

TESIS

**EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI-SELATAN**



UMMI KALSUM
R012181010

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

**EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI RSKD DADI PROVINSI
SULAWESI-SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

UMMI KALSUM
R012181010

**PROGRAM STUDI ILMU MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

**EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI-SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

UMMI KALSUM
Nomor Pokok: R012181010

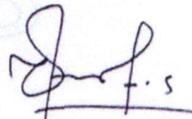
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 30 November 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN,PhD.
NIP. 19800717 200812 2 003



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ummi Kalsum
NIM : R012181010
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Di RSKD Dadi
Provinsi Sulawesi-Selatan

Menyatakan bahwa tesis ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 9 Desember 2022

Yang Menyatakan,



Ummi Kalsum

Kata Pengantar

Segala puji bagi Allah Yang Maha Kuasa karena dengan pertolonganNya sehingga saya bisa menyelesaikan tesis yang berjudul Evaluasi Pelayanan Jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan. Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menempuh pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Tesis dan penelitian ini dapat di selesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama dengan kesediaan pembimbing yang sabar dan ikhlas dalam meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan saya sehingga dapat menyusun proposal tesis ini. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati, saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing satu dan Ibu Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku pembimbing dua dan juga ucapan terimakasih saya sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L. Sjattar., S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin, dan keluarga tercinta yang telah mendukung saya dalam menyelesaikan proposal ini.

Saya menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan, keterbatasan serta jauh dari kata sempurna. Namun dengan keterbatasan ilmu, pengetahuan dan kemampuan yang saya miliki, sehingga tesis ini dapat saya selesaikan. Oleh karena itu saya membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari tim penguji dan pembaca untuk perbaikan tesis ini kedepannya.

Makassar, Desember 2022

Penulis,

Ummi Kalsum

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PENGAJUAN TESIS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	5
DAFTAR ISI.....	6
BAB I PENDAHULUAN.....	7
A. LATAR BELAKANG.....	5
B. RUMUSAN MASALAH.....	12
C. TUJUAN PENELITIAN.....	13
D. MANFAAT PENELITIAN.....	13
E. ORIGIN5LITAS PENELITIAN.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
A. TINJAUAN LITERATUR.....	15
B.KERANGKA TEORI.....	33
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL.....	34
A. KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN.....	34
B. DEFINISI KONSEPTUAL.....	34
BAB IV DESAIN PENELITIAN.....	36
A. DESAIN PENELITIAN.....	36
B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN.....	36
C. POPULASI DAN SAMPEL.....	36
D.INSTRUMEN, KEABSAHAN DATA, METODE DAN PROSEDUR PENGUMPULAN DATA.....	37
E. ANALISIS DATA.....	40
F. ETIKA PENELITIAN.....	42
BAB V. HASIL PENELITIAN.....	44
BAB VI. PEMBAHASAN.....	49
B. KETERBATASAN PENELITIAN.....	58
BAB VII. KESIMPULAN.....	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

ABSTRAK

Umni Kalsum, Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan
(dibimbing oleh Rini Rachmawaty, Ariyanti Saleh)

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan.

Desain penelitian adalah deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus-Oktober 2021 di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan dengan melakukan *in-depth interview* pada 10 partisipan yang didapatkan berdasarkan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Analisa data kualitatif deskriptif dilakukan dengan menggunakan *software* Opencode 4.0 dan dilakukan melalui proses sistematis yaitu analisis *coding*.

Hasil pada penelitian ini didapatkan bahwa beberapa standar pelayanan di RSKD Dadi mengalami perbedaan dari standar yang telah ditetapkan. Beberapa standar yang berbeda dari aturan yang telah ditetapkan yaitu peningkatan *Length Of Stay (LOS)*, *Bed occupation rate (BOR)*, *Turn over interval (TOI)* dan pasien lari. Perbedaan standar di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan yaitu pada peningkatan *Length Of Stay (LOS)* disebabkan karena tidak adanya dukungan keluarga pasien, peningkatan *Bed occupation rate (BOR)* yaitu karena terjadinya overload pasien, perbedaan standar *Turn over interval (TOI)* karena terjadi ketidaksesuaian jumlah tempat tidur serta peningkatan pasien lari karena kurangnya kegiatan pada pasien

Kata kunci: Pelayanan kesehatan jiwa, Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit jiwa

ABSTRACT

Umami Kalsum. Evaluation Of Mental Health Services In RSKD Dadi Province Of South Sulawesi (guided by Rini Rachmawaty, Ariyanti Saleh)

This study aims to evaluate mental health services at the Dadi Hospital in South Sulawesi Province.

