



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PERILAKU PEMANFAATAN PELAYANAN  
POLIKLINIK NAPZA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH  
JIWA DAN NARKOBA JAKARTA TAHUN 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**EVI DEVIYANA  
0806443862**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JUNI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PERILAKU PEMANFAATAN PELAYANAN  
POLIKLINIK NAPZA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH  
JIWA DAN NARKOBA DUREN SAWIT JAKARTA**

**TAHUN 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**Magister Administrasi Rumah Sakit**

**EVI DEVIYANA**

**0806443862**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**DEPOK**

**JUNI 20**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Evi Deviyana

NPM : 0806443862

Tanda Tangan



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Evi Deviyana

NPM : 0806443862

Mahasiswa Program : S2-Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Analisis Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik Napza  
Di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa Dan Narkoba Duren Sawit Jakarta  
Tahun 2010**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 9 Juli 2010



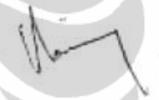
( Evi Deviyana )

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Evi Deviyana  
NPM : 0806443862  
Program Studi : S2 – Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Analisis Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik  
Napza Di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa Dan  
Narkoba Jakarta Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada program studi S2 – Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Hendrik Manarang Taurany, MPH (  )

Penguji : dr. Mieke Savitri, Mkes (  )

Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS (  )

Penguji : drg. Dian Ekowati, MARS (  )

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 29 Juni 2010

## KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

*Alhamdulillahirobbil'alamin*, segala puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan kelulusan Program Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya tesis ini tidak lepas dari bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak baik langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr.dr. Hendrik Manarang Taurany, MPH. Selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak bimbingan, masukan, didikan, dan dukungan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu dr. Mieke Savitri, MKes. Selaku dosen penguji pada tahap seminar proposal dan penguji tesis. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. Selaku dosen penguji pada tahap seminar hasil. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
4. Bapak drg. Wahyu Sulistiadi, MARS. Selaku dosen penguji tesis. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
5. Segenap staf Program Studi Kajian Administrasi yang telah memberikan bantuan, kemudahan dan bimbingan dalam melaksanakan pendidikan.
6. Bapak dr. Joni H. Ismoyo, SpKJ. Selaku direktur RSKD Duren Sawit Jakarta. Terima kasih atas izin dan kemudahan yang telah diberikan kepada penulis selama penyusunan tesis ini.
7. Ibu drg. Dian Ekowati, MARS. Terimakasih atas bimbingan, masukan dan dukungan selama penyusunan tesis ini.

8. Seluruh staf dan petugas di RSKD Duren Sawit. Terima kasih atas bantuan dan perhatian selama penyusunan tesis ini.
9. Orang tua tercinta, Mamah dan Bapak . Atas perhatian, bantuan dan doanya. Seluruh keluarga besar yang tidak dapat disebut satu persatu.
10. Suamiku dr. Bona Dwiramajaya Hartoyo, SpJP dan anak-anakku M. Raihan Haryanto Ramajaya dan M. Raiza Oktar Ramajaya yang tercinta. Terima kasih atas pengertian dan dukungannya selama ini.
11. Teman-teman KARS 2008 yang telah membantu penulis selama pendidikan dan pembuatan tesis ini.

Akhir kata dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan agar tesis ini memberi manfaat bagi yang membutuhkan.

Depok, Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Evi Deviyana  
NPM : 0806443862  
Program Studi: S2-Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive-Royalty-Free-Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ANALISIS PERILAKU PEMANFAATAN PELAYANAN POLIKLINIK  
NAPZA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH JIWA DAN NARKOBA  
JAKARTA TAHUN 2010**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di: Jakarta  
Pada tanggal: 29 Juni 2010

Yang Menyatakan

(Evi Deviyana)

## ABSTRAK

Nama : Evi Deviyana  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia  
Judul : Analisis Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik  
Napza di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa dan Narkoba  
Duren Sawit Jakarta Tahun 2010

Sejak tahun 2006 terjadi penurunan angka kunjungan di RSKD Duren Sawit khususnya pasien narkoba, yang jika dilihat dari rata-rata kunjungan pasien per hari hanya 1-2 pasien napza. Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai perilaku pengguna jasa dan penyelenggara jasa pelayanan dalam memanfaatkan pelayanan di poliklinik napza.

Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan wawancara mendalam terhadap lima orang pasien, dua orang mantan pasien, dan petugas rumah sakit yang terdiri atas wakil direktur pelayanan medis, kepala instalasi rawat jalan, kepala rehabilitasi dan dokter poliklinik napza serta melakukan diskusi kelompok terarah kepada lima orang perawat dan dua orang konselor.

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa rendahnya pemanfaatan pelayanan di poliklinik napza disebabkan oleh faktor eksternal, yaitu keberadaan BNN (Badan Narkotika Nasional) yang memberikan pelayanan gratis kepada pasien napza dan faktor internal yaitu sarana dan prasarana yang kurang memadai bagi pasien dan faktor perilaku petugas yang kurang baik dalam memberikan pelayanan. Penelitian ini menunjukkan bahwa sarana prasarana yang menunjang dan adanya perilaku petugas yang ramah dan terampil akan dapat meningkatkan kembali pemanfaatan pelayanan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit.

Kata Kunci : **Perilaku Pemanfaatan Pelayanan, Poliklinik Napza**

## ABSTRACT

Name : Evi Deviyana  
Study Program : Hospital Administration Program  
Faculty Of Public Health  
University Of Indonesia  
Title : Service Usage Behaviour Analysis of Drug Abuse Polyclinic at  
Duren Sawit Mental and Drug Abuse Regional Special Hospital  
Jakarta in 2010

Since 2006 there is a significant decline of patient visitations at Duren Sawit Mental and Drug Regional Special Hospital, especially the drug abuse patients, it is based on the average number of visitations that is only 1-2 patients per day. This research was done to find out information about the recipients and the care givers behaviour in using the services at the drug abuse polyclinic .

This qualitative research was done by deep interviews to five patients, two ex-patients, and hospital care givers that consist of vice director of medical services, head of drug abuse rehabilitation department, doctor from drug abuse polyclinic, five nurses and two counselors.

The result of this research showed that the low service usage level was caused by external and internal factors. The external factor is, BNN (Badan Narkotika Nasional) that gives free care to drug abuse patients and the internal factors are, infrastructures that are not suitable for the patients need, and the care givers behaviour that are not friendly while performing their services.

This research shown that suitable infrastructures, friendly and skillful care givers behaviour, might improve service usage level of the drug abuse polyclinic at Duren Sawit Mental and Drug Regional Special Hospital.

**Key Word: Service Usage Behaviour, Drug Abuse Polyclinic**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I           PENDAHULUAN</b>	
1.1   Latar Belakang .....	1
1.2   Rumusan Masalah .....	5
1.3   Pertanyaan Penelitian .....	5
1.4   Tujuan Penelitian .....	6
1.5   Manfaat Penelitian .....	6
1.6   Ruang Lingkup .....	7
<b>BAB II          TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1   Rumah Sakit Sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan .....	8
2.2   Pelayanan Rawat Jalan .....	10
2.3   Batasan Perilaku .....	11
2.4   Model-model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	12
2.5   Penyalahgunaan Napza .....	20
2.6   Penanggulangan Narkoba .....	21
2.7   Dampak Penyalahgunaan Napza .....	22
2.8   Terapi Napza .....	23
2.9   Terapi Detoksifikasi .....	24
2.10  Terapi Rehabilitasi .....	25
2.11  Terapi Program Pasca Rawat .....	27
<b>BAB III        GAMBARAN UMUM RSKD DUREN SAWIT</b>	
3.1   Latar Belakang Dan Sejarah .....	28
3.2   Visi, Misi, Budaya dan Tata Nilai .....	30
3.3   Tujuan, Tugas Pokok dan Fungsi .....	32
3.4   Arah Perkembangan RSKD Duren Sawit .....	33
3.5   Struktur Organisasi .....	34
3.6   Lokasi .....	35
3.7   Sarana, Prasarana dan Fasilitas .....	35
3.8   Ketenagaan .....	38
3.9   Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan .....	40

3.10	Struktur Organisasi Rawat Jalan .....	41
3.11	Sumber Daya Manusia .....	42
3.12	Fasilitas Pelayanan .....	42
3.13	Kinerja Pelayanan .....	44
<b>BAB IV</b>	<b>KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH</b>	
4.1	Kerangka Pikir .....	49
4.2	Definisi Istilah .....	51
<b>BAB V</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
5.1	Jenis Penelitian .....	56
5.2	Lokasi Penelitian .....	56
5.3	Informan Penelitian .....	56
5.4	Prosedur Pengumpulan Data	
5.4.1.	Pengumpul Data .....	57
5.4.2.	Metode Pengumpulan Data .....	57
5.4.3.	Instrumen Pengumpulan Data .....	57
5.4.4.	Uji Cba Instrumen .....	58
5.4.5.	Jenis Informasi Yang Dikumpulkan .....	58
5.4.6.	Informed Consent .....	58
5.4.7.	Pengumpulan Data .....	59
5.4.8.	Validasi Informasi .....	59
5.5	Pengolahan Data Dan Analisis Informasi .....	60
<b>BAB VI</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
6.1	Gambaran Poliklinik Napza RSKD Duren Sawit .....	61
6.2	Karakteristik Informan .....	62
6.2.1.	Karakteristik Pasien .....	62
6.2.2.	Karakteristik Mantan Pasien .....	63
6.2.3.	Karakteristik Petugas Rumah Sakit .....	64
6.3	Pengetahuan Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza.....	66
6.3.1.	Pengetahuan Pasien Tentang Napza Dan Terapi Napza .....	66
6.4	Keyakinan Pasien Dalam Pelayanan Poliklinik Napza Dapat Membantu menyembuhkan .....	68
6.5	Sikap Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza .....	69
6.6	Persepsi Sarana Dan Prasarana .....	70
6.7	Persepsi Tentang Aksesibilitas .....	72
6.8	Persepsi Tentang Ketrampilan Petugas Dalam Memberikan Pelayanan .....	73
6.9	Dukungan Keluarga .....	75
6.10	Dukungan Teman .....	76
6.11	Dukungan Petugas .....	77

<b>BAB VII</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
7.1	Keterbatasan Penelitian .....	82
7.2	Pembahasan Hasil Penelitian .....	82
	7.2.1. Pengetahuan Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza ..	82
	7.2.2. Keyakinan Pasien Dalam Pelayanan Poliklinik Dapat Membantu Menyembuhkan .....	83
	7.2.3. Sikap Pasien Terhadap Pelayanan Poliklinik Napza.....	84
	7.2.4. Persepsi Pasien Tentang Saran dan Prasarana .....	85
	7.2.5. Persepsi Tentang Aksesibilitas .....	86
	7.2.6. Persepsi Tentang Ketrampilan Petugas Dalam Memberikan Pelayanan .....	86
	7.2.7. Dukungan Keluarga Dan Teman .....	87
	7.2.8. Dukungan Petugas .....	88
<b>BAB VIII</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
8.1	Kesimpulan .....	91
8.2	Saran .....	92
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	.....	95
<b>LAMPIRAN</b>	.....	98

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Jumlah Pasien Napza RSKD Duren Sawit .....	3
Tabel 3.1.	Transformasi RSKD Duren Sawit .....	29
Tabel 3.2.	Kondisi Sumber Daya Manusia per Desember 2008 dan Formasi 2009 .....	38
Tabel 3.3.	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan (Kunjungan Baru dan Lama) tahun 2006-2008 .....	44
Tabel 3.4.	Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan tahun 2006-2008 .....	45
Tabel 3.5.	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan (kunjungan Baru dan Lama) Tahun 207-2008 .....	47
Tabel 6.1.	Karakteristik Informan Pasien .....	63
Tabel 6.2.	Karakteristik Informan Mantan Pasien .....	64
Tabel 6.3.	Karakteristik Informan Petugas RS WM .....	65
Tabel 6.4.	Karakteristik Informan Petugas RS DKT .....	65

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Ilustrasi Model Andersen .....	19
Gambar 3.1	Grafik Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2006-2008 .....	44
Gambar 3.2	Grafik Peningkatan /Penurunan Jumlah Pasien baru Unit Rawat Jalan RSKD Duren Sawit Tahun 2006-2008 .....	46
Gambar 3.3	Grafik Prosentase Peningkatan / Penurunan Jumlah Pasien Tahun 2007-2008 .....	47
Gambar 3.4	Grafik Keadaan Morbiditas Rawat Jalan 10 Penyakit Terbanyak Tahun 2008 .....	48

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Matriks Pengumpulan Data .....	98
Lampiran 2	Formulir Informed Consent .....	101
Lampiran 3	Pedoman Wawancara Mendalam Pasien dan Mantan Pasien .....	102
Lampiran 4	Pedoman Wawancara Mendalam Petugas RS .....	104
Lampiran 5	Pedoman Diskusi Kelompok Terarah Petugas RS .....	106
Lampiran 6	Matriks Wawancara Mendalam Dengan Pasien .....	108
Lampiran 7	Matriks Wawancara Mendalam Dengan Mantan Pasien ...	111
Lampiran 8	Matriks Wawancara Mendalam Dengan Petugas .....	113
Lampiran 9	Matriks Diskusi Kelompok Terarah .....	115

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Narkotika no. 35 tahun 2009 narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Penggunaan narkotika ini sering disalahgunakan sehingga seseorang dapat menjadi pecandu, yaitu orang yang menggunakan menyalahgunakan narkotika dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika, baik fisik maupun psikis.

Kasus penyalahgunaan napza ( narkotika, psikotropika dan zat adiktif ) semakin meningkat di Indonesia. Diperkirakan terdapat 1,5 juta penyalah guna narkoba dan sebagian besar adalah kelompok usia remaja. Di Jakarta semakin besar pengguna menggunakan narkotika suntikan. Penggunaan narkotika suntikan dapat berakibat overdosis, penularan infeksi hepatitis C dan HIV serta resiko terkena infeksi paru dan jantung (infeksi endokarditis bakteri).

Sepanjang tahun 1999 sejak Januari - 31 desember didapatkan 203 orang pasien yang masuk unit gawat darurat (UGD) Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, 172 laki-laki dan 31 perempuan. Cara penggunaan lewat jarum suntik sebanyak 166 orang dan sisanya melalui penggunaan hisap/tablet. Sebanyak 58 orang memerlukan perawatan dan 11 orang meninggal dunia di UGD dan 6 orang meninggal di ruang perawatan. HIV positif didapatkan pada 12 dari 16 orang yang diperiksa (75%) sedang hepatitis c didapatkan pada 15 dari 19 orang (78,9%). Kematian terutama diakibatkan infeksi, sedangkan kasus overdosis pada umumnya dapat ditolong dengan pemberian Nalokson. (Sukmana, N. 2002).

Menurut data dari Komisi Penanggulangan AIDS propinsi DKI Jakarta, pengidap HIV/AIDS tahun 2009 yang terdata sebanyak 439 orang dan sebagian besar

adalah laki-laki. Dengan perincian Jakarta Utara 44 orang, Jakarta Selatan 87 orang, Jakarta Barat 116 orang, Jakarta Timur 82 orang dan Jakarta Pusat 110 orang.

Penyalahgunaan napza tidak hanya terjadi di kota-kota besar, tapi sampai kedaerah pedesaan. Berdasarkan tingkat kerawanan daerah terdapat 15 peringkat dimulai dari yang tertinggi yaitu Jawa Timur sampai daerah dengan tingkat kerawanan yang rendah yaitu Kalimantan Barat (BNN, 2003).

Dalam menanggulangi masalah penyalahgunaan napza ini tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, tetapi merupakan kewajiban bersama, mulai dari jajaran pemerintah, sampai pada masyarakat umumnya. Dengan semakin meningkatnya angka penyalahgunaan napza setiap tahunnya, maka diperlukan rumah sakit yang khusus menangani rehabilitasi bagi pasien penyalahguna napza. Dengan adanya rumah sakit ini, diharapkan akan mengurangi jumlah penderita korban narkoba.

Menurut data terakhir dari BNN (Badan Narkotika Nasional) tahun 2009 menunjukkan kasus narkoba terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2007 tercatat 22.630 kasus terdiri dari 11.380 kasus Narkotika, 9.289 kasus psikotropika dan 1.961 kasus bahan adiktif, sedang tahun 2008 tercatat 29.359 kasus, terdiri atas 10.006 narkotika, 9.780 psikotropika, dan 16.582 kasus bahan adiktif.

Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa dan Narkoba Duren Sawit sebagai salah satu institusi publik yang memberikan pelayanan dibidang terapi dan rehabilitasi pasien napza turut serta dalam menanggulangi permasalahan penyalahgunaan narkoba. Sebagai rumah sakit khusus daerah, RSKD Duren Sawit ini telah dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang mendukung untuk dapat melakukan pelayanan kepada pasien-pasien narkoba. Data pasien narkoba RSKD Duren Sawit dapat dilihat dalam tabel berikut :

**Tabel 1.1 Jumlah Pasien Narkoba RSKD Duren Sawit**

No	Tahun	Jumlah Pasien
1	2007	933
2	2008	647
3	2009	238*

Sumber : Laporan Tahunan RSKD Duren Sawit

\*Laporan Registrasi Pasien Poli Napza Tahun 2009

Dilihat dari angka kunjungan pasien narkoba yang berobat ke RSKD Duren Sawit dibandingkan dengan data dari Badan Narkotika Nasional tahun 2007 hanya 4,1% (dari 22.630 pasien) dan tahun 2008 hanya 2,2% (dari 29.359 pasien). Hal ini dapat dikatakan bahwa angka kunjungan pasien narkoba ke Rumah sakit Duren Sawit masih sangat rendah.

Faktor yang sangat berpengaruh dalam mencari pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan, tidak lepas dari perilaku seseorang atau masyarakat itu sendiri dalam mencari pelayanan kesehatan yang bermutu. Perilaku tersebut ditentukan oleh salah satunya adalah pengetahuan, sikap, dan kepercayaan dari individu atau masyarakat itu sendiri yang disebut sebagai faktor predisposisi. Disamping itu tersedianya sarana prasarana, sikap dan perilaku petugas akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku tersebut.

Untuk memperoleh layanan yang optimal dan bermutu, dipengaruhi oleh berbagai faktor eksternal dan internal dari suatu organisasi. Konsumen sebagai pengguna pelayanan akan menunjukkan kemampuannya untuk mendapatkan kehendak, tuntutan dan harapan serta penilaian terhadap kepuasan dari pemberi layanan. Oleh karena itu pemahaman terhadap penilaian konsumen sangat berpengaruh terhadap penentuan kualitas dari pelayanan yang diberikan. Dengan memberikan pelayanan yang responsif dan empati menjadi suatu kewajiban bagi pengelola organisasi agar sukses dalam memberikan pelayanan dan kepuasan bagi pengguna jasa pelayanan.

Osborne dan Gaebler (dalam Winarto 2005:24) menyatakan untuk mengantisipasi perubahan global yang penuh gejolak (turbulent) dan ketidakpastian

(*uncertainty*), mengharuskan para manajer pelayanan publik bersaing dalam mengembangkan strategi perubahan dan kebijakan antisipatif, agar selalu dapat menyesuaikan diri dengan berbagai tuntutan baru dari masyarakat atau pelanggan dan lingkungannya. Oleh karena itu pemahaman terhadap pelanggan menjadi sangat penting, mengingat kepuasan pelanggan merupakan faktor penentu keberhasilan bagi organisasi untuk dapat diterima oleh masyarakat, sehingga pola-pola yang perlu diselenggarakan harus disesuaikan dengan kebutuhan pelanggan, yang oleh Osborne dan Platrik (1998) dalam Winarto (2005) dirinci menjadi beberapa usaha berikut :

1. Mengidentifikasi siapa pelanggannya, atau siapa seharusnya pelanggannya yang dilayani instansi tersebut
2. Melakukan survey pelanggan untuk menentukan jenis jasa dan mutu pelayanan yang diinginkan dan tingkat kepuasan yang ada saat ini
3. Menentukan standar pelayanan dan mengukurnya
4. Melakukan benchmarking
5. Mensurvey karyawan lini pertama untuk mengetahui hambatan dan mendapatkan gagasan untuk menyesuaikan dengan kinerja yang dijadikan tolok ukur
6. Memberi pelanggan dengan pilihan yang baik dalam hal sumber daya pelayanan maupun saran untuk menyampaikannya
7. Membuat sistem informasi, pelayanan dan keluhan yang mudah diakses
8. Menyediakan sarana untuk menangani kebutuhan pelanggan.

Dalam rangka meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan RSKD Duren Sawit telah melakukan berbagai upaya untuk dapat meningkatkan angka kunjungan, antara lain dengan kegiatan pemasaran sosial yang dilakukan melalui spanduk, leaflet, media cetak dan elektronik serta melaksanakan seminar berbagai bidang spesialisik di RSKD Duren Sawit, survey kepuasan dan harapan pelanggan baik eksternal maupun internal. Namun survey kepuasan pelanggan terhadap pasien khusus narkoba belum pernah dilakukan.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas RSKD Duren Sawit didalam melaksanakan fungsinya sebagai pelayanan publik yang bergerak dalam bidang perumahasakitan khususnya penanggulangan narkoba, harus dapat menjawab tuntutan perkembangan lingkungan. RSKD Duren Sawit dalam perencanaan strategisnya perlu mempertimbangkan faktor yang dapat mempengaruhi kualitas layanan publik yang dihasilkan.

Selama penulis menjalankan residensi di RSKD Duren Sawit, dapat dilihat bahwa kinerja dari pelayanan RSKD Duren Sawit mengalami penurunan, khususnya untuk pasien napza. Hal ini terbukti dengan melihat angka kunjungan poliklinik napza tahun 2008 sebanyak 647 dan tahun 2009 sebanyak 238 orang yang jika dilihat rata-rata perhari pasien yang berobat ke poli napza hanya 1-2 orang. Hal ini menunjukkan masih rendahnya pemanfaatan pelayanan pasien napza oleh masyarakat di RSKD Duren Sawit.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berfokus pada pelayanan dengan judul "Analisis Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik Napza Di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa Dan Narkoba Duren Sawit Jakarta tahun 2010".

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan pada latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah masih rendahnya pemanfaatan pelayanan poliklinik napza oleh masyarakat di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa dan Narkoba Duren Sawit Jakarta.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimana perilaku pemanfaatan pelayanan poliklinik napza oleh pengguna jasa pelayanan, penyelenggara pelayanan dan pendukung pelayanan dalam mendapatkan dan memberikan pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit Jakarta.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mendapat informasi secara mendalam bagaimana perilaku pemanfaatan pelayanan poliklinik napza oleh pengguna jasa pelayanan, penyelenggara pelayanan dan pendukung pelayanan dalam mendapatkan dan memberikan pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- 1.4.2.1. Untuk menggali informasi secara mendalam perilaku pemanfaatan pelayanan poliklinik napza dilihat dari faktor *predisposing* pengguna jasa pelayanan
- 1.4.2.2. Untuk menggali informasi secara mendalam perilaku pemanfaatan poliklinik napza dilihat dari faktor *enabling* pengguna jasa pelayanan
- 1.4.2.3. Untuk menggali informasi secara mendalam perilaku pemanfaatan pelayanan poliklinik napza dilihat dari faktor *reinforcing* pengguna jasa pelayanan

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1. Untuk RSKD Duren Sawit**

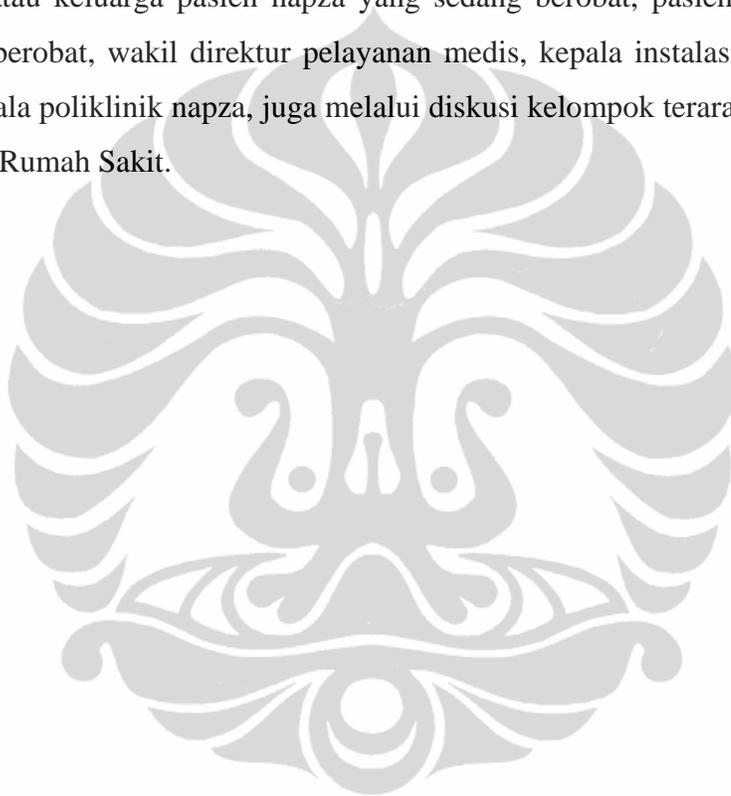
Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi RS Duren Sawit dalam meningkatkan kembali pelayanan poliklinik napza, sesuai dengan visi yang dibuat yaitu menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba.

