipilih puskesmas dan RSU kelas C di Kabupaten Malang, dengan alasan bahwa ke dua fasilitas pelayanan kesehatan tersebut secara sampling sudah dapat mewakili seluruh fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Malang.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan fakta yang telah diuraikan pada latar belakang, yaitu fungsi RSJP Lawang sebagai pusat rujukan pasien gangguan jiwa yang masih rendah, karena hanya kurang dari 10% pasien yang berkunjung ke RSJP Lawang datang dengan pola rujukan. Sehingga rumusan masalahnya adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang?
2. Bagaimana pelaksanaan jejaring rujukan (promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi) oleh RSJP Lawang ?



3. Bagaimana pelaksanaan pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa oleh RSJP Lawang terhadap petugas kesehatan di puskesmas, rumah sakit umum kelas C ?
4. Bagaimana pendapat keluarga pasien tentang mutu pelayanan, tarif, prosedur administrasi, tempat pelayanan, jadwal pelayanan di RSJP Lawang?
5. Faktor apakah dari masyarakat pengguna yang keluarganya akan dirujuk ke RSJP Lawang (tingkat penghasilan, pendidikan, pengetahuan masyarakat, kepatuhan masyarakat terhadap rujukan, jarak dan transportasi serta stigma masyarakat terhadap rumah sakit jiwa dan gangguan jiwa) yang paling berpengaruh terhadap jumlah kunjungan dengan pola rujukan.
6. Bagaimana pengaruh pelayanan kesehatan jiwa oleh puskesmas, rumah sakit umum kelas C (jumlah kunjungan, sikap petugas, jumlah rujukan pasien) di Kabupaten Malang terhadap upaya rujukan pasien ke RSJP Lawang ?
7. Bagaimana upaya meningkatkan jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan di RSJP Lawang ?

1.5 Tujuan Penelitian :

1.5.1 Tujuan Umum :

Upaya meningkatkan kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan di RSJP Lawang melalui analisis pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang.

1.5.2 Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang.
2. Mengidentifikasi pelaksanaan jejaring rujukan (promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi) di RSJP Lawang.
3. Mengidentifikasi pembinaan kesehatan jiwa oleh RSJP Lawang terhadap petugas kesehatan di puskesmas, rumah sakit umum kelas C di Kabupaten Malang.
4. Mengidentifikasi pendapat keluarga pasien tentang mutu pelayanan, tarif, prosedur administrasi, tempat pelayanan, jadwal pelayanan di RSJP Lawang terhadap peningkatan kunjungan dengan pola rujukan.
5. Mengidentifikasi karakteristik masyarakat yang keluarganya akan dirujuk ke RSJP Lawang (tingkat penghasilan, tingkat pendidikan, pengetahuan masyarakat, kepatuhan masyarakat, jarak dan transportasi serta stigma masyarakat terhadap rumah sakit jiwa dan pasien gangguan jiwa) tentang aspek yang paling berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien dengan pola rujukan.
6. Mengidentifikasi aspek pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas, rumah sakit umum kelas C (jumlah kunjungan, sikap petugas dan jumlah rujukan pasien) di Kabupaten Malang terhadap upaya rujukan pasien ke RSJP Lawang.
7. Rekomendasi upaya peningkatan kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan di RSJP Lawang.

1.6 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian adalah sebagai berikut :

1. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Malang untuk mengembangkan pola rujukan, khususnya rujukan pasien gangguan jiwa agar tercapai pelayanan kesehatan yang paripurna.
2. Sebagai masukan bagi manajemen RSJP Lawang untuk meningkatkan pelayanannya, agar fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pasien gangguan jiwa berfungsi secara optimal.
3. Sebagai masukan bagi institusi pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Malang, mulai dari puskesmas, RSUD Kepanjen untuk meningkatkan kerjasamanya dengan RSJP Lawang, agar tercapai pelayanan kesehatan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Organisasi Rumah Sakit

Di dalam Permenkes RI No 159 b/Menkes/Per/II/1988 disebutkan bahwa :

Rumah Sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dalam penelitian.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah kegiatan pelayanan yang mencakup pelayanan medik dan penunjang medik.

Rujukan upaya kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik mengenai masalah kesehatan, baik vertikal maupun horizontal.

Wilayah rujukan upaya kesehatan adalah wilayah pelayanan upaya rujukan kesehatan yang didasarkan atas faktor geografis, komunikasi, sarana infrastruktur dan faktor sosial, budaya dan pendidikan.

2.2 Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit Jiwa

Berdasarkan SK Menkes No 135/Menkes/SK/IV/78 disebutkan bahwa tugas pokok rumah sakit jiwa adalah menyelenggarakan dan melaksanakan pelayanan, pencegahan dan pemulihan, rehabilitasi di bidang kesehatan jiwa sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sedangkan fungsi rumah sakit jiwa adalah :

- a) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa pencegahan

- b) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa pemulihan
- c) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa rehabilitasi
- d) Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa kemasyarakatan
- e) Melaksanakan sistem rujukan (*referral system*)

2.3 Prevalensi Gangguan Jiwa

Penelitian WHO di berbagai negara berkembang menunjukkan bahwa 30 – 50% pasien yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan umum ternyata mempunyai latar belakang gangguan mental – emosional (Depkes, 1995) dan WHO juga memperkirakan tidak kurang dari 400 juta penderita gangguan jiwa ditemukan di dunia (Azwar, 2001). Di Indonesia data ini diperkuat oleh Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) yang dilakukan pada penduduk di 11 Kotamadya di Indonesia yang dipimpin oleh Bahar (1995) ditemukan bahwa 185 dari 1000 penduduk menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa, yang berarti bahwa dalam setiap rumah tangga paling tidak terdapat satu orang yang mengalami gejala-gejala gangguan jiwa yang membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa (perkiraan penduduk Indonesia saat itu 185 juta jiwa).

Dari survei yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa pada tahun 1996 di 10 Kotamadya, yaitu Medan, Jambi, Bandar Lampung, Bandung, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Banjarmasin, Ujung Pandang dan Samarinda terhadap 994 responden yang diperoleh secara *block sampling* melalui kantor Biro Pusat Statistik Kotamadya, dengan menggunakan instrumen diagnostik gangguan jiwa dari WHO, didapatkan bahwa 344 responden termasuk kasus gangguan jiwa.

Proporsi dari yang tergolong gangguan jiwa tersebut adalah sebagai berikut (Depkes,1997) :

1. Dimensia ringan 17,54% dan dimensia berat 6,73%
2. Ketergantungan alkohol 2,05%
3. Ketergantungan tembakau 37,13%
4. Ketergantungan zat campuran 4,39%
5. Skizofrenia 1,75%
6. Episode depresi 4,10%
7. Gangguan anxietas 7,89%
8. Gangguan konversi 2,05%
9. Gangguan somatoform 13,45%

Adapun besaran dan jenis masalah kesehatan jiwa di pedesaan dilaporkan dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT-1995) yang dilaksanakan oleh Badan dan Litbang Depkes RI dengan menggunakan rancangan sampel Model Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) terhadap 65.664 rumah tangga, dilaporkan bahwa prevalensi gangguan jiwa adalah 264 per 1000 anggota rumah tangga , dengan rincian sebagai berikut (Depkes, 1997) :

1. Non-psikosis 153/1000
2. Gangguan jiwa anak (5-14 tahun) 98/1000
3. Dimensia 4/1000
4. Psikosis 4/1000
5. Retardasi mental 3/1000
6. Gangguan jiwa lain 2/1000

Dan menurut survei yang dilakukan di beberapa puskesmas kota besar dan pedesaan, ditemukan bahwa gangguan fisik yang berlatar belakang mental emosional dan berbagai problem psikososial mencapai 30% dari pasien dewasa yang berkunjung ke puskesmas. Lebih lanjut disebutkan bahwa pada awalnya pasien yang berkunjung ke puskesmas untuk berobat adalah dengan keluhan fisik, tetapi pada kajian yang lebih mendalam ternyata penyebab yang mendasari banyak berkaitan dengan kejiwaan, termasuk berbagai jenis stres (Depkes, 1995).

Umumnya dipandang bahwa gangguan jiwa yang meningkat secara mencolok adalah yang merupakan reaksi terhadap tekanan hidup atau lingkungan atau eksogen. Dan keadaan ini tidak akan berkurang secara lintas-masa. Golongan gangguan ini secara umum disebut neurosis, yaitu kelompok gangguan yang tergolong ringan yang masih memungkinkan penderitanya melakukan fungsinya sehari-hari.

Golongan gangguan jiwa berat dan fungsi sehari-hari individu sangat terganggu, disebut sebagai psikosis. Psikosis ini disebabkan oleh faktor dalam atau endogen dari kepribadian individu. Prevalensinya telah terbukti stabil dari masa ke masa. Lebih spesifik, WHO memperkirakan antara 10-20% dari penduduk yang berobat ke dokter umum dalam setiap tahunnya adalah pasien psikiatrik, yang sebagian besar tergolong neurosis, khususnya neurosis cemas dan depresi (Setiawan, 1997).

Berdasarkan pengamatan lapangan, maka spektrum masalah kesehatan jiwa saat ini dan di masa mendatang meliputi (Setiawan, 1997) :

1. Anak-anak terlantar;
2. Kesalahan pola asuh anak dalam keluarga;
3. Disharmoni kehidupan keluarga;
4. Siswa bermasalah;
5. Kenakalan remaja;
6. Penyalahgunaan narkotika/alkohol/zat adiktif lain;
7. Putus sekolah;
8. Pengangguran;
9. Prostitusi dan masalah psiko seksual termasuk kehamilan pre-marital;
10. Usia lanjut;
11. Kesehatan jiwa buruh dan karyawan;
12. Lingkungan kumuh;
13. Gelandangan psikotik;
14. Gangguan jiwa lainnya.

Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang (2000) menyebutkan bahwa angka prevalensi psikosis sebesar 0,27 ‰; neurosis sebesar 24,4‰ ; epilepsi 0,09 ‰. Angka-angka tersebut masih lebih kecil dibandingkan dengan angka nasional, yang masing-masing untuk psikosis, neurosis dan epilepsi adalah 4,6‰; 98‰ dan 0,26‰

2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan upaya kesehatan jiwa yang langsung ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Sistem pelayanan

kesehatan jiwa di Indonesia dikembangkan dengan 3 prinsip pelayanan : mediko-psiko-sosial, komprehensif dan paripurna.

2.4.1 Pelayanan yang Bersifat Mediko-Psiko-Sosial

Adalah pelayanan yang memperhatikan dan menerapkan prinsip ilmu kedokteran (kedokteran jiwa), prinsip ilmu psikologi atau perilaku dan juga ilmu sosial, baik dalam menegakkan diagnosis dan memberikan pengobatan dan perawatan.

Ciri pelayanan kesehatan jiwa dahulu :

1. Pelayanan bersifat *custodial* (bersifat tahanan).
2. Lokasi yang jauh dari pemukiman atau terpencil.
3. Bersifat tertutup atau isolatif.
4. Pelayanan hanya bersifat terapeutik yang terbatas.
5. Pelayanan *in-patient* dan intramural saja.

Ciri pelayanan kesehatan jiwa sekarang :

1. Pelayanan bersifat mediko-psiko-sosial.
2. Lokasi di tengah atau dekat pemukiman.
3. Bersifat terbuka atau non-isolatif.
4. Pelayanan bersifat komprehensif dan paripurna.
5. Pelayanan *in-patient* dan *out-patient*.
6. Pelayanan intra dan ektramural.
7. Pelayanan klinis dan kemasyarakatan.

2.4.2 Pelayanan Komprehensif

Adalah pelayanan yang luas jenis pelayanannya, meliputi upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Upaya promotif-preventif bertujuan meningkatkan taraf kesehatan jiwa dan mencegah terjadinya gangguan jiwa, berupa kegiatan penyuluhan dan kegiatan pembinaan hidup sehat, agar dapat hidup produktif dan harmonis.

Upaya kuratif merupakan pelayanan yang bertujuan merawat dan mengobati agar pasien yang terganggu jiwanya dapat disembuhkan atau dipulihkan kesehatannya, berupa berbagai macam kegiatan terapi, baik yang bersifat fisik, psikologis maupun sosial.

Upaya rehabilitatif merupakan berbagai kegiatan baik yang bersifat medis, edukatif, vokasional dan sosial yang bertujuan memulihkan kemampuan fungsional seseorang yang cacat (*impairment, disability, handicap*) seoptimal mungkin, sehingga dapat hidup produktif dan berintegrasi kembali ke masyarakat.

2.4.3 Pelayanan Paripurna

Adalah pelayanan yang lengkap jenjang pelayanannya, yaitu terdiri dari :

1. Pelayanan kesehatan jiwa spesialistik

Dilaksanakan oleh psikiater.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan :

- a. Rumah sakit jiwa
- b. RSKO (Rumah Sakit Ketergantungan Obat)
- c. RSU kelas A dan B c.q. bagian psikiatri/unit kesehatan jiwa

2. Pelayanan kesehatan jiwa integratif

Dilaksanakan oleh dokter umum

Fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan :

- a. RSUD kelas C dan D
- b. Puskesmas

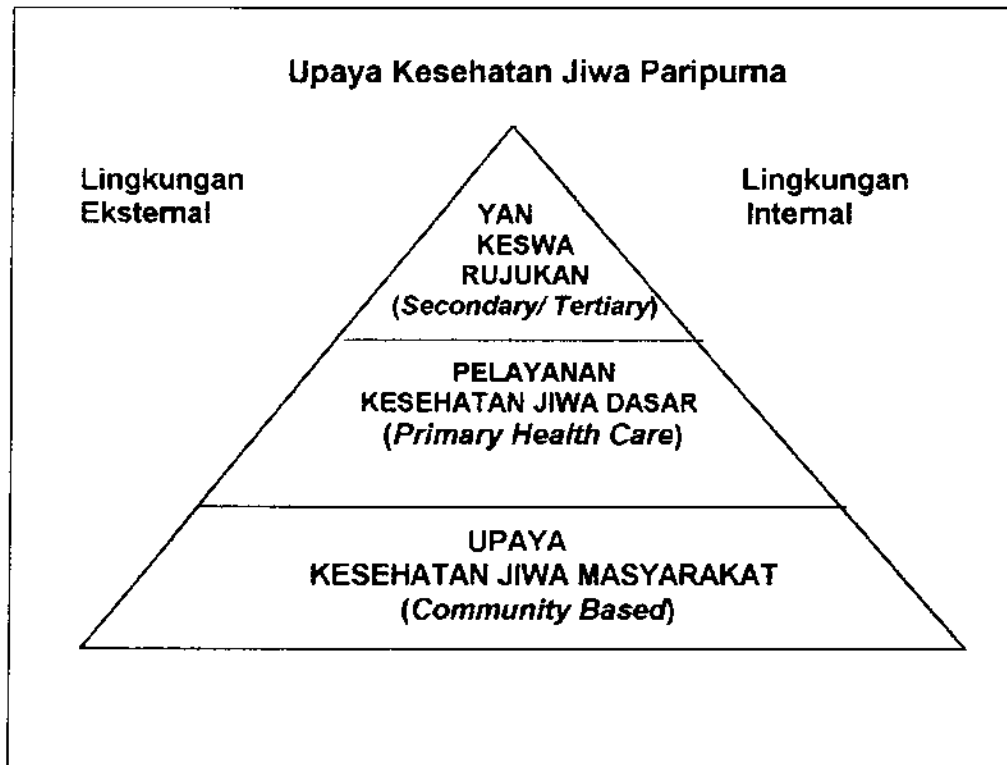
3. Pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat (*community-based services*).

Dilaksanakan oleh masyarakat sendiri, jadi merupakan pelayanan kesehatan non-formal oleh kader masyarakat.

Fasilitas pelayanan yang melaksanakan :

- a. POSYANDU
- b. PKK
- c. LKMD/PKMD
- d. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- e. Palang Merah Remaja (PMR)
- f. Pramuka (Saka Bhakti Husada)
- g. Karang Taruna
- h. Pengobatan tradisional

Pelayanan kesehatan jiwa paripurna dapat di gambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Pelayanan Kesehatan Jiwa Paripurna

2.5 Sistem Rujukan

Rujukan secara harafiah berarti bertanya atau meminta bantuan kepada pihak yang lebih mengetahui untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Bila dikaitkan dengan kesehatan maka akan timbul suatu mekanisme yang dapat mengikat seluruh tingkatan dan jenis pelayanan kesehatan menjadi suatu jalur demi penatalaksanaan suatu masalah kesehatan (Sutarjo, 1993)

Adapun definisi rujukan seperti yang tercantum dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 032/Birhub/1972 menyebutkan bahwa sistem rujukan adalah satu sistem di dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di mana terjadi

pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal.

Sesuai dengan konsep *Public Health Centre*, maka sistem rujukan menunjang upaya pelayanan kesehatan secara berjenjang dari tingkat rumah tangga ke tingkat masyarakat, dari tingkat masyarakat ke puskesmas dan dari puskesmas ke rumah sakit atau unit pelayanan lain di tingkat kabupaten/ kota atau propinsi dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke unit pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional, tidak dibatasi dengan wilayah administrasi (Depkes, 1998)

Jenjang rujukan pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem kesehatan secara nasional dapat digambarkan sebagai berikut :

a) Tingkat rumah tangga :

Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.

b) Tingkat masyarakat :

Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong diri mereka sendiri, oleh Kelompok Paguyuban, PKK, Sakabakti Husada, anggota RW/RT dan masyarakat, misalnya POSYANDU, POD, Polindes, Dana Sehat, PPKBD, BPKJM dan lain-lain.

c) Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat pertama :

Upaya kesehatan profesional tingkat pertama yang dilakukan oleh puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, praktek dokter swasta, poliklinik swasta dan lain-lain.

d) Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat kedua :

Upaya kesehatan profesional tingkat kedua (rujukan/ spesialis) oleh balai (BKOM, BKMM, BP4), Rumah Sakit Kabupaten/ Kota kelas D dan C, RS Swasta, Laboratorium Klinik Swasta.

e) Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat ketiga :

Upaya kesehatan profesional tingkat ketiga (rujukan/spesialistis lanjutan) oleh Rumah Sakit Kelas B dan A serta Lembaga Spesialistik Swasta, Labkesda, Laboratorium Klinik Swasta.

Kegiatan upaya kesehatan, menyangkut rujukan kesehatan dan rujukan medik. Rujukan kesehatan berkaitan dengan upaya promotif dan preventif, yaitu mencakup bantuan teknologi, sarana dan operasional. Sedangkan rujukan medik adalah rujukan pelayanan yang menyangkut upaya kuratif dan rehabilitatif.

Lebih jelasnya adalah sebagai berikut :

1. Rujukan medik

Rujukan medik pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain meliputi :

- a) Rujukan kasus : untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- b) Rujukan bahan (*specimen*) : untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lebih lengkap.
- c) Mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan atau memberi pelayanan pengobatan sesuai

dengan keahliannya sehingga meningkatkan kompetensi pelayanan setempat

2. Rujukan kesehatan pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas dan meliputi permintaan :
 - a) Bantuan laboratorium kesehatan, teknologi, penyidikan sebab dan asal usul kejangkitan serta penanggulangannya pada kejadian luar biasa atau berjangkitnya suatu penyakit menular, terjadinya keracunan masal, pemeriksaan pencemaran lingkungan, pemeriksaan *specimen* air minum penduduk.
 - b) Bantuan obat, vaksin, pangan, sarana, prasarana dan tenaga ahli pada bencana alam, gangguan Kamtibmas dan masalah lain yang menyangkut kesehatan masyarakat umum.

Jalur rujukan adalah sebagai berikut :

1. Rujukan medik :
 - a) Intern antara petugas puskesmas
 - b) Antara puskesmas pembantu dengan puskesmas
 - c) Antara masyarakat dengan puskesmas
 - d) Antara satu puskesmas dengan puskesmas lain
 - e) Antara puskesmas dengan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam penatalaksanaan rujukan medik perlu diperhatikan beberapa hal. Rujukan medik meliputi rujukan penderita maupun *specimen*. Rujukan medik dapat terjadi secara timbal balik baik vertikal dari puskesmas ke

rumah sakit, maupun di dalam satu sarana pelayanan kesehatan sendiri seperti di dalam rumah sakit umum, dan dari rumah sakit khusus ke rumah sakit umum, dari rumah sakit umum ke rumah sakit jiwa. Puskesmas merupakan unit pelayanan tingkat dasar dalam menangani upaya kesehatan pemulihan dan penyembuhan. Setelah penderita ditangani sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya di puskesmas, dalam kasus yang memerlukan tindakan lebih lanjut penderita dirujuk ke sarana pelayanan yang lebih tinggi atau lengkap yaitu rumah sakit di Daerah Tingkat II yang diketahui mampu mengatasi kasus. Bergantung pada kondisi penderita, bila dibutuhkan rujukan dapat langsung di tujukan ke rumah sakit daerah Tingkat I, rumah sakit khusus atau ke rumah sakit jiwa.

2. Rujukan kesehatan :

Dari puskesmas ke Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota atau instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral. Bila rujukan di tingkat II masih belum mampu menanggulangi bisa diteruskan ke tingkat I atau sampai ke Pusat.

Sarana untuk menunjang rujukan :

1. Alat medik : alat resusitasi, brankar/ stretcher/ usungan, kursi roda, infus set dengan standar, tabung zat asam, obat-obatan.
2. Alat transport : ambulans, puskesmas keliling, perahu motor.
3. Alat komunikasi : telepon, SSB, Radio CB/ Radio Medik.
4. Buku Pedoman Operasional Rujukan
5. Formulir rujukan

Dalam pelayanan rujukan, dibedakan atas kategori rumah sakit :

- a) Rumah Sakit kelas A Pendidikan, yaitu rumah sakit pendidikan yang memberikan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik.
- b) Rumah Sakit kelas B Pendidikan, yaitu rumah sakit pendidikan yang memberikan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik terbatas.
- c) Rumah Sakit kelas B Non-Pendidikan, yaitu rumah sakit yang tidak menyelenggarakan pendidikan dan hanya memberikan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik terbatas.
- d) Rumah Sakit kelas C, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan medis 4 spesialis dasar (bedah, dalam, anak, kebidanan dan kandungan).
- e) Rumah Sakit Khusus, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan medis penyakit tertentu (kusta, paru, mata, dan lain-lain).

2.5.1 Jejaring Rujukan

Jejaring rujukan diperlukan agar pasien memperoleh kemudahan dalam mendapatkan pelayanan yang diperlukan. Adapun jejaring rujukan meliputi (Alkatiri,dkk, 1998) :

1. Promosi

Promosi (Husted, *et al*, 1989) adalah alat komunikasi yang digunakan oleh penjual untuk membujuk atau mengingatkan pembeli potensial tentang keberadaan barang atau jasa. Sasaran promosi pada para pelanggan dirancang untuk mempengaruhi baik langsung maupun tidak langsung persepsi pelanggan terhadap barang, jasa atau ide.

Promosi berhubungan dengan cara calon konsumen mengetahui segala sesuatu tentang pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit.

Adapun lingkup kegiatan promosi bersifat informatif; didasari kebenaran; tidak mendiskritkan rumah sakit lain, baik secara langsung maupun tidak langsung; dan tidak berlebihan.

Promosi di rumah sakit bertujuan untuk komunikasi dua arah untuk mengembangkan pengertian, itikad baik dan respek yang timbal balik antara insitusi dengan masyarakat.

2. Komunikasi.

Komunikasi merupakan jembatan yang memungkinkan jaringan fasilitas rujukan untuk saling berhubungan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan, komprehensif dan terpadu.

Komunikasi penting dalam pelaksanaan rujukan dengan tujuan agar mendekatkan pelayanan kesehatan kepada pasien untuk mencari informasi mengenai pelayanan kesehatan yang tersedia, juga memudahkan tenaga kesehatan mencari tahu tentang riwayat penyakit dan pemeriksaan yang telah dilakukan oleh fasilitas kesehatan lain terhadap pasien tersebut.