The research design is descriptive qualitative using a case study approach. The study was conducted in August-October 2021 at Dadi Hospital, South Sulawesi Province by conducting in-depth interviews with 10 participants obtained based on purposive sampling technique. Qualitative data analysis was carried out using Opencode 4.0 software and processed systematically.

The results of this study found that several service standards at the Dadi RSKD experienced differences from the standards. Several standards differ from the rules that have been set, increasing the Length of Stay (LOS), Bed occupation rate (BOR), Turn over interval (TOI) and running patients. The difference in standards at the Dadi RSKD of South Sulawesi Province, namely the increase in Length Of Stay (LOS) due to the absence of patient family support, an increase in Bed Occupation Rate (BOR) namely due to patient overload, differences in standard Turn over interval (TOI) due to discrepancies the number of beds and the increase in patients running due to lack of activity in patients

Keywords: Mental Health, Mental Health Hospital, Evaluation of Mental Health

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Saat ini, kualitas dan mutu pelayanan kesehatan yang terbaik merupakan salah satu fokus utama masyarakat (Muninjaya, 2011). Tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang terbaik sejalan dengan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, yang terselenggara sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan sehingga dapat memberikan kepuasan bagi setiap masyarakat dan pasien (Dahyanto & Arofiati, 2018). Rumah sakit sebagai tempat dalam memberikan pelayanan kesehatan, dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, sehingga harus memenuhi elemen dasar yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas antara lain petugas kesehatan, fasilitas kesehatan yang memadai atau sarana prasarana (WHO, 2018). Karena hal ini, dikeluarkan peraturan-peraturan mengenai standar pelayanan di rumah sakit, agar tersedianya panduan bagi rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan yang bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang indikator kinerja dalam mencapai pelayanan yang terbaik (Purnomo, 2016).

Standar yang digunakan untuk rumah sakit khusus dalam hal ini rumah sakit jiwa yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2008 (Permenkes, 2008). Digunakan pula indikator kinerja rumah sakit area klinis dan area managerial. SPM merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga negara dan juga digunakan sebagai tolak ukur pengukuran mutu pelayanan rumah sakit (Permenkes, 2008; KARS, 2018). Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2008 menjadi pedoman bagi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam hal ini Rumah Sakit jiwa dalam memberikan pelayanan sesuai dengan indikator dan standar pencapaian pelayanan rumah sakit (Permenkes, 2008). Di dalam SPM tahun 2008 dijelaskan secara standar yang harus dicapai oleh rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Permenkes, 2008).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) dikeluarkan sebagai indikator pencapaian suatu Rumah Sakit yang dinilai secara kualitatif dan kuantitatif yang meliputi *input*, proses, *output* dan *outcome* dari suatu pelayanan (Ningsih, 2020; Adhi & Ningsih, 2020). Oleh karena itu, rumah sakit dituntut agar dapat menunjukkan akuntabilitas dengan salah satu caranya memenuhi Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit (Ningsih, 2020).

Selain itu, digunakan pula Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit yang berisi standar dan peraturan yang berlaku untuk Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam hal ini yaitu Rumah Sakit Jiwa. Adanya standar ini juga menjadi tolak ukur pengukuran mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit termasuk rumah khusus dalam hal ini rumah sakit jiwa (Hendarwan et al., 2015). Di dalam standar dan peraturan ini, baik Standar Pelayanan Minimal (SPM) maupun Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340 Tahun 2010, diatur indikator tiap jenis pelayanan yang dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Indikator ini meliputi variable yang digunakan untuk mengevaluasi pelayanan yang dilakukan di Rumah sakit agar sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Permenkes, 2008).