### **2. Untuk Badan Narkotika Nasional**

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi BNN untuk dapat lebih meningkatkan kinerjanya terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyalahguna narkotika

## 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di RSKD Duren Sawit Jakarta, khususnya di bagian rawat jalan poli napza berupa analisa kualitatif perilaku pemanfaatan pelayanan poliklinik napza dilihat dari segi pengguna jasa pelayanan, penyelenggara pelayanan dan pendukung pelayanan tahun 2010. Metode yang dilakukan dengan mengambil data melalui wawancara mendalam terhadap pasien atau keluarga pasien napza yang sedang berobat, pasien napza yang pernah berobat, wakil direktur pelayanan medis, kepala instalasi rawat jalan dan kepala poliklinik napza, juga melalui diskusi kelompok terarah untuk para petugas Rumah Sakit.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit Sebagai Penyedia Pelayanan kesehatan**

Definisi rumah sakit dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 disebutkan bahwa Rumah Sakit sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.

Dalam Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 tahun 2009 pasal 4 dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mencegah dan menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan.

Fungsi dan tugas rumah sakit disamping melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki.

Pelayanan kesehatan adalah salah satu subsistem dari system kesehatan. Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba (1973) yang dijabarkan oleh Azrul Azwar (1996) ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat.

Suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki syarat-syarat pokok, yaitu :

**1. Tersedia (*Available*) dan berkesinambungan (*Continuous*)**

Artinya semua jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

**2. Dapat diterima (*Acceptable*) dan wajar (*Appropriate*)**

Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

**3. Mudah dicapai (*Accessible*)**

Artinya mudah dicapai disini adalah dilihat dari lokasi pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan sangat penting.

**4. Mudah dijangkau (*Affordable*)**

Arti mudah dijangkau disini adalah dilihat dari sudut biaya pelayanan kesehatan. Untuk mencapai semua ini, maka harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

**5. Bermutu (*Quality*)**

Arti bermutu disini adalah menunjuk tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dimana provider dapat memuaskan pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara dari penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang ditetapkan.

## 2.2 Pelayanan rawat Jalan /Poliklinik

Pelayanan rawat jalan merupakan pelayanan medis yang penting pada sebuah rumah sakit dan merupakan pintu gerbang bagi rumah sakit dan satu-satunya pelayanan medik yang memberikan kesan pertama bagi pasien yang datang.

Fungsi-fungsi rumah sakit hampir semuanya dilakukan di unit rawat jalan, seperti pelayanan medis, pencegahan akibat penyakit, peningkatan pemulihan kesehatan, asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan tenaga medis dan paramedis dan melaksanakan system rujukan bahkan juga dipakai sebagai tempat penelitian (Mursifah, 1997).

Departemen Kesehatan menyatakan bahwa rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Perawatannya mencakup pengobatan medis dipraktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan no. 66/Men.Kes/SK/II/1987 dalam Mursifah (1997) yang dimaksud dengan rawat jalan adalah :

1. Pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap
2. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan di unit pelaksana fungsional rawat jalan yang terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta unit gawat darurat
3. Unit rawat jalan rumah sakit adalah suatu institusi pelaksana program upaya kesehatan rujukan dari sebuah rumah sakit bukan hanya memberikan pelayanan kepada pasien umum saja tetapi sebagai tempat rujukan, baik rujukan dari sesama rumah sakit maupun rujukan dari puskesmas.

## 2.3 Batasan Perilaku

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, kemudian organisme tersebut merespon.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

### 1. Perilaku tertutup (*Covert Behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Misalnya : seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

### 2. Perilaku terbuka (*Overt Behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon ini sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain. Misalnya seorang ibu memerika kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk imunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur dan sebagainya.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan.

## 2.4 Model-model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Salah satu teori yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah teori Lawrence Green (1980). Green mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 (dua) faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri dapat ditentukan atau terbentuk dari 3 (tiga) faktor, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Merupakan faktor yang mendahului perilaku yang menyebabkan motivasi untuk berperilaku. Yang termasuk dalam hal ini adalah pendidikan, sosial, ekonomi, umur, jenis kelamin, jumlah keluarga, kepercayaan dan lain-lain. Dalam Notoatmodjo (2007), Green menyatakan yang termasuk dalam *predisposing factors* adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Faktor-faktor Pendukung (*enabling factors*)

Faktor-faktor yang memungkinkan untuk berperilaku sehat, termasuk didalamnya yaitu adanya fasilitas pelayanan kesehatan, biaya, jarak, kesediaan dan kemudahan transportasi, waktu pelayanan dan sebagainya.

3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Adalah faktor-faktor yang mendukung terjadinya perubahan perilaku, misalnya adanya tenaga kesehatan, adanya dukungan keluarga, dukungan teman dan lain-lain.

Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam merubah dan menguatkan ketiga kelompok faktor itu sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program kesehatan.

Perilaku Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan. Usaha pencarian pelayanan kesehatan akan dilakukan jika seseorang telah diserang penyakit dan merasakan sakit, baru kemudian akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa respon seseorang apabila sakit akan melakukan :

1. *No action*, tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa. Ini terjadi apabila seseorang beranggapan gejala yang diseritanya akan hilang dengan sendirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas pertama dalam kehidupannya.
2. *Self treatment*, mengobati diri sendiri. Alasan tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional. Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding mencari pengobatan lain.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat warung dan sejenisnya, termasuk ke tukang jamu.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, seperti balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit
6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia dalam 3 (tiga) domain, yaitu *kognitif*, *afektif* dan *psikomotor*. Dalam Perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu :

## 1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu penglihatan, penciuman, rasa dan raba. (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Overt Behavior*) (Notoatmodjo, 2007).

### a. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru (berprilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awareness* (Kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
2. *Interest*, orang mulai tertarik pad stimulus,
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
4. *Trial*, orang mulai mencoba perilaku baru,
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

### b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan :

### **1. Tahu (*Know*)**

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

### **2. Memahami (*Comprehension*)**

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2007).

### **3. Aplikasi (*Application*)**

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain (Notoatmodjo, 2007).

### **4. Analisa (*Analysis*)**

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan,

memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

#### **5. Sintesis (*Synthesis*)**

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada (Notoatmodjo, 2007).

#### **6. Evaluasi (*Evaluation*)**

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan criteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

#### **7. Sikap (*Attitude*)**

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007).

Campbell 1950 dalam Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa sikap adalah "*An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object*". Sementara Allport 1954 dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan pendapat bahwa sikap adalah "*A mental and neural state of rediness, organized through expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual's response to all object and situation with wich it is related*".

Manifestasi dari sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsir terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus

tertentu dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

### **8. Praktek atau Tindakan (*Practice*)**

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dan sikap merupakan bentuk perilaku tertutup (*covert*) yang bersifat pasif sedangkan praktek merupakan respon terbuka (*over*) yang bersifat aktif. Tindakan adalah kelanjutan dari sikap, dimana sikap adalah kecenderungan untuk bertindak. Kecenderungan untuk bertindak akan menjadi tindakan bila memiliki faktor lain seperti adanya fasilitas atau dorongan dari dalam diri berupa motivasi atau dari orang lain (Sarwono, 1997).

Salah satu teori dasar yang banyak dipakai oleh para peneliti kesehatan adalah model penentu siklus kehidupan (*life cycle determinants model*) yang dikemukakan oleh Andersen (1975). Teori ini difokuskan kepada faktor-faktor dari individu yang mempengaruhi mereka dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Teori Andersen dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa putusan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung kepada 3 faktor, yaitu:

#### **1. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)**

Faktor-faktor pada komponen ini menggambarkan ciri perorangan yang sudah ada sebelum seseorang itu sakit yang memberikan variasi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Faktor demografi, seperti usia, jenis kelamin, dan status perkawinan.

b. Faktor struktur social, seperti etnik, pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga.

Faktor ini mencerminkan pola hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

c. Faktor keyakinan terhadap kesehatan (*health beliefs*). Faktor ini merupakan sikap atau pandangan seseorang terhadap suatu obyek. Sikap ini dapat dianggap mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Faktor sikap dan kepercayaan (*health beliefs*), terutama kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan dan terhadap penyakit akan mempengaruhi perilaku. Keyakinan bahwa pelayanan kesehatan tersebut akan menolongnya menyembuhkan penyakit (termasuk didalamnya nilai-nilai terhadap kesehatan dan sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit).

## **2. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*)**

*Enabling* adalah keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Faktor ini dibagi menjadi 2 golongan :

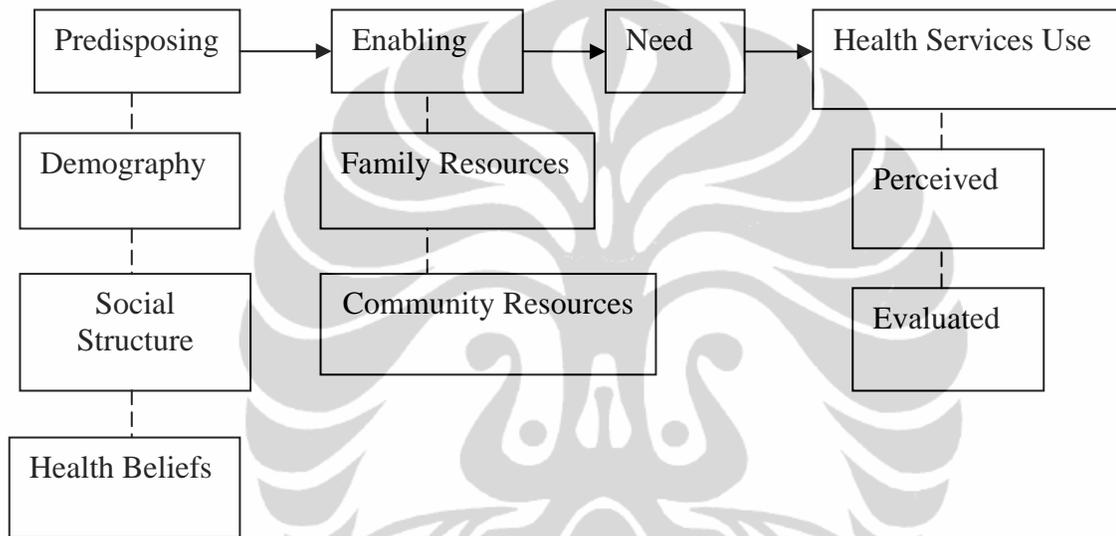
a. Sumber daya keluarga yaitu penghasilan keluarga, asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan. Penghasilan keluarga dianggap dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan asumsi bahwa makin tinggi penghasilan keluarga maka akan lebih leluasa untuk memeriksakan kesehatannya daripada seseorang dengan penghasilan terbatas.

b. Sumber daya masyarakat antara lain jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia disuatu wilayah tertentu, rasio penduduk dan lokasi pemukiman.

### 3. Faktor Kebutuhan (*Need Factor*)

Adanya faktor *predisposing* dan *enabling* pada seseorang maka diperlukan adanya kebutuhan agar memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan permintaan pelayanan kesehatan.

**Gambar 1: Ilustrasi Model Andersen**



Sumber : Notoatmodjo, 2003, p208 Pendidikan dan Perilaku Kesehatan

Sementara Denver (1994) dalam Kartini (2003) mendefinisikan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan hasil interaksi antara pengguna jasa (*user*) dan penyelenggara pelayanan (*provider*). Interaksi antara user dan provider ini dipengaruhi oleh beberapa faktor :

1. Faktor yang berhubungan dengan penyelenggara pelayanan.

Karakteristik penyelenggara pelayanan yang diberikan provider mulai dari tenaga sekuriti sampai tenaga dokter harus memahami bagaimana konsumen akan berinteraksi terhadap produk yang dihasilkannya antara lain keramahan pada saat berlangsungnya pelayanan.

2. Faktor ekonomi, penyediaan obat dan peralatan kesehatan dalam pelayanan dengan menggunakan teknologi canggih yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
3. Faktor yang berhubungan dengan pengguna pelayanan / konsumen antara lain :
  - a. Faktor sosiodemografi : umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.
  - b. Derajat sakit dan mobilitas pasien.

Menurut Feldstein (1993), faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain :

1. Insiden penyakit yang menggambarkan kejadian penyakit
2. Karakteristik demografi dan sosial budaya yang meliputi status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pendidikan, dan system nilai budaya yang ada pada keluarga dan masyarakat
3. Faktor ekonomi, antara lain pendapatan, harga pelayanan medis, dan nilai waktu yang digunakan untuk mencari pengobatan.

## **2.5 Penyalahgunaan Narkoba/Napza**

Morfin atau narkotika merupakan zat psikoaktif atau adiktif yang bekerja secara selektif melalui reseptor opioid yaitu tempat kerja bagi senyawa yang dibentuk tubuh (endogen) yang memiliki kemiripan kimiawi dengan narkotika (Dachlan, 2002).

Penyalahgunaan narkoba atau napza merupakan penggunaan narkoba yang bertujuan bukan untuk pengobatan atau yang digunakan tanpa indikasi atau pengawasan dokter, baik digunakan hanya sekali, berkali-kali atau terus menerus yang dapat menyebabkan ketagihan atau ketergantungan baik fisik maupun mental emosional sehingga dapat menyebabkan gangguan fisik, mental emosional dan fungsi sosial. Penyebab penyalahgunaan narkoba sangat kompleks yang merupakan interaksi antara faktor individu, faktor lingkungan dan faktor ketersediaan narkoba itu sendiri (Depkes, 2002).

Penyalahgunaan (*abuse*) adalah pemakaian narkoba yang bersifat patologik yang ditandai dengan ketidakmampuan mengurangi atau menghentikan, berusaha mengendalikan berulang kali, intoksikasi sepanjang hari dan terus menggunakan narkoba walaupun ada gangguan fisik. Keadaan ini akan mengakibatkan gangguan fungsional atau okupasional yaitu berperilaku agresif dan tidak wajar, ketidakmampuan melaksanakan tugas atau pekerjaan di luar ataupun didalam keluarga, interaksi social terganggu serta melakukan tindakan criminal atau melanggar hukum. Sedang ketergantungan (*dependence use*) adalah suatu keadaan dimana terjadi toleransi dan gejala putus obat bila pemakaian dihentikan atau dikurangi dosisnya.

Ketergantungan narkoba merupakan penyakit kompleks yang ditandai oleh dorongan tidak tertahan dan sukar dikendalikan untuk mengulangi kembali menyalahgunakan narkoba, karena hal tersebut maka terjadilah upaya mengulang kembali menyalahgunakan kembali walaupun secara sadar diketahui risiko yang menjadi akibatnya. Penyakit ini sering menjadi kronik dengan adanya episode “sembuh” dan “lambuh” walau kadang-kadang dijumpai abstinensia yang lama.

Dari pendapat-pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa penyalahguna narkoba adalah pemakai yang bersifat patologik baik secara terus-menerus ataupun sesekali sehingga menimbulkan ketagihan atau ketergantungan yang menyebabkan gangguan fisik, mental maupun sosial.

## **2.6 Penanggulangan Narkoba**

Penanggulangan narkoba dapat dibedakan menjadi 3 pokok kegiatan besar, yaitu *supply reduction* dengan mengurangi ketersediaan narkoba antara lain dengan cara menegakkan supremasi hukum tentang peredaran narkoba sehingga peredaran gelap narkoba dapat diberantas, pengawasan ketat terhadap kebutuhan narkoba untuk pengobatan sehingga terjamin legalitasnya. Kegiatan kedua adalah *demand reduction* yaitu mengurangi kebutuhan narkoba di luar kebutuhan pengobatan serta untuk upaya rehabilitasi terhadap penggunaan narkoba. Kegiatan yang terakhir adalah dengan *harm reduction* yaitu mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba, dengan

tujuan mengurangi penularan penyakit yang ditularkan melalui jarum suntik terutama HIV/AIDS, hepatitis B dan C dengan program pertukaran jarum suntik steril (*Sterile Syringe Exchange*) atau program terapi rumatan metadon.

Penatalaksanaan penderita penyalahgunaan narkoba merupakan suatu proses yang panjang dan memakan waktu yang relatif cukup lama dan melibatkan banyak bidang profesi. Pada dasarnya terapi dan rehabilitasi penderita ketergantungan narkoba tergantung pada teori dan filosofi yang mendasarinya, dalam ICD X digolongkan kedalam *Mental and Behavioral Disorders due to Psychoactive Substance Use*. Secara klinis ketergantungan narkoba memberikan gambaran yang berbeda-beda dan tergantung banyak faktor seperti jumlah dan jenis narkoba yang dikonsumsi, keparahan gangguan dan hendaya pribadi, kondisi umum dan psikiatri, konteks sosial dan lingkungan penderita. Tatalaksana terapi dan rehabilitasi narkoba dapat dilakukan dalam bentuk *out patient* (rawat jalan), *in patient* (rawat inap) dan *residency* (panti/pusat rehabilitasi) (Depkes, 2002).

Upaya pemberantasan narkoba sudah sering dilakukan, namun masih sedikit kemungkinan untuk menghindarkan narkoba dari kalangan remaja maupun dewasa bahkan anak-anak usia SD dan SMP pun banyak terjerumus narkoba. Hingga saat ini upaya yang paling efektif untuk mencegah penyalahgunaan narkoba pada anak-anak yaitu dari pendidikan keluarga. Peran orang tua diharapkan dapat mengawasi dan mendidik anaknya untuk menjauhi narkoba.

## **2.7 Dampak Penyalahgunaan Narkoba**

Bila narkoba digunakan secara terus menerus atau melebihi dosis yang telah ditetapkan akan mengakibatkan ketergantungan. Kecanduan ini yang akan menyebabkan gangguan fisik dan psikologis, karena telah terjadi kerusakan pada system saraf pusat (SSP) dan organ-organ tubuh lain seperti jantung, paru-paru, hati dan ginjal.

Dampak negatif penyalahgunaan narkoba antara lain :

1. Perubahan sikap, perangai dan kepribadian
2. Sering membolos, disiplin dan nilai-nilai pelajaran menurun (bagi pelajar)

3. Mudah tersinggung dan marah
4. Sering menguap, mengantuk dan malas
5. Tidak memperdulikan kesehatan diri
6. Suka mencuri untuk membeli narkoba
7. Bisa menyebabkan kegilaan, paranoid bahkan kematian

Dampak penyalahgunaan narkoba pada seseorang tergantung dari jenis narkoba yang digunakannya, kepribadian pemakai dan situasi dan kondisi si pemakai. Secara umum dampak kecanduan narkoba dapat terlihat pada fisik, psikis maupun sosial seseorang.

## 2.8 Terapi Napza

Penatalaksanaan ketergantungan narkoba dibedakan menjadi terapi dan rehabilitasi; keduanya harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Umumnya tujuan terapi ketergantungan narkoba adalah sebagai berikut (Wardani I.A 2007; Al Bachri 2002)

1. *Abstinensia* atau penghentian total penggunaan narkoba. Tujuan terapi ini tergolong sangat ideal, namun untuk mempertahankan abstinensia tersebut harus didukung dengan meminimalkan dampak langsung ataupun tidak langsung akibat penggunaan narkoba.
2. Pengurangan frekuensi dan keparahan kambuh. Tujuan utama adalah mencegah terjadinya kekambuhan. Opioid memiliki potensial ketergantungan yang cukup kuat sehingga sukar mencapai abstinensia, karena itu perlu beberapa alternative tindakan untuk mencegah kekambuhan seperti *relapse prevention progame, cognitive behavior therapy* dan *opiod antagonist maintenance therapy* dengan naltrekson.
3. Memperbaiki fungsi psikologi dan fungsi adaptasi sosial. Tujuannya adalah mengembalikan fungsi sosial dan psikologi pengguna narkoba serta mengurangi dampak akibat narkoba terutama penularan beberapa penyakit melalui jarum suntik tidak steril. Terapi rumatan metadon, *syringe exchange program* merupakan pilihan untuk mencapai terapi jenis ini.

## 2.9 Terapi Detoksifikasi

Terapi detoksifikasi merupakan langkah awal proses terapi ketergantungan opioid dan merupakan intervensi medik jangka singkat. Terapi detoksifikasi tidak dapat diberikan tunggal, tapi harus diikuti dengan rehabilitasi, karena jika hanya diberikan terapi detoksifikasi kemungkinan akan kambuh besar sekali. Tujuan dari terapi detoksifikasi opioid adalah sebagai berikut :

1. Mengurangi, meringankan, atau meredakan keparahan gejala putus opioida
2. Mengurangi keinginan, tuntutan dan kebutuhan pasien untuk “mengobati dirinya sendiri” dengan menggunakan zat-zat ilegal
3. Mempersiapkan proses lanjutan yang dikaitkan dengan modalitas terapi lainnya seperti *therapeutic community* atau berbagai jenis terapi rumatan lain
4. Menentukan dan memeriksa komplikasi fisik dan mental, serta mempersiapkan perencanaan jangka panjang, seperti HIV/AIDS, TB paru dan hepatitis.

Terapi detoksifikasi ini dibagi atas detoksifikasi jangka panjang (3-4 minggu) dengan menggunakan metadon, detoksifikasi jangka sedang (3-5 hari) dengan naltrekson, midazolam, klonidin dan detoksifikasi cepat (6-2 hari) atau rapid detox.

Judarwanto (2009) menyebutkan bahwa ada beberapa cara intervensi dalam upaya pencegahan pemakaian narkoba :

1. **Pencegahan awal.** Sebelum penyalahgunaan terjadi, biasanya dalam bentuk pendidikan, penyebaran informasi mengenai bahaya narkoba, pendekatan melalui keluarga dan lain-lain.
2. **Pengobatan.** Pada saat penggunaan telah terjadidan diperlukan upaya penyembuhan (treatment). Fase ini meliputi : Fase penerimaan awal (initial intake) antar 1-3 hari dengan melakukan pemeriksaan fisik mental, dan fase detoksifikasi dan terapi komplikasi medic, antara 1-3 minggu untuk melakukan pengurangan ketergantungan bahan-bahan aduktif secara bertahap.

3. **Rehabilitasi.** Yaitu upaya merehabilitasi mereka yang sudah memakai dan dalam proses penyembuhan. Tahap ini biasanya terdiri atas fase stabilisasi, antara 3-12 bulan, untuk mempersiapkan pengguna kembali ke masyarakat, dan fase sosialisasi dalam masyarakat, agar penyalahguna narkoba mampu mengembangkan kehidupan yang bermakna di masyarakat. Tahap ini biasanya berupa kegiatan konseling, membuat kelompok-kelompok dukungan dan mengembangkan kegiatan alternatif.

## 2.10 Terapi Rehabilitasi

Terapi rehabilitasi dilakukan setelah pasien didetoksifikasi. Tujuan dari rehabilitasi ini adalah untuk memotivasi pasien agar tidak kambuh, memulihkan rasa percaya diri, mengembalikan fungsi sosial. Beberapa bentuk pendekatan rehabilitasi antara lain :

### a. Program Antagonis Opiate (Naltrekson)

Program ini dikenal dengan istilah Opiat-ED Program (*Opiat Antagonist Maintenance Therapy*) yang merupakan kombinasi antara farmakoterapi dan konseling kelompok. Tujuan terapi ini adalah untuk mengurangi resiko relaps dan mencegah terjadinya ketergantungan fisik kembali. Naltrekson adalah suatu *potent competitive antagonist* pada reseptor opioid  $\mu$  karena itu naltrekson sangat baik digunakan untuk pasien-pasien non-dependent opioid abuser (misalnya pada beberapa orang yang dengan mudah menyelesaikan proses detoksifikasinya). Naltrekson dapat mengurangi kuat dan frekuensi datangnya *craving* sehingga bila pasien menggunakan opiat lagi tidak akan merasakan efeknya, karena itu dapat terjadi over dosis. Untuk itu diperlukan seleksi dan motivasi yang kuat sebelum melakukan terapi ini.

### b. Program Berorientasi Psikososial

Tujuan dari program berorientasi ini adalah untuk mengembangkan kepribadian dan sikap mental yang dewasa serta meningkatkan mutu dan kemampuan komunikasi interpersonal. Contoh terapi ini adalah *Behavior Therapy*, *Relapse prevention Training*, *supportive Expressive Pschotherapy*, dan *psychodrama*.

### **c. Therapic Community**

Program ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan sosial yang terapeutik, mempromosikan perubahan dengan cara mengembangkan harga diri dan tanggung jawab personal, memperbaiki sikap dan perilaku individu dan mendorong pengembangan *life* dan *social skill* melalui partisipasi dalam kegiatan sehari-hari secara rutin. Biasanya dalam terapi ini dipimpin oleh mantan pengguna narkoba yang telah dilatih dan terdidik. Setiap hari diadakan pertemuan yang membahas perilaku pecandu maupun staf serta hubungan pecandu dengan staf. Dari setiap pertemuan ini akan dilakukan penilaian dari perilaku dengan memberikan *reward* dan *punishment*.

### **d. Program Orientasi Sosial**

Pada program ini, menitik beratkan pada kegiatan sosial sehingga mereka dapat kembali lagi ke masyarakat dan keluarga secara normal.

### **e. Program Pendekatan Religi dan Spiritual**

Pendekatan religi secara agama ini telah diterima sebagai bagian dari penatalaksanaan ketergantungan narkoba. Dalam sidang umum WHO tahun 1984, terapi *holistic* yang dianjurkan meliputi 4 dimensi, yaitu terapi fisik/biologic yaitu dengan obat-obatan (*psikofarmaka*), terapi psikologik (*konseling/psikoterapi*), terapi psikososial (*readaptasi*), terapi psikospiritual/psikoreligius (*keimanan/faith*). Terapi psikoreligius merupakan bagian dari terapi terhadap pasien ketergantungan narkoba sebagai terapi terpadu, dengan dasar ilmu psiko-neuro-imunologi yang bertindak sebagai faktor psikologis positif guna meningkatkan kekebalan seseorang terhadap penyakit baik fisik maupun psikis. Kondisi psikologis seseorang berpengaruh terhadap fungsi kekebalan tubuh, yang pada akhirnya merupakan faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang dalam proses penyembuhan penyakit (Depkes 2002. Hawari D, 2002).