3. Informasi

Secara garis besar, sistem informasi rumah sakit memiliki peran yang berarti dalam manajemen informasi sistem rujukan kesehatan, antara lain dalam hal :

- a. Memberi dukungan informasi yang dibutuhkan dalam membuat keputusan oleh rumah sakit maupun Dinas Kesehatan setempat.

- b. Menyediakan dasar bagi perencanaan pengembangan rumah sakit dan sistem rujukan setempat.
- c. Memberi input yang sangat berguna bagi pelaksanaan kegiatan pengendalian mutu dalam sistem rujukan.

Sistem informasi yang dibutuhkan untuk manajemen sistem rujukan harus mencakup antara lain :

a) Pola rujukan :

1. Jumlah rujukan yang diterima dan yang dikirim ke tingkat pelayanan lebih lanjut; ini menggambarkan kapasitas rumah sakit untuk menerima rujukan.
2. Asal rujukan medik
Bagi rumah sakit; ini menggambarkan kemampuannya sebagai pusat rujukan bagi jaringan pelayanan kesehatan dasar di sekitarnya.
3. Kepatuhan pasien kepada rujukan
Ini dapat menunjukkan beberapa titik kelemahan pada sistem rujukan yang perlu dibenahi.

Pada keadaan dimana terdapat banyak pasien yang tidak patuh terhadap rujukan, perlu dilakukan penelitian mengenai pengetahuan dan sikap kelompok masyarakat tertentu serta penelitian operasional terhadap pelaksanaan rujukannya itu sendiri.

- b) Data yang mutakhir dan akurat tentang kependudukan, epidemiologi, upaya pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya (*utilization*), adalah

mutlak diperlukan untuk manajemen sistem rujukan. Data tersebut merupakan bukti tentang kebutuhan setempat yang sangat berguna dalam penyusunan rencana strategis dan program.

- c) Perlu dipilih beberapa indikator yang representatif serta mudah diperoleh melalui metoda penilaian secara cepat yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan. Metoda ini juga dapat digunakan untuk memudahkan penerimaan umpan balik dan supervisi sistem rujukan medik menggunakan indikator tersebut.

4. Sarana transportasi

Sarana transportasi mempunyai peran penting dalam upaya pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan. Keterlambatan pasien untuk tiba di pusat rujukan menjadi satu masalah tersendiri. Akibatnya, pasien tiba di rumah sakit sudah dalam keadaan gawat.

Disamping para manajer, kalangan medis turut pula bertanggung jawab untuk mengupayakan terselenggaranya sarana transportasi pasien untuk menjangkau pusat-pusat pelayanan kesehatan. Jadi rumah sakit bertanggung jawab atas terwujudnya sistem transportasi pasien di wilayah cakupannya, sehingga bisa mengeliminir istilah "terlambat mencapai tempat rujukan".

Untuk terselenggaranya sarana transportasi rujukan, maka di tiap sarana kesehatan mulai dari puskesmas sampai rumah sakit, menyediakan sarana *ambulance* yang sesuai dengan kebutuhan wilayah.

2.5.2 Permasalahan Rujukan di Indonesia

Pengembangan sistem rujukan telah dilaksanakan pada tahun 1978 dengan tersusunnya Pedoman Pengembangan dan Pembinaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia, tetapi dalam pedoman ini lebih banyak berisi falsafah pengembangan, lagi pula sistem kesehatan telah berbeda dibandingkan tahun 1978 (Indrajaya, dkk, 1993 dan Anna, 1994)

Tidak dilaksanakannya sistem rujukan yang baik dapat dilihat pada tingkat pemanfaatan rumah sakit tidak seperti yang diharapkan. Dengan adanya sistem rujukan diharapkan Rumah Sakit Kabupaten atau Kota memegang peranan penting dalam menangani rujukan medik di wilayahnya. Rumah Sakit Propinsi atau Kabupaten atau Kota yang merupakan sarana pelayanan kesehatan terlengkap di wilayahnya diharapkan dapat berperan sebagai pusat sumber daya dalam sistem rujukan.

Sebagai tempat rujukan tingkat pertama, Rumah Sakit Kabupaten atau Kota merupakan garis depan pelayanan kesehatan sekunder dan berfungsi sebagai jembatan bagi pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan tersier atau subspecialistik.

Rumah Sakit Kabupaten sebagai tingkat rujukan pertama merupakan mata rantai yang penting dalam pelayanan kesehatan yang berjenjang dalam sistem rujukan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkesinambungan. Bila mata rantai ini tidak berfungsi sebagai mana mestinya, maka yang didapat bukanlah suatu sistem rujukan terstruktur dan terpadu, tetapi hanyalah sebuah kumpulan kelompok fasilitas kesehatan yang berjalan sendiri-sendiri, walaupun

secara tertulis bentuk tatanan maupun prosedur tetapnya sudah ada (Soejitno, 1994).

Tetapi pada pelaksanaannya rumah sakit kelas A dan kelas B dimanfaatkan lebih banyak oleh masyarakat. Dari Informasi Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit tahun 1995 oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan (Alkatiri, dkk, 1997) bila dilihat rata-rata jumlah pasien rujukan dari bawah, maka diperoleh keterangan bahwa rujukan pada rumah sakit kelas A maupun kelas B sebagian terbesar berasal dari puskesmas. Pada rumah sakit kelas A 95,9% rujukan berasal dari puskesmas, hanya 4,1% berasal dari rumah sakit lain, sedangkan pada rumah sakit kelas B 88,8% rujukan berasal dari puskesmas dan hanya 11,2% berasal dari rumah sakit lain. Dan prosentase rujukan terhadap jumlah pengunjung pada rumah sakit kelas A adalah 22,4%; rumah sakit kelas B adalah 17,1%; rumah sakit kelas C adalah 11,7%; dan rumah sakit kelas D hanya 0,8%.

Rujukan medik yang dilaksanakan langsung dari puskesmas ke rumah sakit kelas B ataupun kelas A di propinsi atau regional, bukan merupakan suatu bentuk efisiensi, tetapi justru melemahkan fungsi dari unit pelayanan kesehatan tersebut dalam sistem rujukan (Soejitno, 1994).

Banyak faktor yang mempengaruhi hal ini, diantaranya ialah kepercayaan masyarakat yang tidak berpolakan kepada pemanfaatan fasilitas yang sesuai, tetapi memanfaatkan fasilitas yang terbaik (Indradjaja, dkk, 1993). Pemanfaatan rumah sakit tidak rasional, karena pasien lebih suka datang ke rumah sakit yang canggih daripada memanfaatkan fasilitas puskesmas atau

rumah sakit kelas D atau C (Sutarjo, 1993). Hal ini mungkin disebabkan oleh kurang lengkapnya fasilitas yang tersedia di rumah sakit kelas C sesuai dengan klasifikasinya sebagai rumah sakit kelas C. Selain itu juga ada anggapan bahwa pelaksanaan perawatan kesehatan di daerah tidak mengetahui kemampuan unit kesehatan yang ada di atasnya (Indrajaya, dkk, 1993).

Lebih lanjut Alkatiri, dkk (1997) menjelaskan, bahwa permasalahan yang ditemukan dalam sistem rujukan antara lain meliputi :

1. Keadaan geografis yang bervariasi.
2. Kurangnya tenaga kesehatan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.
3. Kurangnya sarana, prasarana dan peralatan untuk mendukung pelayanan rujukan.
4. Tidak terpadunya sistem komunikasi, transportasi dan logistik untuk mendukung pelayanan rujukan.
5. Pengkotak-kotakan dan duplikasi pembiayaan sistem rujukan.
6. Kurangnya informasi bagi para pembuat keputusan, pengelola, pemberi pelayanan kesehatan, maupun bagi masyarakat sendiri.
7. Integrasi program vertikal maupun horizontal yang kurang terpadu dan selaras.
8. Kurangnya manajemen pelayanan rujukan.
9. Kualitas pelayanan yang masih rendah.
10. Kurangnya kemauan politis untuk mengembangkan sistem rujukan agar tercapai pelayanan kesehatan yang paripurna.

11. Kurangnya kepatuhan dari masyarakat maupun petugas kesehatan sendiri dalam pelayanan rujukan.

2.6 Mutu Pelayanan

Pengertian mutu sangat beraneka ragam. Beberapa pengertian mutu di jelaskan sebagai berikut (Supriyanto, 2000) :

- a. Mutu adalah kualitas (*no defect*)
- b. Mutu adalah kepuasan penggunaan (*fitness for use*)
- c. Mutu adalah kepuasan pemakai (*customer satisfaction*)
- d. Mutu adalah kepuasan *stakeholder* (pasien, profesi dan manajemen)

Mutu adalah kualitas, kesesuaian penggunaan sumber daya, kepuasan pemakai dan konsumen (Poerwani, dkk, 1999). Mutu dapat juga didefinisikan sebagai gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (ISO).

Selanjutnya Azwar (1996) berpendapat bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan, seyogyanya dilakukan pembatasan secara umum, dapat disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kualitas pelayanan kesehatan adalah mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Menurut pakar pelayanan kesehatan, definisi mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kemampuan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat atau konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efektif dan efisien serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio-budaya, dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat atau konsumen.

Dengan perkataan lain, mutu adalah sesuatu yang dapat dipertanggungjawabkan terhadap sesuatu ketentuan, dilaksanakan dengan baik dan memenuhi kebutuhan pasien atau konsumen.

Menurut Parasuraman (1990), kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh konsumen. Apabila jasa pelayanan yang diterima atau dirasakan melampaui dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan yang dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika kualitas pelayanan yang diterima sesuai harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika kualitas pelayanan yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik buruknya kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia pelayanan jasa dalam memenuhi harapan pelanggan secara efisien dan konsisten.

Instrumen untuk mengukur kualitas pelayanan (Parasuraman ,1988) berdasar pada lima dimensi mutu pelayanan yang disebut *Servqual*. Lima dimensi mutu pelayanan tersebut adalah :

1. *Tangible* (nyata, berwujud) adalah segala sesuatu yang tampak, seperti penampilan fisik dari fasilitas, peralatan dan personalia rumah sakit.
2. *Reliability* (keandalan) adalah elemen yang berkaitan dengan kemampuan untuk mewujudkan pelayanan yang dapat diandalkan dan dilaksanakan oleh rumah sakit, yang meliputi pelayanan perawatan dan pengobatan yang dilaksanakan dengan baik, jadwal pelayanan rumah sakit dijalankan sesuai dengan peraturan (jadwal pelayanan di poli rawat jalan dan kunjungan dokter untuk pasien rawat inap) dan ketelitian dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap) adalah elemen yang berkaitan dengan kesediaan karyawan dalam membantu dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, yaitu meliputi karyawan cepat tanggap terhadap keluhan pasien, karyawan dapat memberi informasi yang jelas, karyawan melaksanakan pelayanan dengan segera dan menyelesaikannya dengan baik.
4. *Assurance* (jaminan) adalah elemen yang berhubungan dengan kemampuan untuk merebut kepercayaan dan keyakinan pasien didasari pengetahuan, keramahan, kesopanan dan kinerja karyawan.
5. *Empathy* (empati) adalah elemen yang berkaitan dengan kepedulian dan perhatian secara individu dari karyawan kepada pasien, yaitu karyawan

memberikan perhatian terhadap kebutuhan khusus pasien tanpa memandang status sosial.

2.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Utilisasi)

Pemanfaatan atau utilisasi dimaksudkan sebagai pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan (Supriyanto, 1998).

2.7.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Menurut Dever (1984)

Di dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Dever (1984) dikemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

1. Faktor sosio kultural yang meliputi :

a. Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

b. Teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

Kemajuan di bidang teknologi dapat mengurangi angka kesakitan, sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi pula pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti pada kasus-kasus yang memerlukan teknologi penyinaran.

2. Faktor organisasional

a. Ketersediaan sumber daya

Sumber daya yang cukup baik dari kuantitas maupun kualitas, sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

b. Keterjangkauan lokasi

Keterjangkauan lokasi berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu yang diukur dengan jarak dan waktu tempuh serta biaya perjalanan. Seseorang akan mempertimbangkan hal ini bila akan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

c. Keterjangkauan sosial

Konsumen akan mempertimbangkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen karena atribut umur, etnis, jenis kelamin dan kemampuan membayar.

d. Karakteristik dari struktur organisasi

Struktur organisasi rumah sakit merupakan contoh dari struktur organisasi pelayanan kesehatan yang formal, sedangkan yang tidak formal adalah praktek perorangan.

3. Faktor interaksi *consumer-provider*

a. Faktor yang berhubungan dengan konsumen :

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluate need (critical diagnosis)*.

Perceived need dipengaruhi oleh :

1. Faktor sosio demografi, meliputi umur, jenis kelamin, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).
 2. Faktor sosio psikologis, meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan atau keyakinan terhadap pelayanan medis.
 3. Faktor epidemiologis yang meliputi morbiditas, mortalitas, *disability* dan faktor resiko.
- b. Faktor yang berhubungan dengan *provider*, meliputi :
1. Faktor ekonomi yang meliputi adanya barang substitusi dan keterbatasan pengetahuan konsumen tentang penyakit yang dideritanya.
 2. Karakteristik *provider* yang meliputi tipe pelayanan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dimiliki oleh pelayanan kesehatan tersebut.

2.7.2 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Menurut Anderson

Menurut Anderson dalam tulisan Notoatmodjo dan Sarwono (1985), ada 7 kategori yang didasarkan pada tipe variabel yang digunakan sebagai determinan penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Model demografi.

Dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah : umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga.

Variabel ini digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator psikologis yang berbeda yaitu umur, jenis kelamin dan siklus hidup yaitu status perkawinan,

besarnya keluarga, dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyaknya akan berhubungan dengan variabel di atas.

Seperti dalam bab karakteristik demografi ini, juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial).

2. Model struktur sosial.

Di dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat. Mereka mengingatkan berbagai gaya kehidupan yang diperlihatkan oleh individu-individu dan keluarga dari kedudukan sosial tertentu.

Penggunaan pelayanan kesehatan dengan pendekatan struktur sosial didasarkan pada asumsi bahwa orang dengan latar belakang struktur sosial tertentu, misal ras, pekerjaan dan tingkat pendidikan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara mereka sendiri.

3. Model sosial psikologis

Dalam model ini, tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu.

Variabel sosio-psikologis pada umumnya terdiri dari 4 kategori yaitu :

- a. Pengertian kerentanan terhadap penyakit
- b. Pengertian keseriusan dari penyakit

- c. Keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan dalam menghadapi penyakit
- d. Kesiapan tindakan individu

4. Model sumber keluarga

Dalam model ini, variabel terikat yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Model sumber keluarga menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis.

5. Model sumber daya masyarakat

Pada model ini, tipe model yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber di dalam masyarakat dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan. Dengan demikian model ini adalah memindahkan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

6. Model organisasi

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pencerminan perbedaan bentuk sistem pelayanan kesehatan. Variabel yang digunakan adalah :

- a. Gaya praktek pengobatan, yaitu sendiri, kelompok.
- b. Sifat dari pelayanan tersebut, yaitu membayar langsung atau tidak.
- c. Letak dari pelayanan kesehatan, yaitu tempat pribadi, rumah sakit dan klinik.

- d. Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien, yaitu dokter, perawat, asisten dokter.

7. Model sistem kesehatan

Model sistem kesehatan mengintegrasikan ke enam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Dengan demikian, apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat harus diperhitungkan faktor-faktor yang terlibat didalamnya.

2.8 *Nominal Group Technique* (Supriyanto, dkk, 1999)

2.8.1 Pengertian

Nominal Group Technique (NGT) atau disebut juga dengan *Delbecq Technique* adalah suatu teknik yang mendorong kreatifitas dengan membawa orang bersama dalam rapat yang sangat terstruktur dan hanya sedikit sekali komunikasi verbal.

NGT merupakan salah satu proses dinamika kelompok yang harus dikuasai oleh perencana kesehatan. Di dalam *NGT* dibutuhkan suatu ketrampilan pokok, yaitu kemampuan memimpin proses dinamika kelompok untuk pemecahan masalah.

2.8.2 Tujuan *NGT*

NGT dilaksanakan melalui suatu forum pertemuan para ahli, yaitu para ahli kesehatan dan kelompok perencana, dengan tujuan :

1. Identifikasi masalah dan penentuan prioritas.
2. Pemilihan alternatif pemecahan masalah dan penentuan prioritas.

2.8.3 Alasan digunakan NGT

Alasan digunakan teknik *NGT* adalah :

Merupakan metode yang paling cocok untuk mencapai kesepakatan atau pemilihan alternatif pemecahan masalah.

2.8.4 Teknik NGT

Teknik *NGT* terdiri dari serangkaian aktifitas yang berurutan, yaitu :

1. Menuliskan masalah atau pemecahan masalahnya, sesuai dengan tujuan forum, tanpa diskusi atau tanya jawab (*silent generation of ideas in writing*).
2. Membuat daftar hasil no.1 pada *flip-chart* (*Round-Robin Listing of Ideas on flip-chart*).
3. Mendiskusikan hasil no.2 (*Serial Discussion of Ideas*)
4. Membuat daftar dan pra-penentuan prioritas (*Silent Listing and Ranking of Priorities*).
5. Mendiskusikan hasil no .4 (*Discussion of Vote*)
6. Penentuan prioritas atas dasar hasil no.5 (*Silent rank and rate of Priorities*)

2.8.5 Proses Dinamika Kelompok

1. *Nominal Group Activity* (*Silent Generation of Ideas in Writing* = 5 menit)
 - a) Peserta diminta untuk menuliskan masalah atau pemecahan masalah pada form NGP (10 x 15 cm). Masalah boleh ditulis sebanyak-banyaknya.
 - b) Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh ketua :
 - 1) Peserta diminta memikirkan kembali hal-hal yang telah selesai ditulis.

- 2) Menggunakan sanksi bagi mereka yang berbicara atau mengacau jalannya proses.
- 3) Peserta yang telah selesai menulis tidak diperkenankan mempengaruhi peserta yang lain.

2. *Recorded Round Robin Procedure (Round Robin Listing of Ideas on Flip-chart = 15 menit)*

Ketua atau pencatat menuliskan semua ide dari form *NGP* pada sebuah *flip-chart*.

Prosedur :

- a) Setiap peserta diminta untuk menyampaikan ide yang telah ditulis pada form *NGP* untuk ditulis pada *flip-chart*. Sebaiknya setiap peserta menyampaikan satu ide saja, agar memberikan kesempatan pada peserta yang lain. Bagi peserta yang mendapat kesempatan menyampaikan ide, tetapi ide yang ingin disampaikan sudah disampaikan oleh peserta sebelumnya maka peserta tersebut menyatakan *PAS*, kemudian lanjutkan peserta berikutnya.
- b) Ketua harus memperhatikan :
 - 1) Pencatat tidak diperkenankan untuk mengklasifikasi atau menambah atau mengurangi ide peserta.
 - 2) Hindarkan diskusi setiap ide yang ditulis.
 - 3) Peserta diperkenankan mengacungkan tangan apabila ada duplikasi ide.

3. Diskusi (*Serial Discussion of Ideas* = 10 menit)

Tahap ini merupakan kesempatan bagi peserta untuk mendiskusikan ide yang telah ditulis pada *flip-chart*, dengan pedoman diskusi sebagai berikut :

- a) Peserta diminta mendiskusikan ide yang telah ditulis untuk klarifikasi. Ketua meminta peserta menyampaikan ide tersebut untuk memberikan penjelasan tanpa ada argumentasi.
- b) Hindarkan penggabungan atau penghilangan salah satu ide.
- c) Ide yang luas atau abstrak dirumuskan untuk menjadi lebih spesifik.

4. *Voting Priority*

Listing dan penentuan ranking = 5 menit.

- a) Setiap peserta diminta untuk membuat daftar ide yang paling penting dari yang ada pada *flip-chart* pada kertas 3 x 5 cm dengan ditulis nomer ide atau idenya. Sebaiknya pilih kurang dari 5 ide (umumnya 2 atau 3 ide). Kemudian kertas dikumpulkan dan dituliskan pada *flip-chart*. Hasil yang diharapkan akan mengurangi jumlah ide atau mempertajam fokus masalah yang ada, sehingga mempermudah dalam menyusun prioritas. Jumlah ide yang perlu disusun menurut urutan pentingnya masalah sudah dapat ditentukan atas dasar kesepakatan bersama. Misal : disepakati 5 masalah yang mempunyai jumlah pemilih yang terbanyak.
- b) Setiap peserta diminta melakukan ranking dari ide yang dipilih pada ad.1 menurut urutan prioritas. Ide yang penting diberi nilai tertinggi dan ide yang tidak penting diberi nilai terendah sesuai dengan jumlah ide yang akan disusun menurut urutan prioritasnya.

c) Kumpulkan hasil, tabulasi pada *flip-chart* dan sajikan sebagai hasil akhir *NGP*.

5. Diskusi hasil (*Discussion of Vote*)

Urutan prioritas dari hasil no.4 perlu didiskusikan lagi untuk mendapatkan komentar, masukkan untuk mencapai kesepakatan bersama. Apabila masih ada yang kurang puas, maka proses no.4 bisa diulang kembali. Apabila urutan prioritas sudah disepakati, maka proses *NGP* selesai dan hasil kesepakatan tersebut menjadi keputusan final.

6. *Silent Rerank and Rate of Priorities*

Tahap ini dipergunakan apabila hasil proses no.4 masih belum ada kesepakatan. Urutan prioritas tahap ini adalah final.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

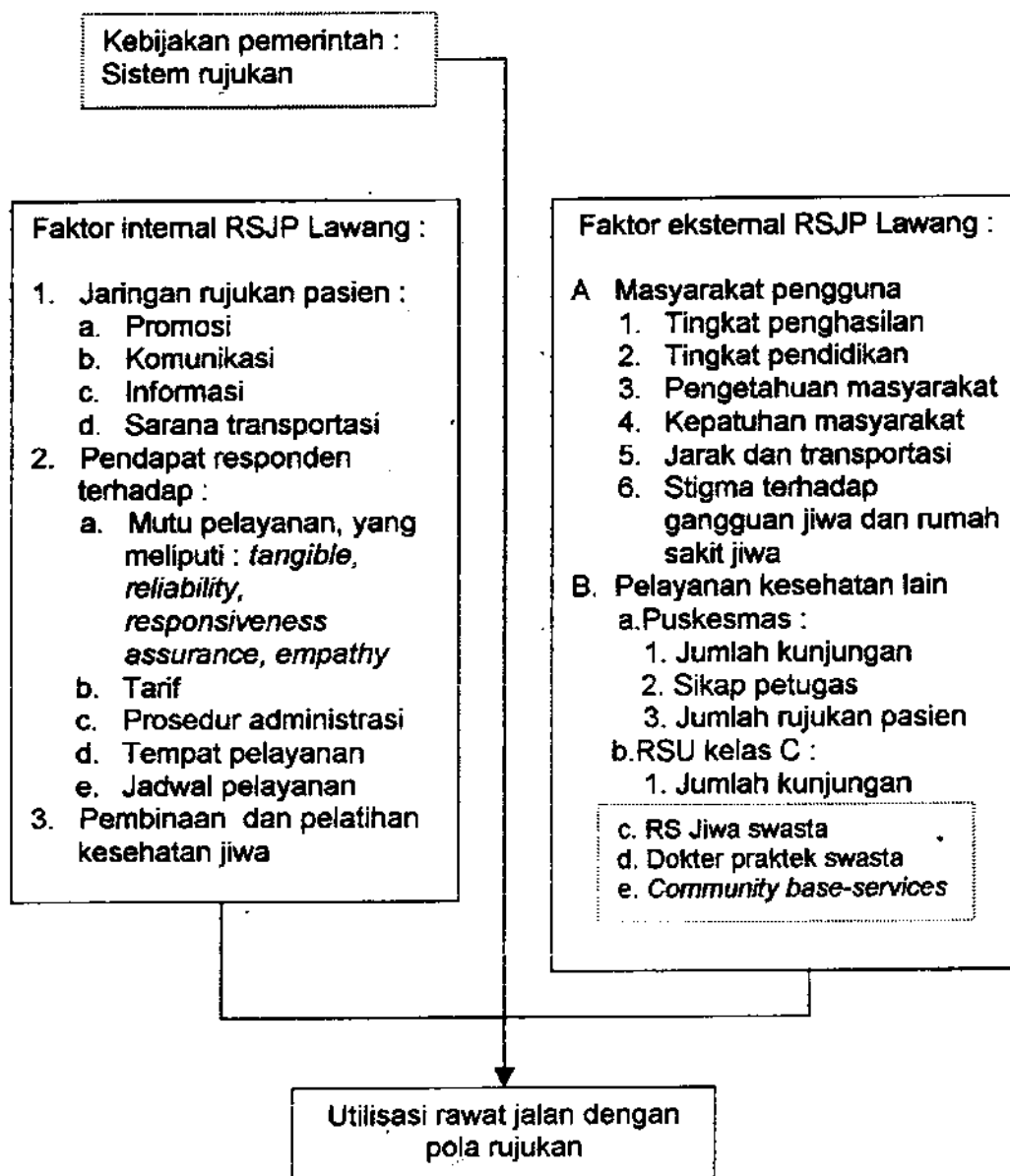
Berdasarkan uraian teori di dalam tinjauan pustaka, maka dasar teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Teori Dever (1984) yang menjelaskan tentang model pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan adalah faktor sosio-kultural, faktor organisasional dan faktor interaksi *consumer-provider*, yang dalam penelitian ini dimodifikasi menjadi faktor internal dan faktor eksternal yang telah mencakup ke tiga faktor tersebut.
2. Teori jaringan rujukan atau disebut jejaring rujukan oleh Alkatiri, dkk (1998) yang menjelaskan tentang jaringan rujukan yang terdiri dari pemasaran sosial, komunikasi, informasi, dan sarana transportasi. Pemasaran sosial dalam hal ini disesuaikan dengan kondisi RSJP Lawang dimodifikasi menjadi promosi.
3. Adanya permasalahan rujukan di Indonesia, yang diuraikan oleh Alkatiri, dkk. (1998) antara lain tidak terpadunya sistem komunikasi, transportasi dan logistik untuk mendukung pelayanan rujukan, keadaan geografis yang bervariasi, kualitas pelayanan yang masih rendah, kurangnya kepatuhan dari masyarakat maupun petugas kesehatan sendiri dalam pelayanan rujukan.