Standar pelayanan yang berlaku di Rumah sakit khusus harus sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340 Tahun 2010, tetapi di RSKD Dadi masalah yang terjadi adalah peningkatan *Length Of Stay* (LOS). Idealnya LOS psikiatri berdasarkan SPM tahun 2008 dan Kemenkes tahun 2017 yaitu ≤ 42 hari atau ≤ 6 minggu dan LOS INA CBGs untuk fase kronis seharusnya 104-180 hari, tetapi di RSKD Dadi LOS melebihi dari standar yang ditetapkan yaitu di tahun 2017 meningkat menjadi 88 hari, tahun 2018 123 hari dan tahun 2018 meningkat lagi menjadi 137 hari. LOS merupakan salah satu indikator penting dalam pelayanan yang digunakan untuk menilai efisiensi manajemen rumah sakit, kualitas pelayanan pasien dan evaluasi fungsional di rumah sakit (Baek et al., 2018). Semakin sedikit LOS pasien di rumah sakit, dapat dikatakan bahwa pelayanan di rumah sakit efektif dan efisien (Frost, 2016; Amiman et al., 2016), semakin panjang nilai LOS menunjukkan kinerja pelayanan dan kualitas yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (Rosita & Tanastasya, 2019). Beberapa penyebab LOS yang tinggi di RSKD Dadi yaitu karena pasien tidak dijemput oleh keluarga serta tidak maksimalnya perencanaan mengenai proses pemulihan pasien. Berdasarkan hasil wawancara, banyak pasien yang telah dinyatakan pulih, kemudian kambuh dan akhirnya kembali ke RS.

Turn Over Interval (TOI) di RSKD Dadi juga menunjukkan perbedaan dari standar yang telah ditetapkan. Ideal TOI atau tempat tidur tidak terisi berdasarkan Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik tahun 2005 yaitu 1-3 hari (Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik, 2005), tetapi di RSKD Dadi menunjukkan TOI di tahun 2017 -41 hari, tahun 2018 -42 hari dan ditahun 2019 -21 hari, hal ini menunjukkan bahwa di RSKD Dadi jumlah tempat tidur tidak sesuai dengan jumlah pasien. Data lain menunjukkan *Bed Occupation Ratio* (BOR) di RSKD Dadi sangat tinggi yaitu ditahun 2017 sebesar 171,66%, tahun 2018 sebesar

169,67% dan ditahun 2019 sebesar 135,33%, padahal BOR yang ideal berdasarkan SPM tahun 2008 dan indikator Kemenkes tahun 2017 yaitu 70-80% (Permenkes, 2008; Kemenkes RI, 2017). Data ini menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan atau penggunaan tempat tidur di RSKD Dadi sangat tinggi. BOR yang tinggi berarti semakin banyak pasien yang dilayani, semakin berat beban kerja tenaga kesehatan, akibatnya, pasien bisa saja kurang mendapat pelayanan yang dibutuhkan (Valentina, 2019). Nilai *Gross Death Rate* (GDR) atau angka kematian secara keseluruhan berdasarkan Depkes RI (2005) yaitu $\leq 45\%$ sedangkan nilai GDR di RSKD Dadi pada tahun 2018 sangat tinggi yaitu 95,1%. Nilai *Net Death Rate* (NDR) atau angka kematian 48 jam setelah dirawat berdasarkan Depkes RI (2005) yaitu $\leq 24\%$, sedangkan di RSDK Dadi pada tahun 2018 terjadi peningkatan dari standar yang ditetapkan yaitu sebesar 42,83%. Menurut penelitian, hal ini menggambarkan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien selama rawat inap belum baik (Noviar et al., 2019). Selain itu, kejadian pasien lari di RSKD Dadi juga cukup tinggi, berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) 2008, kejadian lari seharusnya $\leq 1,5\%$, tetapi di RSKD Dadi pada bulan Januari 2019 sebanyak 14,49%, bulan Februari sebanyak 4,55% dan pada bulan Maret kembali meningkat sebanyak 7,01%.