### 2.11 Terapi program Pasca Rawat

Terapi ini dilakukan setelah menjalani rehabilitasi untuk memperkecil kemungkinan kambuh. Menurut Ghodse et al detoksifikasi yang diikuti dengan program after care akan menghasilkan outcome jangka panjang yang lebih baik. Salah satu bentuk after care adalah *Narcotics Anonymous (NA)* yang merupakan self help group yaitu perkumpulan pasien ketergantungan narkoba yang berinteraksi secara dinamis dan saling memberikan dukungan. Prinsip pendekatan ini menggunakan pendekatan 12 langkah (*the twelve steps*) (Depkes 2002; Geller 1997; Wardani 2007).



## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM RSKD DUREN SAWIT**

#### **3.1 Latar Belakang**

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No 330/Menkes/SK/V/2009 tentang peningkatan kelas RS jiwa Duren Sawit milik pemerintah propinsi DKI Jakarta, Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit menjadi RS Jiwa Kelas A Khusus dan struktur organisasi yang berlaku saat ini peraturan Gubernur propinsi DKI Jakarta No 121 tahun 2009 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit.

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit yang biasa disingkat RSKD Duren Sawit, dengan bangunan yang kokoh mulai operasional secara resmi pada tanggal 19 Juni 2002.

Berlokasi di Jalan Duren Sawit Baru No. 2 Duren Sawit, Jakarta Timur. Lokasi rumah sakit yang cukup strategis di lingkungan masyarakat yang tergolong menengah, dimana kesadaran akan kesehatan dan hidup sehat yang semakin tinggi menjadi peluang yang dapat dikembangkan.

Status RS Duren Sawit Pemerintah Propinsi DKI Jakarta, sesuai dengan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 105 Tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS Duren Sawit Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

Tahun 2003 dengan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 17 tanggal 17 Maret 2003, status RS Duren Sawit ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah, dimana RSKD Duren Sawit diberi wewenang untuk dapat menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung.

Dan pada tahun 2007 RS Khusus Daerah Duren Sawit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah RSKD Duren Sawit secara penuh melalui SK Gubernur Nomor 2091 tanggal 28 Desember 2006.

Tahun 2009 struktur organisasi Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit disesuaikan dengan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No 121 tahun 2009, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit

**Tabel 3.1. Transformasi RSKD Duren Sawit**

TAHUN	TRANSFORMASI
1997	Keputusan Gubernur Propinsi DKI Jakarta No. 768 tahun 1997 tanggal 29 Mei 1997 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Duren Sawit pada Dinas Kesehatan DKI Jakarta
1997	Keputusan Menteri Kesehatan No. YM.02.04.3.3.2808 tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Jiwa dengan nama Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit, Jalan Duren Sawit Baru Jakarta Timur Propinsi DKI Jakarta
2001	SK Menkes RI No. 237/Menkes-Kesos/SK/III/2001 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit sebagai Rumah Sakit Jiwa Kelas B
2001	<p>SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta No. 105 tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Duren Sawit pada Dinas Kesehatan DKI Jakarta, adalah sebagai :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi DKI Jakarta, dan</li> <li>• pusat pelayanan jiwa dan penanggulangan narkoba didalam mengoptimalkan dukungan pelayanan pasien jiwa dan narkoba di DKI Jakarta</li> </ul>
2003	SK Gubernur No. 17 Tahun 2003 tentang Penetapan Uji Coba Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Unit Swadana Daerah, dimana RSKD Duren Sawit diberi wewenang untuk dapat menggunakan penerimaan

	fungsiionalnya secara langsung.
2006	SK Gubernur No. 2091 Tahun 2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah secara Penuh
2009	SK Mentri Kesehatan No 330/Menkes/SK/V/2009 tentang peningkatan kelas RS jiwa Duren Sawit milik pemerintah propinsi DKI Jakarta menjadi RS Jiwa Kelas A Khusus dan struktur organisasi yang berlaku saat ini peraturan Gubernur propinsi DKI Jakarta No 121 tahun 2009 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit

Sumber: Laporan tahunan RSKD DS 2007,2008,2009

### 3.2 Visi, Misi, Budaya dan Tata Nilai

#### 1. Visi

Merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit di masa yang akan datang. Visi yang efektif adalah visi yang dapat memunculkan inspirasi dimana hal itu dihubungkan dengan keinginan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik.

Visi RSKD Duren Sawit adalah ” Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Narkoba Secara Holistik Dan Terpercaya Di Indonesia”

#### 2. Misi

Adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Ketetapan misi rumah sakit sangat penting karena merupakan acuan kerja rumah sakit.

Adapun misi RSKD Duren Sawit adalah :

1. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa, narkoba dan komorbiditas dengan pendekatan mediko psikososial secara holistik.

2. Menerapkan tata kelola RSKD Duren Sawit secara profesional dan berkualitas yang bisa disejajarkan dengan RSKD Jiwa terbaik di Asia Pasifik.
3. Menjadi *centre of excellent* dalam pengembangan *human capital*.
4. Memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan pelayanan prioritas kepada masyarakat kurang mampu.
5. Meningkatkan nilai bagi stakeholder dan bekerja sama dengan stakeholder secara berkesinambungan.
6. Memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan kualitas sarana dan prasarana kota dengan menerapkan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh.

### 3. Budaya

- a. Rasa memiliki (ownership) di segala lini
- b. Komit pada pelanggan, mitra kerja dan etika
- c. Komunikatif dan speed respon
- d. Privasi dan kortesi
- e. Safety awareness

### 4. Tata Nilai (Values)

- a. P : *Profesional* (Berkualitas dalam semua bidang)
- b. R : *Responsible* (Ramah, tanggung jawab dalam pelayanan)
- c. A : *Active* (Aktif meningkatkan kompetensi)
- d. C : *Commitment* (Komitmen terhadap pelanggan)
- e. T : *Team Work* (Tim kerja yang kompak)
- f. I : *Innovative* (Inovasi dan improvement)
- g. C : *Comprehensive* (Komprehensif dalam semua layanan)
- h. E : *Emphaty* (Empati)

### 3.3 Tujuan, Tugas Pokok dan Fungsi

#### 1. Tujuan

- a. Menyediakan rumah sakit untuk gangguan kesehatan jiwa dan ketergantungan napza bagi masyarakat DKI Jakarta dengan memperhatikan fungsi sosial bagi masyarakat tidak mampu dan golongan ekonomi lemah sehingga berkontribusi terhadap meningkatnya kualitas hidup masyarakat pada tahun 2013 sesuai dengan visi Pemerintah Propinsi DKI Jakarta untuk mewujudkan Jakarta nyaman dan sejahtera untuk semua.
- b. Menggenapkan misi berdirinya Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit dengan memberikan pelayanan kesehatan jiwa, narkoba dan kormobiditas dengan pendekatan holistik yang meliputi pendekatan mediko, psiko dan sosial kepada masyarakat Jakarta khususnya dan masyarakat wilayah lainnya.
- c. Mengembangkan manajemen profesional berkualitas sesuai standar mutu terbaik yang digunakan di Asia Pasifik sehingga bisa menjamin penyediaan layanan prima bagi masyarakat.
- d. Menjadi rumah sakit dengan kualitas sumber daya manusia yang unggul sehingga menapaki taraf pusat implementasi human capital terbaik yang senantiasa menjadi acuan bagi rumah sakit-rumah sakit lain.
- e. Membina dan menyertakan masyarakat dalam meningkatkan taraf kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan priorias pelayanan kepada masyarakat kurang mampu.
- f. Meningkatkan peran penting Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit sebagai andalan Pemerintah Propinsi DKI Jakarta dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan napza masyarakat DKI Jakarta dan masyarakat lainnya.
- g. Berperan secara aktif dalam meningkatkan sarana dan prasarana kota dengan mengembangkan fasilitas rumah sakit secara unggul dan

berkesinambungan sejalan dengan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh.

## **2. Tugas Pokok**

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

## **3. Fungsi**

1. Pelayanan kesehatan mediko-psiko-sosial
2. Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat
3. Pelayanan penunjang
4. Pelayanan asuhan keperawatan
5. Pelayanan rehabilitasi dan rujukan
6. Pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan jiwa
7. Menyelenggarakan urusan administrasi dan keuangan

### **3.4 Arah perkembangan RSKD Duren Sawit**

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi tersebut maka komitmen RSKD Duren sawit adalah :

1. Memberikan pelayanan yang berorientasi terhadap kepuasan pelanggan.
2. Memfokuskan perhatian terhadap kinerja kunci proses internal yang mendorong dan mensupport pelayanan utama dan pendukung pelayanan utama rumah sakit.
3. Memperhatikan langsung seluruh faktor kunci kesuksesan pelayanan masa kini dan masa datang bagaimana menjamin kemampuan segenap personil yang ada untuk berubah dan melakukan perbaikan melalui proses pembelajaran dan pertumbuhan.

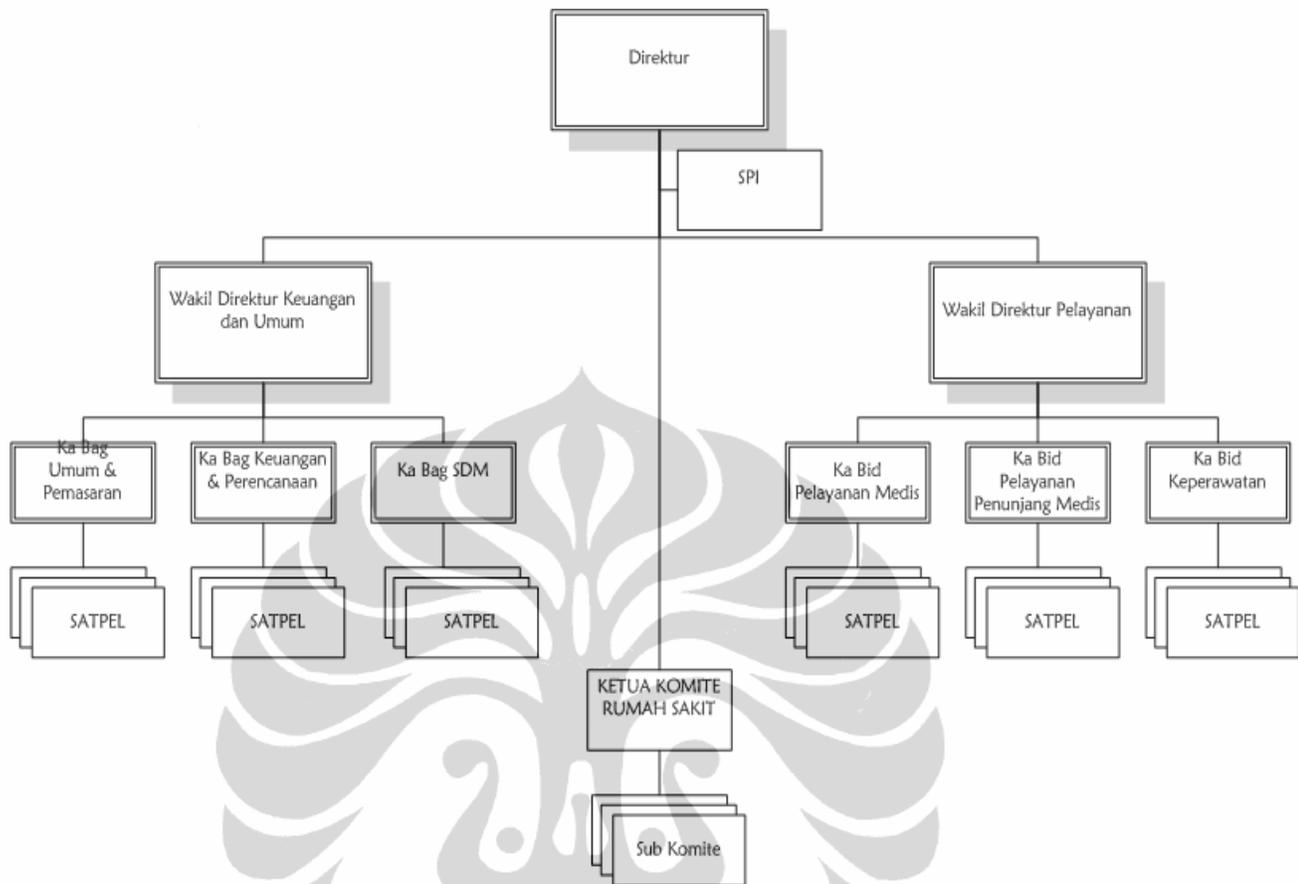
4. Meraih sukses secara finansial dengan mengupayakan pencapaian kinerja tertinggi dalam bidang keuangan.

Untuk tercapainya komitmen tersebut, RSKD Duren Sawit melakukan upaya terobosan dengan mewujudkan peningkatan mutu dan akuntabilitas pelayanan dengan :

1. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan pada institusi pelayanan sejenis yang bertaraf internasional.
2. Audit berkala untuk penerapan sistem manajemen mutu dan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja oleh badan sertifikasi internasional.
4. Penerapan Tool Six Sigma, Gugus Kendali Mutu, Patient Safety, Aplikasi Competency Human Development untuk mengukur kinerja individu.
5. Penerapan Total Quality Management (TQM).
6. Penilaian performance rumah sakit dengan criteria internasional Malcom Baldrige National Quality Award (MBNQA).

### **3.5 Struktur Organisasi**

Struktur organisasi Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 121 tahun 2009 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 330/MENKES/SK/V/2009 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta



### 3.6 Lokasi

Jalan Duren Sawit Baru No. 2 Duren Sawit, Jakarta Timur 13440. Telepon (021) 866 5555, 862 8686, 851 7601. Fax. (021) 862 8659. SMS (021) 7093 7676 UGD (021) 862 8718 IKEP (021) 866 08571, 866 08573.

### 3.7 Sarana, Prasarana dan Fasilitas

#### 1. RSKD Duren Sawit

- Luas tanah : 8.127 m<sup>2</sup>
- Luas bangunan : 9.522 m<sup>2</sup>
- Taman dan saluran air : 800 m<sup>2</sup>
- Daya listrik : 10.000 MV
- Sumber air : PAM dan sumur dalam

- Sarana komunikasi : Telepon, mesin fax dan sound System

Terdiri dari 3 blok, yaitu :

1. Blok A, terdiri dari 4 lantai dengan luas bangunan 5.236 m<sup>2</sup>, berfungsi sebagai :
  - a. Lantai I, terdiri dari lobi, poliklinik anak, kebidanan, THT, paru-paru, penyakit dalam, mata gigi, unit farmasi, counter farmasi, counter pendaftaran dan unit rekam medis.
  - b. Lantai II, terdiri dari ruang psikologi, psikiatri, neurologi, rehabilitasi medik, laboratorium dan radiologi.
  - c. Lantai III, terdiri dari Ruang Perawatan Arbei dan Apricot yang berfungsi sebagai ruang perawatan psikiatri narkoba (ruang detoksifikasi dan rehabilitasi).
  - d. Lantai IV, terdiri dari ruang manajemen, fitness centre dan aula.
2. Blok B, terdiri dari 4 lantai dengan luas bangunan 2.250 m<sup>2</sup>, berfungsi sebagai :
  - a. Lantai I, terdiri dari poliklinik jiwa dan narkoba.
  - b. Lantai II, terdiri dari Ruang Perawatan Belimbing yang berfungsi sebagai ruang perawatan pasien jiwa kelas III.
  - c. Lantai III, terdiri dari ruang rehabilitasi narkoba dimana terdapat ruang musik, fitness dan kegiatan rehabilitasi lainnya.
  - d. Lantai IV, terdiri dari Ruang Perawatan Berry yang berfungsi sebagai ruang perawatan pasien jiwa kelas I.

3. Blok C, terdiri dari 2 lantai dengan luas bangunan 1.235 m<sup>2</sup>, berfungsi sebagai :
  - a. Lantai I, terdiri dari laboratorium klinik untuk mendeteksi narkoba dan IGD, instalasi gizi, laundry, pemulasaran jenazah, IPSRS, ruang genset, hydrant dan PLN.
  - b. Lantai II, terdiri dari ruang HCU.
2. Gedung Instalasi Kegawatdaruratan Emosi dan Perilaku (IKEP)
  - Luas tanah : 551 m<sup>2</sup>
  - Luas bangunan : 547 m<sup>2</sup>
  - Daya listrik : 1.200 MV
  - Sumber air : PAM dan sumur dalam
  - Sarana komunikasi : Telepon

Terdiri dari 4 lantai, berfungsi sebagai :

1. Lantai I, terdiri dari Ruang Perawatan Durian yang berfungsi sebagai ruang perawatan pasien jiwa akut, ruang perawat, ruang tindakan, ruang pameran, panel dan pantry.
2. Lantai II, terdiri dari Ruang Perawatan Delima yang berfungsi sebagai ruang perawatan pasien jiwa subakut wanita.
3. Lantai III, terdiri dari Ruang Perawatan Dukuh yang berfungsi sebagai ruang perawatan pasien jiwa subakut laki-laki, ruang perawat dan gudang.
4. Lantai IV, ruang menjahit, ruang bersama, ruang konsultasi, ruang lukis, ruang bengkel/pertukangan dan kantor.
5. Lantai V, terdiri dari panel dan water tourent.

### 3.8 Ketenagaan

**Tabel 3.2. Kondisi Sumber Daya Manusia per Desember 2008 dan Formasi 2009**

NO	URAIAN	2008			FORMASI 2009
		PNS	PTT/NON PNS	TOTAL	PNS/NON PNS
<b>1</b>	<b>Medis</b>				
	MSc	1	0	1	0
	MARS	5	0	5	0
	Psikiater	5	1	6	3
	Dokter Umum	4	3/4	11	0
	Dokter Gigi	4	0	4	1
	Dokter Spesialis				
	• Neurologi	1	0	1	1
	• Anestesi	0	0	0	2
	• Patologi Klinik	1	0	1	0
	• Radiologi	3	0	3	0
	• Kulit	2	0	2	0
	• Anak	1	0	1	1
	• Mata	1	0	1	1
	• Obstetri dan ginaekologi	2	0	2	0
	• Penyakit Dalam	1	0	1	1
	• Paru	2	0	2	0
	• Rehabilitasi Medik	1	0	1	1
	• Bedah	0	0	0	2
	• THT	2	0	2	0
	• Ortodonti	1	0	1	1
• Bedah Mulut	0	0	0	1	
	<b>Sub total</b>	<b>37</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Perawat</b>				
	S1 Keperawatan Ns	2	2/2	6	1
	S1 Keperawatan	1	2	3	0
	DIII Keperawatan	17	37/57	111	1
	DIII Kebidanan	0	0	0	2
	DI Kebidanan	0	1	1	1
	SPRG	1	0	1	1
	SPK	6	3/2	11	0
	Pekarya	0	2	2	2
	<b>Sub total</b>	<b>27</b>	<b>108</b>	<b>135</b>	<b>7</b>

NO	URAIAN	2008			FORMASI 2009
		PNS	PTT/NON PNS	TOTAL	PNS/NON PNS
3	<b>Non medis</b>				
	S1 Gizi	0	0	0	1
	DIII Gizi	0	2	2	3
	SMKK	0	2	2	1
	Nutrisionis	0	0	0	2
	DIII Akademi Kesehatan	0	0	0	4
	DIII Radiologi	1	3	4	0
	S1 Kesehatan Lingkungan	1	0	1	1
	DIII Akademi Kesehatan Lingkungan	0	1	1	0
	DIII Atem	0	2	2	0
	DIII Anastesi	0	0	0	2
	Tehniker gigi	0	0	0	1
	Refraksionis	0	1	1	1
	Fisioterapi	1	3/1	5	0
	Fisiookupasi	0	2	2	0
	Apoteker	1	1	2	0
	Asisten apoteker	1	2/6	9	0
	Analisis laboratorium	0	2/2	4	0
	Sanitarian	0	0	0	2
	S1 Sosial	0	2	2	0
	S1 Hukum	0	1	1	0
	S1 Pendidikan	1	1	2	0
	S1 Pekerja Sosial	0	0	0	3
	DIII Pekerja sosial	0	0	0	2
	DIII Perumahsakitan	0	1/5	6	0
	DIII PKIP	0	1	1	0
	DIII Analisis kesehatan	1	3	4	0
	S1 Psikologi	2	2	4	0
	Konselor	0	3	3	0
	Speech terapis	0	1	1	1
	Family terapis	0	0	0	1
	Okupasional terapis	0	0	0	5
	SKM	3	2	5	1
	DIII Rekam medik	0	1/1	2	4
DIII Pariwisata	0	1	1	0	
S1Komputer	0	4	4	0	
DIII Komputer	0	5	5	0	
DIII Instalasi elektro					

NO	URAIAN	2008			FORMASI 2009
		PNS	PTT/NON PNS	TOTAL	PNS/NON PNS
	S1 Akuntansi	0	1	1	1
	S1 Manajemen	0	3	4	6
	S1 Tehnik	1	7	8	0
	DIII Akuntansi	0	1	1	1
	SLTA/SMEA	0	2	2	0
	STM Mesin	4	44	48	12
	STM Listrik	0	3	3	0
	STM Elektro	0	1	1	1
	STM Mekanik	0	0	0	3
	Umum	0	6	6	0
	SMP	0	3	3	0
	<b>Subtotal</b>	<b>16</b>	<b>134</b>	<b>153</b>	<b>59</b>
	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>250</b>	<b>332</b>	<b>81</b>

Sumber : Buku laporan tahunan tahun 2008

### 3.9. Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan

Ruang lingkup pelayanan RSKD Duren Sawit adalah pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang membutuhkan dengan kekhususan pelayanan jiwa dan narkoba.

#### 1. Lokasi

Unit Rawat Jalan terletak di Gedung RSKD Duren Sawit :

- Blok A :

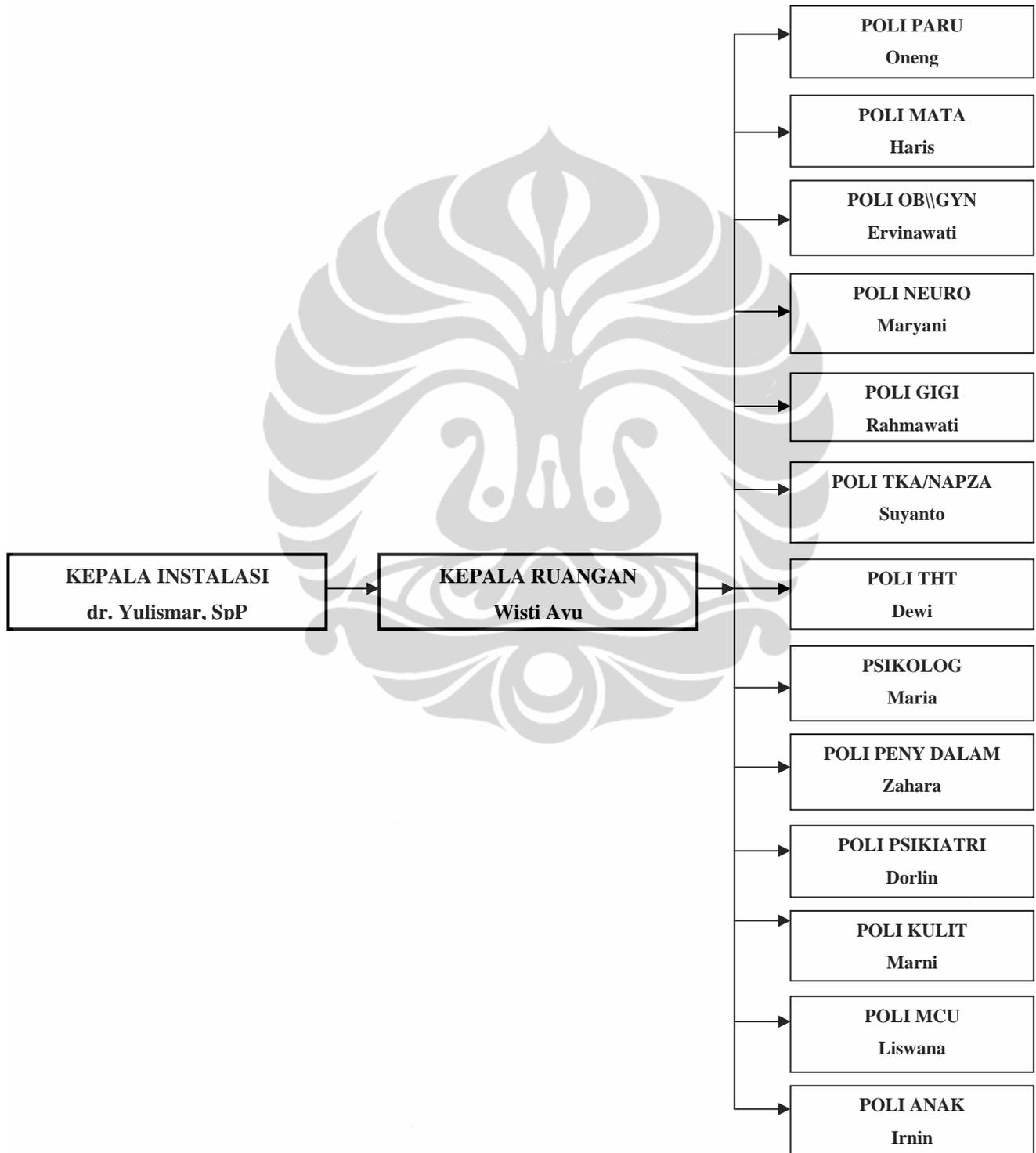
> Lantai I : Poliklinik anak, kebidanan, THT, paru-paru, penyakit dalam, mata dan gigi.