Atas dasar model tersebut, kerangka konseptual dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Pemanfaatan rawat jalan dengan pola rujukan dipengaruhi oleh faktor internal RSJP Lawang sebagai rumah sakit pusat rujukan gangguan jiwa yang meliputi jejaring rujukan, yang terdiri dari promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi; pendapat responden atau keluarga pasien tentang mutu pelayanan, prosedur administrasi, tarif, tempat pelayanan, jadwal pelayanan; serta pembinaan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh RSJP Lawang terhadap petugas kesehatan di puskesmas dan RSUD kelas C di Kabupaten Malang.
2. Pemanfaatan rawat jalan dengan pola rujukan pasien juga dipengaruhi oleh faktor eksternal yang meliputi masyarakat pengguna yaitu terdiri dari tingkat penghasilan, tingkat pendidikan, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa, kepatuhan masyarakat tentang rujukan, jarak dan transportasi serta stigma masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa; fasilitas kesehatan lain, yaitu puskesmas dan rumah sakit umum kelas C yang meliputi jumlah kunjungan, sikap petugas, jumlah rujukan pasien.
3. Hasil analisis faktor internal dan eksternal terhadap pemanfaatan rawat jalan dengan pola rujukan dibahas dalam *NGT* untuk pemecahan masalah rendahnya kunjungan di poli rawat jalan RSJP Lawang dengan pola rujukan.
4. Hasil *NGT* merupakan rekomendasi upaya peningkatan jumlah kunjungan di poli rawat jalan dengan pola rujukan.

Adapun kerangka konseptual dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Upaya Peningkatan Jumlah Kunjungan dengan Pola Rujukan

Keterangan : ——— : tidak diteliti

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survei yang dilakukan secara *cross sectional* karena dilakukan pada waktu periode waktu tertentu. Penelitian survei ini mengambil sampel dari populasi dan dalam pelaksanaannya menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data yang pokok. (Singarimbun, 1995, Zainuddin, 1999)

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah masyarakat yang menggunakan RSJP Lawang dan masyarakat yang menggunakan puskesmas yang terdapat pada daerah perpotongan atau area jangkauan dari ketiga rumah sakit, yaitu RSJP Lawang, RSUD Kepanjen dan RSUD Syaiful Anwar Malang. Populasi yang kedua adalah *provider* puskesmas terpilih yang menangani pasien gangguan jiwa, *provider* RSUD Kepanjen di poli psikiatri .

4.2.2 Sampel Penelitian, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.2.1 Sampel Penelitian

Ada beberapa sampel penelitian, yaitu :

4.2.2.1.1 Sampel Masyarakat Pengguna RSJP Lawang.

Yaitu keluarga atau teman pasien yang mengantar pasien gangguan jiwa berobat ke RSJP Lawang.

4.2.2.1.2 Sampel Masyarakat Pengguna Puskesmas.

Yaitu keluarga atau teman pasien yang mengantar pasien gangguan jiwa berobat ke puskesmas di Kabupaten Malang.

Untuk sampel masyarakat pengguna puskesmas ditentukan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Puskesmas dengan prosentase jumlah rujukan pasien yang tinggi ke rumah sakit jiwa.
2. Puskesmas yang terletak pada daerah perpotongan atau area jangkauan dari ketiga rumah sakit, yaitu RSJP Lawang, RSU Syaiful Anwar dan RSU Kepanjen.

Dengan demikian puskesmas yang terpilih adalah :

1. Puskesmas Tumpang, dengan prosentase rujukan pasien terhadap jumlah pengunjung sebesar 2,99% dan puskesmas ini terletak antara RSU Syaiful Anwar dan RSJP Lawang.
2. Puskesmas Ngantang, dengan prosentase rujukan pasien terhadap pengunjung sebesar 1,95% dan puskesmas ini terletak antara RSU Syaiful Anwar dan RSJP Lawang.

3. Puskesmas Sumber Manjing Kulon, dengan prosentase rujukan pasien terhadap pengunjung sebesar 15,38% dan puskesmas ini terletak antara RSU Syaiful Anwar dan RSU Kepanjen.
4. Puskesmas Bululawang, dengan prosentase rujukan pasien terhadap pengunjung sebesar 3,50% dan puskesmas ini terletak pada wilayah RSU Syaiful Anwar
5. Puskesmas Dampit, dengan prosentase rujukan pasien terhadap pengunjung sebesar 3,18% dan puskesmas ini terletak antara RSU Kepanjen dan RSU Syaiful Anwar.
6. Puskesmas Sitarjo, dengan prosentase rujukan pasien terhadap pengunjung sebesar 5,88% dan puskesmas ini terletak antara RSU Kepanjen dan RSU Syaiful Anwar.

4.2.2.1.3 Sampel Provider di Puskesmas Terpilih, Sampel Provider di RSU Kepanjen dan Sampel Provider RSJP Lawang

Sampel provider di puskesmas terpilih adalah provider yang berada di puskesmas Tumpang, Ngantang, Sumber Manjing Kulon, Bululawang, Dampit dan Sitarjo; yang terdiri dari dokter dan perawat. Sampel provider di RSU Kepanjen adalah dokter dan perawat yang berada di poli rawat jalan yang menangani pasien gangguan jiwa. Provider RSJP Lawang adalah direktur dan jajaran stafnya.

4.2.2.2 Besar Sampel

4.2.2.2.1 Besar Sampel Masyarakat Pengguna RSJP Lawang

Besar sampel dihitung berdasarkan pengunjung rata-rata pasien pada tahun 2000, yaitu sebesar 5414 pengunjung, maka jumlah rata-ratanya dalam satu bulan adalah 451 pengunjung. Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Pudjirahardjo,dkk,1995) :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p (1 - p)}{d^2 \cdot (N - 1) + z \cdot p (1 - p)}$$

dimana :

- n = ukuran sampel
- z = harga kurva normal
- d = penyimpangan yang ditolerir
- N = jumlah populasi
- p = proporsi populasi dengan karakteristik tertentu (SKMRT, 1995 : 185/1000 atau 0,185)

Dengan menggunakan *confidence interval* sebesar 95%; $p = 0,185$; $d = 0,05$; dengan harga alpha (α) = $1 - 0,95$; maka z dalam tabel adalah 1,96; maka diperoleh jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{451 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,185) \cdot (0,815)}{(0,05)^2 \cdot (451 - 1) + (1,96) \cdot (0,185) \cdot (0,815)} = 102,6$$

dibulatkan menjadi 103.

Jadi besar sampel adalah 103 orang.

4.2.2.2.2 Besar Sampel Masyarakat Pengguna Puskesmas

Besar sampel untuk masyarakat pengguna di masing-masing puskesmas terpilih ditentukan berdasarkan jumlah pasien gangguan jiwa yang seharusnya dirujuk. Besar sampel ditentukan berdasarkan jumlah rujukan pasien gangguan jiwa selama satu bulan. Adapun besar sampel seluruhnya adalah 51 responden, dengan perincian sebagai berikut :

Tabel 4.1 Jumlah Responden dari 6 Puskesmas di Kabupaten Malang, Juli – Agustus 2001

No	Nama puskesmas	Jumlah responden
1	Tumpang	13
2	Ngantang	3
3	Sumber Manjing Kulon	6
4	Bululawang	11
5	Dampit	11
6	Sitiarjo	7
	Total	51

Sumber : Data sekunder penelitian

4.2.2.2.3 Besar Sampel Provider

1. Besar sampel provider masing-masing puskesmas, adalah total populasi, karena jumlahnya relatif sedikit. Besar sampelnya adalah 30 responden, terdiri dari dokter umum dan perawat.
2. Besar sampel provider RSUD Kepanjen, adalah total populasi, karena jumlahnya relatif sedikit. Besar sampel adalah 6 responden, terdiri dari dokter umum dan perawat.
3. Besar sampel provider RSJP Lawang, adalah total populasi, karena jumlahnya relatif sedikit. Besar sampel adalah 5 responden.

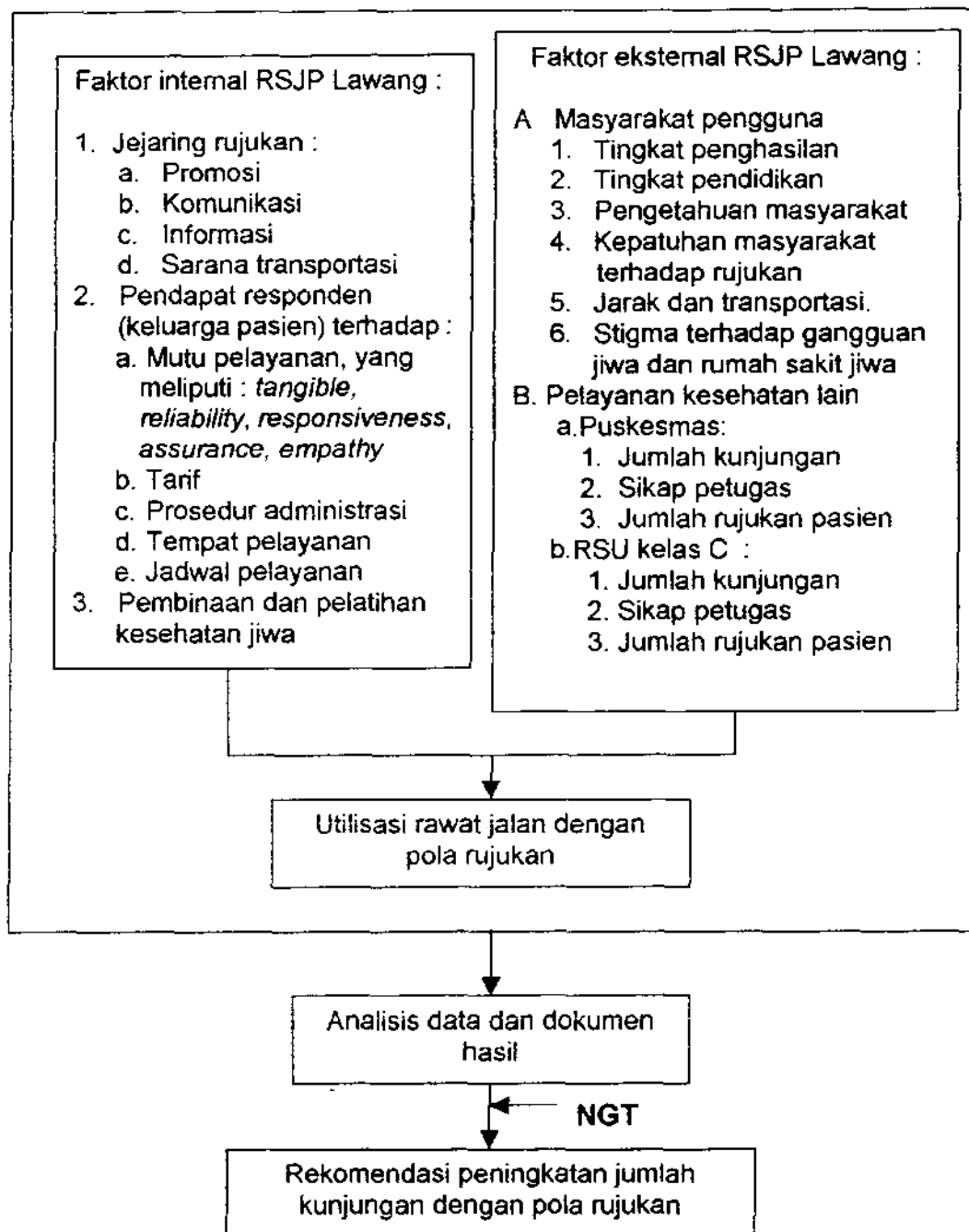
4.2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Untuk sampel masyarakat pengguna RSJP Lawang, teknik pengambilan sampel dilakukan pada sejumlah keluarga atau teman pasien yang mengantar pasien berobat ke poli rawat jalan RSJP Lawang dengan cara *random assigment*, dengan penjelasan sebagai berikut :

Rata-rata kunjungan pasien per bulan adalah 451 pasien, dibutuhkan 103 sampel, maka 451 dibagi 103, hasilnya 4,38 dibulatkan menjadi 4. Sehingga setiap sela 4 pasien, pasien berikutnya diambil sebagai sampel. Contoh : yang diambil sebagai sampel adalah pasien ke 1, maka pasien berikutnya yang diambil sebagai sampel adalah pasien ke 5, pasien ke 9, dan seterusnya.

4.3. Kerangka Operasional

Kerangka operasional dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Upaya Peningkatan Jumlah Kunjungan dengan Pola Rujukan di RSJP Lawang

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Penelitian

Yang menjadi variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Faktor internal RSJP Lawang, yang terdiri dari :
 - a. Jejaring rujukan meliputi promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi.
 - b. Mutu pelayanan menurut responden keluarga pasien terhadap RSJP Lawang, meliputi ketrampilan petugas, sikap dan perilaku petugas, prosedur administrasi, tarif, tempat pelayanan, jadwal pelayanan.
 - c. Pendapat responden atau petugas kesehatan yang berada di puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen tentang pembinaan dan pelatihan yang dilakukan oleh RSJP Lawang
2. Faktor eksternal, yang terdiri dari :
 - a. Masyarakat pengguna, yang meliputi tingkat penghasilan, tingkat pendidikan, pengetahuan masyarakat tentang gangguan jiwa, kepatuhan masyarakat terhadap rujukan, jarak dan transportasi, stigma masyarakat tentang gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa.
 - b. Pelayanan kesehatan di puskesmas, meliputi jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa, sikap petugas, jumlah rujukan pasien.
 - c. Pelayanan kesehatan di rumah sakit umum kelas C, meliputi jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa, sikap petugas, jumlah rujukan pasien.

4.4.2 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel

1. Jejaring rujukan adalah sarana yang digunakan untuk kemudahan pasien dan keluarganya dalam memperoleh pelayanan rujukan pasien gangguan jiwa yang terdiri dari promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi.
2. Promosi adalah upaya penyebarluasan informasi yang dilakukan oleh RSJP Lawang kepada masyarakat dan semua pihak terkait mengenai jenis pelayanan dan fasilitas yang tersedia di RSJP Lawang, baik melalui brosur atau *leaflet*, dan pelatihan-pelatihan selama dua tahun terakhir ini. Skala pengukuran adalah nominal.
3. Komunikasi adalah sarana yang digunakan untuk saling berhubungan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan, misalnya telepon, fax, *electronic mail* (e-mail) selama dua tahun terakhir ini. Skala pengukurannya adalah nominal.
4. Informasi adalah penyampaian umpan balik oleh RSJP Lawang selama dua tahun terakhir ini, baik mengenai tindakan dan keadaan pasien gangguan jiwa yang dirujuk. Skala pengukurannya adalah nominal.
5. Sarana transportasi adalah kendaraan yang diperlukan dalam upaya rujukan pasien gangguan jiwa oleh RSJP Lawang selama dua tahun terakhir ini, misalnya : *ambulance*. Skala pengukurannya adalah nominal.

6. Pendapat responden (keluarga pasien) adalah tanggapan responden atau keluarga pasien setelah mengalami pelayanan kesehatan jiwa di poli rawat jalan RSJP Lawang. Pendapat ini meliputi mutu pelayanan, tarif, prosedur administrasi, tempat pelayanan dan jadwal pelayanan.
7. Responden atau keluarga pasien adalah keluarga atau teman yang mengenal pasien dan mengantar ke pelayanan di RSJP Lawang.
8. Pendapat responden terhadap mutu pelayanan adalah tanggapan responden terhadap wujud (*tangible*) petugas, keandalan (*reliability*) petugas, ketanggapan (*responsiveness*) petugas, jaminan (*assurance*) petugas dan empati (*empathy*) petugas.
9. Pendapat responden terhadap wujud petugas adalah tanggapan responden terhadap penampilan fisik petugas (dokter dan perawat) yang rapi dan bersih dalam melakukan pelayanan terhadap pasien gangguan jiwa. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.
10. Pendapat responden terhadap keandalan petugas adalah tanggapan responden terhadap kemampuan petugas (dokter dan perawat) yang menangani pasien dengan cepat dan tepat. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.
11. Pendapat responden terhadap ketanggapan petugas adalah pendapat responden terhadap petugas yang memberikan pelayanan dengan

tanggap dan segera, serta tidak membiarkan pasien lama menunggu. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

12. Pendapat responden terhadap jaminan petugas adalah tanggapan responden terhadap jaminan kepastian tentang kecakapan dan kemampuan petugas untuk menangani pasien dengan aman, bebas dari resiko dan keraguan. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

13. Pendapat responden terhadap empati petugas adalah tanggapan responden terhadap petugas untuk mendapatkan perhatian sungguh-sungguh, keramahan dari petugas serta komunikasi yang baik dari petugas tanpa melihat status sosial-ekonomi pasien dan keluarganya. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

14. Pendapat responden terhadap prosedur administrasi adalah tanggapan responden terhadap prosedur administrasi yang cepat, tepat, mudah dan tidak berbelit. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

15. Pendapat responden terhadap tarif adalah tanggapan responden terhadap keterjangkauan biaya yang harus dibayar oleh responden

untuk mendapatkan pelayanan. Skala pengukurannya ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

16. Pendapat responden terhadap tempat pelayanan adalah tanggapan responden tentang kebersihan dan kenyamanan tempat pelayanan serta ruang tunggu. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, 4 = sangat setuju.

17. Pendapat responden terhadap jadwal pelayanan adalah tanggapan responden tentang kesesuaian jam buka dan lama pelayanan yang ditetapkan oleh *provider* yang sesuai dengan harapan responden. Skala pengukurannya adalah ordinal, mulai dari skala 1 = sangat tidak setuju, skala 2 = tidak setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

18. Pembinaan kesehatan jiwa oleh RSJP Lawang adalah pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa yang pernah dilakukan oleh RSJP Lawang, kebutuhan pembinaan dan pelatihan, manfaat pembinaan dan pelatihan terhadap petugas kesehatan yang ada di puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen. Pengukurannya dilakukan dengan wawancara melalui kuesioner terhadap petugas di puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen serta dilakukan *cross-check* terhadap provider RSJP Lawang.

19. Responden atau petugas kesehatan adalah dokter dan perawat yang berada di puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen di poli psikiatri.
20. Masyarakat pengguna adalah responden (keluarga pasien) yang berkunjung ke puskesmas terpilih (Puskesmas Tumpang, Ngantang, Sumber Manjing Kulon, Bululawang, Dampit dan Sitiarjo) yang akan merujuk keluarganya ke RSJP Lawang, RSUD Syaiful Anwar dan ke RSUD Kepanjen; meliputi tingkat penghasilan, tingkat pendidikan, pengetahuan masyarakat tentang gangguan jiwa, kepatuhan masyarakat dalam upaya rujukan, jarak dan transportasi serta stigma masyarakat tentang gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa.
21. Responden atau keluarga pasien adalah keluarga yang mengenal pasien dan mengantar berobat ke puskesmas.
22. Tingkat penghasilan masyarakat pengguna adalah penghasilan rata-rata responden (keluarga pasien) tiap bulan dalam pekerjaannya.
23. Tingkat pendidikan masyarakat pengguna adalah jenjang pendidikan terakhir keluarga pasien.
24. Pengetahuan masyarakat pengguna adalah pengetahuan responden tentang gangguan jiwa, yang meliputi definisi gangguan jiwa, penyebab gangguan jiwa (Saptandary, 2001). Pengukurannya dengan menggunakan daftar pertanyaan dengan pilihan jawaban benar atau salah menurut responden. Kemudian jawaban responden dikonsultasikan ke ahli jiwa. Setiap jawaban pertanyaan yang benar menurut ahli jiwa, diberi skor 1 dan jawaban yang salah menurut ahli

jiwa, diberi skor 0, kemudian dikategorikan dengan tingkat pengetahuan tinggi, cukup dan rendah. Tingkat pengetahuan tinggi apabila penilaian ahli jiwa, nilainya di atas 80%, cukup apabila penilaian ahli jiwa antara 60% - \leq 80% dan rendah apabila penilaian ahli jiwa di bawah 60%.

25. Kepatuhan masyarakat terhadap rujukan adalah kepatuhan responden dalam upaya merujuk pasien gangguan jiwa yang disarankan oleh petugas puskesmas ke RSJP Lawang, RSUD Syaiful Anwar dan RSUD Kepanjen. Pengukurannya dengan data primer yang diperoleh dari wawancara dengan kuesioner dan juga data sekunder dari puskesmas, yaitu jumlah pasien yang dirujuk ke RSJP Lawang selama satu bulan dibandingkan dengan jumlah pasien rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang.
26. Jarak dan transportasi adalah kilometer atau waktu tempuh yang dibutuhkan oleh responden untuk membawa pasien gangguan jiwa dari rumah ke tempat rujukan yang disarankan oleh petugas puskesmas. Dan transportasi adalah jenis kendaraan yang digunakan oleh responden dalam membawa pasien gangguan jiwa ke tempat rujukan yang disarankan. Skala pengukurannya adalah ordinal.
27. Stigma masyarakat tentang gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa (Saptandary, 2001) adalah pendapat responden yang tidak baik terhadap pasien gangguan jiwa dan rumah sakit jiwa yaitu anggapan bahwa seseorang menderita gangguan jiwa dicap sebagai "orang gila"

(Maramis, 1994) dan bahwa responden merasa malu untuk membawa keluarganya yang gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa, karena takut di label keluarga "gila". Pengukurannya dengan menggunakan daftar pertanyaan dengan pilihan jawaban benar atau salah menurut responden. Jawaban pertanyaan dikonsultasikan ke ahli jiwa, setiap jawaban pertanyaan yang benar menurut ahli jiwa, diberi skor 1 dan jawaban yang salah menurut ahli jiwa diberi skor 0. Kemudian dikategorikan dengan stigma masyarakat tinggi, cukup dan rendah. Tingkat stigma rendah apabila penilaian ahli jiwa $< 60\%$, stigma cukup apabila penilaian ahli jiwa $60\% - \leq 80\%$ dan stigma tinggi apabila penilaian ahli jiwa di atas 80% .