Berdasarkan Permenkes Nomor 340 tahun 2010 tentang Rumah sakit khusus jiwa, rasio perawat dirawat inap sebaiknya 1:1 TT, tetapi yang terjadi di RSKD Dadi, rata-rata perawat dishift pagi 6-7 orang beserta dengan kepala ruangan, dan shift siang dan malam 2-3 orang dengan jumlah pasien lebih dari 50 per ruangan. Dari hasil wawancara, tugas perawat diruangan sebagian besar memberikan obat, memberikan makan dan mengatur pasien.

Dari data-data tersebut, mutu dan kualitas pelayanan di RSKD Dadi belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Hal ini berdampak pada data capaian indikator mutu area manajemen yang menurun antara lain, standar untuk indikator kepuasan pelanggan yang seharusnya sebesar 80%, tetapi tingkat kepuasan pelanggan di RSKD Dadi tahun 2014 sebesar 73,73%, ditahun 2015-2017 mutu pelayanan C dengan kategori kurang baik dan pada tahun 2018 tingkat kepuasan pelanggan sebesar 73,65%. Selain itu, dalam 10 tahun terakhir, terdapat kejadian dan keluhan dari pasien dan keluarga terkait pelayanan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Kejadian dan keluhan terkait pelayanan di RSKD Dadi yang didapatkan melalui berita dimedia online antara lain pada tahun 2010, RSKD Dadi menolak pasien gangguan jiwa yang dirujuk dari daerah dengan alasan tidak memiliki KTP dan KK (Mappanganro, 2010). Tahun 2011, terjadi peristiwa mengenai pasien penderita gangguan jiwa yang meninggal di RSKD Dadi yang menurut keluarga

tidak diperlakukan manusiawi, sebab pasien meninggal dan tidak diurus oleh pihak RS serta dibiarkan kaku sampai membusuk di kamar mayat tanpa memberitahukan pihak keluarga (Nurholis, 2011). Tahun 2013, terjadi kasus dua saudara kembar yang merupakan pasien penderita gangguan jiwa yang tewas dicekik oleh pasien sekamarnya, peristiwa ini terjadi di ruang observasi saat kedua korban dan pelaku berada dalam satu kamar tanpa adanya penjagaan perawat, dan diduga karena ikatan pelaku tidak kuat sehingga pelaku dapat melepas ikatannya dan membunuh kedua korban (Detik, 2013). Tahun 2015, sejumlah keluarga pasien mengeluhkan pelayanan dan perawatan di RSKD Dadi. Menurut salah satu keluarga pasien, sejak ibunya dirawat selama enam hari, tidak ada perubahan terhadap kondisi kesehatannya dan malah bertambah parah, bahkan ada perawat yang tidak ramah dan membentak saat membangunkan pasien, keluarga pasien lain juga mengeluhkan fasilitas ruang perawatan yang tidak memadai, pemeriksaan dokter yang tidak maksimal, hanya datang sekali dan terlambat, perawat yang tidak kooperatif serta banyaknya pasien jiwa yang berkeliaran dan meminta uang atau rokok ke penjaga pasien (Fatir, 2015).

Tahun 2017, seorang pasien yang berasal dari suatu daerah ditolak saat dirujuk di RSKD Dadi, keluarga pasien mengatakan bahwa penolakan tersebut dilakukan tanpa alasan yang jelas atau secara tertulis oleh pihak RSKD Dadi (Angga, 2017). Tahun 2019, RSKD Dadi mengeluh kerepotan dan kewalahan dalam memenuhi kebutuhan rawat inap pasien yang melebihi kapasitas, yang di mana daya tampung hanya sebanyak 200 pasien tetapi RSKD Dadi merawat sebanyak 546 pasien, salah satu ruangan yang seharusnya hanya bisa menampung 30 pasien tetapi terisi sebanyak 142 pasien, sehingga sebagian pasien terpaksa tidur dilantai serta sulit untuk memenuhi kebutuhan seluruh pasien (PERSI, 2019).