> Lantai II : Ruang psikologi, psikiatri dan neurologi.

- Blok B lantai I : Poliklinik jiwa dan narkoba.

### 3.10 Struktur Organisasi

#### Struktur Organisasi Unit Rawat Jalan RSKD Duren Sawit



### **3.11. Sumber Daya Manusia**

- 2 Spesialis Paru
- 1 Spesialis Mata
- 1 Spesialis Kebidanan
- 1 Spesialis Saraf
- 2 Spesialis Kulit dan Kelamin
- 2 Spesialis THT
- 2 Spesialis Anak
- 5 Psikiater
- 1 Psikolog
- 2 Dokter Umum
- 4 Dokter Gigi
- 1 Sarjana Keperawatan
- 9 Akademi Keperawatan
- 1 Sarjana Perawat Gigi
- 1 Sarjana Psikologi
- 1 Refraksionis
- 1 Bidan

### **3.12 Fasilitas Pelayanan**

Terdiri dari poli-poli spesialis yang terintegrasi dalam mendukung visi dan misi RSKD Duren Sawit sebagai rumah sakit khusus jiwa dan narkoba, yang meliputi :

- Klinik psikiatri tumbuh kembang anak
- Klinik psikogeriatri (dewasa dan usia lanjut), terdiri dari :
  1. Dokter spesialis kedokteran jiwa
  2. Dokter spesialis penyakit dalam
  3. Dokter spesialis saraf
  4. Dokter spesialis rehabilitasi medik
  5. Psikolog

- Klinik psikosomatis, terdiri dari :
  1. Dokter spesialis kedokteran jiwa
  2. Dokter spesialis penyakit dalam
  3. Dokter spesialis paru
  4. Dokter spesialis saraf
  5. Dokter spesialis kulit
  6. Dokter spesialis mata
  7. Dokter gigi
  8. Psikolog
- i. Poliklinik kesehatan peduli remaja (PKPR)
- j. Layanan kesehatan jiwa masyarakat (Keswamas)
  1. Layanan konsultasi psikiatri (puskesmas dan panti laras)
  2. Family gathering psikiatry
  3. Penyuluhan napza/kesehatan jiwa
  4. Penyuluhan kesehatan masyarakat dan sekolah

Tim keswamas, terdiri dari :

1. Psikiater
  2. Psikolog
  3. Konselor
  4. Perawat
  5. Pekerja sosial dan lain-lain
- Klinik napza, pemeriksaan HIV test dan VCT

Selain itu Unit Rawat Jalan RSKD Duren Sawit juga didukung oleh dokter spesialis dan psikolog klinis yang terdiri dari :

Poli kesehatan jiwa

- Poli saraf
- Poli penyakit dalam

- Poli telinga, hidung dan tenggorok
- Poli kebidanan dan penyakit kandungan
- Poli penyakit kulit dan kelamin
- Poli gigi dan mulut dan bedah ortodonti
- Poli psikologi
- Poli paru
- Poli mata
- Poli anak
- Poli gigi dan bedah mulut

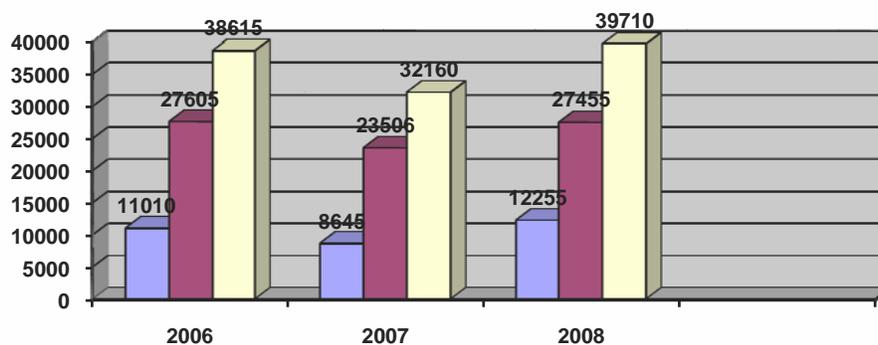
### 3.13 Kinerja Pelayanan

**Tabel 3.3 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan (Kunjungan Baru dan Lama)  
Tahun 2006-2008**

NO.	TAHUN	BARU	LAMA	JUMLAH
1	2006	11.010	27.605	38.615
2	2007	8.645	23.506	32.160
3	2008	12.255	27.455	39.710

Sumber: Buku Laporan Tahunan 2006,2007,2008

**Grafik 3.1 Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan Tahun 2006-2008**



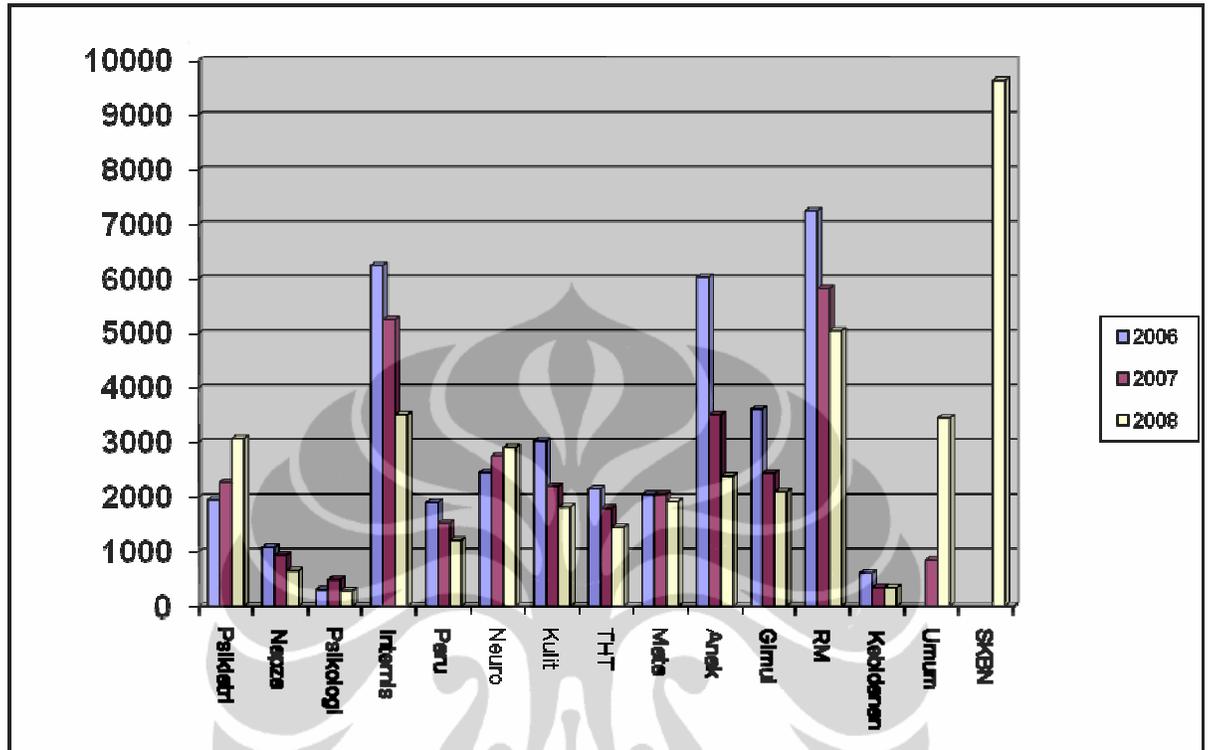
Dari tabel dan grafik di atas dapat dilihat bahwa rata-rata jumlah kunjungan Rawat Jalan meningkat pada tahun 2008 dibandingkan dengan tahun 2006 dari 38.645 kunjungan dan tahun 2007 dari 32.460 menjadi 39.710 kunjungan.

**Tabel 3.4 Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan Tahun 2006-2008 berdasarkan Poliklinik**

NO	POLIKLINIK	JUMLAH KUNJUNGAN		
		2006	2007	2008
1	PSIKIATRI	1.943	2.264	3.065
2	<b>NAPZA</b>	<b>1.075</b>	<b>933</b>	<b>647</b>
3	PSIKOLOGI	296	484	280
4	PENYAKIT DALAM	6.239	5.249	3.505
5	PARU	1.895	1.519	1.203
6	NEUROLOGI	2.445	2.748	2.905
7	KULIT	3.020	2.194	1.813
8	THT	2.147	1.788	1.448
9	MATA	2.044	2.045	1.917
10	ANAK	6.023	3.505	2.379
11	KESEHATAN GIGI/MULUT	3.608	2.433	2.094
12	REHABILITASI MEDIK	7.239	5.816	5.044
13	KEBIDANAN	608	337	335
14	POLI UMUM	-	845	3.448
15	SKBN dan MMPI	-	-	9.627
<b>JUMLAH</b>		<b>38.615</b>	<b>32.160</b>	<b>39.710</b>

Dari tabel terlihat angka kunjungan pasien poli napza tiap tahunnya mengalami penurunan. Untuk data kunjungan pasien tahun 2009, didapat dari buku laporan registrasi harian pasien yang terdata bahwa angka kunjungan di tahun 2009 sebanyak 238 pasien.

**Grafik 3.2 Peningkatan/Penurunan Jumlah Pasien Baru Unit Rawat Jalan RSKD Duren Sawit Tahun 2006-2008**



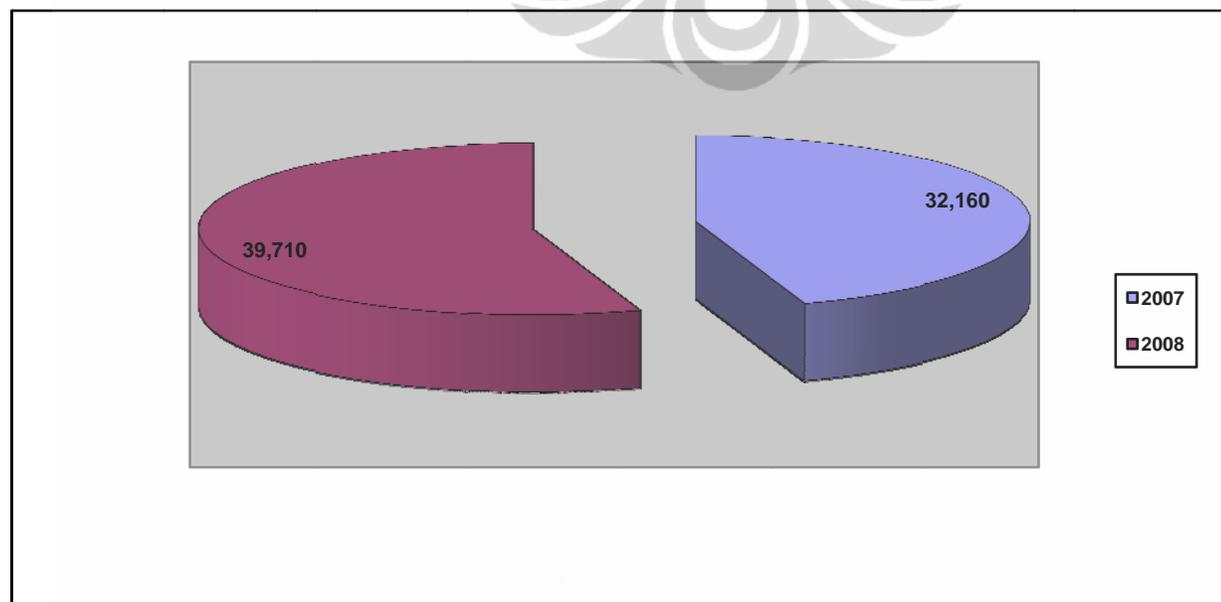
Dari grafik dapat dilihat angka penurunan jumlah pasien di hampir semua unit rawat jalan, sedangkan peningkatan jumlah pasien pada unit psikiatri, neurologi dan umum dan mulai tahun 2008 RSKD Duren sawit menerima pemeriksaan surat keterangan bebas narkoba (SKBN).

**Tabel 3.5 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan (Kunjungan Baru dan Lama)  
Tahun 2007-2008 berdasarkan Poliklinik**

NO	POLIKLINIK	2007			2008			PENINGKATAN/ PENURUNAN
		BARU	LAMA	JUMLAH	BARU	LAMA	JUMLAH	
1	PSIKIATRI	347	1.917	2.264	322	2.743	3.065	35
2	NAPZA	<b>607</b>	<b>326</b>	<b>933</b>	<b>407</b>	<b>240</b>	<b>647</b>	<b>(31)</b>
3	PSIKOLOGI	448	36	484	240	40	280	(42)
4	PENYAKIT DALAM	1.086	4.163	5.249	491	3.014	3505	(33)
5	PARU	187	1.332	1.519	181	1.022	1.203	(21)
6	NEUROLOGI	488	2.260	2.748	517	2.388	2.905	6
7	KULIT	702	1.492	2.194	575	1.238	1.813	(17)
8	THT	1.147	641	1.788	942	506	1.448	(19)
9	MATA	961	1.084	2.045	910	1.007	1.917	(6)
10	ANAK	841	2.664	3.505	489	1.890	2.379	(32)
11	KESEHATAN GIGI/MULUT	931	1.502	2.433	831	1.263	2.094	(14)
12	REHABILITASI MEDIK	332	5.484	5.816	268	4.776	5.044	(13)
13	KEBIDANAN	164	173	337	146	189	335	(1)
14	POLI UMUM	413	532	845	1.928	1.520	3.448	308
15	SKBN dan MMPI	-	-	-	4.008	5.619	9.627	
<b>JUMLAH</b>		<b>8.654</b>	<b>23.506</b>	<b>32.160</b>	<b>12.255</b>	<b>27.455</b>	<b>39.710</b>	<b>23%</b>

Sumber : Laporan tahunan RSKD Duren sawit Tahun 2007-2008

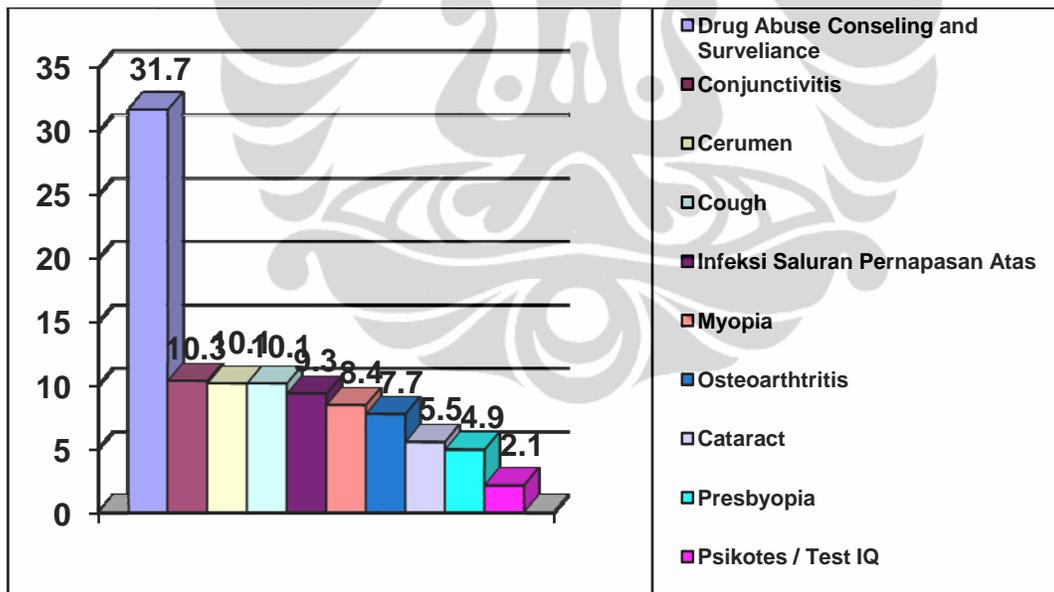
**Grafik 3.3. Prosentase Peningkatan/Penurunan Jumlah Pasien Tahun 2007-2008**



Pada grafik secara umum terjadi penurunan jumlah kunjungan pada hampir seluruh poliklinik. Kecuali pada poliklinik umum terjadi peningkatan kunjungan pada tahun 2008 sebesar 308 % (dari kunjungan 845 menjadi 3.448 kunjungan), poliklinik psikiatri 35 % (dari 2.264 kunjungan menjadi 3.065 kunjungan) dan poliklinik Neurologi/Syaraf sebesar 6 % (dari 2.748 kunjungan menjadi 2.905 kunjungan) dibandingkan dengan tahun 2007.

Dari grafik di atas juga dapat dilihat bahwa rata-rata jumlah kunjungan Rawat Jalan tahun 2008 dibandingkan dengan tahun 2007 mengalami peningkatan sebesar 23 % (dari 32.160 kunjungan menjadi 39.710 kunjungan). Peningkatan kunjungan ini disebabkan karena adanya pemeriksaan SKBN dan MMPI (9.627 kunjungan).

**Grafik 3.4. Keadaan Morbiditas Rawat Jalan 10 Penyakit Terbanyak Tahun 2008**



Dari tabel dan grafik di atas dapat dilihat bahwa diagnosa Drug Abuse Conseling and Surveliance masuk dalam Morbiditas 10 penyakit terbanyak tahun 2008.

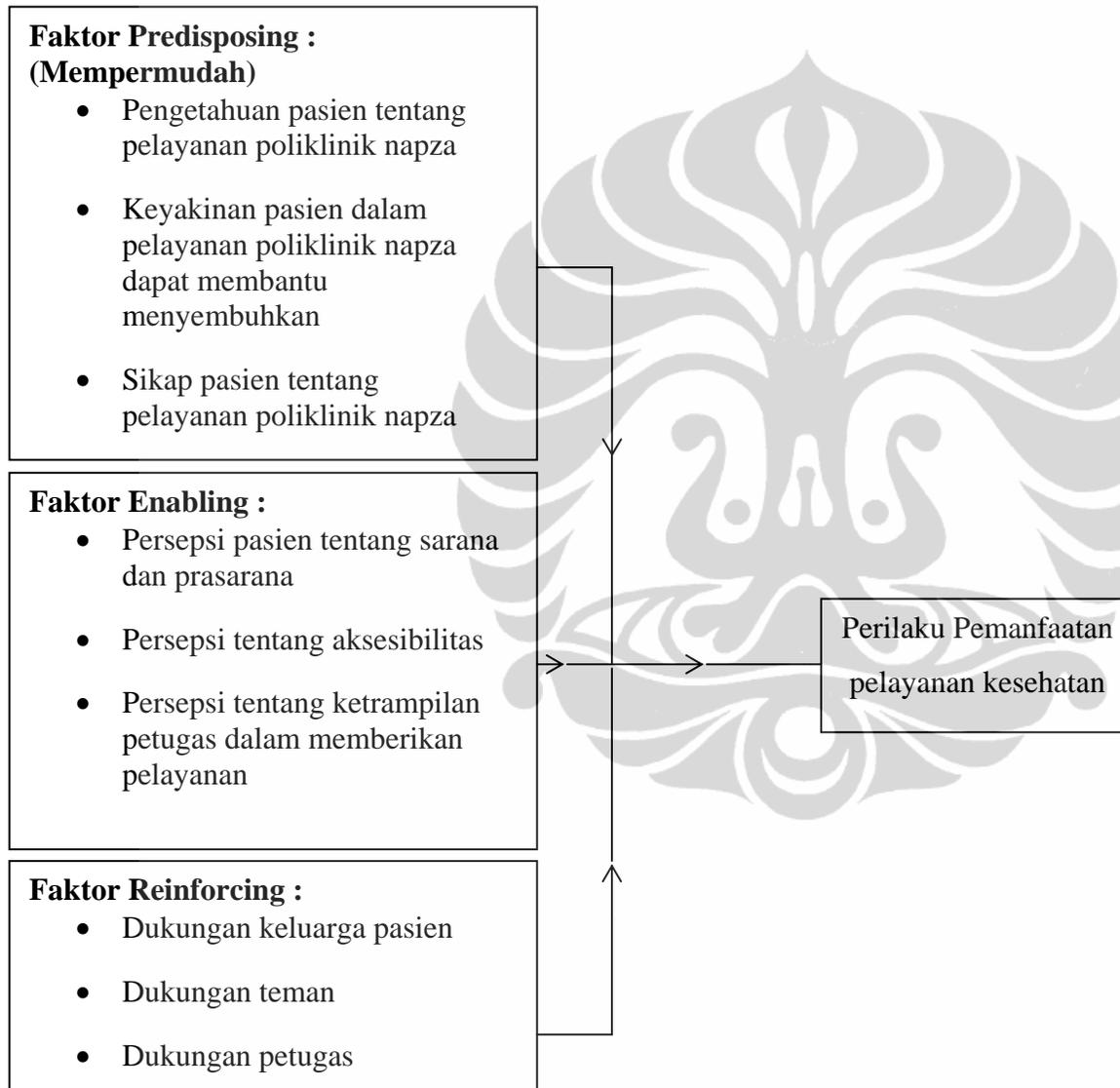
## BAB IV

### KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

#### 4.1 Kerangka Pikir

Perilaku Pemanfaatan pelayanan poliklinik napza oleh pengguna jasa pelayanan, penyelenggara pelayanan dan pendukung pelayanan di RSKD Duren Sawit adalah hasil dari proses pencarian terhadap pelayanan kesehatan. Rendahnya pemanfaatan pelayanan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit berkaitan dengan beberapa faktor yang akan menentukan pasien untuk datang ketempat fasilitas pelayanan.

Dalam penelitian ini menggunakan Teori model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Lawrence Green (1980) dengan variable penelitian dikelompokkan atas 3 (tiga) faktor yaitu *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcement factor*. Dalam penelitian ini dilakukan modifikasi pada beberapa variabel yang ada pada kerangka teori, sehingga tidak semua variabel yang termasuk dalam kerangka teori dimasukan kedalam kerangka pemikiran. Variabel yang dipergunakan dalam penelitian ini antara lain : faktor predisposisi (*predisposing*) yang meliputi pengetahuan pasien tentang pelayanan poliklinik napza (poliklinik untuk berobat, konsultasi dan rehabilitasi, definisi napza, efek samping dan terapi napza)), keyakinan pasien dengan berobat dapat membantu menyembuhkan dan sikap dari pasien terhadap pelayanan poliklinik napza dianggap telah mewakili untuk memberikan gambaran untuk pasien mau atau termotivasi untuk berobat. Faktor pemungkin (*enabling*) yang digunakan dalam penelitian ini adalah persepsi terhadap sarana dan prasarana yang merupakan variabel ketersediaan sumber daya kesehatan, persepsi terhadap aksesibilitas yang termasuk variabel keterjangkauan sumber daya kesehatan dan persepsi terhadap ketrampilan petugas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Faktor penguat (*reinforcing*) dalam penelitian ini adalah adanya dukungan keluarga, dukungan teman, dan dukungan dari petugas kesehatan Kerangka pemikiran penelitian ini digambarkan dalam skema berikut ini :



## 4.2 Definisi Istilah

### 4.2.1 Faktor Predisposing

No	Istilah	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Informan	Metode
1	Pengetahuan pasien tentang pelayanan poliklinik napza	Segala sesuatu yang diketahui informan tentang pelayanan poli napza, definisi napza, efek samping dan terapi napza saat dilakukan penelitian	Panduan wawancara	Poli napza adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien napza yang masuk RS untuk keperluan observasi, diagnosa dan pengobatan napza tanpa tinggal di ruang rawat inap. Napza adalah narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya. Efek Samping napza antara	Pasien Napza atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS dan mantan pasien napza	Wawancara Mendalam

				lain over dosis, hepatitis C, HIV/AIDS, penyakit jantung dan paru.  Terapi Napza : substitusi (metadon, subutek), detoksifikasi dan rehabilitasi		
2	Keyakinan Pasien bahwa pelayanan poliklinik napza dapat membantu menyembuhkan	Keyakinan yang ada pada diri seseorang untuk berobat dan sembuh karena dorongan dari diri sendiri, keluarga atau teman, dan mengetahui RSDS memiliki fasilitas pelayanan napza.	Panduan wawancara	Keyakinan untuk sembuh berasal dari diri sendiri dan keluarga.  Mengetahui RSDS dari keluarga, teman dan dari informasi lainnya.	Pasien Napza atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS dan mantan pasien	Wawancara Mendalam
3	Sikap Pasien	Sikap adalah reaksi	Panduan	Pelayanan petugas baik dan	Pasien Napza atau	Wawancara

tentang pelayanan poliklinik napza	seseorang terhadap pelayanan petugas shg informan mau berobat	wawancara	ramah, sarana prasarana lengkap dan tersedia	keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS dan mantan pasien	Mendalam
------------------------------------	---	-----------	--	---	----------

#### 4.2.2 Faktor Enabling

No	Istilah	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Informan	Metode
1	Persepsi thd sarana prasarana	Ketersediaan sarana prasarana oleh suatu RS untuk memberikan pelayanan kepada pasien napza	Panduan wawancara dan pedoman DKT	Sarana prasaran lengkap dan tersedia (ruang periksa nyaman, ruang tunggu bersih, gedung yang bagus, dll)	Pasien atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS, mantan pasien dan petugas RS	Wawancara Mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah
2	Persepsi thd aksesibilitas	Jarak, rentang waktu, biaya dibutuhkan seseorang untuk menjangkau fasilitas kesehatan	Panduan wawancara	Jarak tempuh dari lokasi tempat tinggal tidak lebih dari 1 jam. Biaya yang dibutuhkan untuk mencapai RS tidak lebih dari Rp.5000,-	Pasien atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS dan mantan pasien	Wawancara Mendalam

3	Persepsi Tentang ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan	Ketrampilan petugas yang ditandai dengan pelayanan yang baik dan keramahan kepada pasien	Panduan wawancara dan pedoman DKT	Mampu memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan pendidikan dan ketrampilan yang dimiliki petugas	Pasien atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS, mantan pasien dan petugas RS	Wawancara Mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah
---	---	--	-----------------------------------	---	---	---

#### 4.2.3 Faktor Reinforcing

No	Istilah	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Informan	Metode
1	Dukungan keluarga	Dorongan dari seseorang yang memiliki ikatan darah yang membuat pasien napza mau berobat	Panduan wawancara dan pedoman DKT	Adanya dukungan dari orang tua, kakak, adik dan saudara agar pasien mau berobat	1.Pasien napza atau keluarga pasien yang berobat ke RSKD DS, mantan pasien dan petugas RS	Wawancara Mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah
2	Dukungan teman	Dorongan dari seseorang yang memiliki ikatan	Panduan wawancara dan	Adanya dukungan dari teman, sahabat, guru agar pasien mau berobat	Pasien napza atau keluarga pasien yg berobat ke RSKD DS,	Wawancara Mendalam dan Diskusi

		pertemanan yang membuat pasien mau berobat	pedoman DKT		Mantan pasien dan Petugas RS	Kelompok Terarah
3	Dukungan Petugas	Dorongan dari seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang membuat pasien mau berobat	Panduan wawancara dan pedoman DKT	Adanya dukungan dari dokter, perawat dan konselor agar pasien mau berobat	Pasien napza atau keluarga pasien yg berobat ke RSKD DS, Mantan pasien dan Petugas RS	Wawancara Mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah



## **BAB V**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan untuk menganalisa pemanfaatan pelayanan poliklinik napza ini adalah dengan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mendapat informasi yang mendalam mengenai pemanfaatan poli napza oleh pengguna dan penyelenggara pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit.