28. Kunjungan pasien di Puskesmas adalah jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa yang diterima oleh Puskesmas terpilih (6 Puskesmas) di Kabupaten Malang. Datanya sekunder dan diambil dari 6 Puskesmas terpilih di Kabupaten Malang.
29. Kunjungan adalah jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa ke RSUD Kepanjen, baik yang dirujuk ke RSJP Lawang maupun yang tidak dirujuk ke RSJP Lawang. Datanya sekunder dan diambil dari manajemen rekam medik RSUD Kepanjen.
30. Sikap petugas adalah sikap yang ditunjukkan oleh petugas puskesmas dan RSUD Kepanjen poli psikiatri untuk mau atau tidak mau merujuk pasien yang tidak dapat ditangani, yang meliputi pasien dengan gangguan mental organik termasuk gangguan mental simtomatik;

gangguan mental akibat penggunaan zat psikoaktif; skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham; gangguan suasana perasaan; gangguan neurotik, gangguan somatoform, gangguan terkait stress; gangguan neurotik lainnya; sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan psikologis dan faktor fisik; gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa; retardasi mental; gangguan perkembangan psikologis; gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja ke RSUD Kepanjen, RSUD Syaiful Anwar dan RSJP Lawang.

31. Jumlah rujukan pasien adalah jumlah rujukan pasien gangguan jiwa dari puskesmas dan RSUD Kepanjen ke berbagai pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Malang. Datanya sekunder dan diambil dari puskesmas terpilih, RSUD Kepanjen, RSJP Lawang.

32. *NGT (Nominal Group Technique)* adalah diskusi yang diikuti oleh *provider* RSJP Lawang dalam upaya untuk memecahkan masalah rendahnya kunjungan pasien gangguan jiwa di poli rawat jalan dengan pola rujukan dan membuat rekomendasi perbaikannya.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mendapatkan data adalah wawancara dengan bantuan kuesioner yang telah dibuat. Untuk mengetahui tingkat validitas dan reliabilitas kuesioner, maka dilakukan uji coba dengan memakai uji validitas dan reliabilitas. Selain itu juga memakai data sekunder

yang diperoleh dari dokumen RSJP Lawang, RSUD Kepanjen, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan 6 puskesmas terpilih.

4.6. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini di Kabupaten Malang, yaitu di RSJP Lawang, 6 puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen di Kabupaten Malang.

Waktu penelitian dilakukan pertengahan bulan Juli sampai dengan akhir bulan Agustus 2001.

4.7. Pengumpulan Data

a. Metode Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dengan wawancara langsung dengan responden, baik keluarga pasien maupun *provider* serta data sekunder yang diperoleh dari dokumen RSJP Lawang, Dinas Kabupaten Daerah Kabupaten Malang, 6 puskesmas terpilih dan RSUD Kepanjen.

b. Pewawancara

Dalam penelitian ini, yang bertindak selaku pewawancara adalah peneliti sendiri dan dibantu oleh beberapa tenaga kesehatan yang ada di lokasi penelitian. Untuk mendapatkan data yang akurat, maka peneliti melatih terlebih dahulu pewawancara mengenai teknik wawancara, pengisian kuesioner serta praktek di lapangan.

Proses pengumpulan data untuk kuesioner responden keluarga pasien dilakukan oleh beberapa orang tenaga kesehatan, sedangkan dengan *provider* dilakukan sendiri oleh peneliti.

c. Uji validitas dan reliabilitas

Uji coba penelitian dilaksanakan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas dari kuesioner. Dari hasil uji coba tersebut ada beberapa kuesioner yang tidak valid. Kuesioner yang tidak valid ada yang dibuang dan ada yang dilakukan perbaikan dengan konsultasi pakar, sehingga hasil kuesioner seperti terdapat pada lampiran.

Uji reliabilitas dilakukan dengan mencobakan kuesioner terhadap 30 responden yang dipilih secara random, yang merupakan jumlah minimal yang disarankan (Ancok, 1995). Uji ini dilakukan dengan wawancara ulang terhadap responden dengan selang waktu 15 hari setelah pengambilan data yang pertama dan hasilnya reliabel.

4.8 Teknik Analisis Data

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, dengan melalui tahapan sebagai berikut :

1. Tahap 1 :

Menganalisis faktor-faktor internal dan eksternal RSJP Lawang dengan menggunakan kuesioner.

2. Tahap 2 :

Dari faktor internal dan eksternal RSJP Lawang, dianalisis kecenderungannya yang mungkin berpengaruh terhadap rujukan ke RSJP Lawang.

3. Tahap 3 :

Menyusun upaya peningkatan kunjungan di RSJP Lawang dengan pola rujukan melalui pelaksanaan *NGT*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Sarana Kesehatan di Kabupaten Malang

Sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Malang adalah sebagai berikut :

41 puskesmas, 97 puskesmas pembantu, 22 puskesmas dengan ruang rawat inap, 41 puskesmas keliling (roda empat), 1 RSUD milik pemerintah daerah, 1 RSUD milik TNI, 7 RSUD Swasta, 1 Rumah Sakit Jiwa milik Departemen Kesehatan, 1 Rumah Sakit Jiwa Swasta, 1 Rumah Sakit Paru, 5 BKIA, 14 Rumah Bersalin, 20 Balai Pengobatan dan sarana kesehatan lainnya.

Wilayah Kabupaten Malang ini mengelilingi Kotamadya Malang, yang memiliki 1 rumah sakit yang berfungsi sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan, yaitu Rumah Sakit Umum Syaiful Anwar, termasuk rumah sakit kelas B Pendidikan (disingkat RSSA).

RSSA juga menyediakan pelayanan kesehatan jiwa, meliputi poli psikiatri dan rawat inap dengan fasilitas tempat tidur sejumlah 32 buah (Soemartono, dkk, 1996).

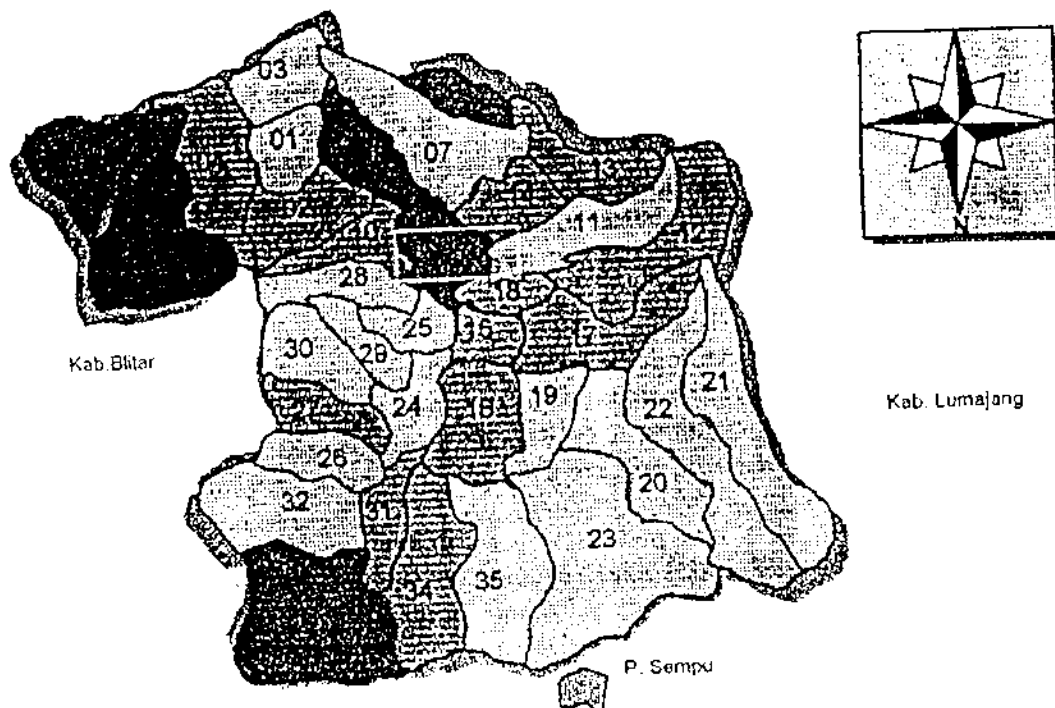
Adapun 10 besar gangguan jiwa yang dilayani di poli rawat jalan RSSA adalah sebagai berikut :

1. Psikosa non organik
2. Skizofrenia
3. Neurosa cemas
4. Depresi
5. Code V

6. Psikosomatis
7. Gangguan pemusatan perhatian
8. Epilepsi
9. Retardasi mental
10. Dimensia

Menurut sistem pelayanan kesehatan jiwa, keberadaan RSSA adalah setara dengan RSJP Lawang, karena adanya pelayanan kesehatan jiwa baik rawat jalan maupun rawat inap yang sudah ditangani oleh beberapa psikiater di rumah sakit tersebut. Tetapi fasilitas tempat tidur di rawat inap yang disediakan jauh lebih kecil daripada di RSJP Lawang.

Adapun peta Kabupaten Malang adalah sebagai berikut :



Gambar 5.1 Peta Kabupaten Malang

Adapun wilayah daerah penelitian adalah sebagai berikut :

5.1.1 Puskesmas

Pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas Kabupaten Malang dilaksanakan oleh 41 puskesmas. Adapun upaya kegiatan kesehatan jiwa yang telah dilaksanakan oleh puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan jiwa

Pelayanan ini dilaksanakan terhadap masyarakat yang datang mencari pengobatan maupun masyarakat yang dirujuk. Pelayanan yang dilakukan meliputi kegiatan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pengobatan.

2. Melakukan pembinaan dan pengembangan

Kegiatan ini dilaksanakan dalam bentuk kegiatan terpadu dengan program lain, yang diintegrasikan dengan upaya kesehatan lainnya yang berhubungan dengan pembinaan dan pengembangan peran serta masyarakat, melalui minilokakarya, microplanning, posyandu, pertemuan di kabupaten, dan lain-lain.

3. Peran serta masyarakat

Kegiatan ini dalam bentuk penyuluhan serta pembinaan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, penilaian dan pengembangan kesehatan jiwa setempat dalam rangka menciptakan kemandirian masyarakat dalam memelihara kesehatan jiwa.

4. Pencatatan dan pelaporan

Kegiatan yang dilakukan disertai oleh rekaman pencatatan dan di laporkan melalui SP2TP (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas).

Puskesmas yang dijadikan obyek penelitian adalah puskesmas Tumpang, puskesmas Ngantang, puskesmas Sumber Manjing Kulon, puskesmas Bululawang, puskesmas Dampit dan puskesmas Sitarjo.

Meskipun telah dilaksanakan upaya kegiatan pelayanan kesehatan jiwa seperti yang dijelaskan di atas, petugas puskesmas masih memerlukan adanya (Dinkes Kab. Malang, 2000) :

1. Peningkatan peran serta masyarakat dan bimbingan ke puskesmas dalam rangka meningkatkan pelayanan dan cakupan kesehatan jiwa di puskesmas.
2. Peningkatan anggaran dalam rangka peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan jiwa.
3. Adanya peningkatan kualitas sumber daya manusia bagi tenaga pelayanan kesehatan jiwa melalui kesempatan belajar, pelatihan dan lain-lain.

5.1.2 Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang (RSJP Lawang)

RSJP Lawang merupakan rumah sakit khusus milik pemerintah pusat, fungsinya sebagai rumah sakit pusat rujukan gangguan jiwa, dengan klasifikasi kelas A, yang berada di kecamatan Lawang, Kabupaten Malang.

Indikator pelayanan RSJP Lawang pada tahun 1999/2000 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 Indikator Pelayanan RSJP Lawang, Tahun 1999/2000

No	Indikator	Tahun 1999/2000
1	Jumlah tempat tidur	700 TT
2	BOR (<i>Bed Occupation Rate</i>)	79,27%
3	ALOS (<i>Average Length of Stay</i>)	118,60
4	BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	2,65
5	TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	28,57
6	NDR (<i>Net Death Rate</i>)	4,85
7	Jumlah lama dirawat	219,88
8	Hari perawatan	202,531
9	Jumlah kunjungan poli	3853

Sumber : Data sekunder

Adapun 10 besar jenis gangguan jiwa di poli rawat jalan RSJP Lawang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Sepuluh Besar Jenis Gangguan Jiwa di Poli Rawat Jalan RSJP Lawang, 1999/2000

No	Jenis Gangguan Jiwa	Jumlah
1	Skizofrenia, skizotipal akut dan sementara	3263
2	Epilepsi	103
3	Retardasi mental	46
4	Episoda manik dan gangguan efektif bipolar	45
5	Episoda depresif, gangguan depresi berulang, gangguan suasana perasaan menetap lainnya	31
6	Gangguan waham menetap dan induksi	29
7	Reaksi terhadap stress berat dan gangguan penyesuaian, gangguan somatoform, gangguan neurotik lainnya	28
8	Gangguan psikotik non organik lainnya	23
9	Gangguan hiperkinetik, perilaku, emosional, atau fungsi sosial, sindrom makan, gangguan tidur, disfungsi seksual, gangguan perilaku lainnya	23
10	Gangguan hiperkinetik, perilaku, emosional atau fungsi sosial khas, gangguan "tic" dan gangguan mental emosional lainnya	23

Sumber : Data sekunder

Dari tabel 5.2 di atas tampak bahwa jumlah tertinggi penderita gangguan jiwa yang berobat ke RSJP Lawang adalah pasien dengan skizofrenia, skizotipal akut dan sementara.

5.1.3 Rumah Sakit Umum Kepanjen,

RSU Kepanjen merupakan rumah sakit umum milik pemerintah daerah Kabupaten Malang, yang berada di kecamatan Kepanjen, Kabupaten Malang, dengan klasifikasi kelas C.

Pelayanan kesehatan jiwa di RSU Kepanjen dilakukan satu bulan sekali pada hari Rabu minggu terakhir. Pelayanan tersebut dilakukan oleh tenaga psikiater dari RSJP Lawang dengan dana dari RSU Kepanjen. Kegiatan yang utama adalah pemeriksaan pasien poliklinik dan ruangan yang dikonsulkan.

Data kegiatan pelayanan kesehatan jiwa di RSU Kepanjen adalah sebagai berikut :

Tabel 5.3 Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Poliklinik RSU Kepanjen, bulan Juli – Agustus 2001

No	Bulan	Jumlah kunjungan	Jenis gangguan jiwa			
			Skizofrenia	Depresi	Gangguan Kepribadian	Neurosis
1	Juli	13	9	3	1	0
2	Agustus	11	6	3	0	2

Sumber : Data sekunder

Dari tabel 5.3 di atas tampak bahwa pasien dengan gangguan skizofrenia kecenderungannya yang paling banyak berobat ke RSU Kepanjen.

Menurut *provider* RSU Kepanjen, RSU Kepanjen tidak pernah melakukan rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang atau ke RSSA dan tidak pernah menerima rujukan dari puskesmas, karena poli psikiatri buka sebulan sekali, sehingga tidak ada rujukan dari puskesmas dan tidak ada rujukan ke atas karena pasien gangguan jiwa yang berobat sebulan sekali sudah ditangani oleh tenaga psikiater yang didatangkan dari RSJP Lawang.

Kenyataan ini menunjukkan tidak berperannya RSUD Kepanjen dalam pelayanan rujukan pasien, khususnya gangguan jiwa, karena tidak ada kegiatan rujukan, baik rujukan dari bawah maupun rujukan ke atas. Hal ini membuktikan pernyataan Soejitno (1994), bahwa masih terdapat kesenjangan dalam sistem rujukan di Indonesia, karena kurangnya peran Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

5.2 Pola Rujukan Pasien Gangguan Jiwa di Kabupaten Malang

Pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang dapat dilihat dari hasil tabel di bawah ini :

Tabel 5.4 Jumlah Pasien Gangguan Jiwa yang Berobat ke Puskesmas dan yang Di rujuk ke Rumah Sakit di Kabupaten Malang pada Bulan Juli - Agustus 2001

No	Puskesmas	Jumlah pasien yang berobat ke puskesmas (a)	Jumlah rujukan ke RSJP Lawang		Jumlah rujukan ke RSSA		Jumlah rujukan ke RSUD Kepanjen		Jumlah rujukan ke tempat lain		Jumlah yang tidak setuju di rujuk		Total rujukan pasien gangguan jiwa	
			n	n/a (%)	n	n/a (%)	n	n/a (%)	n	n/a (%)	n	n/a (%)	N	N/a
1	Tumpang	430	7	1,6	5	1,2	0	0	0	0	1	0,2	13	3,02
2	Ngantang	86	1	1,2	2	2,3	0	0	0	0	0	0	3	3,49
3	Sb M Kulon	27	1	3,7	3	11,1	0	0	0	0	2	7,4	6	22,2
4	Bululawang	208	6	2,9	3	1,4	0	0	0	0	2	1,0	11	5,29
5	Dampit	239	5	2,1	2	0,8	0	0	2	0,8	2	0,8	11	4,60
6	Sitiarjo	98	2	2,0	1	1,0	0	0	2	2,0	2	2,0	7	7,14
	Total rujukan		22		16		0		4		9		51	

Sumber : Data sekunder

Dari tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa jumlah rujukan ke RSJP Lawang lebih besar dibandingkan dengan ke RSSA, dengan ratio rujukan ke RSJP Lawang dibandingkan dengan ke RSSA adalah 1,375 (22 : 16).

Pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang adalah dari puskesmas langsung ke RSSA atau RSJP Lawang dan tidak ke RSUD Kepanjen, yang merupakan rumah sakit umum kelas C. Hal ini kemungkinan disebabkan karena standar pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas dan rumah sakit umum kelas C adalah sama, seperti tercantum dalam buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Umum (Depkes, 1995), sehingga petugas di puskesmas tidak merujuk ke RSUD Kepanjen dan petugas puskesmas menganggap bahwa pelayanan pasien gangguan jiwa di puskesmas dan RSUD Kepanjen adalah sama, karena ditangani oleh dokter umum.

Di dalam buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Umum (1995), disebutkan bahwa jenjang pelayanan kesehatan jiwa untuk RSUD kelas A dan B adalah setara dengan rumah sakit jiwa dan RSUD kelas C dan D adalah setara dengan puskesmas, sehingga pola jenjang rujukan untuk pasien gangguan jiwa tidak bermasalah, karena jenjang rujukannya lebih praktis. Rujukan pasien gangguan jiwa dari puskesmas tidak harus melalui RSUD Kelas C, tetapi bisa langsung ke RSUD Kelas A atau B atau ke rumah sakit jiwa.

Dengan demikian, Pedoman Pengembangan dan Pembinaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia yang diterbitkan oleh Depkes (1978), perlu ditinjau lagi, karena kemungkinan tidak sesuai lagi dengan kondisi saat ini. Oleh karena itu perlu dikembangkan jenjang rujukan yang lebih praktis, sehingga pedoman tersebut nantinya lebih mudah diaplikasikan. Rujukan pasien dari puskesmas bisa langsung ke RSUD Kelas A atau B, tergantung

kasus yang dihadapi oleh pasien dan kemampuan yang dimiliki oleh rumah sakit yang dituju, tanpa mengesalkan keberadaan RSU Kabupaten di daerah setempat.

Pada prinsipnya pola rujukan yang diusulkan adalah rujukan ditujukan secara timbal balik ke unit pelayanan kesehatan yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional serta tidak dibatasi dengan wilayah administrasi.

Tidak berjalannya pola rujukan pasien gangguan jiwa dari RSU Kepanjen ke pelayanan rujukan yang lebih tinggi, khususnya ke RSJP Lawang, kemungkinan menyebabkan rendahnya rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang.

Oleh karena itu, peran RSU Kepanjen perlu ditingkatkan terutama dalam pelayanan pasien gangguan jiwa, karena makin banyaknya masalah kesehatan jiwa yang ditemukan di masyarakat. Pelayanan oleh psikiater dari RSJP Lawang setiap sebulan sekali yang sudah di laksanakan selama ini bisa dijadikan sebagai pembinaan, sehingga petugas terampil dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa, meskipun psikiater tidak ada.

Apabila petugas terampil dalam menghadapi masalah gangguan jiwa, maka poli jiwa bisa dibuka tiap hari dengan pelayanan oleh dokter umum. Dengan demikian, rumah sakit setiap saat dapat melayani pasien gangguan jiwa, apabila masyarakat berobat ke tempat tersebut dan petugas mampu dan mau merujuk dengan tepat apabila menghadapi kasus gangguan jiwa yang tidak dapat ditanganinya ke pelayanan yang lebih tinggi, khususnya ke RSJP Lawang.

5.3 Pelaksanaan Jejaring Rujukan oleh RSJP Lawang

Pelaksanaan jejaring rujukan oleh RSJP Lawang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5 Pelaksanaan Jejaring Rujukan oleh RSJP Lawang Menurut *Provider* RSJP Lawang, bulan Agustus 2001

No	Variabel	Ya		Tidak		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Promosi melalui brosur atau leaflet	5	100	0	0	5	100
2	Promosi melalui pelatihan	4	80	1	20	5	100
3	Telfon sebagai sarana komunikasi	4	80	1	20	5	100
4	Fax sebagai sarana komunikasi	4	80	1	20	5	100
5	E-mail sebagai sarana komunikasi	4	80	1	20	5	100
6	Informasi umpan balik rujukan tentang tindakan	5	100	0	0	5	100
7	Informasi umpan balik rujukan tentang keadaan pasien	4	80	1	20	5	100
8	Ambulance digunakan untuk rujukan	5	100	0	0	5	100

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Dari tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa promosi melalui brosur atau *leaflet* menurut *provider* RSJP Lawang telah dilakukan, hal ini terbukti dari 100% responden menyatakan adanya brosur tersebut, dan bukti dokumen terlampir. Pelatihan terhadap petugas kesehatan merupakan sarana promosi diakui oleh 80% responden RSJP Lawang. Digunakannya telepon sebagai sarana komunikasi untuk upaya rujukan, menurut 80% responden di RSJP Lawang, sudah dilaksanakan. *Fax* dan *electronic mail (e-mail)* sebagai sarana komunikasi, terutama untuk upaya rujukan menurut 80% responden RSJP Lawang sudah digunakan. Informasi umpan balik rujukan mengenai tindakan telah dilakukan oleh RSJP Lawang, hal ini dinyatakan oleh 100% responden dan bukti dokumennya ada. Informasi umpan balik rujukan mengenai keadaan pasien juga sudah dilakukan oleh RSJP Lawang, hal ini terbukti 100% responden menyatakan melakukannya. *Ambulance* sebagai

sarana transportasi untuk rujukan juga sudah digunakan oleh RSJP Lawang, hal ini terbukti dari 100% pernyataan responden RSJP Lawang.

Dari hasil tabel 5.5 di atas, dapat diartikan bahwa secara umum pelaksanaan jejaring rujukan sudah baik, artinya pelaksanaan jejaring rujukan ini bukan faktor yang menyebabkan rendahnya rujukan.

Pelaksanaan jejaring rujukan diperlukan, agar pasien memperoleh kemudahan dalam mendapatkan pelayanan yang diperlukan (Alkatiri, dkk, 1998). Misalnya promosi melalui brosur atau *leaflet* yang merupakan cara rumah sakit berhubungan dengan calon konsumen untuk mengetahui segala sesuatu tentang pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit (Husted, *et al*, 1989), juga digunakannya sarana telekomunikasi untuk mempermudah tenaga kesehatan mengetahui informasi yang mereka butuhkan.

5.4 Pelaksanaan Pembinaan dan Pelatihan Kesehatan Jiwa oleh RSJP Lawang terhadap Petugas Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Kelas C di Kabupaten Malang.