Selain itu, RSKD Dadi juga mengalami isu penurunan kelas dari kelas A menjadi kelas B berdasarkan PERMENKES Nomor HK.04.01/I/2963/2019 yang dikeluarkan tanggal 15 Juli 2019 yaitu Rekomendasi Penyesuaian Kelas Rumah Sakit Hasil Review Kelas Rumah Sakit. Salah satu penyebabnya yaitu ketidaksesuaian sumber daya manusia (SDM) sebanyak 92% di rumah sakit umum kelas A. Ketidaksesuaian SDM rumah sakit berdampak pada klasifikasi rumah sakit yang tidak menggambarkan kompetensi rumah sakit yang seharusnya.

Beberapa upaya yang telah dilakukan RSKD Dadi dalam mengatasi masalah-masalah tersebut dan untuk meningkatkan mutu pelayanan antara lain Di RSKD Dadi telah ada program *Dropping*. Program *Dropping* yaitu memulangkan pasien yang telah pulih

kepada keluarganya, tetapi program ini tidak rutin dilaksanakan. Berdasarkan hasil wawancara, belum ada jadwal yang jelas kapan program *dropping* ini dilaksanakan dan berapa jumlah maksimal pasien yang dilakukan *dropping*. Hal yang sering terjadi di RSKD Dadi yaitu pasien yang telah dilakukan *dropping*, kembali lagi ke Rumah Sakit setelah dipulangkan beberapa saat, atau ketika dilakukan *dropping* ke rumah pasien, keluarga pasien tidak mau menerima pasien yang dipulangkan. Selain itu, telah disediakan ruangan rehabilitasi mental dengan tujuan pemulihan dan peningkatan kesehatan pasien sehingga kualitas hidup dan kemandirian pasien dapat ditingkatkan, tetapi kenyataannya, ruangan ini belum dimanfaatkan dengan maksimal.

Dari data-data tersebut, terlihat bahwa beberapa indikator pencapaian mutu mengalami perbedaan yang signifikan dari standar yang telah ditetapkan. Hal ini menyebabkan adanya keluhan sejak tahun 2010-2019 mengenai pelayanan yang diberikan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan, survey kepuasan pelanggan yang juga menunjukkan hasil di bawah standar serta adanya isu mengenai penurunan kelas di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang didasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan serta bangunan dan prasarana. Semua hal ini terkait dengan mutu pelayanan di rumah sakit yang seharusnya rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan yang bermutu yang sesuai dengan standar, menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang terbaik dan mampu berperan optimal untuk mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Muninjaya, 2013). Sebagaimana yang telah dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa rumah sakit mempunyai tugas dan kewajiban dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar mutu pelayanan rumah sakit.

Standar mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh sejauh mana suatu pelayanan kesehatan bagi individu atau komunitas dalam meningkatkan hasil kesehatan yang diinginkan, konsisten dan secara profesional (Huber, 2010). Donabedian mendefinisikan mutu sebagai pelayanan atau perawatan yang diharapkan untuk memaksimalkan kesejahteraan dan status kesehatan pasien yang mencakup dimensi fisik, fisiologis dan psikologis yang terkait dengan semua proses (Donabedian, 1988; Busse et al., 2019). Mutu juga merupakan fokus utama dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan, suatu pelayanan dikatakan bermutu apabila memenuhi standar dan harapan yang baik dari pelanggan (Sitorus, 2011).

Berdasarkan fenomena yang terjadi di RSKD Dadi berdasarkan data-data tersebut, maka perlu dilakukan evaluasi pelayanan kesehatan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Evaluasi merupakan penilaian kinerja dari implementasi atau berdasarkan *input, process, output* dengan tujuan untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan serta bagaimana mengurangi atau menutup kesenjangan tersebut. Evaluasi ini juga diperlukan untuk pengembangan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan.

B. Rumusan Masalah

Proses dalam pemberian pelayanan kesehatan selayaknya aman, berkualitas, memenuhi persepsi yang baik dari pasien dan keluarga serta diberikan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan secara menyeluruh (Bumulo, 2017; WHO, 2018). Selain itu, berdasarkan Institute Of Medicine (IOM) 2001, semua organisasi pemberi pelayanan kesehatan harus aman, efektif, berfokus pada pasien, tepat waktu, efisien dan adil.