Penelitian kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati (Moleong 2001). Penelitian kualitatif ini memungkinkan kita mendapatkan hal-hal yang tersirat mengenai sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku target populasi (Depkes, 2002 dalam Supriyatnataris, 2007).

#### **5.2 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Dan Narkoba Duren Sawit. Penelitian dilakukan selama 2 (dua) bulan pada bulan Maret sampai Mei 2010, yaitu bulan Maret sampai Mei minggu kedua melakukan pengambilan data dibagian rawat jalan khususnya poliklinik napza dan pada bulan mei melakukan pengolahan dan analisis Data.

#### **5.3. Informan Penelitian**

Informan kunci dalam penelitian ini adalah 5 (lima) orang pasien yang sedang memanfaatkan pelayanan poliklinik napza. Semua informan ini telah menjalani terapi di poli napza lebih dari 6 (enam bulan). Kriteria ini didapat dari hasil wawancara mendalam dan laporan registrasi harian poli napza RSKD Duren Sawit. Informan pendukung penelitian terdiri atas :

1. Dua orang mantan pasien yang pernah berobat di poli napza. Mantan pasien ini pernah memanfaatkan pelayanan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit antara tahun 2003 sampai 2004.
2. Satu orang wakil direktur pelayanan medis
3. Satu orang kepala instalasi rawat jalan
4. Satu orang Kepala pelayanan rehabilitasi
5. Satu orang dokter psikiatri poliklinik napza
6. Tujuh orang petugas rumah sakit yang terdiri atas lima orang perawat dan dua orang konselor.

## **5.4 Prosedur Pengumpulan Data**

### **5.4.1 Pengumpul Data**

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dibantu oleh satu orang pencatat. Dalam setiap pengumpulan data wawancara mendalam dilakukan peneliti sendiri menggunakan panduan pedoman wawancara, *tape recorder* untuk merekam proses wawancara dan alat pencatat. Dalam diskusi kelompok terarah peneliti dibantu oleh satu orang pencatat.

### **5.4.2 Metode Pengumpulan Data**

Metode dalam penelitian ini dengan wawancara mendalam (WM) dengan menggunakan pedoman wawancara, diskusi kelompok terarah (DKT) menggunakan pedoman DKT dan telaah dokumen.

### **5.4.3 Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan panduan diskusi kelompok terarah untuk masing-masing informan (terlampir), yaitu :

1. Pedoman wawancara untuk pasien dan mantan pasien
2. Pedoman wawancara untuk wadir yanmed, kepala instalasi rawat jalan, kepala rehabilitasi dan dokter poliklinik napza
3. Panduan diskusi kelompok terarah untuk petugas RS

#### **5.4.4 Uji Coba Instrumen**

Sebelum dilakukan pengumpulan data, instrumen penelitian dilakukan uji coba pada pasien poliklinik napza RSKD Duren Sawit dan petugas RSKD Duren Sawit yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan informan penelitian.

#### **5.4.5 Jenis Informasi yang Dikumpulkan**

Jenis informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah :

1. Informasi pengetahuan pasien tentang pemanfaatan pelayanan poliklinik napza.
2. Informasi keyakinan pasien tentang pemanfaatan pelayanan poliklinik napza akan dapat membantu menyembuhkan ketergantungan.
3. Informasi sikap pasien terhadap pelayanan poliklinik napza
4. Informasi tentang persepsi sarana dan prasarana
5. Informasi tentang persepsi aksesibilitas
6. Informasi tentang ketrampilan petugas
7. Informasi tentang dukungan keluarga
8. Informasi tentang dukungan teman
9. Informasi tentang dukungan petugas

Lebih lengkapnya jenis data , sumber data dan metode pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dilihat pada matriks lampiran 1.

#### **5.4.6 Informed consent**

Sebelum dilakukan wawancara mendalam informan diminta persetujuannya untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian. Disampaikan juga bahwa segala informasi yang disampaikan akan dijaga kerahasiaannya. Informan berhak untuk ikut atau tidak ikut dalam kegiatan penelitian.

Informan (kunci dan pendukung) yang ikut dalam penelitian agar mengisi form persetujuan yang telah disediakan petugas.

#### **5.4.7 Pengumpulan Data**

Awal Pengumpulan data dilakukan wawancara mendalam terhadap pasien dan mantan pasien dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PWM1), untuk menggali informasi mendalam tentang faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan informan (apa itu poliklinik napza, definisi napza, efek samping dan terapi napza), keyakinan informan dan sikap informan terhadap pelayanan poliklinik napza. Kemudian menggali informasi mendalam tentang faktor *enabling* yang meliputi persepsi sarana prasarana, persepsi aksesibilitas dan persepsi ketrampilan petugas, dan menggali informasi tentang dukungan keluarga, teman dan petugas. Selanjutnya peneliti melakukan wawancara mendalam terhadap petugas RS dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PWM2), untuk menggali informasi mendalam tentang persepsi sarana prasarana RSKD Duren Sawit, persepsi ketrampilan petugas dan dukungan petugas. Terakhir peneliti melakukan diskusi kelompok terarah kepada petugas rumah sakit dengan bantuan pedoman DKT untuk menggali informasi tentang persepsi sarana prasarana, persepsi ketrampilan petugas, dukungan keluarga dan dukungan teman serta dukungan petugas.

#### **5.4.8 Validasi Informasi**

Validasi informasi dalam penelitian kualitatif sangat penting, untuk menjaga validasi informasi dalam penelitian ini digunakan :

1. Triangulasi Sumber

Cross Check data dengan fakta dari sumber lain, yaitu menggunakan kelompok informan yang berbeda.

2. Triangulasi Metode

Metode wawancara mendalam dan telaah dokumen

### **5.5. Pengolahan Dan Analisis Informasi**

Prinsip di dalam penelitian kualitatif adalah data dianalisis segera setelah data dikumpulkan walaupun belum semua data terkumpul. Untuk menjaga keakuratan data dan kelengkapan informasi selain dibuat catatan lapangan, data direkam dalam kaset menggunakan *tape recorder* (Depkes, 2002 dalam Supriyatnataris, 2007).

Pada penelitian ini informasi yang telah didapat dari hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dikelompokkan berdasarkan kriteria pertama yaitu berdasarkan faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendukung yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan poli napza, kemudian dibuat ke dalam bentuk matrik untuk dilakukan analisa.

#### **Tahap pengolahan data yang dilakukan adalah :**

##### **1. Transkrip**

Memindahkan informasi yang telah didapat dari informan yang direkam pada kaset ke bentuk tulisan, sesuai informasi yang diperoleh di lapangan.

##### **2. Klasifikasi Data**

Membuat klasifikasi informasi agar dapat dilakukan perbandingan antar informan, meringkas untuk memudahkan interpretasi informasi. Agar memudahkan dalam pengklasifikasian informasi tersebut dibuat dalam bentuk matrik.

##### **3. Analisis Data**

Informasi (data) dianalisis secara content analysis (kajian isi) untuk dapat membuat kesimpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan, yang dilakukan secara obyektif dan sistematis.

## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1 Gambaran Poliklinik Napza RSKD Duren Sawit**

Poliklinik Napza RSKD Duren Sawit adalah salah satu unit rawat jalan yang melayani pasien napza, pasien VCT (*Voluntary and Counseling Testing*) dan melayani masyarakat yang ingin meminta surat keterangan bebas narkoba (SKBN) untuk persyaratan melanjutkan pendidikan maupun untuk masuk tes pegawai negeri dengan terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan laboratorium dan selanjutnya dilakukan konsultasi dengan dokter psikiatri. Poliklinik napza terletak di gedung B lantai 1 . Setelah melewati pintu masuk poli napza, akan langsung terlihat meja administrasi yang dilayani oleh satu orang petugas. Disini pasien yang telah melakukan pendaftaran di depan akan langsung mendapat nomor antrian untuk bisa berkonsultasi dengan dokter, sambil menunggu status dari bagian rekam medis.

Pendaftaran poliklinik napza terpusat di bagian pendaftaran gedung utama (Blok A). Pelayanan poliklinik napza dibuka setiap hari Senin sampai Sabtu. Hari Senin-Kamis pendaftaran sampai pukul 11.00, untuk hari Jumat-Sabtu pendaftaran sampai pukul 10.00. Setelah melewati jam pendaftaran, pasien masuk kedalam pelayanan poliklinik sore.

Ruangan yang berada di poli ini terdiri atas ruang periksa dokter psikiatri yang tepat berada disamping ruang administrasi, ruang keswamas yang berada didepan ruang periksa dokter, dan ruang melati dan ruang tunggu melati untuk pemeriksaan VCT. Disamping ruang VCT terdapat ruang case manager, yaitu ruangan untuk konsultasi pasien dengan HIV positif. Disamping itu terdapat ruang pertemuan atau ruang rapat yang terletak di sebelah kanan ruang administrasi.

## 6.2 Karakteristik Informan

### 6.2.1 Karakteristik Pasien

Wawancara mendalam terhadap pasien pengguna sangat dibutuhkan perhatian dan konsentrasi yang lebih, dengan tetap menjaga sikap dan perhatian kepada informan. Peneliti disini harus beberapa kali mengulang pertanyaan dan menjelaskan maksud dari pertanyaan yang diajukan, karena dari beberapa informan seperti kurang konsentrasi dan agak lama untuk memberikan jawaban, hal ini mungkin disebabkan karena efek dari obat. Pertanyaan yang dijawab dengan nada pelo atau cadel membuat peneliti meminta informan beberapa kali untuk menjelaskan kembali jawabannya. Ada informan yang meminta untuk merahasiakan jati dirinya kembali walaupun sebelumnya peneliti telah memberikan informed consent dan telah mendapat persetujuan dari informan untuk bisa diwawancara.

Dalam penelitian ini, wawancara mendalam pada pasien didapat dari 5 (lima) orang informan yang sedang mendapatkan pelayanan di poliklinik napza. Semua pasien datang tidak didampingi oleh keluarga, ada beberapa informan datang dengan didampingi oleh komunitas dari mereka sendiri. Masing-masing informan ada yang sedang menjalani terapi substitusi, pernah menjalani terapi detoksifikasi, terapi rehabilitasi dan menjalani VCT di RSKD Duren sawit. Semua informan berjenis kelamin laki-laki. Usia dan pendidikan dari masing-masing informan pun bervariasi antara 29 tahun sampai 35 tahun. Pendidikan mereka masing-masing tamat Sekolah Menengah Atas 2 (dua) orang, tamat STM 1 (satu) orang, D3 1 (satu) orang dan Sarjana S1 1 (satu) orang. Wawancara mendalam dilakukan diruang melati dan ruang case manager poliklinik napza. Berikut tabel karakteristik informan dari pasien :

Tabel 6.1 Karakteristik informan pasien

Informan	Umur	Pendidikan	Lama Terapi
P1	33	D3	2002 - Sekarang
P2	35	SMU	2008-Sekarang
P3	33	S1 Psikologi	2008-sekarang
P4	29	SMU	2007-sekarang
P5	29	STM	2005-Sekarang

### 6.1.3 Karakteristik Mantan Pasien

Kriteria mantan pasien napza yang pernah berobat di RSKD Duren Sawit peneliti lakukan terhadap mantan pasien yang berobat lebih dari 2 tahun yaitu yang pernah berobat tahun 2003 dan 2004. Untuk mendapatkan pasien yan pernah berobat maksimal 2 tahun terakhir peneliti sulit mendapatkannya, karena sejak tahun 2006 pasien yang berobat sudah berkurang. Untuk menghilangkan bias dari pertanyaan yang diajukan mengingat sudah lamanya mereka berobat peneliti melakukan triangulasi dari sumber yang berbeda dengn wawancara mendalam. Selama peneliti melakukan wawancara mendalam pada informan mantan pasien, terlihat dari wajah mereka antusias dan semangat yang tinggi dalam memberikan informasi tentang RSKD Duren Sawit. Dari semua pertanyaan yang diajukan, memperlihatkan kematangan dan kemantapan mereka dalam memperbaiki hidupnya kembali, setelah beberapa tahun yang lalu mereka menjadi seorang pecandu, yang menurut mereka sangat merugikan diri mereka sendiri dan keluarga.

Informan mantan pasien pada penelitian ini berjumlah 2 (dua) orang , yaitu informan pertama berusia 26 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir mahasiswa. Informan adalah mantan pasien yang pernah menjalani terapi rehabilitasi di RSKD Duren Sawit tahun 2004. Kegiatan informan saat

ini adalah sebagai mahasiswa dan sedang mencoba menjadi konselor di salah satu yayasan rehabilitasi di Jakarta.

Informan kedua berusia 27 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Informan adalah mantan pasien yang pernah menjalani terapi rehabilitasi di Rumah Sakit Duren Sawit tahun 2003. Kegiatan pasien saat ini adalah sebagai konselor di salah satu yayasan rehabilitasi di Jakarta. Pencarian informasi terhadap mantan pasien ini dilakukan dengan wawancara mendalam dengan panduan wawancara dan direkam dalam tape recorder. Data lengkap karakteristik mantan pasien dapat dilihat pada tabel 6.2 sebagai berikut :

Tabel 6.2 Karakteristik Informan Mantan Pasien

Kode Informan	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir
MP 1	26 tahun	Laki-laki	Mahasiswa
MP 2	27 Tahun	Laki-laki	SMA

### 6.1.3 Karakteristik Petugas RS

Wawancara mendalam kepada petugas rumah sakit didapat dari 4 (empat) orang informan yaitu wakil direktur pelayanan medis, kepala instalasi rawat jalan, kepala instalasi rehabilitasi dan dokter psikiatri poliklinik napza. Lama kerja masing-masing informan di RSKD Duren Sawit antara 5 (lima) tahun sampai 9 (Sembilan) tahun. Karakteristik informan petugas dapat dilihat dalam tabel 6.3 sebagai berikut :

Tabel 6.3 Karakteristik Petugas RS

Informan	Umur	Jenis Kelamin	Lama Bekerja
PR1	53 th	Perempuan	6 tahun
PR2	55 th	Laki-laki	9 tahun
PR3	46 th	Perempuan	5 tahun
PR4	50 th	Laki-laki	9 tahun

Diskusi kelompok terarah pada penelitian ini terhadap petugas Rumah Sakit didapat dari 7 (tujuh) orang petugas yang terdiri dari 5 (Lima) orang perawat dan 2 (dua) orang konselor. Diskusi kelompok terarah pada petugas dilakukan di ruang tunggu melati poliklinik napza RSKD Duren Sawit.

Lama bekerja petugas di RSKD Duren Sawit ini antara 8 (delapan) tahun sampai 5 (lima) tahun. Masing-masing informan pernah bekerja di bagian poliklinik napza, bagian detoksifikasi dan bagian rehabilitasi.

Usia dari informan bervariasi antara 50 (lima puluh) tahun sampai 27 (dua puluh tujuh) tahun. Rata-rata pendidikan mereka adalah lulus SMA untuk informan konselor dan DIII keperawatan untuk informan perawat. Tabel karakteristik petugas yang mengikuti diskusi kelompok terarah :

Tabel 6.4. Karakteristik Petugas RS

	Informan1	Informan2	Informan3	Informan4	Informan5	Informan6	Informan7
Umur (tahun)	30	50	44	36	35	29	27
Jenis Kelamin	Laki-laki						
Pendidikan	SMA	D3 kep	SMA	D3 kep	D3 Kep	D3 kep	D3 kep
Lama Bekerja	7 tahun	8 tahun	5 tahun	8 tahun	8 tahun	5 tahun	5 tahun

### 6.3 Pengetahuan Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap pasien, didapatkan bahwa pengetahuan masing-masing informan terhadap pelayanan poliklinik napza dan bagaimana sebaiknya pelayanan poliklinik itu cukup bervariasi, tapi pada intinya tiap-tiap informan memiliki pengetahuan yang sama tentang pelayanan poliklinik napza. Dari informan pasien 5 (lima) informan dapat menjelaskan bahwa pelayanan poliklinik itu untuk berobat, seperti yang dijelaskan oleh informan 4 dan 5 :

*“...poliklinik itu bagian dari RS., misal untuk berobat napza ya...berobat ke poli napza , untuk berobat... ya...kalo’gabung ke poli umum risih juga, tapi kalo’langsung ke poli napza kan enak...Pelayanan disini sudah bagus ...Cuma...lama ya...kaya’nunggu konselornya...”*

*“...pelayanan poliklinik napza itu buat saya kesatu untuk menyembuhkan ketergantungan saya dari narkoba itu sendiri... kedua untuk memulihkan kesehatan saya... sebaiknya petugas-petugas yang ada di RS sesuai dengan tugas-tugasnya...ramah terhadap pasien...”*

Wawancara mendalam tentang pengetahuan dan bagaimana sebaiknya pelayanan poliklinik napza itu juga didapat dari mantan pasien yang pernah berobat di RSKD Duren sawit. Berikut hasil wawancara dengan informan 2:

*“...Pelayanan poliklinik untuk saya pribadi sebagai ex user sangat perlu untuk berobat...pelayanan poliklinik itu sebaiknya sesuai dengan SOP masing-masing...banyak saya terima perbedaan...misalnya RS swasta ...ditensi..ditimbang terus diperiksa...tapi ada juga yang langsung periksa...nanya sakit apa... sebaiknya sesuai dengan standard dan kode etik yang ada....”*

#### 6.3.1 Pengetahuan Pasien Tentang Napza dan Terapi Napza

Informan pada umumnya mengetahui tentang definisi napza, jenis-jenis napza, efek samping dan terapi napza. Berdasarkan pengalaman dari tiap

informan rata-rata mampu menjelaskan apa itu napza, jenis-jenis napza , efek sampingnya dan terapi yang informan ketahui, meskipun dari beberapa informan tidak mengalami terapi yang dimaksudkan. Berikut petikan wawancara mendalam masing-masing dengan 2 informan dari 5 informan yang ada :

IP1 “... napza adalah narkotika dan zat adiktif...psikotropika... efek samping dari napza yang pasti tergantung jenisnya...kalo'heroin bisa ke otak..kalo'ganja bawaaannya laper... obat-obt G kadang tidak konsentrasi...untuk terapi napza banyak...kalo disini detoksifikasi, pengalihan...pengalihan itu dengan subutek, metadon...ada juga substitusi jarum suntik...terapi rehabilitasi termasuk detoksifikasi...kalo'rehabilitasi kurang begitu jelas...pernah tau tapi udah agak lupa...intinya kerohanian, spiritual, penguatan fisik...missalnya pagi-pagi senam, siraman rohani...”

IP5 “...napza itu penggunaan narkoba yang bikin kecanduan...efek samping dari napza yang jelas kalo'pake jarum suntik kita akan tertular HIV AIDS, efeknya lagi kita akan kecanduan...terus yang jelas psikologis juga pasti terganggu...terapi napza yang saya tau detoks...dulu saya setelah detoks langsung drop...ngga rehab...”

Dari informan mantan pasien juga didapat hasil wawancara sebagai berikut :

MP1 “...napza itu zat adiksi yang buat ketergantungan yang mengganggu pola pikir dan perilaku...efek sampingnya mengganggu perilaku, pola pikir, masa bodoh, sama diri sendiri tidak peduli... kalo terapi napza ada terapi substitusi yang pake subutek, ada yang dialihkan ke metadon...terapi rehabilitasi untuk attitude, sebelumnya di detok dulu...selama rehab diatur personal thing saya, mencoba menerima apa yan saya tidak punya, menahan emosi, merubah kebiasaan...”.

MP2 “...Napza itu buat saya obat-obatan yang menimbulkan adiksi, kecanduan, dimana seseorang tersebut akan mengalami obsesif kompulsif yang terjadi terus menerus yang luar biasa yang akan mengganggu kehidupan sosialnya juga spiritualnya...kalo’efek samping fisik banyak terinfeksi hepatitis B, C bahkan HIV untuk pemakai suntik...kalo ganja, amfetamin, obat-obatan mentalnya terganggu sampai halusinasi...kalau parah...semuanya parah...”

#### **6.4 Keyakinan Pasien Dalam Pelayanan Poliklinik Napza Dapat Membantu Menyembuhkan**

Masing-masing informan memiliki keyakinan yang bervariasi dalam memanfaatkan pelayanan poliklinik napza, sebagian informan menyatakan kalau dorongan untuk berobat berasal dari diri sendiri, karena mereka sudah jenuh, mereka malu karena melihat teman-teman yang sudah berhasil, takut karena pernah merasakan koma, ingin melihat masa depan, tidak mungkin terus menerus begini, dan mengetahui informasi kalau RSKD Duren sawit memiliki pelayanan khusus untuk pasien napza; berikut petikan wawancara dari informan 1 dan 2 :

“...yang mendorong saya berhenti itu dulu sebelum saya koma...abis itu udah ngga ada rasa kepengean lagi untuk pake, malah kadang berbalik jadi benci...dari dulu saya udah tau dari sebelum sakit...saat itu pas pulang dari Cikarang rumah kakak saya anfal.. terus langsung di bawa kesini, karena mereka tau saya pake...di VCT terus dirawat...malem di VCT pagi saya koma...”

“...aku kan kerja...aku ngerasa kok fisik aku makin lama makin lemes...jadi dari sendiri aku periksa...aku tau RS duren sawit ini kebetulan, dari poli tempat aku dulu kerja aku periksa kok ngga sembuh-sembuh... aku feedback kemasa lalu ...tanya temen-temen, jadi aku VCT kesini...jadi aku tau dari informasi teman-teman...”

Selain karena keinginan dari diri sendiri untuk berobat, 2 informan menyatakan kalau mereka sembuh karena keinginan dari orang tua, seperti dikemukakan oleh informan 3 dan 5 :

*“...sebenarnya saya bisa sembuh karena keinginan orang tua, waktu itu abis detoks, pulangny saya masih pake, sekarang saya udah dilembaga, dikasih motivasi sama temen-temen, saya bisa liat kalau masih banyak temen-temen yang lebih parah dari saya...”*

*“...yang mendorong saya berobat terutama orang tua...mereka mendorong saya agar saya cepat sembuh.....saya tau duren sawit ini karena saya dirujuk kesini dari RS persahabatan...”*

Hasil wawancara mendalam terhadap mantan pasien didapatkan bahwa informan merasa sudah jenuh dan melihat masa depan , dukungan keluarga sangat mendukung untuk sembuh dan informan mengetahui RS duren sawit memiliki pelayanan poliklinik napza juga berdasarkan informasi dari keluarga dan teman, berikut wawancara dengan informan, seperti dikemukakan oleh informan 1 dan 2 :

*“...yang mendorong saya berobat ...untuk melihat masa depan , ngga mungkin begini-begini terus... terutama karena penyakit...dulu saya tau dari teman mama kalo disini ada detoksifikasi dan rehabilitasi...awalnya saya detoks di RSPAD, terus pindah ke duren sawit untuk rehab...”*

*“...sudah sampai titik nadir...lihat teman-teman sudah ada yang kerja, punya keluarga...dorongan dari keluarga cukup besar , tapi dari diri sendiri paling besar...saya tau duren sawit dapat informasi dari tante saya, tante saya punya teman dokter yang memberikan informasi kalau ada Rumah Sakit Khusus narkoba...”*

## **6.5 Sikap Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza**

Semua informan menyatakan sikap bahwa pelayanan poliklinik napza di RS duren sawit ini cukup bagus, mulai dari pelayanan dokter dan perawat

sehingga tiap informan memilih RS duren sawit sebagai tempat untuk berobat. Berikut hasil wawancara mendalam kepada informan 1 dan 3 :

*“...pelayanan di sini bagus...petugas ada, ruangan bagus, semua lengkap...”*

*“...pelayanan disini bagus mba, pelayanan konselingnya bagus, pengobatannya kaya ARV ada terus, obat tersedia, dokter dan perawat juga bagus...”*

Hasil wawancara terhadap mantan pasien juga didapat kalau pelayanan di RSKD duren sawit sudah bagus dan menjadi tujuan mereka untuk berobat, berikut petikan wawancaranya dengan informan 1 dan 2 :

*“...pelayanan di duren sawit baik...dekat tempat tinggal...”*

*“...Pelayanan di RSKD duren sawit ini sangat luar biasa... bagus...makanan yang enak, jus, snack...”.*

## **6.6 Persepsi Pasien Tentang Sarana Dan Prasarana**

Persepsi sarana dan prasarana yang terdapat di rumah sakit duren sawit didapat dari wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah . Wawancara mendalam terhadap pasien yang sedang mendapatkan pelayanan di poli napza, mantan pasien yang pernah mendapatkan pelayanan di poliklinik napza dan petugas rumah sakit yaitu wakil direktur pelayanan medis, kepala instalasi rehabilitasi, kepala instalasi rawat jalan dan dokter psikiatri poliklinik napza.