Pelaksanaan pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa oleh RSJP Lawang terhadap petugas kesehatan di puskesmas dan RSUD Kepanjen menurut *provider* di puskesmas dan RSUD Kepanjen adalah sebagai berikut :

Tabel 5.6 Pembinaan dan Pelatihan oleh RSJP Lawang Menurut *Provider* di Puskesmas dan RSUD Kelas C, pada Juli – Agustus 2001

No	Variabel	Ya		Tidak		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Pembinaan terhadap tenaga medis, dua tahun terakhir	3	37,50	5	62,50	8	100
2	Pelatihan terhadap tenaga medis dua tahun terakhir	0	0	8	100	8	100
3	Pembinaan terhadap tenaga paramedis dua tahun terakhir	3	10,70	25	89,30	28	100
4	Pelatihan terhadap tenaga paramedis dua tahun terakhir	4	14,30	24	85,70	28	100
5	Kebutuhan pembinaan dan pelatihan minimal 1x dalam 1 tahun	36	100	0	0	36	100
6	Pembinaan dan pelatihan sangat bermanfaat bagi pelaksanaan tugas sehari-hari	36	100	0	0	36	100

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Dari tabel 5.6 di atas menunjukkan 62,50% tenaga medis di puskesmas dan RSUD Kepanjen menyatakan tidak memperoleh pembinaan dari RSJP Lawang dan 100% tenaga medis di puskesmas dan RSUD Kepanjen menyatakan tidak pernah mendapatkan pelatihan dari RSJP Lawang selama dua tahun terakhir ini.

Responden paramedis di puskesmas dan RSUD Kepanjen sebesar 89,30% tidak pernah mendapat pembinaan, juga 85,70% responden paramedis menyatakan tidak pernah mendapat pelatihan dari RSJP Lawang selama dua tahun terakhir ini.

Kurangnya pelatihan dan pembinaan ini, menyebabkan rendahnya kualitas tenaga kesehatan, sehingga kemungkinan akan berpengaruh pada pelayanan yang diberikan pada masyarakat yang tidak optimal.

Rendahnya kualitas tenaga kesehatan ini merupakan salah satu permasalahan dalam pola rujukan; sesuai dengan pernyataan dari Alkatiri (1998) yang menyatakan bahwa permasalahan yang ditemui dalam pola

rujukan pasien adalah rendahnya kualitas tenaga kesehatan, ketidakpatuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan rujukan serta kurangnya informasi.

Kebutuhan pelatihan dan pembinaan tentang kesehatan jiwa menurut tenaga medis dan paramedis di puskesmas Kabupaten Malang dan RSUD Kepanjen sangat diharapkan. Hal ini tampak pada tabel 5.6 di atas bahwa 100% responden di puskesmas dan RSUD Kepanjen mengharapkan adanya pelatihan dan pembinaan tersebut minimal satu kali dalam satu tahun dan 100% responden menyatakan bahwa pembinaan dan pelatihan akan sangat bermanfaat bagi pelaksanaan tugas sehari-hari.

Adapun pelaksanaan pelatihan dan pembinaan yang dilakukan oleh RSJP Lawang menurut provider RSJP Lawang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.7. Pembinaan dan Pelatihan yang Dilakukan oleh RSJP Lawang, Menurut Provider RSJP Lawang terhadap Petugas Kesehatan di Kabupaten Malang, Agustus 2001

No	Variabel	Ya			Tidak		Total	
		n	Frekuensi	%	n	%	n	%
1	Pembinaan terhadap tenaga medis	2	1x	100	0	0	5	100
		3	12x					
2	Pelatihan terhadap tenaga medis	2	1x	40	3	60	5	100
3	Pembinaan terhadap tenaga paramedis	2	1x	40	3	60	5	100
4	Pelatihan terhadap tenaga paramedis	5	1x	100	0	0	5	100
5	Pembinaan dan pelatihan sebagai sarana promosi	5	-	100	0	0	5	100

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari hasil tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa pembinaan kesehatan jiwa terhadap tenaga medis, menurut *provider* RSJP Lawang 100% menjawab telah dilaksanakan, 40% menjawab frekuensi pembinaan 1 kali, sedang 60% responden menjawab 12 kali. Setelah hal ini ditanyakan lebih lanjut oleh

peneliti, ternyata bukti dokumen yang ada menunjukkan bahwa pembinaan terhadap tenaga medis telah dilaksanakan terakhir pada tahun 1999, tetapi pesertanya adalah tenaga medik dan paramedik dari 15 rumah sakit umum di seluruh Jawa Timur, sehingga tenaga medis yang berada di puskesmas Kabupaten Malang, memang tidak mendapatkan pembinaan tersebut.

Sedangkan tentang pembinaan terhadap tenaga medis yang dilakukan sebanyak 12 kali, hal tersebut adalah merupakan pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan jiwa di RSUD Kepanjen setiap 1 bulan sekali oleh psikiater dari RSJP Lawang, sehingga total dalam 1 tahun adalah 12 kali kegiatan, tetapi *provider* RSUD Kepanjen kemungkinan tidak mengategorikan hal ini sebagai pembinaan.

Pelatihan kesehatan jiwa terhadap tenaga medis oleh RSJP Lawang, 40% responden menyatakan adanya pelatihan, sedangkan 60% responden menyatakan tidak adanya pelatihan tersebut. Setelah dilakukan penelitian pada dokumen yang ada, pelatihan terhadap tenaga medis pernah dilakukan oleh RSJP Lawang pada tahun 1999 dan hanya diperuntukkan bagi tenaga medis yang ada di rumah sakit umum kelas C dan D di 15 rumah sakit Jawa Timur, sehingga 60% tenaga medis belum memperoleh pelatihan tersebut.

Pelatihan terhadap tenaga paramedis, 100% responden *provider* RSJP Lawang menyatakan pernah diadakan, dan bukti dokumen memang menunjukkan adanya pelatihan pada tahun 2001. Hasil ini bertentangan dengan pendapat responden *provider* puskesmas dan RSUD Kepanjen pada tabel 5.6 yang menyebutkan bahwa 85,70% responden menyatakan tidak

pernah mendapat pelatihan. Ternyata setelah diteliti pada dokumen yang ada, pelatihan tersebut tidak diikuti oleh seluruh tenaga medis dan paramedis yang ada di Kabupaten Malang. Hal ini kemungkinan disebabkan kurangnya penyebaran informasi adanya kegiatan pelatihan yang diadakan oleh RSJP Lawang.

Pembinaan dan pelatihan menurut 100% responden merupakan sarana promosi. Dengan demikian pembinaan dan pelatihan perlu dilakukan secara intensif, agar petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Malang menjadi lebih tahu tentang kemampuan RSJP Lawang.

Pembinaan dan pelatihan terhadap tenaga medis dan paramedis di puskesmas dan rumah sakit umum kelas C Kabupaten Malang tentang kesehatan jiwa wajib dilakukan oleh RSJP Lawang, mengingat RSJP Lawang sebagai rumah sakit pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa dengan kelas A yang mempunyai tugas untuk membina petugas kesehatan yang berada pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah jaringannya (Depkes, 2000).

Pelaksanaan pelatihan dan pembinaan terhadap tenaga medis dan paramedis ini juga sesuai dengan Program Kesehatan Jiwa Rujukan oleh Depkes yang salah satu sarannya adalah terwujudnya Rumah Kesehatan Jiwa yang memiliki kemampuan pembinaan kesehatan jiwa di fasilitas umum puskesmas, RSUD dan panti-panti sosial di wilayahnya (Depkes RI, 1999).

Dari hasil tabel 5.6 dan penjelasan di atas, menunjukkan bahwa perlu dilakukan pelatihan dan pembinaan secara intensif dan proaktif oleh RSJP Lawang, dengan sarannya adalah tenaga medis dan paramedis yang ada di

puskesmas dan rumah sakit umum, terutama kelas C yang ada Kabupaten Malang sesuai dengan kebutuhan yang dikehendaki oleh petugas puskesmas dan RSUD Kepanjen.

Dengan adanya pelatihan dan pembinaan terhadap tenaga kesehatan tersebut, diharapkan pengetahuan petugas terhadap masalah kesehatan jiwa akan meningkat, sehingga petugas mampu mengatasi permasalahan kesehatan jiwa yang dihadapi, serta mau merujuk ke jenjang pelayanan yang lebih tinggi apabila mereka menghadapi kasus yang tidak dapat ditanganinya.

5.5 Pendapat Keluarga Pasien tentang Mutu Pelayanan, Tarif, Prosedur Administrasi, Tempat Pelayanan, Jadwal Pelayanan di RSJP Lawang.

Pendapat keluarga pasien tentang mutu pelayanan di RSJP Lawang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.8 Pendapat Keluarga Pasien tentang Mutu, Tarif, Prosedur Administrasi, Tempat Pelayanan, Jam Buka dan Jadwal Pelayanan di Poli Rawat Jalan RSJP Lawang, pada Bulan Agustus 2001

No	Variabel	Skala 1		Skala 2		Skala 3		Skala 4		Total	Rata-rata skala
		n	Skor	n	Skor	n	Skor	n	Skor		
1	Penampilan dokter dan perawat rapi dan bersih	0	0	2	4	74	222	27	108	103	3,24
2	Keandalan dokter dan perawat	1	1	5	10	70	210	27	108	103	3,19
3	Daya tanggap dokter dan perawat	1	1	8	16	63	189	31	124	103	3,20
4	Jaminan dokter dan perawat	1	1	10	20	65	195	27	108	103	3,15
5	Empati dokter dan perawat	0	0	3	6	69	207	31	124	103	3,27
6	Tarif terjangkau	2	2	11	22	68	204	22	88	103	3,07

Dilanjutkan ke halaman berikutnya

Lanjutan dari tabel 5.8

No	Variabel	Skala 1		Skala 2		Skala 3		Skala 4		Total	Rata-rata skala
		n	Skor	n	Skor	n	Skor	n	Skor		
7	Prosedur administrasi mudah, cepat dan tidak berbelit	1	1	6	12	72	216	24	96	103	3,16
8	Tempat pelayanan bersih dan nyaman	0	0	1	2	51	153	51	204	103	3,48
9	Ruang tunggu bersih dan nyaman	0	0	1	2	48	144	54	216	103	3,51
10	Jam buka sesuai harapan responden	2	2	17	34	67	201	17	68	103	2,96
11	Lama pelayanan sesuai harapan responden	0	0	10	20	76	228	17	68	103	3,07
	Skala rata-rata										3,21

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Dari tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa skala rata-rata yang diperoleh adalah 3,21; yang berarti responden secara umum berpendapat setuju terhadap pelayanan yang diberikan di poli rawat jalan RSJP Lawang. Jadi mutu pelayanan RSJP Lawang menurut pendapat responden, bukan faktor yang menyebabkan rendahnya kunjungan dengan pola rujukan.

Dari hasil tabel 5.8 di atas, dapat dicermati bahwa ada 4 variabel yang nilainya lebih besar dari skala rata-rata, yaitu tempat pelayanan dengan skala 3,48 dan ruang tunggu dengan skala 3,51. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan keberadaan poli rawat jalan yang menempati gedung baru, sehingga pasien dan keluarganya merasa puas dengan pelayanan yang diberikan di poli rawat jalan.

Variabel lainnya yang lebih besar dari skala rata-rata adalah penampilan dokter dan perawat yang rapi dan bersih dengan skala 3,24; empati perawat dan dokter, dengan skala 3,27.

Sedangkan 7 variabel lainnya, yaitu keandalan, daya tanggap, jaminan dokter dan perawat, prosedur administrasi, tarif, jam buka dan lama pelayanan adalah di bawah skala rata-rata. Hal ini menunjukkan bahwa 7 variabel tersebut kurang baik dibandingkan skala rata-rata, sehingga perlu adanya perbaikan pada 7 variabel pelayanan tersebut, terutama jam buka pelayanan, dengan skala 2,96, yang paling rendah nilainya dibandingkan yang lain.

Keandalan petugas dan daya tanggap petugas diperbaiki dengan cara perbaikan moral petugas dan kesadaran akan mutu. Jaminan petugas diperbaiki dengan meningkatkan kualitas petugas dengan pelatihan secara terus menerus. Tarif perlu ditinjau lagi sesuai dengan harapan responden, prosedur administrasi diperbaiki dengan memperpendek alur pelayanan administrasi, sehingga lebih singkat, sederhana dan tidak berbelit.

Lama pelayanan dan jam buka pelayanan tidak sesuai dengan harapan responden, sehingga perlu ditingkatkan kedisiplinan petugas dalam ketepatan waktu pelayanan, terutama di poli rawat jalan.

Mutu menurut pendapat responden, dengan melihat hasil tabel 5.8 di atas, secara umum adalah cukup baik dan kemungkinan responden cukup puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas di RSJP Lawang. Tetapi mutu pelayanan di RSJP Lawang harus ditingkatkan secara terus menerus, dengan mengevaluasi kepuasan pelanggan. Pelanggan yang puas dengan pelayanan

yang diberikan oleh RSJP Lawang, akan memberikan referensi kepada masyarakat lainnya, sehingga pemanfaatan rumah sakit akan meningkat dan kemungkinan rujukan pasien ke RSJP Lawang juga meningkat.

Menurut teori Parasuraman, *et al* (1990) bahwa baik buruknya kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia pelayanan jasa dalam menemukan harapan pelanggan secara efisien dan konsisten. Apabila jasa pelayanan yang diterima atau dirasakan melampaui dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika kualitas pelayanan yang diterima sesuai harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya apabila kualitas pelayanan yang diterima pelanggan lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas pelayanan tersebut dipersepsikan buruk.

5.6 Faktor-faktor dari Responden di Puskesmas terhadap Upaya Rujukan ke RSJP Lawang

5.6.1 Tingkat Penghasilan Responden

Tingkat penghasilan responden (keluarga pasien) yang membawa keluarganya berobat ke puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 5.9 Tingkat Penghasilan Responden di Puskesmas Kabupaten Malang, pada bulan Juli - Agustus 2001

No	Penghasilan	n	Prosentase
1	< Rp 500.000,00	36	70,59
2	Rp 500.000,00 – 1.000.000,00	9	17,65
3	> Rp. 1000.000,00 – 2.000.000,00	4	7,84
4	> 2.000.000,00	2	3,92
	Total	51	100

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Dari tabel 5.9 di atas tampak bahwa tingkat penghasilan responden (keluarga pasien) yang membawa keluarganya berobat ke puskesmas adalah 70,59% mempunyai penghasilan kurang dari Rp. 500.000,00 dan hal ini menunjukkan bahwa tingkat penghasilan responden adalah rendah.

Hollingshead dan Redlich dalam makalah Solichin (1991) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara gangguan jiwa dan problem kemiskinan, kenakalan remaja dan disorganisasi keluarga.

5.6.2 Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan responden yang berkunjung ke puskesmas Kabupaten Malang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.10 Tingkat Pendidikan Responden yang Berkunjung ke Puskesmas di Kabupaten Malang, pada bulan Juli - Agustus 2001

No	Pendidikan	n	%
1	Tidak sekolah	3	5,88
2	SD	23	45,10
3	SMP atau sederajat	13	25,49
4	SMA atau sederajat	11	21,57
5	Perguruan Tinggi	1	1,96
	Total	51	100

Sumber : Data primer penelitian, 2001.

Dari tabel 5.10 di atas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden yang mengantar keluarganya berobat ke puskesmas kecenderungannya yang paling besar adalah tingkat pendidikan Sekolah Dasar sebesar 45,10%.

5.6.3 Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Gangguan Jiwa

5.6.3.1 Definisi Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat

Definisi gangguan jiwa menurut masyarakat dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.11 Definisi Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang, pada Bulan Juli - Agustus 2001

No	Variabel	Betul menurut responden		Salah menurut responden		Penilaian ahli jiwa	
		n	%	n	%	n	%
1	Gangguan yang dialami seseorang sehingga tidak bisa berpikir secara jernih atau tidak dapat berpikir dengan akal sehat	44	86,28	7	13,72	44	86,28
2	Gangguan yang dialami seseorang sehingga yang bersangkutan berperilaku tidak seperti manusia normal, misalnya berlari ke jalan raya dengan bertelanjang bulat.	39	76,47	12	23,53	39	76,47
3	Gangguan yang terjadi pada seseorang dengan tatapan mata yang kosong.	43	84,31	8	15,69	8	15,69
4	Gangguan yang terjadi pada seseorang yang selalu berhalusinasi.	41	80,39	10	19,61	41	80,39
5	Gangguan kesehatan dialami seseorang yang emosinya tidak terkendali	42	82,35	9	17,65	9	17,65
6	Gangguan dalam wujud perilaku yang bertentangan dengan norma agama dan norma sosial masyarakat.	28	54,90	23	45,10	23	45,10
7	Gangguan yang dialami seseorang yang suka berbicara sendiri, tidak percaya diri dan rendah diri.	40	78,43	11	21,57	11	21,57
8	Gangguan yang dialami seseorang karena ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan, mudah terbawa arus, memiliki kepribadian yang labil.	38	74,51	13	25,49	38	74,51
9	Penyakit jiwa sama dengan gangguan syaraf.	29	56,86	22	43,14	22	43,14
10	Gangguan di dalam satu atau lebih fungsi yang penting bagi manusia, yaitu segi perilaku, psikologik atau biologik dan gangguan ini tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat	47	92,16	4	7,84	47	92,16
	Rata-rata penilaian ahli jiwa						50,98

Sumber : Data primer penelitian, 2001.

Pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat terhadap definisi gangguan jiwa menurut penilaian ahli jiwa adalah rendah, yaitu 50,98%; karena masyarakat masih mendefinisikan gangguan jiwa dengan berbagai pernyataan di atas, misal gangguan jiwa adalah gangguan yang terjadi pada seseorang dengan tatapan mata yang kosong, dengan pilihan jawaban betul 84,31%; gangguan kesehatan dialami seseorang yang emosinya tidak terkendali, dengan pilihan jawaban betul sebesar 82,35%; gangguan dalam wujud perilaku yang bertentangan dengan norma agama dan norma sosial masyarakat, dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 54,90%; gangguan yang dialami seseorang yang suka berbicara sendiri, tidak percaya diri dan rendah diri, dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 78,43%; penyakit jiwa sama dengan gangguan syaraf, dengan pilihan jawaban betul sebesar 56,86%.

Pendapat masyarakat mengenai definisi gangguan jiwa yang cocok dengan penilaian ahli jiwa dan nilainya yang > 80%, hanya ada 3 pernyataan, yaitu variabel no.1, no.4 dan no 10.

5.6.3.2 Penyebab Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat

Penyebab gangguan jiwa menurut masyarakat adalah sebagai berikut :

Tabel 5.12 Penyebab Gangguan Jiwa Menurut Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang, pada bulan Juli - Agustus 2001

No	Variabel	Betul menurut responden		Salah menurut responden		Penilaian ahli jiwa	
		n	%	n	%	n	%
1	Ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan	37	72,55	14	27,45	37	72,55
2	Ketidakmampuan menghadapi tekanan atau perubahan yang sangat cepat	43	84,31	8	17,65	43	84,31
3	Mempunyai kepribadian yang labil, emosi tidak terkendali	42	82,35	9	17,65	9	17,65
4	Konflik yang tidak tertahankan yang dialami seseorang yang berasal dari tradisi (budaya), hubungan dalam keluarga, pekerjaan dan lain-lain.	37	72,35	14	27,45	37	72,35
5	Karena faktor keturunan	29	56,86	22	43,14	29	56,86
6	Mempunyai bakat untuk mengalami gangguan jiwa	25	49,02	26	50,98	25	49,02
7	Keretakan rumah tangga (perceraian, perpisahan, karena hal-hal lain)	38	74,51	13	25,49	38	74,51
8	Mengganggu tempat-tempat yang dikeramatkan, melanggar tabu	39	76,47	12	23,53	12	23,53
9	Mempunyai permasalahan berat dan tidak dapat mengatasi	38	74,51	13	25,14	38	74,51
10	Gangguan syaraf	29	56,86	22	43,14	29	56,86
11	Kurang kuatnya keimanan dalam menjalankan agama	30	58,82	21	41,18	21	41,18
12	Kemasukan jin atau roh jahat	30	58,82	21	41,18	21	41,18
13	Penyebab utamanya adalah di dalam tubuh, lingkungan sosial, psikologik	44	86,27	7	13,73	44	86,27
	Rata-rata penilaian ahli jiwa						50,21

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Pada tabel 5.12 di atas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat terhadap penyebab gangguan jiwa menurut ahli jiwa adalah rendah, yaitu 50,21%. Pendapat masyarakat terhadap penyebab gangguan jiwa yang cocok dengan penilaian ahli jiwa dan nilainya > 80%, hanya ada 2, yaitu variabel no. 2 dan 13.

Masyarakat masih menganggap bahwa penyebab gangguan jiwa dengan pernyataan di atas, misal mengganggu tempat-tempat yang dikeramatkan, melanggar tabu, dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 76,47%; kurang

kuatnya keimanan dalam menjalankan agama, dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 58,82%; kemasukan jin atau roh jahat dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 58,82%.

Kenyataan ini sesuai dengan pernyataan beberapa ahli jiwa, salah satunya Solichin (1991), yang menyebutkan bahwa adanya kepercayaan masyarakat di pedesaan bahwa penyakit jiwa disebabkan oleh guna-guna, keagamaan dan setan.

Karena penelitian ini di puskesmas yang umumnya berada di pedesaan, maka kemungkinan kepercayaan ini masih sangat melekat di masyarakat.

Koentjoroningrat (1986) juga menyatakan bahwa adanya data mengenai konsepsi dan sikap penduduk desa tentang kesehatan, tentang sakit, terhadap dukun dan sebagainya.

Dengan masih tingginya kepercayaan masyarakat terhadap penyebab gangguan jiwa yang disebabkan oleh karena mengganggu tempat keramat dan kemasukan jin atau roh, seperti tampak pada hasil tabel 5.12 di atas, maka kemungkinan akan menyebabkan masyarakat akan mencari alternatif pengobatan ke dukun dan tidak ke pelayanan kesehatan yang disarankan oleh petugas.

5.6.4 Stigma Masyarakat

5.6.4.1 Stigma Masyarakat Terhadap Pasien Gangguan Jiwa

Stigma masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa adalah sebagai berikut :

Tabel 5.13 Stigma Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang Terhadap Pasien Gangguan Jiwa, pada Bulan Juli-Agustus 2001

No	Variabel	Betul menurut responden		Salah menurut responden		Penilaian ahli jiwa	
		n	%	n	%	n	%
1	Gangguan jiwa disebut "gila"	43	84,31	8	15,69	8	15,69
2	Orang yang gila, pasti selamanya akan gila	15	29,41	36	70,59	36	70,59
3	Penderita sakit jiwa sangat berbahaya, untuk itu perlu dimasukkan ke RS atau dikurung	43	84,31	8	15,69	8	15,69
4	Semua penderita gangguan jiwa berperilaku menyimpang, perilakunya tidak seperti orang normal	47	92,16	4	7,84	4	7,84
5	Orang yang suka berhalusinasi	39	76,47	12	23,53	12	23,53
6	Orang yang emosinya tidak terkendali	37	72,55	14	27,45	14	27,45
7	Orang yang secara fisik sehat, tetapi mentalnya sakit	45	88,23	6	11,77	6	11,77
8	Orang sakit jiwa disebut dengan "orang syaraf" atau "setrip"	41	80,39	10	19,61	10	19,61
	Rata-rata penilaian ahli jiwa						24,02

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Pada tabel 5.13 di atas menunjukkan bahwa stigma masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa tergolong cukup (skor cukup : $\geq 60\% - 80\%$), terbukti bahwa rata-rata responden yang menjawab betul pada pernyataan di atas sebesar 75,98%, dan yang menjawab salah pada pernyataan di atas sebesar 24,02%. Dan menurut penilaian ahli jiwa, jawaban yang betul hanya 24,02%. Masyarakat masih menganggap pasien gangguan jiwa dengan sebutan seperti tercantum dalam tabel di atas, misalnya gangguan jiwa disebut "gila", dengan pilihan jawaban betul sebesar 84,31%; orang sakit jiwa disebut dengan "orang syaraf" atau "setrip", dengan pilihan jawaban betul sebesar 80,39%.