Tetapi, yang terjadi di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan, terlihat bahwa beberapa indikator pencapaian mutu mengalami perbedaan yang signifikan dari standar yang telah ditetapkan. Hal ini menyebabkan adanya keluhan sejak tahun 2010-2019 mengenai pelayanan yang diberikan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan, survey kepuasan pelanggan yang juga menunjukkan hasil di bawah standar serta adanya isu mengenai penurunan kelas di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang didasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan serta bangunan dan prasarana, sehingga hal ini menyebabkan terjadinya penurunan kualitas mutu pelayanan. Sehingga dibutuhkan proses evaluasi, karena evaluasi menjadi salah satu hal yang penting dalam menilai kinerja dan implementasi dengan tujuan untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan serta bagaimana mengurangi atau menutup kesenjangan tersebut.

Evaluasi juga digunakan untuk membantu menilai seberapa baik sesuatu itu bekerja sehingga dapat menginformasikan keputusan tentang keefektifan layanan dan perubahan apa yang dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan pemberian layanan serta meninjau secara ketat semua aspek pelayanan dari berbagai perspektif (Moule et al., 2017). Dalam melakukan evaluasi kerangka kerja yang sering digunakan yaitu pendekatan kerangka kerja Donabedian yang terdiri dari *input, structure* dan *outcome* dengan menekankan perbaikan struktur perawatan atau pelayanan harus mengarah pada perbaikan dalam proses klinis yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil pasien (Moore et al., 2015; Haj et al.,

2013). Sehingga, berdasarkan fenomena tersebut timbul pertanyaan penelitian “bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan pasien jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui bagaimana pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan di RSKD Dadi Provinsi Selatan berdasarkan standar pelayanan di RS Jiwa
2. Untuk mengetahui bagaimana faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Institusi Pelayanan

Penelitian ini dapat menjadi masukan dalam peningkatan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa

2. Untuk Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat dijadikan referensi dan pengetahuan dalam hal pelayanan kesehatan jiwa

3. Untuk Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk peneliti selanjutnya dalam hal pelayanan kesehatan jiwa

E. Originalitas Penelitian

Pelayanan kesehatan merupakan hal yang kompleks dan luas. Beberapa penelitian terkait pelayanan kesehatan khususnya dalam hal ini evaluasi pelayanan kesehatan jiwa yang telah dilakukan antara lain, evaluasi penyedia layanan kesehatan jiwa di Irlandia Utara (Montgomery et al., 2019), evaluasi system pelayanan jiwa di Meksiko (Berenzon Gorn et al., 2013), evaluasi layanan kesehatan jiwa di Arab (Almoshawah, 2010), evaluasi dan manajemen kesehatan jiwa pada siswa sekolah menengah (Gotlib et al., 2019), menilai dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan jiwa (Samartzis & Talias, 2019), evaluasi model layanan kesehatan jiwa dewasa terintegrasi (Beere et al., 2019), evaluasi layanan kesehatan jiwa dilingkup kesehatan primer menggunakan teori *Item Response Theory*

(Rocha et al., 2018), menilai efektifitas biaya dalam pelayanan kesehatan jiwa (Vos et al., 2005), perspektif dan partisipasi pengguna layanan mengenai evaluasi pelayanan kesehatan jiwa (Ardila-Gómez, 2014; Levine, 1970), evaluasi system untuk meningkatkan kerja tim dan kepemimpinan dalam layanan kesehatan jiwa di wilayah Inggris (Onyett et al., 2009).

Penelitian yang telah dilakukan di Indonesia antara lain, evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) kesehatan jiwa di Puskesmas Kecamatan Polokarto (Altinoga, 2020), evaluasi kualitas pelayanan jiwa di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang (Ernanto, 2018), penelitian kualitatif ini fokus mengevaluasi pelayanan jiwa berdasarkan standar kebijakan publik. Evaluasi pelaksanaan program kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas (Islami et al., 2008; Hothasian et al., 2019), dan evaluasi pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di Kota Palembang (R. N. Putri et al., 2020).