Wawancara mendalam terhadap pasien dan mantan pasien memberikan persepsi yang bervariasi, sebagian besar menyatakan kalau rumah sakit duren sawit memiliki sarana dan prasarana yang lengkap dan menunjang sebagai rumah sakit narkoba, seperti diungkapkan oleh informan 5 berikut :

*“...kalo menurut saya udah memenuhi prosedur , kaya seperti tensi, terus peralatan medis udah cukup lengkap, paling yang ngga ada pemeriksaan CD4 kan ngga ada, sama transfusi darah...”*

tapi ada juga yang menyatakan kalau sarana dan prasarana masih kurang, karena untuk ruang perawatan masih di satukan dengan pasien jiwa. Seperti diungkapkan oleh informan 1 dan 3 berikut :

*“...untuk perawatan masih kurang ...untuk pasien-pasien narkoba dan dampak narkoba itu kurang, cuma satu ruangan ...”*

*“...mulai pendaftaran sampe menerima pelayanan cepet sih mba...sesuai nomor antrian...dokter-dokternya datang tepat waktu tapi kendalanya mereka ada pada hari-hari tertentu aja ...kalo menurut aku sarana perawatan HIV AIDSnya kurang bagus mba karena digabung sama yang sakit jiwa, satu tempat digabung, harusnya menurut aku dipisah, karena kan beda , penyakitnya beda...”*

Pernyataan informan pasien ini di benarkan oleh informan petugas dalam diskusi kelompok terarah yang menyatakan memang pernah pasien keberatan jika disatukan dengan pasien jiwa, seperti diungkapkan informan 2 dalam DKT ini :

*“...Prasarana sudah baik, tapi SDM mungkin berkurang , karena perawatan untuk pasien HIV/AIDS digabungkan dengan perawatan jiwa sehingga pasien keberatan.*

Hasil wawancara dengan mantan pasien didapatkan bahwa sarana prasaran sudah menunjang, tapi satu orang informan pernah merasa kecewa dengan pelayanan di poli gigi yang tidak menerima mereka untuk cabut gigi karena tidak adanya alat sterilisasi, seperti disampaikan oleh informan mantan pasien 2 sebagai berikut :

*“...sarana prasarana disini bagus sekali, saya dulu tidak bisa ngetik computer disini saya diajarin, ada musik, nyaman, ruangan ac ...Cuma ada satu pengalaman saya yang tidak mengenakan dok, dulu saya mau cabut gigi*

*ditolak temen-temen saya juga, katanya disini ngga punya alat cuci, buat saya lucu, masa RS segede ini yang sudah bersertifikasi ISO, ngga mau melayani, mungkin karena takut ya, ni orang positif kah, hepatitis kah...”*

Dari hasil diskusi kelompok terarah petugas rumah sakit menyatakan bahwa sarana prasarana diRSKD Duren Sawit sudah baik hanya saja kunjungan pasien berkurang bisa karena marketing yang kurang, seperti diungkapkan informan 1 sebagai berikut :

PRS1D *“..sarana prasaran sudah ada, tapi mungkin kurang di marketing dan SDM...mungkin juga karena pasien tidak ada jadi pindah keruangan lain...”*

Berkurangnya pasien untuk berobat ke RSKD Duren Sawit karena kurangnya marketing juga dibenarkan oleh petugas RS dalam wawancara mendalam, seperti di sampaikan oleh informan 3 :

*“...sarana prasarana cukup menunjang ...fasilitas cukup, marketing akan dijalankan kembali...pasien ada yang datang kembali, ada juga yang ke RS lain, misal pasien butuh obat ternyata kita tidak tersedia, jadi kita kirim ke RS lain...”*

## **6.7 Persepsi Tentang Aksesibilitas**

Akses menuju rumah sakit didapatkan dari informan pasien dan mantan pasien, mulai dari kemudahan menuju rumah sakit duren sawit sampai biaya yang dihabiskan pasien untuk mencapai rumah sakit. Sebagian besar informan tinggal diwilayah sekitar rumah sakit dan menggunakan kendaraan sepeda motor untuk menuju RSDS. Berikut hasil wawancara terhadap informan 1 dan 4 :

*“...ngga jauh, sebelumnya di cikarang, karena ada kerjaan pindah kesini, 5 menit sampe ..naek motor... rumah sakit ini kurang sosialisasi aja kali’, kebanyakan orang tau ada RS di pondok kopi, persahabatan...karena RS ini kan RS khusus...ya bukan umum, jadi orang ngga tau...”*

*“...naik motor...10-15 menit...kalo angkutan umum dari tempat saya Cuma satu kali naik mobil dok...biaya sekitar lima ribuan...”*

Informan lain juga ada yang bertempat tinggal di luar wilayah rumah sakit, seperti diungkapkan oleh informan 2 dan 5 :

*“...saya tinggal di senopati, perjalanan satu jam setengah dari rumah, saya bawa motor...biaya paling sepuluh ribu dok, buat bensin pulang balik sampe rumah...”*

*“...tinggal di Jatinegara, dari rumah ke RS makan waktu 20 menit pake kendaraan umum, biaya tiga ribu rupiah, turun didepan, kesini jalan...”*

Hasil wawancara mendalam terhadap informan mantan pasien, didapat bahwa akses untuk menuju RS Duen sawt cukup mudah, seperti yang diungkapkan informan 2 :

*“...akses ke RSDS cukup mudah, banyak kendaraan untuk menuju ke RSDS, biaya kurang lebih dua puluh delapan ribu naik taxi ...”*

## **6.8 Persepsi Tentang Ketrampilan Petugas Dalam Memberikan Pelayanan**

Hasil wawancara mendalam terhadap persepsi ketrampilan petugas didapat dari pasien, mantan pasien dan petugas rumah sakit. Sebagian besar informan menjelaskan bahwa petugas di duren sawit ini baik dalam memberikan pelayanan, mulai dari dokter dan perawat. Seperti diungkapkan oleh informan 1 :

*“...bagus-bagus dok, semua udah pada kenal...mungkin mereka pikir katanya , dia lagi...dia lagi... ya...kalo kita dateng agak siangan kadang dapet nomer paling belakang...kalo dokter psikiatri ngga ada ke poli umum, kecuali untuk kasus baru ke dokter penyakit dalam dulu...kadang kita diistimewakan ... dokter datang tergantung kondisinya, kalo ada rapat diatas, baru jam sepuluh diperiksanya, tapi kalo diatas lagi ngga urgen jam setengah Sembilan udah datang, tapi biasanya tepat waktu dok ...”*

Tapi ada juga beberapa informan menyatakan ada beberapa perawat yang kurang baik dalam memberikan pelayanan seperti disampaikan oleh informan 3 dan 4 :

*“...dokter di sini bagus, ketrampilan petugas kurang..., sebab aku liat mereka masih takut dengan orang yang terinfeksi, padahal kan penularannya ngga gampang... mereka kadang-kadang kalo lagi nanganin , aku kan pernah dampingin, mereka keliatan jijik, takut, masih ada yang keliatan begitu ...kalo dokternya sih bagus ...”*

*“...dokternya bagus-bagus, petugas juga...mulai dari konselor...baik-baik, kedua kita bisa nyaman...kalo konselingkan awalnya kita nyaman dulu...saya pernah dampingin pasien ke rawat inap...kadang saya kecewanya ada perawat yang bikin mental pasien down duluan...o...ini satu lantai dengan orang gila... rawat inap disini kan emang satu lantai dengan pasien psikotik ya dok, langsung diutarain didepan pasien...jadi gimana ya dok...pasien jadi parno, minta pulang...kita harus bujuk-bujuk dia lagi...”*

Hal ini dibenarkan oleh petugas Rumah Sakit dalam diskusi kelompok terarah, bahwa masih ada perawat yang belum memenuhi standar dalam memberikan pelayanan terutama kepada pasien-pasien HIV/AIDS, hal ini kemungkinan karena perawat-perawat tersebut belum mendapat pelatihan, terutama mereka yang masuk ke RSKD Duren Sawit ini diatas tahun 2005-2006. Berikut hasil pernyataan informan 7 :

*“...kita pernah mengikuti pelatihan, saat ini yang bertugas di ruang B20 atau ruang HIV/AIDS justru mereka yang belum dapat pelatihan...”*

Hal ini pun dibenarkan oleh petugas RS dalam wawancara mendalam, kalau semua petugas di RSKD Duren Sawit ini pernah mengikuti pelatihan yang rutin tiap tahun dilakukan, tapi untuk petugas yang bekerja diatas tahun 2004 mereka belum pernah mengikuti pelatihan, berikut ungkapan dari informan3 dan 4 :

*“...umum awal ada pelatihan...tiap tahun ada perencanaan, kita adakan sendiri atau diundang keluar...”*

*“...kita untuk pelatihan petugas tiap tahun ada perencanaan pelatihan, untuk perawat-perawat yang bekerja tahun 2002-2004 semua disini pernah mengikuti pelatihan, mulai dari dokter sampai satpam kita latih, guna satpam disini untuk body checking... kita adakan pelatihan sendiri atau mengikuti undangan dari luar rumah sakit...”*

sementara ada informan yang menyatakan kalau pelatihan ada tapi tidak ada perencanaan untuk tiap tahunnya, tergantung dari anggaran yang ada. Berikut hasil wawancara dengan informan 1:

*“...ada pelatihan untuk petugas napza, misal konseling, VCT, dll, tapi semua tergantung anggaran yang ada, tidak ada perencanaan khusus tiap tahunnya untuk pelatihan ini, semua tergantung anggaran...”*

## **6.9 Dukungan Keluarga**

Hasil wawancara mendalam terhadap informan baik pasien maupun mantan pasien menyatakan bahwa peran keluarga sangat mendukung dalam menjalankan terapi ini. Sebagian besar menyatakan, mulai mereka mencari tempat pelayanan sampai mereka terapi keluarga selalu mendampingi dan mendukung mereka. Berikut hasil wawancara mendalam terhadap 3 dari 5 informan :

*“...Keluarga sangat mendukung..., aku kan kebetulan anak paling kecil, aku tinggal sama ibu, karena kakak jauh semua, jadi ibu yang nemenin sama abang, jadi aku cepet juga pemulihannya...ngga sampe 1 tahun, 6 bulan sudah bisa kerja lagi ...”*

*“...yang mendorong saya untuk berobat terutama orang tua, mereka sangat mendukung agar saya cepat sembuh...”*

Wawancara mendalam tentang dukungan keluarga juga dilakukan kepada mantan pasien, informan menjelaskan bahwa dukungan keluarga sangat membantu dalam kesembuhan mereka, tapi dari diri sendiri paling utama, berikut ungkapan informan 2 :

*“...peran keluarga cukup besar...tapi dari diri sendiri paling besar...”*

Dari hasil diskusi kelompok terarah dengan petugas didapatkan bahwa keluarga juga berperan dalam hal memberikan dorongan kepada pasien untuk sembuh, bahkan ada program yang dibuat untuk pertemuan keluarga baik didalam maupun di luar Rumah Sakit, seperti diungkap kan informan 1 dan 2 berikut :

*“...keluarga disini turut membantu dalam memberikan suport dan dorongan kepada pasien untuk sembuh...”*

*“...Memang ada program keluarga baik didalam dan diluar Rumah Sakit...seperti family gathering...”*

tapi ada beberapa informan yang menyatakan kalau dukungan keluarga pribadi tidak ada, justru dukungan dari teman-teman sesama rehabilitasi baik itu dari sesama pasien, dokter, perawat dan konselor mereka lebih nyaman. Seperti yang diungkapkan informan 2 dan 3 :

*“...dukungan keluarga memang besar dalam hal penyembuhan pasien, tapi masih ada juga keluarga yang belum percaya kepada anaknya walupun sudah mengikuti rehabilitasi...”*

*“...kalau dari dukungan keluarga pribadi ngga ada, justru dukungan dari teman-teman sesama rehabilitasi kaya'konselor, dokter dan perawat , pasien merasa lebih comfortable karena keluarga sesudah pasien pulang banyak yang masih belum percaya, bahkan masih ada yang suka kunci lemari...”*

## **6.10 Dukungan Teman**

Sebagian informan menyatakan bahwa ada teman yang mendukung, tapi ada juga teman yang bisa membuat mereka kembali memakai narkoba. Hampir semua informan bisa terbuka dengan teman senasibnya dan tidak

terbuka dengan teman diluar lingkungan mereka. Berikut hasil wawancara mendalam 2 dari 5 informan :

*“...Kalo'temen-temen kita disini ada komunitas, pertemuan tiap 2 minggu sekali...kita sharing, ada materinya juga...kalo'temen-temen diluar perkumpulan, kami tidak terbuka...karena dari pandangan mereka, mereka tau saya bandel, jadi udah menghakimi...”*

*“...kalo bukan temen yang bandel ya dok...mereka sih seneng ngeliat saya pulih begini...kalo'temen yang bandel masih suka ngajakin...”*

Wawancara mendalam terhadap mantan pasien juga didapat hasil yang sama, bahwa dukungan teman juga ada yang sangat mendukung bila mereka berada dalam lingkungan sendiri. Berikut hasil wawancara mendalam dengan informan 2 :

*“...untuk teman-teman ada yang mendukung, ada yang malah menjerumuskan...”*

### **6.11 Dukungan Petugas**

Informasi mendalam didapat dari informan pasien dan mantan pasien serta informan petugas rumah sakit. Semua informan pasien dan mantan pasien menyatakan bahwa dukungan petugas selama mereka menjalankan pengobatan di RSKD Duren Sawit sangat membantu, terutama dari para konselor yang sampai sekarang mereka masih menjalani komunikasi, misalnya melalui telepon ataupun sekedar sms menanyakan kabar dan kelanjutan terapi, seperti diungkapkan oleh informan petugas berikut :

*“...komunikasi kami tidak terputus, masih terus berlanjut, walaupun hanya sekedar sms menanyakan kabarnya...”*

Hasil wawancara mendalam kepada petugas rumah sakit didapatkan bahwa kebijakan rumah sakit sangat berperan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien napza. Wawancara mendalam dari masing-masing informan

cukup bervariasi yang pada intinya menyatakan bahwa penurunan angka pasien yang berobat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit dapat disebabkan adanya faktor internal dan eksternal Rumah Sakit. Sudah tidak adanya subsidi dari pemerintah merupakan salah satu faktor eksternal yang sangat berpengaruh dalam penurunan angka kunjungan pasien napza, dan adanya Badan Narkotika Nasional menjadi salah satu penyebab berkurangnya pasien yang berobat ke RSKD Duren Sawit. Sementara masalah ketenagaan dan kebijakan dari atas serta adanya demotivasi dari rumah sakit juga menjadi kendala internal rumah sakit. Berikut hasil wawancara mendalam dengan masing-masing informan :

PRS1WM *“...penurunan angka pasien napza mulai terlihat tahun 2005-2006 karena sudah tidak ada subsidi lagi. Dulu ada dananya; kita dulu ada system jemput bola, misalnya ada keluarga yang anaknya kena narkoba kita jemput kerumahnya untuk diterapi dan direhabilitasi. Direhabilitasi itu dirawat inap, kita juga memiliki tim untuk terapi napza ini yang terdiri dari dokter penyakit dalam, dokter jiwa, dokter paru dan dokter syaraf... mulai tahun 2007 subsidi untuk pasien narkoba sudah tidak ada lagi, ini salah satu penyebab berkurangnya pasien napza sampai saat ini; banyak juga pasien yang tidak tahu kalau RSKD ini merupakan rumah sakit khusus narkoba, mungkin karena singkatan dari RSKD adalah RS khusus daerah saja, bukan rumah sakit khusus narkoba, sehingga banyak masyarakat tidak tahu...”*

PRS2WM *“...jika Undang-Undang Narkoba 2009 benar-benar dijalankan sebenarnya rehabilitasi disini terisi...orang tua maunya anak tidak dipenjara, tapi direhab...dulu kita tempat rujukan dibanding tempat-tempat rehab lain...sebab pasien berkurang disini pertama karena masalah ekonomi, kita tidak bisa bikin murah-murah karena sudah tidak ada subsidi, kedua gakin bisa tapi untuk mengurus gakin susah...kriteria untuk syarat gakin kan rumah lantai tanah, sampai saat ini di Jakarta rumah lantai tanah tidak ada,*

*dengan berobat lama disini orang tua sudah kehabisan biaya, ketiga ada BNN, gratis...pasien lari kesana...dan terakhir adanya terapi substitusi dengan metadon, subutek....”*

PRS3WM *“...tahun 2006 pasien mulai berkurang, dulu ada rawat inap, ada rehabilitasi dan detoksifikasi... ada factor eksternal dan internal...untuk factor internal masalah ketenagaan, tenaga ada, dengan adanya kebijakan dari RS ada mutasi...tapi pelayanan tetap ada...untuk factor eksternal ada pusat-pusat rehabilitasi dan adanya BNN...kita akan menambah tenaga terutama psikiater, perawat dan akan memperkuat tim marketing lagi...”*

PRS4WM *“...pasien berkurang mulai tahun 2006...hal ini disebabkan karena adanya factor eksternal seperti jumlah angka penggunaan heroin mulai berkurang, diganti oleh maraknya penggunaan ganja dan shabu-shabu, kita dulu punya tim yang dipersiapkan untuk menangani pasien dengan ketergantungan heroin, saat mulai berkembangnya penggunaan ganja dan shabu kita tidak siap, kedua kebijakan pemerintah dengan APBN yang lebih mengutamakan BNN dan adanya perkembangan terapi seperti metadon, subutek dan subukson... untuk factor internal...harus ada kebijakan dari atas, mau dibawa kemana rumah sakit ini, apa yang mau kita tangkap...misal jika kita ingin mengembangkan pasien jiwa akibat efek penggunaan cannabis...dan adanya demotivasi dari rumah sakit, tidak ada kejelasan gaji dan insentif mulai dari manajemen, perawat sampai satpam...jenjang karier yang tidak jelas...”*

Hasil dari diskusi kelompok terarah pada petugas Rumah sakit menyatakan hasil yang bervariasi mengenai kebijakan yang berlaku saat ini. Adanya Badan Narkotika Nasional menjadi salah satu penyebab berkurangnya pemanfaatan pelayanan pasien berobat ke RSKD Duren Sawit. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam terhadap petugas Rumah Sakit. Kebijakan

dari rumah sakit yang menarik biaya kepada pasien yang berobat menjadi salah satu penyebab pasien beralih menjalani terapi di BNN yang memberikan layanan gratis dan kemudahan dalam menjalani terapi di sana. Walaupun RSKD Duren sawit sampai saat masih memberlakukan kartu gakin, namun pemanfaatan pelayanan oleh pasien tetap mengalami penurunan. Akibat ketatnya prosedur yang berlaku membuat pasien enggan untuk mengurus berkas-berkas yang dibutuhkan. Untuk dapat meningkatkan kembali angka kunjungan pasien dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSKD Duren sawit pimpinan harus bisa menentukan apa yang mau ditonjolkan, mau diarahkan kemana, harus melihat keadaan saat ini, mengikuti perkembangan dan tren yang sekarang terjadi. Salah satunya juga menjanging petugas yang baru yang harus bisa mengikuti perkembangan dan selalu menguprade ilmu yang terus berkembang. Dibutuhkan partisipasi yang sama dari semua pihak, dibutuhkan persepsi team work yang sama, hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam terhadap petugas Rumah Sakit yang menyatakan bahwa RSKD Duren Sawit ini harus diketahui arah tujuannya, mau dibawa kemana RS ini, sehingga bisa kembali memberikan pelayanan dan manfaat kepada pasien. Berikut hasil diskusi kelompok terarah pada beberapa informan :

PRS1D *“...budaya kita kalau ada yang gratis pasti cari yang gratisan...buat bisa meningkatkan kembali pemanfaatan pelayanan khususnya di unit napza ini diperlukan partisipasi semua pihak, persepsi tentang team work disamakan...revisi dari Undang-Undang narkoba yang baru dinyatakan bahwa wajib melaksanakan rehabilitasi, ini merupakan pangsa pasar yang besar buat kita...”*

PRS2D *“...sebetulnya tidak ada kebijakan Rumah Sakit ini yang secara khusus tidak menerima pasien, hanya sekarang ini karena tidak ada pasien akhirnya ruangan dimanfaatkan untuk hal lain. Sekarang ini mungkin karena disini bayar, karena ada kebijakan dari dokter sehingga tidak perlu dirawat...”*

PRS3D “...karena adanya obat-obatan substitusi seperti metadon...adanya BNN yang memberikan pelayanan gratis ...banyak tempat-tempat rehab yang bagus juga kolaps karena ada BNN...untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kembali di sini agak sulit, karena dibutuhkan SDM yang banyak, sementara kita saat ini masih kekurangan...”

PRS4D “...karena pasien bulak balik sakau, mungkin mereka pikir lebih baik kesana.... Sebenarnya berkurangnya pasien bisa karena pasien sudah sembuh atau karena punya komplikasi dari penyakitnya. Napza ada eranya, pasien kadang naik, kadang turun...disini karena pelayanan belum diupgrade, kita harus lihat tren napza kemana, harus diupgrade ilmu dan fasilitas, menyaring perawat baru yang mau mengupgrade ilmunya...”

PRS5D “...adanya informasi tentang terapi narkoba yang tidak perlu perawatan sehingga pasien banyak pilihan...BNN sangat mudah dan tanggap...untuk meningkatkan kembali angka kunjungan kita bisa buat klinik metadon misalnya...”

PRS6D “...adanya terapi substitusi sehingga banyak pilihan pasien untuk berobat, seperti terapi metadon, subutek...untuk meningkatkan kembali angka kunjungan tidak hanya dari unit napza saja, semua harus ikut terlibat, marketing ditingkatkan dan sebaiknya birokrasi dipermudah, sehingga angka kunjungan pasien bisa bertambah...”

PRS7D “...Kemungkinan adanya terapi pengalihan seperti substitusi.... Untuk bisa meningkatkan angka kunjungan pasien disini dengan mempermudah birokrasi misalnya, untuk saat ini pasien yang diluar DKI tidak bisa berobat kesini....”

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif yang pengambilan informannya terbatas pada pengguna jasa pelayanan di RSKD Duren Sawit, sehingga tidak menggambarkan pemanfaatan pelayanan masyarakat umum secara keseluruhan.

#### **7.2 Pembahasan Hasil Penelitian**

Hasil penelitian kualitatif tentang analisis pemanfaatan pelayanan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit tahun 2010 ini dibahas dengan membandingkan antara hasil penelitian dengan teori yang berhubungan dan hasil-hasil penelitian terdahulu.

##### **7.2.1 Pengetahuan Pasien Tentang Pelayanan Poliklinik Napza**

Pengetahuan pasien tentang pelayanan poliklinik napza, definisi napza, efek samping dan terapi napza sudah cukup baik, dari 5 (lima) orang pasien dan 2 (dua) mantan pasien yang menjadi informan penelitian, 5 (lima) informan dapat menjelaskan bahwa pelayanan poliklinik napza itu untuk berobat, untuk konsultasi dan untuk pencegahan penyakit. Pengetahuan pasien tentang napza, efek samping dan terapi napza juga cukup baik, dari semua informan dapat menjelaskan meskipun bervariasi.

Pengetahuan informan yang baik tentang napza dan efek samping napza mendorong informan untuk memanfaatkan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dipahami sebab seseorang yang memiliki pengetahuan yang lebih baik terhadap sesuatu hal akan cenderung terdorong berperilaku kearah hal tersebut. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Green dan Kreuter (2005)

yang menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku.

Hasil penelitian ini sesuai juga dengan teori dari Bloom (1908), yang dalam perkembangannya dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan adalah pembentukan perilaku sebagai hasil dari tahu dan memahami. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum seseorang memiliki perilaku yang baru, akan terjadi suatu proses dalam dirinya secara berurutan, yaitu *awareness* atau kesadaran, disini informan menyadari bahwa napza adalah obat-obatan terlarang yang dapat menyebabkan ketergantungan, yang memiliki efek samping yang sangat membahayakan, sehingga pasien mulai *interest* atau tertarik untuk berobat. Kemudian pasien akan melakukan *evaluation* atau menimbang baik buruknya apabila dia tidak berobat, kemudian pada akhirnya mampu memberikan penilaian bahwa pelayanan poliklinik napza sangat bermanfaat untuk pasien dalam mendapatkan pengobatan, sehingga pasien bisa terhindar dari efek samping yang akan terjadi akibat penyalahgunaan narkoba.

Berbeda dengan penelitian Quraesyin (2009), DKI Jakarta, yang menghasilkan bahwa pengetahuan yang baik pada pecandu narkoba tidak mencerminkan perilaku sehat yang dilakukannya. Faktor adiksi dari penggunaan napza yang berkepanjangan memungkinkan responden pecandu napza untuk bertindak diluar nalar sehat, dalam arti bahwa meskipun mereka tahu akan bahaya pemakaian napza namun mereka tetap menggunakannya karena tidak dapat menahan rasa suggest yang timbul.