Masih adanya stigma terhadap pasien gangguan jiwa kemungkinan menyebabkan rendahnya masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Hal ini membuktikan teori Dever (1984) tentang model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang menjelaskan bahwa norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada dalam masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

5.6.4.2 Stigma Masyarakat Terhadap Rumah Sakit Jiwa

Stigma masyarakat terhadap rumah sakit jiwa adalah sebagai berikut :

Tabel 5.14 Stigma Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Malang Terhadap Rumah Sakit Jiwa, pada Bulan Juli – Agustus 2001

No	Variabel	Betul menurut responden		Salah menurut responden		Penilaian ahli jiwa	
		n	%	n	%	n	%
1	Anda merasa ngeri dan takut berkunjung ke rumah sakit jiwa, khususnya RSJP Lawang apabila ada keluarga atau teman anda yang dirujuk ke rumah sakit tersebut	25	49,02	26	50,98	26	50,98
2	Apabila ada keluarga atau teman anda yang mengalami gangguan jiwa, anda lebih senang ke puskesmas atau rumah sakit umum daripada ke rumah sakit jiwa	24	47,06	27	52,94	27	52,94
	Rata-rata penilaian ahli jiwa						51,96

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Pada tabel 5.14 di atas menunjukkan bahwa stigma masyarakat terhadap rumah sakit jiwa sudah rendah, terbukti bahwa masyarakat yang merasa ngeri dan takut berkunjung ke rumah sakit jiwa dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 49,02% dan pilihan jawaban yang salah sebesar 50,98%; masyarakat yang memilih puskesmas atau rumah sakit umum daripada rumah sakit jiwa

dengan pilihan jawaban yang betul sebesar 47,06% dan yang memilih jawaban salah sebesar 52,94%.

Hal ini kemungkinan menunjukkan bahwa citra rumah sakit jiwa menurut masyarakat sudah mulai membaik. Masyarakat mulai tidak segan apabila disarankan untuk ke rumah sakit jiwa serta masyarakat mulai sadar untuk mencari pengobatan yang terbaik bagi permasalahan gangguan jiwa yang dihadapinya.

5.6.5 Tentang Kepatuhan Masyarakat Terhadap Rujukan

Responden keluarga pasien yang setuju dengan rujukan yang disarankan oleh petugas puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 5.15 Responden di Puskesmas Kabupaten Malang yang Setuju Terhadap Rujukan, pada Bulan Juli dan Agustus 2001

No	Nama puskesmas	Setuju di rujuk ke						Tidak setuju dirujuk	
		RSJP		RSSA		Lainnya		n	%
		n	%	n	%	n	%		
1	Tumpang	7	53,85	5	38,46	0	0	1	7,69
2	Ngantang	1	33,33	2	66,67	0	0	0	0
3	Sb. Manjing Kulon	1	16,67	3	50,00	0	0	2	33,33
4	Bululawang	6	54,55	3	27,27	0	0	2	18,18
5	Dampit	5	45,46	2	18,18	2	18,18	2	18,18
6	Sitarjo	2	28,57	1	14,29	2	28,57	2	28,57
	Total	22	43,14	16	31,37	4	7,84	9	17,65

Sumber : Data primer penelitian,2001

Dari tabel 5.15 di atas tampak bahwa keluarga pasien yang setuju keluarganya di rujuk ke RSJP Lawang sebanyak 43,14%; sedang yang setuju di rujuk ke RSSA sebanyak 31,37%; 7,84% setuju di rujuk ke rumah sakit terdekat lainnya dan ke praktek dokter swasta, sedang 17,65% tidak setuju untuk di rujuk dengan berbagai alasan.

Adapun alasan setuju untuk di rujuk, tampak pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.16 Alasan Pasien Setuju di rujuk dari Puskesmas Kabupaten Malang, Bulan Juli dan Agustus 2001

No	Tujuan rujukan	Jumlah Pasien		Alasan mau dirujuk
		n	%	
1	RSJP Lawang	7	31,82	Berharap cepat ditangani dan sembuh
		5	22,73	Transportasi mudah
		4	18,18	Biaya ada, jarak dekat dan transportasi mudah
		3	13,64	Biaya ada
		2	9,09	Pernah dirawat di RSJP Lawang
		1	4,54	Biaya ringan
2	RSSA	6	37,50	Jarak dekat
		5	31,25	Pakai kartu JPS
		1	6,25	Peserta Askes
		1	6,25	Petugas ramah
		1	6,25	Karena penyakitnya ringan
		1	6,25	Ada keluarga di Malang
3	Lainnya (RS swasta dan dokter praktek swasta)	4	100,00	Dekat dengan rumah

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari tabel 5.16 di atas, menunjukkan berbagai alasan untuk setuju di rujuk ke Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang, kecenderungannya yang terbesar adalah dengan alasan supaya cepat sembuh sebesar 31,82%, sedangkan alasan setuju ke Rumah Sakit Syaiful Anwar adalah karena jarak dekat, dengan prosentase 37,59%. Serta rujukan ke tempat lainnya, yaitu ke RS Bokor Turen dan dokter praktek swasta, dengan alasan dekat dengan tempat tinggal.

Adapun alasan tidak setuju dirujuk adalah sebagai berikut :

Tabel 5.17 Alasan Tidak Setuju Di rujuk dari Puskesmas Kabupaten Malang Bulan Juli - Agustus 2001

No	Jumlah pasien		Alasan tidak mau di rujuk
	n	%	
1	7	77,78	Tidak ada biaya
2	2	22,22	Cukup di puskesmas saja
Total	9	100	

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari tabel 5. 17 di atas menunjukkan bahwa alasan tidak setuju di rujuk adalah karena tidak ada biaya, sebesar 77,78% dan 22,22% menyatakan bahwa berobat di puskesmas saja.

Tentang kepatuhan masyarakat terhadap rujukan, dapat dilihat dari rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang dibandingkan dengan rujukan yang disarankan oleh petugas puskesmas. Adapun hasil rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.18 Rujukan yang Dikirim oleh Puskesmas dan Rujukan yang Diterima oleh RSJP Lawang pada bulan Juli - Agustus 2001

No	Puskesmas	Rujukan yang dikirim oleh Puskesmas (a)	Rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang	
			n	a/n (%)
1	Tumpang	7	5	71,43
2	Ngantang	1	1	100,00
3	Sb. Manjing Kulon	1	0	0
4	Bululawang	6	1	16,67
5	Dampit	5	4	80,00
6	Sitiarjo	2	1	50,00
	Total	22	12	54,55

Sumber : Data sekunder penelitian

Dari hasil tabel 5.18 di atas tampak bahwa, rujukan yang diterima oleh RSJP Lawang dibandingkan dengan rujukan yang dikirim oleh puskesmas hanya sebesar 54,55%. Hal ini menunjukkan adanya ketidakpatuhan masyarakat terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas puskesmas. Menyimak dari hasil tabel 5.9, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.15 dan 5.18 di atas dapat dicermati bahwa kecenderungan masyarakat yang berobat ke puskesmas adalah tingkat penghasilan masyarakat rendah, karena 70,59% masyarakat berpenghasilan di bawah Rp.500.000,00; tingkat pendidikan masyarakat rendah, karena 5,88% masyarakat tidak sekolah dan 45,10% berpendidikan sekolah dasar, tingkat pengetahuan masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa rendah, serta masih adanya stigma terhadap pasien gangguan jiwa, maka dapat disimpulkan bahwa semua faktor tersebut dapat menyebabkan tidak patuhnya responden terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas puskesmas ke rumah sakit, sehingga kemungkinan menyebabkan rujukan ke RSJP Lawang rendah.

Kenyataan ini membuktikan pernyataan beberapa ahli kesehatan, antara lain Dever (1984) yang menyebutkan bahwa faktor sosio demografi, antara lain status sosial ekonomi (pendidikan, penghasilan) berhubungan langsung dengan tingkat pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan.

Penghasilan yang rendah kemungkinan merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan masyarakat terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas. Hal ini sesuai dengan pendapat Alkatiri, dkk (1997) yang menyebutkan bahwa kurangnya sarana dan prasarana untuk mendukung

pelayanan rujukan, merupakan salah satu permasalahan yang ditemukan dalam sistem rujukan.

Lebih lanjut Alkatiri, dkk (1998) menyatakan bahwa pada keadaan dimana terdapat banyak pasien yang tidak patuh terhadap rujukan, perlu dilakukan penelitian mengenai kepatuhan dan sikap kelompok masyarakat tertentu serta penelitian operasional terhadap pelaksanaan rujukannya itu sendiri.

Teori Dever (1984) tentang model pemanfaatan pelayanan kesehatan, menjelaskan bahwa norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada dalam masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini bisa dikaitkan dengan kenyataan bahwa masih adanya stigma di masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa, sehingga masyarakat tidak patuh terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas.

5.6.6 Tentang Jarak dan Transportasi

5.6.6.1 Tentang Jarak

Jarak yang ditempuh oleh responden dalam upaya rujukan dari puskesmas ke rumah sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 5.19 Jarak yang Ditempuh oleh Responden ke Tempat Rujukan, Juli – Agustus 2001

No	Jarak	n	%
1	1 – 10 km	4	9,52
2	> 10 – 20 km	8	19,05
3	> 21 – 30 km	9	21,43
4	> 30 km	21	50,00
	Total	42	100

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari tabel 5.19 di atas menunjukkan bahwa jarak yang ditempuh oleh responden ke tempat rujukan, kecenderungannya yang terbesar, adalah jarak > 30 km, dengan prosentase 50% responden.

Seseorang akan mempertimbangkan jarak yang ditempuh dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pernyataan ini dikemukakan oleh Dever (1984) tentang keterjangkauan lokasi dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pendapat ini justru bertentangan dengan kenyataan yang ada, yang menunjukkan bahwa responden tidak mempertimbangkan masalah jauhnya jarak yang ditempuh ke tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Adanya kenyataan ini, kemungkinan disebabkan tidak adanya alternatif pelayanan kesehatan jiwa yang setara dengan RSJP Lawang atau RSSA di wilayahnya.

5.6.6.2 Tentang Waktu

Waktu yang diperlukan oleh responden untuk membawa pasien menuju tempat rujukan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.20 Waktu yang diperlukan responden ke tempat rujukan, pada bulan Juli- Agustus 2001

No	Waktu	n	%
1	15 – 30 menit	4	9,52
2	> 30 – 60 menit	8	19,05
3	> 60 – 90 menit	8	19,05
4	> 90 menit	22	52,38
	Total	42	100,00

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari hasil tabel 5.20 di atas tampak bahwa waktu yang ditempuh oleh responden ke tempat rujukan kecenderungannya yang terbanyak adalah > 90 menit dengan prosentase responden sebesar 52,38%. Hal ini berkaitan

dengan jarak yang ditempuh oleh responden > 30 km oleh 50% responden, juga berkaitan dengan jenis kendaraan umum yang dipakai oleh responden dalam upaya rujukannya.

5.6.6.3 Kendaraan yang Dipakai dalam Upaya Rujukan

Kendaraan yang digunakan dalam upaya rujukan pasien tampak pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.21 Kendaraan yang di pakai dalam Pelaksanaan Rujukan di Kabupaten Malang pada bulan Juli dan Agustus 2001

No	Kendaraan	n	%
1	Kendaraan umum	26	61,90
2	Kendaraan pribadi	16	38,10
	Total	42	100,00

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari tabel 5.21 di atas tampak bahwa jenis kendaraan yang dipakai responden masyarakat dalam upaya rujukan adalah kendaraan umum menurut 61,90% responden. Karena sebagian besar responden memang berasal dari masyarakat dengan golongan ekonomi bawah.

5.7 Sikap Petugas dalam Upaya Rujukan

5.7.1 Sikap Petugas Puskesmas dalam Upaya Rujukan

Sikap petugas puskesmas dalam upaya rujukan ke rumah sakit di Kabupaten Malang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.22 Sikap Petugas Puskesmas di Kabupaten Malang dalam Upaya Rujukan, Bulan Juli - Agustus 2001

No	Variabel	RSJP		RSSA		RSUK		Yang lain	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Merujuk pasien dengan gangguan mental organik	14	46,67	15	50,00	1	13,33	0	0
2	Merujuk pasien gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.	16	53,33	13	43,33	1	13,33	0	0
3	Merujuk pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham.	26	86,67	4	13,33	0	0	0	0
4	Merujuk pasien dengan gangguan suasana perasaan.	8	26,67	20	66,67	2	6,66	0	0
5	Merujuk pasien dengan gangguan neurotic, gangguan somatoform dan gangguan yang terkait stress	13	43,33	16	53,33	1	3,34	0	0
6	Merujuk pasien dengan gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.	14	46,67	14	46,67	1	3,33	1	3,34
7	Merujuk pasien dengan retardasi mental	3	10,00	23	76,67	2	6,66	2	6,66
8	Merujuk pasien dengan gangguan perkembangan psikologis	5	16,67	21	70,00	2	6,66	2	6,66
9	Merujuk pasien dengan gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja	7	23,33	21	70,00	1	3,33	1	3,34

Sumber : Data penelitian primer, 2001

Dari tabel 5.22 di atas menunjukkan bahwa sikap petugas puskesmas dalam upaya rujukan ke RSJP Lawang, kecenderungannya yang paling besar adalah merujuk pasien dengan skizofrenia, skizotipal dan gangguan waham sebesar 86,67% responden.

Sedangkan sikap petugas puskesmas dalam upaya rujukan pasien gangguan jiwa ke RSSA kecenderungannya adalah merujuk pasien dengan retardasi mental dengan prosentase 76,67% responden.

Dari hasil tabel 5.22 di atas dapat dicermati adanya sikap responden yang berbeda jauh sekali dalam upaya rujukan pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham antara rujukan ke RSJP Lawang

sebesar 86,67% dibandingkan dengan rujukan ke RSSA yang hanya 13,33%. Menurut dokumen RSJP Lawang, memang kasus terbesar ditangani oleh RSJP Lawang adalah pasien dengan skizofrenia.

5.7.2 Sikap Petugas RSU Kapanjen dalam Upaya Rujukan

Sikap petugas RSU Kapanjen dalam upaya rujukan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.23 Sikap Petugas RSU Kapanjen dalam Upaya Rujukan, Agustus 2001

No	Variabel	RSJPL		RSSA		Lainnya	
		n	%	n	%	n	%
1	Merujuk pasien gangguan mental organik	2	33,33	4	66,67	0	0
2	Merujuk pasien gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif	2	33,33	3	50,00	1	16,67
3	Merujuk pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham.	5	83,33	1	16,67	0	0
4	Merujuk pasien dengan gangguan suasana perasaan.	2	33,33	1	16,67	3	50,00
5	Merujuk pasien dengan gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan yang terkait stress	2	33,33	3	50,00	1	16,67
6	Merujuk pasien dengan gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.	2	33,33	2	33,33	2	33,33
7	Merujuk pasien dengan retardasi mental	2	33,33	3	50,00	1	16,67
8	Merujuk pasien dengan gangguan perkembangan psikologis	1	16,67	2	33,33	3	50,00
9	Merujuk pasien dengan gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja	2	33,33	1	16,67	3	50,00

Sumber : Data primer penelitian, 2001

Dari tabel 5.23 di atas tampak bahwa sikap petugas RSU Kapanjen dalam upaya rujukan terhadap pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang, kecenderungannya yang paling tinggi adalah rujukan pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham, yaitu sebesar 83,33%, sedangkan sikap petugas dengan kasus yang sama, rujukan ke RSSA hanya sebesar 16,67% responden.

Penyebab yang kedua, tingginya rujukan pasien dengan skizofrenia ke RSJP Lawang, kemungkinan obat-obatan untuk gangguan jiwa, khususnya obat-obatan skizofrenia yang tersedia di RSJP Lawang lebih lengkap dibandingkan dengan di rumah sakit umum lain, sehingga petugas kesehatan dari puskesmas banyak merujuk pasien dengan skizofrenia.

Penyebab yang ketiga, adalah perawatan untuk pasien dengan skizofrenia di RSJP Lawang, bisa ditolerir lebih dari 2 minggu, tetapi di rumah sakit umum, kemungkinan hanya dibatasi sampai 2 minggu saja, karena terbatasnya tempat tidur untuk pasien gangguan jiwa.

Tingginya rujukan pasien dengan retardasi mental (76,67%) pada tabel 5.22 dan pasien dengan gangguan mental organik (66,67%) pada tabel 5.23 ke RSSA, kemungkinan hal ini disebabkan adanya tenaga spesialis lain, selain psikiater yang cukup bervariasi dan kuantitasnya relatif lebih besar, sehingga petugas banyak yang merujuk ke RSSA.

5.8 Proses *Nominal Group Technique* (NGT)

NGT dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang, pada tanggal 10 September 2001, yang dihadiri oleh 6 orang peserta dari pihak manajemen RSJP Lawang, 1 orang pencatat, peneliti dan 1 orang fasilitator dari Universitas Airlangga Surabaya.

Pada awal pertemuan tersebut, peneliti menjelaskan masalah yang timbul dari hasil penelitian kepada semua peserta NGT sebelum proses NGT dimulai. Masalah yang timbul pada hasil penelitian adalah sebagai berikut :

1. Kurangnya pembinaan dan pelatihan terhadap tenaga medis dan paramedis yang ada di Kabupaten Malang.
2. Masih tingginya stigma di masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa.
3. Pengetahuan masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa masih rendah.
4. Adanya ketidakpatuhan masyarakat dalam upaya rujukan.

Proses *NGT* adalah sebagai berikut :

1. Peserta diminta untuk menuliskan pemecahan masalah pada form *NGT*. Pemecahan masalah boleh ditulis sebanyak-banyaknya.
2. Pencatat menuliskan semua ide dari form *NGT* pada sebuah *flip-chart*.

Dalam tahapan ini, ide-ide yang tercatat adalah sebagai berikut :

1. Merumuskan konsep pembinaan.
2. Disediakan anggaran untuk pelatihan dan pembinaan.
3. Diadakan pelatihan dan pembinaan dari dana pemerintah.
4. Dibentuk tim supervisi 1 bulan 1x.
5. Diadakan pelatihan dan pembinaan secara berkala (> 1x).
6. Advokasi ulang pada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM.
7. Diukur kebutuhan pelatihan secara terinci terhadap petugas di puskesmas dan RSUD Kepanjen.
8. Mengevaluasi ulang program pokok puskesmas.
9. Ditata ulang materi pembinaan.
10. Jejaring kesehatan jiwa di masyarakat (LSM) untuk membuat program pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa.

11. Memberikan motivasi pada masyarakat pentingnya keterkaitan RSJP Lawang dan puskesmas.
 12. Rekomendasi untuk Kadinkes untuk membuat program pembinaan kesehatan jiwa.
 13. Menyusun strategi penyuluhan untuk merubah stigma di masyarakat dan petugas kesehatan lainnya terhadap masalah kesehatan jiwa.
 14. Menambah pengetahuan masyarakat tentang pelayanan kesehatan berjenjang.
 15. Mengevaluasi program penempatan dokter puskesmas, karena *turn over* dokter puskesmas yang cepat.
 16. Digalakkan pelatihan seperti sebelumnya, kemudian di *follow up* dan *feed back*.
 17. Data kuantitatif dari hasil penelitian perlu ditunjang oleh data kualitatif.
 18. Disusun konsep rujukan yang *feasible*.
 19. Penyuluhan penggunaan Askes.
 20. Rekomendasi ke Komisi E DPR.
3. Mendiskusikan hasil no.2
- Pada tahapan ini, merupakan tahapan bagi peserta untuk mendiskusikan ide yang telah ditulis pada *flip-chart*. Dari ide yang tercatat pada tahapan 2, ada beberapa ide menurut peserta kembar, sehingga dipilih salah satu. Ide yang dihilangkan adalah ide nomer 5, 9, 11, 19.
4. Pada tahapan ini dilakukan daftar ide yang paling penting pada kertas *flip-chart* dengan ditulis nomer ide. Pada tahapan ini disepakati 5 masalah yang

mempunyai jumlah pemilih terbanyak. Dari 5 item yang peserta pilih, dipilih 2 item yang terbaik dan terjelek dengan memberikan skor 5 untuk yang terbaik dan 1 untuk yang terjelek. Sisa 3 item yang ada, dipilih lagi 2 item yang terbaik dan yang terjelek dengan memberikan skor 4 untuk yang terbaik dan 2 untuk yang terjelek, 1 item yang tersisa diberi skor 3. Setelah peserta memberikan skor, masing-masing membacakan skor yang ditulisnya untuk dilakukan skoring secara keseluruhan oleh pencatat.

5. Diskusi hasil

Pada tahapan ini, terlihat item-item yang mendapat nilai tinggi dan nilai rendah. Pada diskusi ini semua peserta setuju bahwa yang tertulis itulah upaya-upaya yang direkomendasikan.

Adapun hasil diskusi adalah sebagai berikut :

Tabel 5. 24 Hasil diskusi NGT, September 2001

No	Ide yang terpilih	Skor	Total Skor	Rangking
1	Disediakan anggaran untuk pelatihan	5.5.1.5.2.5.5	6250	I
2	Advokasi ulang pada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM	2.3.4.1.3.1.1	72	V
3	Merumuskan konsep pembinaan	1.2.5.2.4.4.4	1280	II
4	Menyusun strategi penyuluhan masalah kesehatan jiwa untuk merubah stigma masyarakat dan petugas kesehatan lainnya	3.1.2.2.5.2.3.	720	IV
5	Digalakkan pelatihan, kemudian di <i>follow up</i> dan <i>feed back</i>	4.4.3.3.1.3.2	864	III

5.9 Rekomendasi Upaya Peningkatan Kunjungan dengan Pola Rujukan di RSJP Lawang

Di dalam upaya meningkatkan jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa di RSJP Lawang dengan pola rujukan yang ada di Kabupaten Malang, maka rekomendasi peneliti dan rekomendasi berdasarkan dari hasil *NGT* diperoleh upaya-upaya yang perlu dilakukan, yaitu :

1. Mengusulkan agar poli psikiatri di RSU Kepanjen dibuka setiap hari, guna meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa pada masyarakat dan dapat melakukan upaya rujukan ke RSJP Lawang, apabila menghadapi kasus yang tidak dapat ditanganinya.
2. Meningkatkan mutu pelayanan RSJP Lawang dengan mengevaluasi kepuasan pelanggan secara terus menerus. Apabila pelanggan merasa puas dengan pelayanan RSJP Lawang, maka kemungkinan pemanfaatan pelayanan juga akan meningkat dan upaya rujukan ke RSJP Lawang juga meningkat.

Dari hasil penelitian, perlu adanya perbaikan pada 7 variabel pelayanan yang masih kurang, terutama jam buka pelayanan.

Keandalan petugas dan daya tanggap petugas diperbaiki dengan cara perbaikan moral petugas dan kesadaran akan mutu. Jaminan petugas diperbaiki dengan meningkatkan kualitas petugas dengan pelatihan secara terus menerus. Tarif perlu ditinjau lagi sesuai dengan harapan responden, prosedur administrasi diperbaiki dengan memperpendek alur pelayanan administrasi, sehingga lebih singkat, sederhana dan tidak berbelit. Lama pelayanan dan jam buka pelayanan tidak sesuai dengan harapan

responden, sehingga perlu ditingkatkan kedisiplinan petugas dalam ketepatan waktu pelayanan, terutama di poli rawat jalan.

3. Menyediakan anggaran untuk pelatihan bagi tenaga medis dan paramedis, khususnya yang berada di fasilitas pelayanan kesehatan umum, mulai dari puskesmas sampai rumah sakit; guna meningkatkan pengetahuan mereka.

Dengan meningkatnya pengetahuan petugas terhadap masalah kesehatan jiwa, maka petugas diharapkan dapat mendeteksi dini, penemuan kasus, diagnosis dini, terapi segera dan dapat menghindari, mencegah terjadinya kasus kronis karena keterlambatan di deteksi, di diagnosis, terlambat memperoleh terapi; juga dapat merujuk dengan tepat gangguan kesehatan jiwa yang tidak dapat ditanganinya.