Dari penelitian sebelumnya, belum dilakukan penelitian mengenai evaluasi pelayanan jiwa yang dilihat dari aspek peraturan dan standar yang ada.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Literatur

1. Tinjauan Umum Kesehatan Jiwa

Kesehatan berdasarkan UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 merupakan keadaan sejahtera badan, jiwa, sosial yang memungkinkan seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Menurut WHO, kesehatan berarti keadaan sempurna, baik fisik, jiwa, mental dan sosial yang tidak hanya terbebas dari penyakit dan cacat. Jiwa yang sehat sulit didefinisikan dengan tepat. Tetapi demikian, ada beberapa indikator untuk menilai Kesehatan jiwa. Karl Menninger mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mampu untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, serta dapat berinteraksi dengan baik, tepat dan bahagia (Yusuf et al., 2015)

Kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan global di hampir setiap negara. Di era globalisasi dan persaingan bebas, terjadi peningkatan masalah gangguan jiwa. Hakekatnya, masalah kesehatan jiwa menjadi bagian yang tidak bisa terpisahkan dari kesehatan secara keseluruhan, walaupun tidak tercatat sebagai penyebab kematian atau kesakitan yang utama, bukan berarti kesehatan jiwa tidak ada atau menjadi masalah yang kecil (Kemenkes RI, 2019). Struktur organisasi dan tatalaksana kementerian Kesehatan menetapkan salah satu fungsi Direktorat Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan fungsi penyiapan, penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria dalam upaya pencegahan dan pengendalian masalah Kesehatan jiwa anak dan remaja, Kesehatan jiwa dewasa dan lanjut (Kementrian Kesehatan RI, 2020)

Berdasarkan UU No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga mampu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi dikomunitasnya. Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2019, kesehatan jiwa juga merupakan aspek penting bagi setiap individu yang jarang diketahui oleh masyarakat. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar, ditahun 2018 kasus gangguan jiwa di Indonesia mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga dan masyarakat yang memiliki ODGJ di Indonesia.

Gangguan jiwa sendiri adalah suatu pola perilaku pada seorang individu yang menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup. Gangguan jiwa tidak disebabkan karena adanya penyimpangan sosial tetapi karena terjadi disfungsi psikologis (Stuart, 2016a). Gangguan jiwa menjadi manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga terjadi ketidakwajaran dalam bertingkah laku (kristiati, et al, 2016). American Psychiatric Association dalam *Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV (DSM IV)* mendefinisikan gangguan jiwa adalah suatu sindrom psikologi yang bermakna secara klinis. Seseorang yang sedang mengalami gangguan jiwa memiliki pola perilaku yang berhubungan dengan *distress* (gejala yang menyakitkan) dan *disability* (penurunan fungsi pada daerah atau organ yang penting). Menurut Keliat 2011, gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan langsung dengan distress atau penderitaan yang menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Gejala yang paling menonjol pada orang dengan gangguan jiwa adalah unsur psikis, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia yang utuh (Yusuf et al., 2015).

Manusia bereaksi secara keseluruhan, dalam hal somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Beberapa sumber penyebab gangguan jiwa antara lain (Maramis, 2010):

1) Faktor somatic (somatogenic)

Yaitu akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi dan neurokimia. Gangguan ini termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik serta faktor prenatal dan perinatal

2) Faktor psikologik (psikogenik)

Faktor ini berkaitan dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, konsep diri, pola adaptasi dan tingkat perkembangan emosi juga mempengaruhi kemampuan dalam menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka akan mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa bersalah yang berlebihan dan rasa malu.

3) Faktor sosial budaya

Yaitu meliputi faktor mengenai kestabilan keluarga, pola dalam mengasuh anak, rumah tangga, tingkat ekonomi dan masalah kelompok minoritas yang meliputi

prasangka, fasilitas Kesehatan, kesejahteraan yang tidak memadai serta rasial dan keagamaan.