### **7.2.2 Keyakinan Pasien Dalam Pelayanan Poliklinik Napza Dapat Membantu Menyembuhkan**

Keyakinan pasien bahwa memanfaatkan pelayanan poliklinik di RSKD Duren Sawit akan membantunya dalam penyembuhan tidak lepas dari

pengetahuan yang dimiliki oleh pasien itu sendiri, berdasarkan hasil yang didapat dalam penelitian ini, 6 (enam) orang informan baik pasien maupun mantan pasien menyatakan mereka berobat karena keinginan dari dirinya sendiri dan 1 (satu) orang informan karena keinginan orang tua. Mereka menyadari akan efek samping yang terjadi jika mereka tidak berobat dan mereka berusaha mencari informasi tentang pelayanan kesehatan yang khusus dalam menangani penyakit yang mereka derita, dalam hal ini RSKD Duren Sawit sebagai RS khusus narkoba menjadi tujuan mereka untuk membantunya dalam menjalani pengobatan. Hasil penelitian ini sesuai dalam teori *Health Beliefs* dari Andersen yang menyatakan keyakinan bahwa pelayanan kesehatan tersebut akan menolongnya dalam menyembuhkan penyakit tidak lepas dari pengetahuan tentang penyakit.

### **7.2.3 Sikap Pasien Terhadap Pelayanan Poliklinik Napza**

Teori Green dan Andersen menyatakan bahwa sikap dan perilaku petugas kesehatan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat dalam hal memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Sikap belum terwujud secara otomatis dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata, diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, misalnya tersedianya fasilitas (Notoatmodjo, 2007).

RSKD Duren Sawit sebagai RS khusus narkoba memang telah dipersiapkan untuk melayani pasien ketergantungan. Dapat dilihat dari sarana dan prasarana yang tersedia, mulai dari ruang khusus rehabilitasi narkoba yang terdapat ruang musik, fitness, meja bilyard dan fasilitas lainnya yang menunjang untuk kegiatan rehabilitasi. Disamping itu terdapat juga ruang detoksifikasi dan ruang poli khusus melayani pasien napza dan keluarga pasien yang membutuhkan konsultasi baik dengan dokter maupun konselor.

Pada penelitian ini, semua informan menyatakan bahwa petugas kesehatan di RSKD Duren Sawit ini baik dan ramah, mulai dari dokter, perawat maupun konselor. Salah seorang informan menyatakan bahwa bila

mereka berobat jalan akan langsung dilayani oleh perawat yang pernah merawat mereka saat rehabilitasi, mulai dari pendaftaran sampai ke ruang pemeriksaan dokter, mereka didampingi dan dilayani dengan baik. Selain itu ada informan yang menyatakan kalau selama menjalani rehabilitasi di RSKD Duren Sawit mereka mendapatkan pelayanan yang luar biasa, mulai dari perawatan oleh dokter dan perawat yang selalu mendampingi, bahkan sampai fasilitas lain seperti makanan dan minuman yang disajikan semua sangat memuaskan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Yuliah (2001), yang membuktikan bahwa ada hubungan dari sikap petugas dengan pemanfaatan pelayanan puskesmas. Semakin baik sikap petugas, semakin banyak peluang masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan.

#### **7.2.4 Persepsi Pasien Tentang Sarana Dan Prasarana**

Dalam teori Green (2005) factor pemungkin (*enabling factor*) adalah ketersediaan sarana dan sumber daya manusia kesehatan yang terampil. Dengan tersedianya sarana dan prasarana yang lengkap di RSKD DS, diharapkan dapat tidak ada keraguan dari pasien dalam hal mencari pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini, 3 (tiga) orang informan baik pasien maupun mantan pasien menyatakan bahwa sarana masih kurang karena ruang perawatan pasien narkoba masih digabung dengan perawatan jiwa, sementara 4 (empat) orang menyatakan sarana prasarana sudah cukup memadai. Hal ini dibenarkan oleh informan petugas dalam diskusi kelompok terarah, bahwa perawatan untuk pasien dengan efek samping narkoba seperti HIV/AIDS masih disatukan dengan pasien gangguan jiwa fisik. Sementara dari hasil wawancara mendalam dengan petugas akibat kurang tersedianya obat-obatan yang dibutuhkan oleh pasien pengguna menjadi salah satu penyebab tidak kembalinya pasien berobat ke RSKD Duren Sawit. Hal ini bisa dimungkinkan menjadi salah satu penyebab rendahnya angka kunjungan pasien napza di RSKD Duren Sawit, dimana Denver (1984) menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sarana yang ada pada provider

kesehatan. Sementara Ireland (1995) mengatakan kemampuan yang dimiliki rumah sakit, seperti peralatan canggih, fasilitas yang modern, system manajemen yang baik, karyawan yang bermutu merupakan hal yang dipertimbangkan oleh konsumen dalam memilih pelayanan kesehatan.

#### **7.2.5 Persepsi Tentang Aksesibilitas**

Hasil penelitian ini, hampir semua informan menyatakan jarak tidak menjadi kendala dalam mencari pengobatan. Hampir semua informan bertempat tinggal tidak jauh dari RSKD Duren Sawit, dan memilih RSKD Duren Sawit dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sesuai dengan teori Green (1980) yang menyatakan bahwa perilaku spesifik untuk mendapatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor pemungkin (*enabling factor*), diantaranya keterjangkauan sumber daya kesehatan baik jarak ataupun biaya. Dalam penelitian ini 2 (dua) informan yang bertempat tinggal jauh dari RSKD Duren Sawit, tapi tetap memanfaatkan pelayanan kesehatannya di sini, alasannya karena selain mereka butuh obat, RSKD Duren sawit ini juga melayani gakin.

Kebutuhan pasien untuk berobat tidak lepas dari perilaku pasien itu sendiri dalam mencari pelayanan kesehatan. RSKD Duren Sawit sebagai rumah sakit khusus napza menjadi tujuan pasien ketergantungan obat untuk mencari pengobatan. Dalam Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit disebutkan bahwa rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu. RSKD Duren Sawit sebagai RS khusus jiwa dan narkoba menjadi tempat tujuan utama berobat bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan.

#### **7.2.6 Persepsi Tentang Ketrampilan Petugas Dalam Memberikan Pelayanan**

Dalam penelitian ini masing-masing informan menyatakan ketrampilan petugas baik dan ada ketrampilan petugas yang kurang baik. Ketrampilan petugas sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tenaga medis merupakan unsur yang paling memberikan pengaruh besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada pasien di

rumah sakit. Fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medik kepada pasien dengan mutu yang sebaik-baiknya, menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan kepada pasien dan rumah sakit. Upaya untuk tetap dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan diperlukan adanya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan yang berkesinambungan.

RSKD Duren Sawit sebagai rumah sakit khusus memiliki perencanaan pelatihan untuk petugas dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan bagi petugas-petugas rumah sakit sesuai dengan unit kerjanya. Namun dalam beberapa tahun ini pelatihan sudah jarang sekali diadakan, walaupun ada petugas yang diminta untuk mengikuti pelatihan adalah petugas yang pernah mengikuti pelatihan tersebut. Jika dilihat dari hasil penelitian, petugas-petugas yang kurang baik pelayanannya terhadap pasien, adalah petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, khususnya pelatihan khusus narkoba.

#### **7.2.7 Dukungan Keluarga Dan Teman**

Dukungan keluarga dan teman sangat berperan dalam menjalankan terapi ketergantungan. Semua informan menyatakan bahwa keluarga menjadi salah satu faktor pendorong mereka untuk segera sembuh.

Teori Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa terdapat faktor penguat atau pendorong yang juga sangat berpengaruh terhadap perilaku, yaitu dorongan keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan dan perilaku tenaga kesehatan. Teman dalam kasus pasien ketergantungan narkoba merupakan salah satu hal yang harus menjadi perhatian khusus. Dalam penelitian ini, informan membagi 2 (dua) kelompok teman, yaitu kelompok komunitas dan kelompok di luar komunitas. Semua informan menyatakan bahwa teman yang berada dalam satu komunitas sangat mendukung dan menjadi pendorong mereka untuk tetap berobat, tapi masih saja ada yang berusaha untuk bisa menjerumuskan mereka kembali. Mereka merasa lebih nyaman jika berada dalam lingkungan mereka sendiri.

Hasil penelitian dari Soitawati (2009) didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan teman dengan putus berobat. Penelitian lain mendapatkan bahwa hubungan interpersonal yang kurang baik terutama dalam keluarga atau pengaruh tidak baik dari teman sebaya merupakan faktor yang berhubungan bermakna dengan putus berobat pada pasien (Gerra G 2003 dalam Soitawati 2009).

Dukungan positif dari keluarga atau teman sebaya menjadi faktor yang penting, karena umumnya ketergantungan narkoba yang terjadi pada seseorang sangat erat hubungannya dengan masalah yang timbul dalam keluarga atau pergaulan teman sebaya yang kurang baik. Sehingga dengan adanya dukungan berobat dari keluarga dan teman akan mampu memotivasi informan untuk tetap menjalankan terapi di RSKD Duren Sawit.

#### **7.2.8 Dukungan Petugas**

Pada penelitian ini ditemukan bahwa semua informan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di poliklinik napza mendapat dukungan dari petugas, baik dari dokter, perawat maupun konselor dengan mendapatkan terapi, motivasi dan dukungan dalam usaha penyembuhan ketergantungan.

Kebijakan yang berlaku di RSKD Duren Sawit saat ini menurut hasil diskusi kelompok terarah petugas bukan menjadi penyebab berkurangnya angka kunjungan dari pasien napza. Salah satu penyebab adalah masih kurang sumber daya manusia dan adanya perubahan dari tradisi berobat untuk pasien ketergantungan, seperti terapi substitusi dan adanya Badan Narkotika Nasional yang memberikan pelayanan gratis bagi pasien pengguna. Sementara dari hasil wawancara mendalam dengan petugas didapatkan bahwa adanya faktor eksternal dan internal yang menyebabkan berkurangnya angka kunjungan pasien napza. Dari faktor eksternal dapat diketahui bahwa sejak berdirinya Badan Narkotika Nasional, RSKD Duren sawit mengalami penurunan angka kunjungan pasien napza terutama pasien detoksifikasi dan rehabilitasi. Kemudahan prosedur dan terapi gratis yang ditawarkan BNN, membuat hampir seluruh rumah sakit atau pun panti-panti rehabilitasi yang

melayani pasien ketergantungan mengalami penurunan angka kunjungan. Hal ini dibenarkan oleh informan yang juga sebagai konselor yang bertugas di RSKD Duren Sawit menjelaskan, bahwa BNN yang merupakan suatu lembaga yang berada dibawah tanggung jawab langsung pemerintah memiliki program terapi gratis bagi pasien pengguna.

Badan Narkotika Nasional adalah suatu lembaga yang didirikan oleh pemerintah berdasarkan Keputusan Presiden No 17 tahun 2002 yang mempunyai tugas dan fungsi mengkoordinasikan instansi pemerintah terkait dalam perumusan dan pelaksanaan kebijakan nasional penanggulangan narkoba dan mengkoordinasikan pelaksanaan kebijakan nasional penanggulangan narkoba. BNN mendapatkan alokasi anggaran dari APBN, dengan anggaran tersebut BNN terus berupaya meningkatkan kinerjanya bersama-sama dengan Badan Narkotika Propinsi (BNP) dan Badan Narkotika Kabupaten/Kota (BNK) dalam memberantas dan penanggulangan narkoba ([www.bnn.go.id](http://www.bnn.go.id)).

Jika dilihat dari tujuannya, BNN dan RSKD Duren Sawit memiliki kesamaan tujuan dalam penanggulangan dan pemberantasan narkoba. BNN sebagai lembaga yang berdiri berdasarkan Kepres, maka BNN bertanggung jawab langsung kepada pemerintah dalam hal pelayanan terhadap masyarakat dalam memberantas narkoba dengan membuat suatu program rehabilitasi untuk pasien-pasien ketergantungan narkoba secara gratis. Sementara RSKD Duren Sawit sebagai rumah sakit khusus jiwa dan narkoba yang diresmikan oleh pemerintah daerah, ikut serta dalam penanggulangan narkoba. Sebagai rumah sakit khusus narkoba, RSKD Duren Sawit telah dilengkapi oleh sarana dan prasarana yang menunjang untuk memberikan pelayanan, seperti program rehabilitasi, detoksifikasi dan memberikan pelayanan kepada pasien yang menderita akibat efek samping narkoba. BNN dan RSKD Duren Sawit bisa menjadi mitra kerja dalam menjalankan tujuan masing-masing organisasinya, sehingga tidak lagi ada anggapan sebagai pesaing tapi menjadi pelengkap dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Sementara faktor internalnya adalah masih kurangnya SDM, biaya yang cukup tinggi, walaupun RSKD Duren Sawit masih menerima pasien gakin, namun saat ini untuk mendapatkan kartu gakin kepengurusannya sulit serta adanya terapi pengganti atau substitusi . Disamping itu dari hasil wawancara mendalam, adanya demotivasi dari rumah sakit, tidak ada kejelasan gaji dan insentif mulai dari manajemen, perawat sampai satpam , serta jenjang karier yang tidak jelas.

Dari hasil wawancara mendalam dengan petugas, 2 orang menyatakan bahwa marketing di RSKD Duren Sawit akan dikembangkan lagi. Sebagai RS yang telah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), RSKD Duren Sawit diserahkan tanggung jawab oleh pemerintah daerah untuk dapat mengelola keuangannya sendiri dan diberikan keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

Badan Layanan Umum atau BLU adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas ([www.blu.go.id](http://www.blu.go.id)).

## **BAB VIII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **8.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian Analisis Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik Napza di Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa Dan Narkoba Duren Sawit tahun 2010 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pada dasarnya perilaku pengguna jasa pelayanan dalam hal ini pasien yang memiliki pengetahuan yang baik tentang napza dan efek samping napza mendorong pasien untuk memanfaatkan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit dalam menggunakan pelayanan kesehatan.
2. Keyakinan dan sikap pasien bahwa memanfaatkan pelayanan poliklinik di RSKD Duren Sawit akan membantunya dalam penyembuhan tidak lepas dari perilaku pasien dalam hal ini pengetahuan yang dimiliki oleh pasien itu sendiri
3. Sarana prasarana yang ada di RSKD Duren sawit masih belum mendukung dalam memberikan pelayanan bagi pasien narkoba, salah satunya adalah kurang tersedianya alat dan obat-obatan sehingga pasien tidak kembali berobat ke RSKD Duren sawit.
4. Kemudahan dalam mencapai RSKD Duren Sawit baik dilihat dari aspek jarak tempuh, aspek tempat tinggal pasien maupun aspek biaya yang dikeluarkan tidak menjadi kendala bagi pasien untuk tetap memanfaatkan pelayanan di RSKD Duren Sawit
5. RSKD Duren sawit sebagai RS khusus narkoba masih belum merata dalam memberikan kesempatan pelatihan kepada petugas, terutama untuk perawat yang mulai bekerja diatas tahun 2006, sehingga

berdampak kepada pemberian pelayanan yang kurang profesional bagi pasien.

6. Adanya dukungan berobat ke RSKD Duren Sawit dari keluarga dan teman akan mampu memotivasi pasien untuk tetap memanfaatkan pelayanan poliklinik napza didalam menjalankan terapi.
7. Perilaku petugas yang ramah dan terampil di RSKD Duren Sawit akan memberikan kenyamanan bagi pasien napza untuk tetap berobat dan memberikan kemudahan baik dalam hal biaya dan birokrasi seperti kemudahan kepengurusan surat-surat untuk pasien gakin dalam mendapatkan pelayanan, merupakan faktor-faktor yang membuat pasien tetap memilih RSKD Duren Sawit sebagai tujuan utama untuk mndapatkan pelayanan kesehatan.

## 8.2 Saran

Berdasarkan temuan dan kesimpulan yang didapat dari penelitian ini maka dalam rangka meningkatkan pemanfaatan pelayanan poliklinik napza, dapat dikemukakan saran-saran sebagai berikut :

1. Menyediakan sarana dan prasarana yang lebih baik bagi pasien napza dengan komplikasi HIV/AIDS dengan memanfaatkan ruang rehabilitasi dan detoksifikasi yang selama ini kurang dimanfaatkan.  
Menyediakan fasilitas perawatan gigi khusus untuk pasien napza rawat inap atau rawat jalan (juga mantan pengguna napza), dimana saat ini tidak tersedia, penyakit gigi merupakan salah satu sumber penularan dan penyebab komplikasi yang cukup serius bagi pasien napza.
2. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan seperti memberikan kesempatan kepada petugas untuk mengikuti pelatihan tentang ketrampilan dan keramahan khususnya menghadapi pasien napza dan

efek samping dari napza bagi petugas yang belum pernah mendapat kesempatan. Pelatihan yang berkelanjutan dan teratur dilaksanakan akan membuat karyawan termotivasi untuk bisa lebih lagi menambah ilmu pengetahuan dan skill mereka sehingga tidak akan ada lagi karyawan yang memperlakukan pasien dengan tidak semestinya, terutama dalam menghadapi dan melayani pasien dengan HIV/AIDS.

3. Peningkatan unit/sektor marketing untuk pasien napza antara lain Sosial marketing untuk memberikan pesan kepada masyarakat berupa penyuluhan atau seminar dalam upaya menjadikan RSKD Duren Sawit sebagai salah satu pusat pelayanan Napza yang terbaik di wilayah Jakarta Timur, Jakarta dan Indonesia.

Strategi lain yang dapat dilakukan misalnya melakukan kerjasama dengan pihak ketiga melalui puskesmas atau Lembaga swadaya masyarakat untuk mengadakan pendekatan internal dengan pasien atau keluarga pasien untuk mau berobat atau berkonsultasi dengan pihak RSKD Duren sawit untuk mendapatkan pelayanan, khususnya pelayanan napza dan efek samping dari napza.

4. Memberikan *reward* dan *punishment* yang jelas bagi karyawan, seperti pemberian penghargaan bagi karyawan berprestasi misal dengan memasang foto karyawan berprestasi sehingga dapat diketahui oleh semua pengunjung rumah sakit sehingga mereka bisa bekerja lebih baik dan lebih termotivasi.

Memberlakukan sistem remunerasi yaitu pemberian imbalan atau jasa berdasarkan beban kerja dari masing-masing petugas, sehingga dapat memberikan kejelasan dan keadilan dalam pembagian insentif.

5. Perlu adanya evaluasi kembali pencatatan dan pelaporan (medical record) pasien napza di RSKD Duren Sawit karena hasil pelaporan tahunan ini digunakan untuk menentukan jumlah pasien napza di Jakarta

dan Indonesia, misal laporan hasil kinerja dari buku laporan tahunan, terdapat banyak kesenjangan antara jumlah pasien yang terdapat dibuku laporan dengan buku registrasi harian pasien, terutama jumlah pasien di poliklinik napza.



## DAFTAR REFERENSI

- Albachri, Husin. (2002). Penatalaksanaan Mutakhir dan Komprehensif Ketergantungan Napza. *Cermin Kedokteran* No. 136 P: 145. Januari 25, 2009. <http://www.kalbe.co.id>
- Azwar, Azrul. (1996). Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi ketiga. Binarupa Aksara. Jakarta
- Badan Narkotika Nasional. (2009). Data Pasien Narkoba Di Indonesia. Januari 25, 2009. <http://www.bnn.go.id>
- Badan Narkotika Nasional. (2009). Profil BNN. Januari 25, 2009. <http://www.bnn.go.id>
- Dachlan, Ruswan. (2002). Tatalaksana Detoksifikasi Cepat pada Pengguna Narkoba. Prosiding Simposium. Temu Ilmiah Akbar. Bagian Ilmu Penyakit Dalam. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta
- Feldstein, J, Paul. (1993). *Health Care Economics*. Fourth Edition. Delmar Publisher Inc. New York
- Green, L, et al. (1980). *Health Education Planning*, Mayfield Publishing Co. Jhon Hopkins University. Boston
- Green, Lawrence, W, Kreuter, Marshal, W. (2005). *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. McGraw Hill. New York
- Hawari, Dadang, H. (2004). Terapi( Detoksifikasi) dan Rehabilitasi (pesantren) Pasien Naza (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain). Universitas Indonesia. Jakarta
- Hediyati, Sarifah, Yesi (2001). Analisis Pola Pemanfaatan Kartu Sehat Program Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) Oleh Keluarga Miskin Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Di Jakarta Timur. Tesis. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok
- Ilyas, Yaslis.(2004). Perencanaan SDM Rumah Sakit. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Indri. (2009). Teori Aplikasi Green. Februari 21, 2010. <http://www.TeoriAplikasiGreen.blogspot/>
- Judarwanto, Widodo. (2009). Masalah Narkoba Pada Anak Dan Remaja. Februari 15, 2010. [http://korananakindonesia.wordpress.com /](http://korananakindonesia.wordpress.com/)

- Kartini. (2003). Analisis Pemanfaatan Pelayanan Poliklinik Umum RS Kusta Sungai Kundur di Kecamatan Banyusin I Kabupaten Banyuasin Propinsi Sumatera Selatan . Tesis, Program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Universitas Indonesia. Depok
- Komisi Penanggulangan Aids (2009). Analisis Situasi HIV dan AIDS di Indonesia. Januari 26, 2010.<http://kpa.go.id/>
- Kresno, Sudarti. (2000). Aplikasi Metode Kualitatif dalam Penelitian Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok
- Laporan Tahunan. (2006, 2007,2008). Rumah Sakit Khusus Jiwa Dan Narkoba Duren Sawit Jakarta.
- Moleong, J, Lexy. (1991). Metode Penelitian Kualitatif. PT Remaja Rosdakarya. Bandung
- Mursifah, Siti. (1997). Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta. Tesis. Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Universitas Indonesia. Depok
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Poerwandari, Kristi. (2007). Pendekatan Kualitatif Untuk Penelitian Perilaku Manusia. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi. Fakultas Psikologi. Universitas Indonesia. Depok
- Saebani, Ahmad. Afifudin, H. (2009). Metode Penelitian Kualitatif. CV pustaka Setia. Bandung
- Satori, Djaman. (2009). Metodologi Penelitian Kualitatif. Alfabeta. Bandung
- Soitawati. (2009). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Putus Berobat Pasien Pengguna Narkotika Suntik di Klinik Rumatan Metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok
- Sukmana, Nanang (2002). Penatalaksanaan Komplikasi Pada Penyalahgunaan Napza. Prosiding Simposium. Temu Ilmiah Akbar. Bagian Ilmu

Penyakit Dalam. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.  
Jakarta

Supriyatnataris, Dedi (2007). Analisis Bidan Di Desa yang Tidak Merujuk Kasus Persalinan Dengan Gawat Janin ke Puskesmas PONEB di Kabupaten Cirebon Tahun 2006-2007. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok

Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009.  
Himpunan Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia.  
Bandung. Nuansa Aulia

Undang-Undang Narkotika No. 35 tahun 2009

Undang-Undang Rumah Sakit No.44 tahun 2009

Winarto (2005). Analisis Kualitas Pelayanan Pada RSKO Jakarta. Tesis.  
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Universitas  
Indonesia. Depok

Yuliah (2001). Pemanfaatan Puskesmas Ditinjau Dari Aspek Pengguna Jasa, Penyelenggara Pelayanan Dan Pendukung Di Puskesmas Pasar Kemis Kabupaten Tangerang. Tesis. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok

**Lampiran 1. Matriks Pengumpulan Data**

<b>Sumber Informasi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Kriteria Informan</b>	<b>Metode</b>	<b>Jenis Informasi</b>
Pasien atau keluarga	5	Pasien yang sedang berobat minimal 6 bulan terakhir	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pengetahuan ttg pelayanan poliklinik napza</li> <li>-Pengetahuan ttg napza, terapi, efek samping</li> <li>-Keyakinan ttg pelayanan poliklinik dpt membantu menyembuhkan</li> <li>-Apa yg mendorong utk berobat</li> <li>-Darimana mengetahui bhw RSDS memiliki pelayanan khusus napza</li> <li>-Sikap thd pelayanan poliklinik</li> <li>-Mengapa memilih RSKD DS utk tempat berobat</li> <li>-Bagaimana sarana prasarana yg ada</li> <li>-Berapa jarak tempuh ,transportasi dan biaya</li> <li>-Ketrampilan petugas mulai saat mendaftar sampai selesai berobat</li> <li>-Peranan keluarga dan teman selama terapi napza</li> <li>-Peranan petugas dlm terapi napza</li> </ul>
Mantan Pasien	2	Pasien yang pernah berobat maksimal 2 tahun terakhir	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pengetahuan ttg pelayanan poliklinik napza</li> <li>-Pengetahuan ttg napza, terapi, efek samping</li> <li>-Keyakinan ttg pelayanan poliklinik dpt menyembuhkan</li> <li>-Apa yg mendorong utk berobat</li> <li>-Darimana mengetahui bhw RSDS memiliki pelayanan khusus napza</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sikap thd pelayanan poliklinik</li> <li>-Mengapa memilih RSKD DS utk tempat berobat</li> <li>-Bagaimana sarana prasarana yg ada</li> <li>-Berapa jarak tempuh ,transportasi dan biaya</li> <li>-Ketrampilan petugas mulai saat mendaftar sampai selesai berobat</li> <li>-Peranan keluarga dan teman selama terapi napza</li> <li>-Peranan petugas dlm terapi napza</li> </ul>
Wadir Yanmed	1	Jabatan struktural wadir yanmed RSKD Duren Sawit	Wawancara Mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi sarana prasarana yg memadai utk pelayanan poli napza</li> <li>-faktor-faktor yg membuat pasien kembali berobat</li> <li>-Faktor-faktor yg membuat pasien tdk kembali berobat</li> <li>-Apakah petugas mengikuti pelatihan khusus napza</li> <li>-Dukungan petugas dalam hal kebijakan</li> </ul>
Ka.Instalasi Rajal	1	Jabatan struktural ka instalasi rajal RSKD Duren Sawit	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi sarana prasarana yg memadai utk pelayanan poli napza</li> <li>-faktor-faktor yg membuat pasien kembali berobat</li> <li>-Faktor-faktor yg membuat pasien tdk kembali berobat</li> <li>-Apakah petugas mengikuti pelatihan khusus napza</li> </ul>

				-Dukungan petugas dalam hal kebijakan
Ka. Poli napza	1	Jabatan struktural ka poliklinik napza	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi sarana prasarana yg memadai utk pelayanan poli napza</li> <li>-faktor-faktor yg membuat pasien kembali berobat</li> <li>-Faktor-faktor yg membuat pasien tdk kembali berobat</li> <li>-Apakah petugas mengikuti pelatihan khusus napza</li> <li>-Dukungan petugas dalam hal kebijakan</li> </ul>
Perawat Poli	7	Jabatan fungsional perawat RSKD Duren Sawit	DKT	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pendapat ttg pelayanan poli napza</li> <li>-Apakah sarana prasarana telah mencukupi utk setiap hari pelayanan</li> <li>-Ketrampilan dokter dlm menangani pasien (dokter selalu ada dan tepat waktu)</li> <li>-apakah keluarga perlu mendampingi pasien</li> <li>-Pengaruh dukungan teman thd terapi napza</li> <li>-Apakah pernah mengikuti pelatihan khusus pasien napza</li> <li>-Pendapat mengenai turunnya angka kunjungan</li> <li>-Apakah kebijakan yg ada berpengaruh terhadap angka kunjungan</li> </ul>

## Lampiran 2. FORMULIR INFORMED CONSENT

Salam, saya... Kami akan melakukan wawancara dan diskusi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya poliklinik napza di RSKD Duren Sawit. Untuk itu, kami perlu mengetahui bagaimana pengetahuan, sikap dan keyakinan bapak/ibu/saudara untuk menggunakan pelayanan kesehatan di poliklinik Duren Sawit ini. Semua informasi ini akan digunakan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, khususnya pelayanan poliklinik napza. Partisipasi bapak/ibu/saudara sangat penting, namun bersifat sukarela. Apabila bersedia untuk diskusi dan diwawancarai, informasi yang kami peroleh akan dirahasiakan. Untuk itu kami meminta ijin kepada bapak/ibu/saudara untuk bersedia diwawancarai.