Penjelasan mengenai anggaran atau dana yang dibutuhkan untuk pembinaan dan pelatihan adalah sebagai berikut :

a. Sumber dana :

Anggaran dapat diperoleh kemungkinan dari 2 sumber, yaitu anggaran dari pemerintah pusat, karena RSJP Lawang adalah masih di bawah pemerintahan pusat, yang kedua adalah anggaran dari pemerintah daerah Kabupaten Malang, karena tenaga medis dan paramedis yang akan dibina adalah di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. RSJP Lawang menyediakan tenaga pelatihnya, sedangkan pemerintah daerah menyediakan dana pelatihan yang berasal dari DAU (Dana Alokasi Umum) Kabupaten Malang.



b. Yang bertanggung jawab dalam pencarian dana : Direktur RSJP Lawang.

c. Anggaran yang dibutuhkan untuk pelatihan :

Anggaran untuk pembinaan dan pelatihan selama dua tahun terakhir ini di RSJP Lawang tidak ada, sehingga pembinaan ataupun pelatihan yang diadakan oleh RSJP Lawang, sumber dana diperoleh dari para peserta sendiri.

Oleh karena itu untuk peningkatan kualitas tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan umum, anggaran untuk pelatihan perlu diadakan lagi dengan alokasi yang sesuai dengan sasaran yang akan dicapai.

Tabel 5.25 Usulan Anggaran Pelatihan oleh RSJP Lawang, Tahun 2001

1	Rencana pelaksanaan pelatihan	: Tahun 2002
2	Kegiatan pelatihan /tahun	: 4 x
3	Jumlah peserta diperkirakan/tiap pelatihan	: 25 orang
4	Lama pelatihan/kegiatan	: 3 hari
5	Biaya yang dibutuhkan/orang/hari	: Rp. 100.000,00
6	Sasaran	: Tenaga medik dan paramedik yang berada di puskesmas dan RSUD Kepanjen di Kabupaten Malang.
7	Pelatih	: Psikiater, dokter umum dan perawat RSJP Lawang
8	Waktu penyelenggaraan	: Maret, Juni, September, Desember 2002
9	Materi pelatihan	: 1. Jenis Gangguan Jiwa dan Cara Penanganannya. 2. Peran dan Fungsi RSJP Lawang Pada Saat Ini dan Yang Akan Datang

4. Merumuskan konsep pembinaan

Konsep pembinaan perlu di buat, agar hasil yang diharapkan bisa maksimal, sehingga petugas kesehatan yang dibina nantinya dapat mengatasi permasalahan kesehatan jiwa yang dihadapinya dan dapat melakukan rujukan yang tepat, apabila menghadapi masalah gangguan jiwa yang tidak dapat ditanganinya.

Rumusan konsep pembinaan adalah sebagai berikut :

a. Persiapan pembinaan :

a.1 Pelaksanaan *training need assessment* (TNA), merupakan langkah pertama dalam melaksanakan pelatihan atau pembinaan untuk menentukan apakah pembinaan dan pelatihan tersebut nyata-nyata dibutuhkan. Beberapa cara yang dipergunakan untuk menilai kebutuhan antara lain dengan menggunakan kuesioner, diskusi kelompok, tes keahlian, observasi perilaku dan penilaian kinerja.

a.2 Perencanaan pembinaan, meliputi :

1. Pembina : pembina perlu mendapatkan TOT (*Training of trainer*), yaitu cara melatih yang baik , sehingga peserta tertarik untuk mengikuti pembinaan tersebut.
2. Lokasi pembinaan : RSJP Lawang atau di puskesmas dan rumah sakit umum lain.
3. Sarana yang digunakan : OHP, *sound system*, *slide projector*, papan tulis, alat tulis kantor.

4. Peserta pembinaan : kelompok sedang (tidak lebih dari 30 orang), yang terdiri dari tenaga medis dan paramedis yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan umum, yaitu puskesmas dan rumah sakit kelas C.
5. Materi pembinaan : disesuaikan dengan kebutuhan peserta serta masalah kesehatan jiwa yang banyak ditemui di daerah.
6. Waktu pembinaan : selama 2 sampai 4 hari, dengan jumlah pembinaan perhari selama 5 jam.

b. Pelaksanaan pembinaan

1. Metode pembinaan : ceramah, tanya jawab, studi kasus, praktek di lapangan.
2. Materi pembinaan : sesuai dengan kebutuhan yang disampaikan oleh peserta (yang dilakukan dalam *TNA*)

5. Digalakkan pelatihan dan pembinaan kemudian di *follow up* dan *feed back*.

Meskipun tidak ada dana untuk pembinaan dan pelatihan di RSJP Lawang, kegiatan ini tetap dilaksanakan oleh RSJP Lawang, tetapi dengan dana dari peserta sendiri.

Dengan adanya kebutuhan pelatihan dan pembinaan yang diharapkan dari petugas medik dan paramedik di fasilitas pelayanan kesehatan umum, maka perlu digalakkan lagi pelatihan dan pembinaan oleh RSJP Lawang dan dilakukan *follow up* atau *feed back*.

Hasil dari pembinaan dan pelatihan nantinya diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan petugas, sehingga petugas akan terampil dalam menghadapi masalah gangguan jiwa yang dihadapinya serta dapat merujuk dengan tepat kasus gangguan jiwa yang tidak dapat ditanganinya.

Adapun rencana pelatihan, secara operasional dapat dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 5.26 Rencana Pelatihan oleh RSJP Lawang, Tahun 2001

1.	Sumber dana	:	Anggaran pusat, daerah atau dari peserta
2.	Pelaksanaan pelatihan	:	Tahun 2002
3.	Lokasi pelatihan	:	RSJP Lawang
4.	Penanggung jawab	:	Ketua Tim Diklat
5.	Peserta	:	Tenaga medis dan paramedis di puskesmas dan RSUD tipe C Kabupaten Malang
6.	Materi pelatihan	:	1. Peran dan Fungsi RSJP Lawang Pada Saat Ini dan Yang Akan Datang. 2. Jenis Gangguan Jiwa dan Cara Penanganannya.
7.	Bentuk kegiatan	:	Pelatihan dengan peserta < 30
8.	Cara penyampaian	:	1. Ceramah 2. Diskusi 3. Demonstrasi
9.	Pelatih	:	Psikiater, dokter umum, perawat
10.	Sarana/media pelatihan	:	OHP, film, slide projector
11.	Frekuensi pelatihan/tahun	:	4 kali
12.	Tim evaluasi	:	Tim Diklat

6. Disusun strategi penyuluhan kesehatan jiwa untuk merubah stigma masyarakat dan petugas kesehatan lainnya.

Dengan strategi penyuluhan kesehatan jiwa yang tepat, baik terhadap masyarakat maupun terhadap petugas kesehatan, maka stigma masyarakat maupun petugas kesehatan terhadap masalah kesehatan jiwa lambat laun

akan berkurang dan masyarakat maupun petugas kesehatan lainnya peduli terhadap masalah kesehatan jiwa yang dihadapinya, sehingga kalau ada kasus gangguan jiwa yang tidak dapat ditangani, maka petugas dapat merujuk dengan tepat ke pelayanan kesehatan jiwa yang lebih tinggi.

Dengan dilakukannya penyuluhan yang intensif terhadap masyarakat, maka pengetahuan masyarakat akan meningkat, stigma terhadap pasien gangguan jiwa lambat laun hilang, sehingga masyarakat tidak segan lagi untuk membawa keluarganya yang mengalami gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa, apabila dirujuk ke rumah sakit jiwa.

Dengan penyuluhan yang intensif dan tepat sasaran, maka akan menghilangkan persepsi masyarakat maupun petugas kesehatan lainnya terhadap RSJP Lawang yang hanya diperuntukkan bagi pasien kronis dan gangguan jiwa yang berat, misal skizofrenia.

7. Advokasi ulang pada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM (Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat)

Advokasi ulang perlu dilakukan kepada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM agar dihidupkan kembali, karena tidak berperannya BPKJM pada akhir-akhir ini.

Kerjasama RSJP Lawang dengan BPKJM perlu dibina dalam rangka untuk lebih meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa, sehingga masyarakat sadar pentingnya kesehatan jiwa, baik untuk dirinya maupun lingkungan sekitarnya. Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat, maka akan meminimalkan atau menghilangkan

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan pada bab 5, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pola rujukan pasien gangguan jiwa di Kabupaten Malang adalah dari puskesmas langsung ke RSJP Lawang atau ke RSSA, tidak ke RSU Kepanjen. Hal ini disebabkan standar pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas adalah sama dengan rumah sakit umum kelas C.

Poli psikiatri di RSU Kepanjen buka sebulan sekali dan menurut *provider* RSU Kepanjen tidak ada kegiatan rujukan pasien baik dari bawah maupun rujukan ke atas. Hal ini menunjukkan tidak berperannya RSU Kepanjen dalam rujukan pasien gangguan jiwa, sehingga berakibat pada rendahnya rujukan ke RSJP Lawang.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa pada masyarakat, maka rekomendasi dari peneliti adalah, agar poli jiwa RSU Kepanjen diharapkan buka setiap hari dengan pelayanan oleh dokter umum. Dengan demikian, rumah sakit setiap saat dapat melayani pasien gangguan jiwa, apabila masyarakat berobat ke tempat tersebut; petugas mampu dan mau merujuk dengan tepat apabila menghadapi kasus gangguan jiwa yang tidak dapat ditanganinya ke pelayanan yang lebih tinggi, khususnya ke RSJP Lawang.

2. Pelaksanaan jejaring rujukan, yang meliputi promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi sudah cukup baik, perlu dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi, sehingga upaya rujukan pasien juga meningkat.
3. Petugas medis dan paramedis yang ada di puskesmas Kabupaten Malang dan RSUD Kepanjen mengharapkan adanya pembinaan dan pelatihan dari RSJP Lawang.

Sebagai rumah sakit jiwa dengan kelas A, RSJP Lawang wajib membina petugas kesehatan yang ada di wilayah cakupannya.

Pelatihan dan pembinaan selama ini yang diadakan oleh RSJP Lawang belum diikuti oleh semua petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Malang, oleh karena itu pembinaan dan pelatihan terhadap petugas puskesmas dan rumah sakit kelas C di Kabupaten Malang perlu ditingkatkan lagi, sehingga petugas mau merujuk pasien gangguan jiwa yang tidak bisa ditangani, yang pada akhirnya fungsi RSJP Lawang sebagai pusat rujukan pasien gangguan jiwa berfungsi secara optimal.

4. Mutu pelayanan menurut pendapat responden secara umum sudah cukup baik, dengan skala 3,21. Tetapi ada beberapa hal yang perlu ditingkatkan pelayanannya, yaitu : keandalan dokter dan perawat, daya tanggap dokter dan perawat, jaminan yang diberikan oleh dokter dan perawat, tarif menurut responden cukup mahal sehingga perlu ditinjau lagi, prosedur administrasi dipermudah, kedisiplinan petugas dalam melayani konsumen di poli rawat jalan perlu ditingkatkan, karena responden berpendapat bahwa jam buka

tidak sesuai dengan harapan responden, lama pelayanan belum memenuhi harapan responden, sehingga perlu ditingkatkan.

Mutu pelayanan yang tidak memenuhi harapan konsumen, akan menyebabkan rendahnya kunjungan. Oleh karena itu mutu pelayanan hendaknya selalu ditingkatkan terus menerus.

5. Adanya ketidakpatuhan masyarakat terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas kesehatan, kemungkinan menyebabkan rendahnya rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang.

Ketidakpatuhan masyarakat terhadap rujukan dapat disebabkan oleh tingkat penghasilan yang rendah, tingkat pendidikan yang rendah, pengetahuan gangguan jiwa yang rendah serta masih adanya stigma terhadap pasien gangguan jiwa. Oleh karena itu perlu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa. Hal ini sesuai dengan fungsi rumah sakit jiwa, yaitu fungsi kesehatan jiwa masyarakat.

Melalui kerjasama dengan BPKJM setempat, maka RSJP Lawang dapat turut berperan serta untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa, sehingga stigma terhadap pasien dengan gangguan jiwa atau terhadap rumah sakit jiwa lambat laun akan minimal atau hilang sama sekali.

Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat, kemungkinan akan berdampak pada meningkatnya rujukan pasien gangguan jiwa ke RSJP Lawang.

6. Masih adanya persepsi yang salah pada petugas kesehatan lainnya tentang RSJP Lawang, sehingga RSJP Lawang hanya diidentikkan dengan rumah sakit jiwa untuk pasien dengan skizofrenia saja. Oleh karena itu perlu merubah persepsi tersebut, karena RSJP Lawang juga menyediakan pelayanan gangguan jiwa yang lain, sehingga nantinya berdampak pada meningkatnya rujukan pasien ke RSJP Lawang.

Untuk merubah persepsi tersebut, RSJP Lawang secara proaktif dan intensif perlu mengadakan pelatihan untuk mengenalkan keberadaan dan kemampuan RSJP Lawang saat ini.

7. Menyusun rekomendasi dalam rangka upaya meningkatkan kunjungan dengan pola rujukan di RSJP Lawang, melalui *NGT* :
 1. Menyediakan anggaran untuk pelatihan bagi tenaga medis dan paramedis, guna meningkatkan pengetahuan mereka, anggaran dapat diusulkan ke pemerintah pusat atau ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
 2. Merumuskan konsep pembinaan, dengan dilaksanakannya TNA (*Training Need Assessment*) dan TOT (*Training of Trainer*)
 3. Digalakkan pelatihan, kemudian *di follow up* dan *feed back*.
 4. Menyusun strategi penyuluhan kesehatan jiwa untuk merubah stigma masyarakat dan petugas kesehatan lainnya.
 5. Advokasi ulang pada Gubernur dan Bupati tentang peran BPKJM.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alkatiri, A; Soejitno, S; Ibrahim, E. 1997. *Rumah Sakit Proaktif Suatu Pemikiran Awal*. Depkes, Jakarta
- Almatsier, DA. 1991. *Peningkatan Pelayanan Pencegahan Gangguan Jiwa*. Makalah. Bogor
- Anna, A. 1994. Kendala Dalam Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Tanjungsari. *Jurnal : Jaringan Epidemiologi Nasional*. Edisi 1, pp 45-54
- Ancok, D. 1995. *Metode Penelitian Survei : Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian*. LP3ES, Jakarta
- Azrul, A. 2001. *Kebijakan Program Kesehatan Jiwa Masyarakat : Disampaikan Pada Konvensi Nasional Kesehatan Jiwa I*. Batu, Malang
- Azrul, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur. 1994/1995. Program Keterpaduan Lintas Sektor dan Prioritas Permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat di Jawa Timur. *Bulletin Media Informatika BPKJM Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur*, pp 5-11
- Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur. 1995. Program Pembinaan dan Peningkatan Kesehatan Jiwa Dalam Pembangunan Tahap II di Jawa Timur. *Bulletin Media Informatika BPKJM Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur*, pp 12-22
- BPKJM Daerah Khusus Ibukota Jakarta. 1997. *Kebijakan dan Program Kerja Lintas Sektoral BPKJM DKI Jakarta Pelita VI*
- Damayanti, NA; Pudjirahardjo, WJ; Supriyanto, S; Rochmah, TN; Chalidyanto, D. 2000. *Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Menuju Service Excellence Melalui Perubahan Mindset*. Makalah : Disampaikan Pada Pertemuan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di RSUD Gresik.
- Depkes RI. 1983. *Pedoman Kerja BPKJM*. Jakarta
- Depkes RI. 1993. *Program Kesehatan Rujukan dan Rumah Sakit*. Jakarta

- Depkes RI. 1995. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Umum*. Cetakan Pertama, Jakarta
- Depkes RI. 1995. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*. Cetakan Pertama, Jakarta
- Depkes RI. 1998. *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid Ke Satu*, Jakarta
- Depkes RI. 1999. *Rancangan Kebijakan dan Strategi Program Kesehatan Jiwa Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta
- Dever, GA. 1984. *Epidemiology In Health Service Management : The Epidemiology of Health Services Utilization*. Rocville Maryland, An Aspen Publication
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. 1999. *Laporan Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Malang Tahun 1998*. Malang
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. 2000. *Laporan Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Malang Tahun 1999*. Malang
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. 2001. *Laporan Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Malang Tahun 2000*. Malang
- Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur. 2000. *Sistem Rujukan Rumah Sakit di Jawa Timur*, Makalah (disampaikan pada Diklat Propinsi Jawa Timur pada bulan September 2000). Surabaya
- Husted, SW; Varble, DL; Lowry, JR. 1989. *Principles of Modern Marketing*. Allyn and Bacon, Boston
- Indrajaya, F; Jasmiredja, D; Sutarjo, US. 1993. Aspek Sistem Rujukan Dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan yang Berkesinambungan. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vol 43 (3), pp 161-165
- Koentjoroningrat. 1986. *Pengantar Ilmu Antropologi*. Aksara Baru, Jakarta
- Kotler, P; Amstrong, G. 1997. Terjemahan : *Dasar-dasar Pemasaran*. Jakarta : Penhallindo
- Maria, SL. 1998. Penerapan Pengembangan Puskesmas Rujukan di DKI Jakarta, *Majalah Kesehatan Perkotaan*. Tahun V, pp 41-53
- Maramis, WF. 1994. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press, Surabaya

- Notoatmodjo, S; Sarwono, S. 1985. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat. FKM-UI, Jakarta
- Papilaya, A. 1998. The Jakarta Reference Health Center Model Conceptual Frame Work and Implementation. *Majalah Kesehatan Perkotaan*. Tahun V (1), pp 17-29
- Parasuraman, A. 1988. Servqual : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64, pp 12-40
- Parasuraman, A. 1990. *Delivering Quality Service Balancing Customer Perception and Expectation*. The Free Press, New York
- Pradhan, N. 1998. Reference Health Centers. *Majalah Kesehatan Perkotaan*. Tahun V (1), pp 1-15
- Pudjirahardjo, WJ; Poernomo, H; Machfoed, MH. 1993. *Metode Penelitian dan Statistik Terapan*. Cetakan Pertama. Penerbit Airlangga University Press, Surabaya
- Pusat Pembinaan Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan DKI Jakarta Bekerja Sama Dengan Rumah Sakit Jiwa Jakarta. 1991. *Buku Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Penanggulangan Narkotika Terpadu di Puskesmas DKI Jakarta*. Jakarta
- Purwani, SK; dkk. 1999. *Modul IV Upaya Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas*. Kanwil Depkes, Jatim
- Saptandary, P. 2001. *Perspektif Kesehatan Jiwa : Kajian Antropologi*, Makalah : Disampaikan Pada Konvensi Nasional Kesehatan Jiwa I. Batu, Malang
- Setiawan, P. 1997. *Kesehatan Jiwa di Indonesia (Perluakah Paradigma Baru ?)*. Makalah, Malang
- Setiawan, P. 2000. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang 1999/2000*. Lawang
- Singarimbun, M. 1995. *Metode Penelitian Survei : Metode dan Proses Penelitian*. LP3ES, Jakarta
- Soejitno, S. 1994. Rumah Sakit Kabupaten Sebagai Pusat Sistem Rujukan Medik di Kabupaten. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vol 44 (12), pp 783-790

LAMPIRAN

Lampiran 1

**KUESIONER UNTUK RESPONDEN
DI POLI RAWAT JALAN RSJP LAWANG**

Nomer responden :

Tanggal wawancara :

Pewawancara :

I. Identitas responden (keluarga pasien)

1. Nama :
2. Hubungan dengan pasien :
 - a. Suami/istri b. Anak c. Adik d. Kakak
 - e. Teman/tetangga
 - f. Lainnya, sebutkan
3. Pendidikan terakhir :

Identitas pasien (diisi oleh keluarga pasien) :

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Jenis kelamin :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan :
7. Kewarganegaraan : Suku :
8. Status pasien : a) Baru b) Lama

II. Pendapat responden terhadap mutu pelayanan RSJP Lawang

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Pilih (1) bila sangat tidak setuju, (2) bila tidak setuju, (3) bila setuju dan (4) bila sangat setuju

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Petugas (dokter dan perawat) berpenampilan rapi dan bersih				
2	Petugas (dokter dan perawat) mampu menangani pasien dengan cepat dan tepat				
3	Petugas (dokter dan perawat) memberikan pelayanan dengan tanggap dan segera dan tidak membiarkan pasien lama menunggu				
4	Petugas (dokter dan perawat) memberikan jaminan kepastian tentang kecakapan dan kemampuan petugas untuk menangani pasien dengan aman, bebas dari resiko dan keraguan				
5	Petugas (dokter dan perawat) melayani pasien dengan penuh perhatian, ramah dan komunikasi yang baik tanpa melihat status sosial-ekonomi.				
6	Dalam mendapatkan pelayanan, biaya yang harus dibayar oleh responden terjangkau				
7	Prosedur administrasi cepat, tepat, mudah dan tidak berbelit				
8	Tempat pelayanan bersih dan nyaman				
9	Ruang tunggu bersih dan nyaman				
10	Jam buka pelayanan yang ditetapkan oleh petugas kesehatan sudah sesuai dengan harapan responden				
11	Lama pelayanan yang ditetapkan oleh petugas kesehatan sudah sesuai dengan harapan responden				

Lampiran 2

KUESIONER UNTUK RESPONDEN

DI PUSKESMAS

Nama puskesmas :

I. Karakteristik responden (keluarga pasien) :

1. Nama :
2. Hubungan keluarga dengan pasien :
 - a. Suami/istri b. Anak c. Adik d. Kakak
 - e. Teman/tetangga f. Lainnya,sebutkan.....
3. Tingkat penghasilan :
 - a. < Rp. 500.000,00
 - b. Rp. 500.000,00 – Rp. 1.000.000,00
 - c. Rp. 1000.000,00 – Rp. 2000.000,00
 - d. > Rp. 2000.000,00
3. Tingkat pendidikan :

Identitas pasien (diisi oleh keluarga pasien) :

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Jenis kelamin :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan :
7. Kewarganegaraan : Suku :
8. Status pasien : a) Baru b) Lama

II. 1. Tentang pengetahuan gangguan jiwa

Tuliskan B (betul) atau S (salah) pada kolom jawaban yang telah disediakan

1. Menurut Saudara, apa definisi gangguan jiwa ?

No	Jawaban	B/S menurut responden	Penilaian ahli jiwa
1	Gangguan yang dialami seseorang sehingga tidak bisa berpikir secara jernih atau tidak dapat berpikir dengan akal sehat.		
2	Gangguan yang dialami seseorang sehingga yang bersangkutan berperilaku tidak seperti manusia normal, misalnya berlari ke jalan raya dengan bertelanjang bulat.		
3	Gangguan yang terjadi pada seseorang dengan tatapan mata yang kosong.		
4	Gangguan yang terjadi pada seseorang yang selalu berhalusinasi.		
5	Gangguan kesehatan dialami seseorang yang emosinya tidak terkendali.		
6	Gangguan dalam wujud perilaku yang bertentangan dengan norma agama dan norma sosial masyarakat.		
7	Gangguan yang dialami seseorang yang suka berbicara sendiri, tidak percaya diri dan rendah diri.		
8	Gangguan yang dialami seseorang karena ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan, mudah terbawa arus, memiliki kepribadian yang labil.		
9	Penyakit jiwa sama dengan gangguan syaraf.		
10	Ketidakmampuan di dalam satu atau lebih fungsi yang penting bagi manusia, yaitu segi perilaku, psikologik atau biologik dan gangguan ini tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat		

2. Apa penyebab dari gangguan jiwa ?

No	Jawaban	B/S menurut responden	Penilaian ahli jiwa
1	Ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan		
2	Ketidakmampuan menghadapi tekanan atau perubahan yang sangat cepat		
3	Mempunyai kepribadian yang labil, emosi tidak terkendali		
4	Konflik yang tidak tertahankan yang dialami seseorang yang berasal dari tradisi (budaya), hubungan dalam keluarga, pekerjaan dan lain-lain.		
5	Karena faktor keturunan		
6	Mempunyai bakat untuk mengalami gangguan jiwa		
7	Keretakan rumah tangga (perceraian, perpisahan, karena hal-hal lain)		
8	Mengganggu tempat-tempat yang dikeramatkan, melanggar tabu		
9	Mempunyai permasalahan berat, namun tak dapat mengatasi		
10	Gangguan syaraf		
11	Kurang kuatnya keimanan dalam menjalankan agama		
12	Kemasukan jin atau roh jahat		
13	Penyebab utamanya adalah di dalam tubuh, lingkungan sosial, psikologik		

2. Tentang stigma

a. Pasien gangguan jiwa

Apakah sebutan bagi orang yang menderita gangguan jiwa pada jawaban di bawah ini masih berlaku ?