Apakah bapak/ibu/saudara bersedia untuk diwawancarai sekarang ? Beri tanda silang (X) pada jawaban yang dipilih.

1. Ya
2. Tidak (ganti dengan informan lain)

Saya menyatakan, bahwa saya telah membacakan pernyataan diatas pada informan dan informan setuju untuk berpartisipasi dalam studi ini.

Tanggal :

Tanda tangan informan :

Tanda tangan pewawancara :

### **Lampiran 3. Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam Pasien dan Mantan Pasien**

Nama Pewawancara :

Tanggal wawancara :

Tempat Wawancara :

#### **Karakteristik Informan**

Nama Informan :

Jenis Kelamin :

Umur/tgl lahir :

Pendidikan :

#### **I. Petunjuk Umum**

1. Ucapan terima kasih kepada informan yang telah bersedia untuk ikut dalam penelitian
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara mendalam ini

#### **II. Petunjuk wawancara mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar

3. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
4. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar terjamin kerahasiaannya
5. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

### **III. Pertanyaan:**

#### **1. Pengetahuan informan tentang pelayanan poliklinik napza**

- Apa yang saudara ketahui mengenai pelayanan poliklinik?
- Bagaimana sebaiknya menurut anda pelayanan poliklinik itu?
- Apa yang saudara ketahui mengenai napza
- Efek samping apa saja yang dapat terjadi jika tidak berobat
- Apa yang saudara ketahui tentang terapi napza

#### **2. Keyakinan informan tentang pelayanan poliklinik dapat menyembuhkan**

- Apa yang mendorong saudara untuk berobat
- Dimana anda mengetahui kalau di RSKD Duren Sawit ada pelayanan khusus pasien napza

#### **3. Sikap tentang pelayanan poliklinik napza**

- Bagaimana menurut anda tentang pelayanan poliklinik napza di RSKD Duren Sawit?
- Mengapa saudara memilih RSKD DS untuk berobat

#### **4. Persepsi sarana dan prasarana**

- Menurut saudara bagaimana sarana dan prasarana yang ada di RSKD Duren Sawit ? (ruang periksa nyaman, ruang tunggu bersih, gedung yang bagus)

**5. Persepsi aksesibilitas**

- Berapa lama perjalanan anda dari rumah sampai ke RSKD Duren Sawit?
- Apakah mudah mendapatkan kendaraan untuk mencapai RS
- Berapa besar biaya yang anda keluarkan untuk bisa sampai ke RSKD DS?

**6. Persepsi Ketrampilan petugas?**

- Bagaimana menurut anda tentang keahlian petugas RS dalam memberikan pelayanan? Mulai saat pasien mendaftar sampai selesai pemeriksaan.

**7. Dukungan Keluarga**

- Apakah peran keluarga sangat bermanfaat untuk anda?

**8. Dukungan teman**

- Menurut anda apakah teman sangat membantu dalam terapi napza ?

**9. Dukungan petugas**

- Bagaimana pendapat saudara tentang pelayanan dokter dan perawat di RSKD Duren Sawit ini? Apakah selama menjalankan terapi napza oleh dokter dan perawat anda mendapatkan pelayanan yang terbaik?

#### Lampiran 4. Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam dengan Petugas RS

Nama Pewawancara :

Tanggal wawancara :

Tempat Wawancara :

#### Karakteristik Informan

Nama Informan :

Jenis Kelamin :

Umur/tgl lahir :

Jabatan :

#### I. Petunjuk Umum

1. Ucapan terima kasih kepada informan yang telah bersedia untuk ikut dalam penelitian
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara mendalam ini



## II. Petunjuk wawancara mendalam

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
4. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar terjamin kerahasiaannya
5. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat

## III. Pertanyaan

### 1. Persepsi sarana dan prasarana

- Menurut saudara apakah sarana dan prasarana yang ada di RSKD DS memadai untuk pelayanan kesehatan khususnya poliklinik napza
- Menurut saudara factor-faktor apa saja yang membuat pasien akan kembali untuk berobat ke RSKD DS
- Menurut saudara factor-faktor apa saja yang membuat pasien tidak kembali berobat ke RSKD DS

### 2. Persepsi ketrampilan petugas

- Apakah semua petugas telah mengikuti pelatihan pelayanan khusus untuk pasien napza?

### 3. Dukungan petugas

- Menurut saudara bagaimana kebijakan RS saat ini dalam memberikan pelayanan terhadap pasien napza, mengingat angka penurunan pasien napza yang berobat ke RSKD DS beberapa tahun ini

### Lampiran 5. Pedoman Diskusi Kelompok Terpadu (DKT))

Nama Fasilitator :

Nama Pencatat :

Tanggal FGD :

Tempat FGD :

#### I. Penjelasan umum

a. Jelaskan tujuan DKT

b. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar

c. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian

d. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar terjamin kerahasiaannya

e. Hasil diskusi ini baik yang positif maupun yang negative akan menjadi masukan dalam meningkatkan pelayanan khususnya pelayanan poli napza

f. Hasil diskusi ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pencatat.

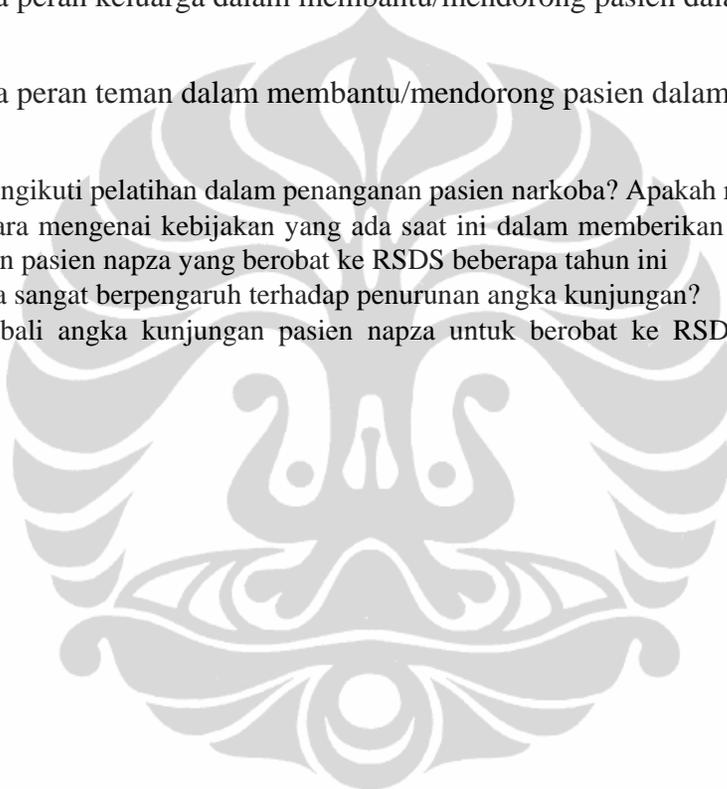
#### II. Pertanyaan

##### 1. Persepsi sarana dan prasarana

- Apa pendapat saudara mengenai pelayanan kesehatan poliklinik napza di RSKD Duren sawit ?
- Menurut saudara-saudara apakah sarana dan prasarana yang tersedia mencukupi kebutuhan pelayanan sehari-hari?

##### 2. Persepsi ketrampilan petugas

- Bagaimana pelayanan dokter terhadap pasien napza (trampil dalam menangani pasien napza khususnya pasien yang kambuhan/sakau , apakah dokter selalu ada dan datang tepat waktu
- 3. Dukungan keluarga**
- Bagaimana menurut anda peran keluarga dalam membantu/mendorong pasien dalam pengobatan
- 4. Dukungan teman**
- Bagaimana menurut anda peran teman dalam membantu/mendorong pasien dalam pengobatan
- 5. Dukungan Petugas**
- Apakah saudara pernah mengikuti pelatihan dalam penanganan pasien narkoba? Apakah rutin dilakukan
  - Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan yang ada saat ini dalam memberikan pelayanan terhadap pasien napza, mengingat angka penurunan pasien napza yang berobat ke RSDS beberapa tahun ini
  - Apakah kebijakan yang ada sangat berpengaruh terhadap penurunan angka kunjungan?
  - Untuk meningkatkan kembali angka kunjungan pasien napza untuk berobat ke RSDS ini, apa sebaiknya yang harus dilakukan/direncanakan.



### Lampiran 6. Matriks Wawancara Mendalam Dengan Pasien

No.		Pertanyaan	Jawaban				
			Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
1	Pengetahuan informan	Apa yg saudara ketahui mengenai pelayanan poliklinik	Tempat konsultasi dgn psikiater	Tempat untuk berobat dan detoksifikasi	Tempat untuk vct	Tempat untuk berobat	Tempat untuk menyembuhkan dari ketergantungan
		Bagaimana sebaiknya pelayanan poliklinik itu					
		Apa yg saudara ketahui mengenai napza	Narkotika dan psikotropika	Narkotika, psikotropika dan zat adiktif	Narkotika dan zat adiktif	Zat adiktif dan narkotika	Zat yg buat kecanduan
		Efek samping apa saja yg tjd jika tidak berobat	Tergantung jenisnya	Gangguan tidur	HIV, hepatitis	Sakau, infeksi	HIV, AIDS
		Apa yg saudara ketahui ttg terapi napza	Detoksifikasi, pengalihan, rehabilitasi	Detoksifikasi	Metadon, subutek	Substitusi dan pengalihan	detoksifikasi
2	Keyakinan informan	Alasan saudara untuk berobat	Takut, pernah koma	Keinginan orang tua	Diri sendiri	Sudah jenuh	Dorongan orang tua
		Darimana mengetahui RSKD DS ada pelayanan khusus narkoba	Sudah tahu sebelumnya	Dari teman	Rujukan dari poli tempat bekerja	Dari LSM	Rujukan dari RS Persahabatan

3	Sikap informan	Bagaimana menurut anda ttg pelayanan poli napza di RSKD DS	Pelayanan bagus	Pelayanan tidak ada masalah	Pelayanan bagus	Pelayanan bagus	Sama seperti RS lain
		Alasan anda memilih RSKD DS untuk berobat	Semua lengkap	Keinginan orang tua	Obat selalu tersedia, dokter dan perawat bagus	-	Pakai gakin tidak dipersulit
4	Persepsi Sarana Prasarana	Menurut anda bagaimana sarana Prasarana yg ada di RSKD DS	Perawatan masih kurang	Sama saja dengan yg lain	Perawatan masih digabung dengan yg sakit jiwa	Obat pernah tidak tersedia	Belum ada pemeriksaan CD4
5	Persepsi Aksesibilitas	Berapa lama perjalanan anda dari rumah ke RSKD DS	5 menit	1 jam 30 menit	5 menit	10-15 menit	20 menit
		Apakah mudah mendapatkan kendaraan untuk mencapai RSKD DS	Mudah, naik motor	Naik motor	Naik motor	Mudah banyak kendaraan, naik motor	Kendaraan umum
		Berapa besar biaya yang anda keluarkan untuk mencapai RSKD DS (Rp)	5000	10.000	5000	5000	3000
6	Persepsi ketrampilan petugas	Bagaimana menurut anda keahlian petugas dalam memberikan pelayanan (mulai saat mendaftar sampai selesai pemeriksaan)	Bagus	Cukup	Dokter bagus, perawat kurang	Dokter bagus, perawat tidak ramah	Bagus , memuaskan

7	Dukungan Keluarga	Menurut anda bagaimana peran keluarga selama anda menjalani pengobatan	Mendukung sekali	Sangat mendukung	Sangat mendukung	Mendukung	mendukung
8	Dukungan teman	Menurut anda bagaimana peran teman-teman selama anda menjalani pengobatan	Teman perkumpulan mendukung, diluar lingkungan sdh menghakimi	Teman sekelompok saja	Teman komunitas saja, tidak terbuka dn teman diluar komunitas	Teman yg baik mendukung, ada juga yg menjerumuskan	Teman LSM lebih mendukung
9	Dukungan Petugas	Bagaiman menurut anda peran petugas RSKD DS selama anda menjalani terapi	Semua baik, mulai dokter, perawat dan konselor	Tergantung kitanya , semua professional	Pelayanan mulai dari dokter, perawat bagus dan semua mendukung	Mulai dokter, perawat dan konselor semua mendukung	Semua mendukung

### Lampiran 7. Matriks Wawancara Mendalam Dengan Mantan Pasien

No		Pengetahuan	Jawaban	
			Informan 1	Informan 2
1	Pengetahuan informan	Apa yg saudara ketahui mengenai pelayanan poliklinik	Tempat untuk sharing dan konsultasi	Tempat untuk berobat
		Bagaimana sebaiknya pelayanan poliklinik itu		
		Apa yg saudara ketahui mengenai napza	Zat adiktif yang buat ketergantungan	Zat yg menimbulkan adiksi, yg menyebabkan gangguan kehidupan social dan spiritual
		Efek samping apa saja yg tjd jika tidak berobat	Gangguan perilaku, masa bodoh	Infeksi hepatiis B, C, HIV, AIDS
		Apa yg saudara ketahui ttg terapi napza	Substitusi, pengalihan, rehabilitasi	Substitusi, rehabilitasi
2	Keyakinan informan	Alasan saudara untuk berobat	Dari diri sendiri	Sudah sampai titik nadir, dari diri sendiri
		Darimana mengetahui RSKD DS ada pelayanan khusus narkoba	Teman ibu	Dari keluarga
3	Sikap informan	Bagaimana menurut anda ttg pelayanan poli napza di RSKD DS	Pelayanan baik	Pelayanan luar biasa
		Alasan anda memilih RSKD DS untuk berobat	Dekat tempat tinggal	Tempat bagus
4	Persepsi Sarana Prasarana	Menurut anda bagaimana sarana Prasarana yg ada di RSKD DS	Sesuai standar	Bagus

5	Persepsi Aksesibilitas	Berapa lama perjalanan anda dari rumah ke RSKD DS	20 menit	-
		Apakah mudah mendapatkan kendaraan untuk mencapai RSKD DS	Banyak kendaraan, naik motor	Mudah, naik taksi
		Berapa besar biaya yang anda keluarkan untuk mencapai RSKD DS (Rp)	10.000	28.000
6	Persepsi ketrampilan petugas	Bagaimana menurut anda keahlian petugas dalam memberikan pelayanan (mulai saat mendaftar sampai selesai pemeriksaan)	Dokter baik, perawat baik	Dokter kompeten, perawat bagus
7	Dukungan Keluarga	Menurut anda bagaiman peran keluarga selama anda menjalani pengobatan	Sangat mendukung	Cukup besar, utama dari diri sendiri
8	Dukungan teman	Menurut anda bagaimana peran teman-teman selama anda menjalani pengobatan	Ada yang mendukung, ada ang tidak	Ada yg mendukung , ada yg menjerumuskan
9	Dukungan Petugas	Bagaiman menurut anda peran petugas RSKD DS selama anda menjalani terapi	Sangat mendukung, terutama konselor	Dokter, perawat, konselor sangat mendukung

**Lampiran 8.Matriks Wawancara Mendalam Dengan Petugas**

No		Pertanyaan	Jawaban			
			Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
1	Persepsi Sarana Prasarana	Menurut saudara apakah sarana dan prasarana yg ada sdh memadai utk pelayanan pasien	Cukup memadai	Sarana prasarana memadai, krn ps tdk ada dialihkan ke rehab mental	Fasilitas cukup menunjang	Cukup lengkap, dulu menjadi RS percontohan untuk rehab-rehab lain
		Menurut saudara factor-faktor apa saja yg membuat pasien kembali berobat	Berobat gratis krn melayani gakin, dilayani oleh dokter spesialis, murah	Pasien kembali krn msh ada kontak dgn konselor	Pasien datang kembali krn butuh obat	Pasien kembali karena butuh obat
		Menurut saudara factor-faktor apa saja yg membuat pasien tidak kembali berobat	Biasanya pasien kembali berobat	-	Ada yg ke RS lain, krn kita pelayanan smp jam 4, sementara pasien pulang kerja sampai sore	Ada yg tdk dtg lagi, mgk dulu kita pernah obat tdk tersedia, mereka cari ketempat lain, mungkin disana lebih enak, disini kita lebh ketat
2	Persepsi Ketrampilan Petugas	Bagaimana RS menjaga kompetensi dari tiap petugas	Ada pelatihan	Ada perawat yg kita latih, tp tdk byk	Kita adakan pelatihan untuk petugas	Utk petugas yg bekerja th 2002-2004 semua pernah mengikuti pelatihan, mulai dari dokter, perawat sampai sekuriti
		Adakah pelatihan rutin	Tidak ada	Ada pelatihan	Ada perencanaan	Ada perencanaan

		dilakukan	perencanaan, tergantung anggaran		tiap tahun untuk pelatihan	tiap tahunnya untuk pelatihan
3	Dukungan Petugas	Menurut saudara bagaimana kebijakan RS saat ini dlm memberikan pelayanan thd pasien napza, mengingat angka penurunan kunjungan	Penurunan terlihat mulai th 2005-2006 karena sdh tdk ada subsidi	UU Narkoba 2009 dijalankan, tempat kita pasti penuh lagi, keadaan ekonomi saat Gakin msh terima, tp mengurus gakin sulit BNN gratis, ps lari kesana Ada program substitusi	Mulai th 2006 ps Menurun. Faktor internal : ketenagaan Faktor eksternal : Ada rehab-rehab lain dan BNN yg gratis Kita akan memperkuat marketing lagi	Tahun 2006 ps berkurang karena Faktor eksternal : jumlah pengguna heroin mulai hilang, diganti oleh ganja dan sabu2x, ada BNN yg gratis, ada perkembangan terapi spt metadon, subutek, subukson, dan ada trend berobat Faktor internal : hrs ada kebijakan dari atas, mau dibawa kemana RS ini, hrs jelas apa yg akan kita tangkap, demotivasi dari RS spt tdk ada kejelasan gaji dan insentif, jenjang karir tdk jelas

**Lampiran 9. Matriks Diskusi Kelompok Terarah Dengan Petugas**

No		Pertanyaan	Jawaban						
			Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7
1	Persepsi Sarana Prasarana	Menurut saudara apakah sarana dan prasarana di RSKD DS yg tersedia sdh mencukupi pelayanan sehari-hari	Sarana prasarana sdh ada, kurang marketing dan SDM	Prasarana sdh baik, SDM kurang. Perawatan HIV AIDS digabung dgn yg rawat jiwa, shg pasien keberatan	Fasilitas sdh baik	Sarana prasarana sdh baik, hanya sejak th 2008 pasien sdh tdk ada	Sarana sdh ada, mgk kurang marketing dan sdm.	Sudah cukup baik, fasilitas lengkap, ada poli napza sebagai pintu masuk	Sarana dan prasarana sudah cukup menunjang
2	Persepsi Ketrampilan Petugas	Apakah saudara pernah mengikuti pelatihan khusus untuk meningkatkan pelayanan, khususnya pelayanan napza	Kita sudah mengikuti pelatihan	Sudah ada pelatihan, bagaimana menangani ps napza yg fisik maupun yg keadaan komplikasi	Pelatihan ada, khususnya narkoba	Pernah mengikuti pelatihan	Pernah mengikuti pelatihan berkelanjutan	Dulu RS sering mengadakan pelatihan, khususnya untuk training penanganan napza	pernah mengikuti pelatihan, saat ini yg bertugas di ruang B20 justru mereka yg blm dpt pelatihan
		Apakah rutin dilakukan	Dulu rutin dilakukan, tp saat ini tdk jelas, dan	Saat itu rutin dilakukan dan ada perencanaan	Dulu ada training yg rutin untuk puluhan	Rutin dilakukan	Dulu rutin dilakukan, sekarang ini tidak rutin	Rutin diadakan pelatihan, saat ini	-

			kalaupun skrg ini ada pelatihan biasanya yg diundang mereka yg pernah mengikuti pelatihan sblnnya	khusus, karena disini kan RS khusus	orang, tempatnya di RS, kalau Satu dua org biasanya training diluar			kurang jelas	
3	Dukungan Keluarga	Bagaimana menurut saudara peran keluarga dalam membantu /mendorong pasien untuk berobat	Keluarga turut memberikan support dan dorongan	Peran keluarga selama pasien dalam perawatan cukup besar, tp msh ada keluarga yg belum percaya kepada pasien walaupun telah direhabilitasi	Pengalaman dukungan keluarga tidak ada, lebih comfort pada teman, karena ada keluarga yg pasien sdh pulang msh belum percaya, bahkan msh ada yg kunci lemari	Keluarga sangat membantu dalam pemulihan pasien ketergantungan	Menurut pengalaman saya , selama pasien menjalani perawatan keluarga itu sangat berperan dalam membantu pasien untuk lekas pulih	Dalam beberapa program disini kita melibatkan keluarga, kaya family gathering	Dukungan keluarga cukup besar

4	Dukungan Teman	Bagaimana menurut saudara peran teman-teman dalam membantu/mendorong pasien untuk berobat	Dukungan teman kita lihat dulu teman yang mana	Biasanya mereka lebih nyaman bergabung dengan kelompoknya	Dari teman yang lebih berperan dalam pemulihan,	Harus dilihat dulu teman nya	Dukungan teman sangat besar, sampai sekarangpun komunikasi terus berlanjut bahkan jadi teman kerja	Ada teman yang ingin mereka sembuh tapi ada juga yang bisa menjerumuskan	Sampai saat inipun komunikasi dengan mereka msh ada
5	Dukungan Petugas	Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan yg ada saat ini dalam memberikan pelayanan thd ps napza, mengingat angka penurunan ps napza yg berobat	Budaya kita kalau ada yg gratisan pasti cari yg gratis	Tdk ada kebijakan dari RS yg tdk lagi menerima pasien, hanya mungkin karena disini bayar	Ada BNN yg memberi pelayanan gratis, ada terapi substitusi, banyak rehab-rehab lain yg juga kolaps krn ada BNN	Napza itu ada eranya, kadang naik kadang turun, disini pelayanan belum di upgrade	Adanya informasi terapi narkoba yg tdk perlu perawatan shg ps banyak pilihan, adanya BNN mudah dan lebih tanggap	Adanya terapi substitusi, sehingga ada pilihan pasien untuk berobat, seperti metadon, subutek	Adanya terapi pengalihan, substitusi seperti metadon
		Untuk dapat meningkatkan kembali angka kunjungan pasien napza untuk berobat ke RSKD DS, apa	Perlu partisipasi semua pihak, persepsi team work disamakan,		Agak sulit, karena dibutuhkan SDM yang banyak, sementara	Upgrade ilmu dan fasilitas, menyaring perawat yg baru dan ma	Buat klinik metadon	Semua unit harus terlibat, tdk hanya unit napza, marketing	Birokrasi dipemudah

		yang sebaiknya dilakukan /direncanakan	revisi UU narkoba yg sekarang jika diberlakukan merupakan pangsa pasar buat kita		kita kekurangan	uterus menguprade ilmunya		ditingkatkan , birokrasi dipermudah	
--	--	--	--	--	-----------------	---------------------------	--	-------------------------------------	--