No	Jawaban	B/S menurut responden	Penilaian ahli jiwa
1	Gangguan jiwa disebut "gila"		
2	Orang yang gila, pasti selamanya akan gila		
3	Penderita sakit jiwa sangat berbahaya, untuk itu perlu dimasukkan ke RS atau dikurung		
4	Penderita gangguan jiwa berperilaku menyimpang, perilakunya tidak seperti orang normal		
5	Orang yang suka berhalusinasi		
6	Orang yang emosinya tidak terkendali		
7	Orang yang secara fisik sehat, tetapi mentalnya sakit		
8	Orang sakit jiwa disebut dengan "orang syaraf" atau "setrip"		

b. Rumah sakit jiwa

No	Jawaban	B/S menurut responden	Penilaian ahli jiwa
1	Anda merasa ngeri dan takut berkunjung ke rumah sakit jiwa, khususnya RSJP Lawang apabila ada keluarga atau teman anda yang dirujuk ke rumah sakit tersebut		
2	Apabila ada keluarga atau teman anda yang mengalami gangguan jiwa, anda lebih senang ke puskesmas atau rumah sakit umum daripada ke rumah sakit jiwa		

3. Tentang kepatuhan masyarakat terhadap rujukan

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan:

1. Apabila ada keluarga atau teman Saudara yang mengalami gangguan jiwa, dan tidak dapat ditangani oleh petugas puskesmas, apakah Saudara akan

setuju terhadap rujukan yang disarankan oleh petugas ke rumah sakit yang dituju :

- (1) Setuju (2) Tidak setuju

2. Apabila jawaban Saudara pada nomer 1 adalah "tidak setuju", apa alasan Saudara untuk tidak setuju terhadap rujukan yang disarankan ?
 - (1) Tidak ada biaya
 - (2) Jarak jauh
 - (3) Transportasi yang sulit
 - (4) Lainnya, sebutkan.....
3. Apabila jawaban Saudara pada nomer 1 adalah "setuju", Saudara lebih senang, bila pasien dirujuk ke :
 - (1) Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang
 - (2) RSUD Syaiful Anwar
 - (3) RSUD Kepanjen
 - (4) Lainnya, sebutkan
4. Apa alasan Saudara untuk tujuan rujukan pada nomer 3 ?
 - (1) Biaya ada
 - (2) Jarak dekat
 - (3) Transportasi mudah
 - (4) Ke tiga-tiganya
 - (5) Lainnya, sebutkan

4. Tentang jarak dan transportasi

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan:

1. Jarak (km) yang dibutuhkan oleh keluarga untuk membawa pasien gangguan jiwa ke tempat rujukan adalah :

(1) 1- 10 km (2) > 10 - 20 km (3) > 20 - 30 km (4) > 30 km
2. Waktu (jam) yang diperlukan oleh keluarga untuk membawa pasien gangguan jiwa dari rumah ke tempat rujukan :
 - (1) Kurang dari 30 menit
 - (2) 30 menit sampai 60 menit
 - (3) Lebih dari 30 menit sampai kurang dari 2 jam
 - (4) Lebih dari 2 jam
3. Jenis kendaraan yang diperlukan oleh keluarga untuk membawa pasien gangguan jiwa dari rumah ke tempat rujukan adalah :

(1) Kendaraan umum (2) Kendaraan pribadi

Lampiran 3

KUESIONER UNTUK PROVIDER RSJP LAWANG

Nomer sampel :

Tanggal wawancara :

Profesi provider :

Tentang promosi, komunikasi, informasi dan sarana transportasi di RSJP Lawang

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Untuk pernyataan (a) Pilih (1) bila ya, (2) bila tidak; untuk pernyataan (b) pilih (1) bila ada, (2) bila tidak ada.

No	Pernyataan	1	2
1	a. Penyebarluasan informasi tentang jenis pelayanan dan fasilitas yang tersedia di RSJP Lawang telah dilaksanakan oleh RSJP Lawang dengan menerbitkan brosur atau leaflet dua tahun terakhir ini.		
	b. Bukti dokumen		
2	a. Pelatihan – pelatihan sebagai sarana promosi telah dilakukan oleh RSJP Lawang selama dua tahun terakhir ini.		
	b. Bukti dokumen		
3	a. Telefon adalah sarana komunikasi yang digunakan untuk saling berhubungan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan selama dua tahun terakhir ini.		
	d. Kenyataan di lapangan		
4	a. Fax adalah sarana komunikasi yang digunakan untuk saling berhubungan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan selama dua tahun ini		
	b. Kenyataan di lapangan		
5	a. E- mail adalah sarana komunikasi yang digunakan untuk saling berhubungan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, khususnya upaya rujukan selama dua tahun ini		
	b. Kenyataan di lapangan.		

6	a. Informasi umpan balik rujukan pasien mengenai tindakan yang dilakukan terhadap pasien selalu dilakukan oleh RSJP Lawang selama dua tahun ini		
	b. Bukti dokumen		
7	a. Informasi umpan balik rujukan pasien mengenai keadaan pasien yang dirujuk selalu dilakukan oleh RSJP Lawang selama dua tahun ini		
	b. Bukti dokumen		
8	a. Ambulance yang dimiliki oleh RSJP Lawang digunakan untuk keperluan rujukan pasien selama dua tahun ini		
	b. Kenyataan di lapangan		

Tentang pembinaan kesehatan jiwa

Jawablah pertanyaan di bawah ini :

- RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan kesehatan jiwa terhadap tenaga medis di Kabupaten Malang selama dua tahun terakhir ini (2000 dan 2001) :
 - Ya
 - Tidak

Tahun 2000 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
 Tahun 2001 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
- RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan kesehatan jiwa terhadap tenaga medis di Kabupaten Malang selama dua tahun terakhir ini (2000 dan 2001) :
 - Ya
 - Tidak

Tahun 2000 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
 Tahun 2001 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
- RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan kesehatan jiwa terhadap tenaga paramedis di Kabupaten Malang selama dua tahun terakhir ini :
 - Ya
 - Tidak

Tahun 2000 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
 Tahun 2001 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
- RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan kesehatan jiwa terhadap tenaga paramedis di Kabupaten Malang selama dua tahun terakhir ini :
 - Ya
 - Tidak

Tahun 2000 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
 Tahun 2001 : (a) 1x (b) 2x (c) 3x (d) 4x (e) > 4x, sebutkan
- Adanya pembinaan dan pelatihan yang pernah dilakukan oleh RSJP Lawang, merupakan sarana promosi bagi RSJP Lawang :
 - Ya
 - Tidak

Lampiran 4

**KUESIONER UNTUK PROVIDER
DI PUSKESMAS**

Nomer sampel :

Tanggal wawancara :

Profesi provider :

Instansi :

Tentang sikap petugas

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Pilih (1) bila setuju ke RSJP Lawang (2) bila setuju ke RSUD Syaiful Anwar (3) bila setuju ke RSUD Kepanjen (4) bila tidak setuju ke tiga-tiganya

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Saudara akan merujuk pasien gangguan mental organik, yang tidak bisa Saudara tangani.				
2	Saudara akan merujuk pasien gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif, yang tidak bisa Saudara tangani.				
3	Saudara akan merujuk pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham yang tidak bisa Saudara tangani.				
4	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan suasana perasaan yang tidak bisa tangani Saudara tangani.				
5	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan yang terkait stress yang tidak bisa Saudara tangani				
6	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa yang tidak bisa Saudara tangani.				
7	Saudara akan merujuk pasien dengan retardasi mental yang tidak bisa Saudara tangani.				
8	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan perkembangan psikologis yang tidak bisa Saudara tangani.				
9	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja yang tidak bisa Saudara tangani.				

Tentang pembinaan

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Pilih (1) bila ya (2) bila tidak

No	Pernyataan	1	2
1	RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan terhadap tenaga medis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
2	RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan terhadap tenaga medis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
3	RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan terhadap tenaga paramedis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
4	RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan terhadap tenaga paramedis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
5	Menurut Saudara, minimal sekali dalam setahun kebutuhan pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa perlu dilakukan oleh RSJP Lawang		
	Bila jawaban sebelumnya adalah : ya, lanjutkan pada pertanyaan no 6		
6	Apakah pembinaan dan pelatihan pelayanan kesehatan jiwa, bermanfaat bagi pelaksanaan tugas saudara sehari-hari.		

Lampiran 5

**KUESIONER UNTUK PROVIDER
DI RSUD KEPANJEN**

Nomer sampel :

Tanggal wawancara :

Profesi provider :

Tentang sikap petugas

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Pilih (1) bila setuju ke RSJP Lawang (2) bila setuju ke RSUD Syaiful Anwar (3) bila tidak setuju ke duanya

No	Pernyataan	1	2	3
1	Saudara akan merujuk pasien gangguan mental organik, yang tidak bisa Saudara tangani.			
2	Saudara akan merujuk pasien gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif, yang tidak bisa Saudara tangani.			
3	Saudara akan merujuk pasien dengan skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham yang tidak bisa Saudara tangani.			
4	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan suasana perasaan yang tidak bisa tangani Saudara tangani.			
5	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan neurotic, gangguan somatoform dan gangguan yang terkait stress yang tidak bisa Saudara tangani			
6	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa yang tidak bisa Saudara tangani.			
7	Saudara akan merujuk pasien dengan retardasi mental yang tidak bisa Saudara tangan.			
8	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan perkembangan psikologis yang tidak bisa Saudara tangani.			
9	Saudara akan merujuk pasien dengan gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja yang tidak bisa Saudara tangani.			

Tentang pembinaan

Berilah tanda (X) pada hasil jawaban Bapak/Ibu/Sdr pada lajur yang telah disediakan, dengan ketentuan sebagai berikut : Pilih (1) bila ya (2) bila tidak

No	Pernyataan	1	2
1	RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan terhadap tenaga medis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
2	RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan terhadap tenaga medis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
3	RSJP Lawang pernah melakukan pembinaan terhadap tenaga paramedis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
4	RSJP Lawang pernah melakukan pelatihan terhadap tenaga paramedis tentang masalah kesehatan jiwa dua tahun terakhir ini		
5	Menurut Saudara, minimal sekali dalam setahun kebutuhan pembinaan dan pelatihan kesehatan jiwa perlu dilakukan oleh RSJP Lawang		
	Bila jawaban sebelumnya adalah : ya, lanjutkan dengan pertanyaan no.6		
6	Apakah pembinaan dan pelatihan pelayanan kesehatan jiwa, bermanfaat bagi pelaksanaan tugas saudara sehari-hari.		

5. Fasilitas Penunjang

5.1. Unit Elektromedis

Tersedia alat-alat yang canggih a.l. E.E.G. (rekaman gelombang listrik otak), Brain Mapping, E.C.G. (rekaman gelombang listrik jantung), Rontgen, E.C.T. bermonitor, Fisioterapi dll.

5.2. Instalasi Laboratorium

Dapat melakukan pemeriksaan sederhana sampai canggih seperti darah lengkap, urine, feces, faal hati, ginjal, kadar lemak darah, kadar obat dalam darah (drug monitoring) dll.

5.3. Instalasi Farmasi

Menyediakan kebutuhan obat-obat dari yang sederhana sampai yang mutakhir.

5.4. Kesehatan Gigi

Dilayani oleh Dokter Gigi dan Perawat Gigi yang sudah berpengalaman

6. Fasilitas Pendidikan, Latihan dan Penelitian

Tersedia fasilitas untuk para siswa Sekolah Perawat/Akademi Perawat dan mahasiswa Jurusan Kedokteran/Psikologi atau lainnya yang ingin melakukan kerja praktek atau penelitian.

7. Fasilitas Pelayanan Gawat Darurat

Siap menangani keadaan kedaruratan psikiatrik a.l. Keadaan Gaduh Gelisah dll.

8. Helpline Service

Siap membantu lewat telepon masyarakat yang memerlukan konsultasi masalah gangguan jiwa yang mendesak misalnya : harus pergi ke mana, harus berbuat apa untuk pertolongan pertama dan sebagainya.



Kegiatan Pelatihan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang



Kolam Renang di Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang

Lokasi / Sarana

1. Status

Rumah Sakit Jiwa Pusat Kelas A milik Pemerintah Republik Indonesia

2. Lokasi

Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang terletak di Desa Sumberporong, Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang, Propinsi Jawa Timur, Indonesia.

Kota Lawang terletak ± 70 Km arah Selatan kota Surabaya dan ± 18 Km arah Utara kota Malang, pada ketinggian ± 491 meter diatas permukaan laut. Hawanya sejuk ± 24-26 °C.

3. Areal

Luas Tanah Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang

± 2.984.650 m² (298,5 HA)

Luas Bangunan ± 40.000 m²

4. Kapasitas Rawat Inap : 1260 tempat tidur (tahun 1997)

5. Sarana Rekreasi / Hiburan

Studio Radio, Alat-alat Musik (Band, Karaoke, Kulintang), Gamelan, Tape Recorder, TV dll.

6. Sarana Olah Raga

Tersedia fasilitas untuk : Tennis Lapangan, Tennis Meja, Sepak Bola, Bulutangkis, Volley, Renang, Catur, Bridge, Karambol dll.

7. Sarana Komunikasi

Telepon, Faksimil, Pager, Radio Komunikasi



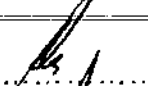




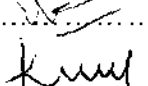

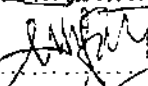

RUMAH SAKIT-JIWA PUSAT LAWANG JAWA TIMUR - INDONESIA



Jl. A. Yani Telp. (0341) 426015 Fax.(0341) 425636
Lawang 65208
Jawa Timur - Indonesia

DAFTAR HADIR
PERTEMUAN NOMINAL GROUP TECHNIQUE (NGT)
HARI : SENIN
TANGGAL : 10 SEPTEMBER 2001

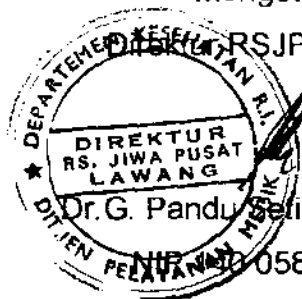
Dalam rangka menyusun upaya peningkatan kunjungan pasien gangguan jiwa dengan pola rujukan di RSJP Lawang.

No	N A M A	JABATAN	TANDA TANGAN
1	Dr. G. Pandu Setiawan, Sp.KJ	Direktur	1. 
2	Dr. Anton Sesotyo W., Sp.KJ	Wadir Yanmed	2. 
3	Dr. F. Kintono, Sp.KJ	Ketua Komite Medik	3. 
4	Dr. M.A. Widyastuti, Sp.KJ	Ketua Tim Diklat	4. 
5	Dr. Betty M., Sp.KJ	Ka Unit Rawat Jalan	5. 
6	Drs. I Wajan Gara, SPsi	Ka Unit Keswamas	6. 
7	Dra. Wahjuni P.A., Apt	Notulis	7. 
8	Ratna Dwi W. SKM, MKes	Fasilitator	8. 
9	Dra. Latifah, Apt.	Peneliti	9. 

Lawang, 10 September 2001

Mengetahui

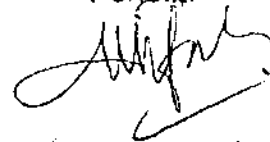
Direktur RSJP Lawang



Dr.G. Pandu Setiawan, Sp.KJ

NIP. 058 259

Peneliti



Dra. Latifah, Apt



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN KABUPATEN
Jalan. K.H. Agus Salim No.7 Telepon (0341) 325454
MALANG

155

Malang, 22 Maret 2001

Nomor : 440/418/429.112/2001

Kepada

Lampiran : -

Yth. Sdr. Ketua Minat Studi Manajemen

Perihal : Persetujuan Penelitian

Kesehatan Universitas Airlangga

di-

SURABAYA

Sesuai dengan surat Ketua Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Airlangga, Nomor : 16/J03.11/AKK.MMPK/PP/2001, perihal Ijin penelusuran permulaan, bersama ini kami menyetujui mahasiswa Universitas Airlangga atas nama Dra. Latifah, Apt, untuk melaksanakan penelitian tesis (penelusuran permulaan) di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

Demikian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

KELAPA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN MALANG

Dr. Handoko/Ruspani

Pembina TK I

NIP : 140069113

Tembusan Kepada Yth :

- Dra. Latifah, Apt. di Surabaya



**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KEPANJEN**

Jl. Panggungrejo 1 Telp. (0341) 395041 (Hunting 3 saluran) Fax. 395024 Kepanjen Malang 65163
TERAKREDITASI : 23 - 11 - 1998 s/d 25 - 11 - 2001

Nomor : 893.3/10276/429.204/2001

Kepanjen, 26 Mei 2001

Lampiran : -

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.

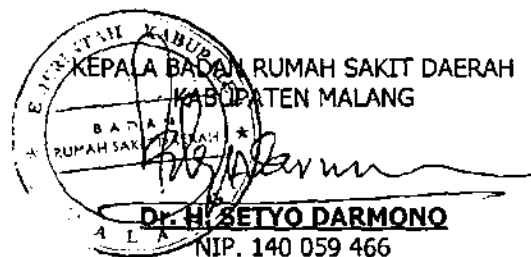
KETUA MINAT STUDI MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS AIRLANGGA
JALAN DHARMAWANGSA DALAM SELATAN
di

SURABAYA

Menunjuk surat Ketua Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Nomor: 28/JO3.11/AKK.MMPK/PP/2001 tanggal 19 Mei 2001 perihal Ijin Penelusuran Permulaan Penelitian dengan ini diberitahukan bahwa kami tidak keberatan dan mengijinkan mahasiswa atas nama Dra. Latifah, Apt melakukan penelitian di Badan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Malang. Berdasarkan Perda Nomor 9 tahun 1999, setiap penelitian yang dilakukan di BRSD Kabupaten Malang dikenakan biaya Rp.100.000 (seratus ribu rupiah)

Selanjutnya sebelum pelaksanaan penelitian mohon berkoordinasi dengan Instalasi Diklat dan Litbang BRSD Kabupaten Malang.

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas perhatian Direktur kami ucapkan terima kasih.



Tembusan:

1. Yth. Kepala Sekretariat BRSD Kabupaten Malang
2. Yth. Kepala Bidang Pelayanan BRSD Kab.Malang
3. Yth. Kepala Bidang Penunjang BRSD Kab.Malang
4. Yth. Kepala Instalasi Diklat dan Litbang BRSD Kab.Malang
5. Yth. Kepala Instalasi Rawat Jalan BRSD Kab.Malang
6. Arsip.

PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jalan Merdeka Timur No. 3 Telp. 366260 - 326791 - 3 Ps 122-199
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan Survey/Research

Nomor: 072 / 393 / 429.320/2001

Menunjuk: 1. Surat As. Dir. Bidang Akademik Program Pascasarjana Nomor : 2357/
J03.11/PP/2001 tentang Ijin melaksanakan penelitian.

Dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakannya kegiatan penelitian oleh :

Nama/Instansi : LATIFAH, Dra. Apt. / Mahasiswa Program Pascasarjana UNAIR
Prog. Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Alamat : Griya Husada A1 No. 5 Sumberporong - Lawang

Thema/Survey/Research : " ANALISIS POLA KUNJUKAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI
KABUPATEN MALANG (Upaya Peningkatan Kunjungan
Pasien Gangguan Jiwa di RSJP Lawang)."

Daerah/tempat kegiatan : Puskesmas Tumpang, Ngantang, Sumbermangjing Kuto,
Bululawang, Dampit, Sitiarjo dan Badan Rumah Sakit

Lamanya : Kab. Malang
Bulan Juli s/d Agustus 2001

Pengikut : _____

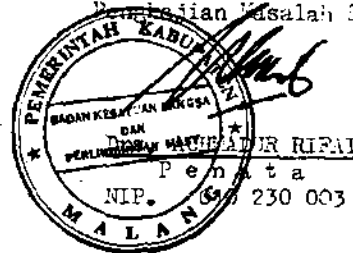
Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan Gubernur Propinsi Jawa Timur Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Propinsi Jawa Timur/Bupati Malang;
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada pejabat setempat;
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kantor Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Malang;
4. Surat keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Malang, 20 Juli 2001

A.n. KEPALA BADAN KESBANG DAN LINMAS
KABUPATEN MALANG

Plt. Kabid. Pemasyarakatan H.M dan
Pengembangan Masalah Strategis



TEMBUSAN :

Yth.

1. Sdr. Dan Dim 0818 Malang;
 2. Sdr. Kapolres Malang
 3. Sdr. Direktur Prog. Pasca-sarjana UNAIR
 4. Sdr. Kadin Kesehatan Kab. Malang
 5. Sdr. Ka Badan Rumah Sakit Kab. Malang
- Sdr. Mahasiswa ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN
Jalan K.H. Agus Salim No. 7 Telp. ☎ (0341) 325454
MALANG

Malang, 23 Juli 2001

Nomor : 440/799/429.112/2001
Lampiran : ---
Perihal : Pengantar dan Rekomendasi

Kepada

Yth. Sdr. Kepala Puskesmas

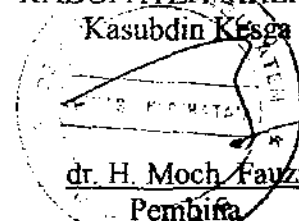
1. Ngantang
2. Tumpang
3. Bululawang
4. Sbr.manjing Kln
5. Dampit
6. Sitarjo

Menindak lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Malang Nomoer. 072/393/429.320/2001 tanggal 20 Juli 2001 perihal Surat Keterangan atas nama Latifah, Dra, Apt Mahasiswa Program Pascasarjana UNAIR program Studi Administrasi dan Kebijakan, akan mengadakan kegiatan survey/research di Puskesmas Tumpang, Ngantang, Sumbermanjing Kulon, Bululawang, Dampit, Sitarjo pada bulan Juli S/d Agustus 2001, dengan Thema Kegiatan " *Analisis Pola Rujukan Pasien Gangguan Jiwa di Kabupaten Malang (upaya peningkatan kunjungan pasien gangguan jiwa di RSJP Lawang)* "

Sehubungan dengan hal tersebut diatas pada prinsipnya kami menyetujui dan tidak keberatan kegiatan dilaksanakan di Puskesmas tersebut diatas, dengan ketentuan sesampainya ditempat segera berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas dan setelah selesai kegiatan segera memberikan tembusan laporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan terima kasih

A.n KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN MALANG



NIP. 140 172 276

Tembusan, Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
(sebagai laporan);
2. Kepala Badan Kesbang & Linmas Kab. Malang

RUMAH SAKIT JIWA PUSAT LAWANG
TIM PENDIDIKAN & LATIHAN

Nomor : DL.02.02.8.8.2032.
Lampiran : --
Perihal : **Ijin Penelitian a.n Latifah, Dra. Apt.**
Peserta Prog. Pascasarjana Univ. Airlangga Surabaya

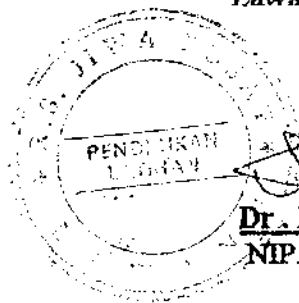
Kepada Yth.
Ka. UPF. Rawat Jalan
Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang
di
LAWANG.

Sehubungan dengan surat Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang nomor : DL.02.02.8.8.2032. tanggal. 11 Agustus 2001, sebagaimana dimaksud pada pokok surat, maka dengan ini kami mohon bantuan Saudara agar dapatnya membantu kegiatan tersebut sehingga dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Lawang, 11 Agustus 2001

Ketua



Dr. M.A. Widyastuti, Sp.KJ.
NIP. : 140 106 182

Tindakan :

1. Yth. Bapak Direktur RS. Jiwa Pusat Lawang.
2. Yth. Bapak Wadir, Yun. Medik.
3. Yth. Ka. UPF. Rawat Jalan.
4. Ka. Komite Medik.
- ✓ 5. Saudara Yang bersangkutan.
6. Arsip.