Indikator dalam kesehatan jiwa antara lain gangguan jiwa berat, gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya (Riskesdas 2013). Berdasarkan data yang diperoleh dari World Health Organization (WHO), sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta terkena demensia, 21 juta orang terkena skizofrenia (Kemenkes, 2016). Estimasi angka penderita gangguan jiwa berdasarkan WHO yaitu sebesar 2.463,29/100.000 populasi, yang berarti kurang lebih 6,5 juta penduduk Indonesia memiliki masalah atau gangguan jiwa. Berdasarkan data Riskesdar 2018 didapatkan data untuk kasus ODGJ berat adalah 1,8 per 1000 penduduk atau 429.332 ODGJ berat. Didapatkan pula data adanya kenaikan yang signifikan dari 1,7 % menjadi 7 % yang artinya penderita gangguan jiwa bertambah sebanyak 28.000 jiwa, sehingga diketahui jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia sebanyak 428.000 jiwa (Kemenkes RI, 2018)

Masih meningkatnya prevalensi kasus gangguan jiwa yang terjadi, sehingga perlunya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang baik yang akan menghasilkan masyarakat Indonesia yang sehat jiwa dengan ketersediaan pelayanan kesehatan jiwa yang bermutu, merata, tanggap, efisien dan terjangkau (Idaiani & Riyadi, 2018)

2. Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Sistem pemberian layanan kesehatan yang aman, berkualitas, mudah diakses, berpusat pada pasien dan terintegrasi merupakan hal yang penting untuk mencapai derajat kesehatan yang berkualitas secara universal (WHO, 2018b). Tidak hanya dalam hal perawatan pasien, sistem pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyediakan layanan kesehatan bagi pasien, individu, keluarga, komunitas dan masyarakat pada umumnya (WHO, 2018b). Pelayanan kesehatan juga harus mempertimbangkan seluruh cakupan perawatan mulai dari promosi, pencegahan, diagnostik, rehabilitasi dan perawatan paliatif, serta mencakup semua tingkat perawatan termasuk perawatan diri, perawatan primer, perawatan di rumah sakit, perawatan di rumah, perawatan jangka panjang, dan perawatan komunitas (WHO, 2018b).

Evaluasi menjadi salah satu hal yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena mendukung pendekatan berbasis bukti (Moule et al., 2017). Evaluasi digunakan untuk membantu menilai seberapa baik sesuatu itu bekerja sehingga dapat menginformasikan keputusan tentang keefektifan layanan dan perubahan apa yang

dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan pemberian layanan (Moule et al., 2017). Evaluasi dimaksudkan, agar penyedia pelayanan kesehatan dapat memastikan telah menggunakan sumber daya yang ada dengan cara yang paling efektif dan efisien serta dapat bekerja terus-menerus untuk meningkatkan pemberian pelayanan (Ham & Murray, 2015).

Evaluasi dapat didefinisikan sebagai suatu metode sistematis untuk menentukan, dan meninjau secara ketat efektifitas, efisiensi atas suatu aspek penyediaan layanan yang diberikan, tergantung pada pengembangan kriteria dalam melakukan penilaian layanan, yaitu dari berbagai perspekti seperti dari pengguna layanan, pemangku kepentingan dan tim klinis (Moule et al., 2017; Humprhies, 2009; ACI, 2013). Mengevaluasi suatu layanan berarti menilai manfaat dan nilai dari pelayanan tersebut, sehingga harus ada tujuan dan praktik yang menjadi dasar dalam melakukan evaluasi (Humprhies, 2009).

Proses evaluasi yang tepat dapat mendukung akuntabilitas dan sebagai dasar bukti yang kuat untuk memandu perencanaan dan pemberian pelayanan kesehatan, sehingga ada berbagai bentuk pendekatan evaluasi pelayanan, yang umumnya evaluasi ini menggunakan pendekatan sesuai dengan tipe formatif, proses dan sumatif yang tergantung pada tahap implementasi (Sandeep, 2020)

3. Tinjauan Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan yang menyediakan fungsi pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan dalam pencegahan penyakit (preventif) pada masyarakat (WHO, 2021). Berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Di dalam UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum yang dimaksud yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan menurut Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Khusus Kelas A, B dan C, yaitu:

a. Rumah Sakit Khusus Kelas A

Merupakan suatu lembaga yang memberi pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu dengan tingkat pelayanan dan fasilitas paling kompleks dari klasifikasi rumah sakit khusus yang ditetapkan berdasarkan pelayanan, ketenagakerjaan, peralatan, sarana prasarana serta administrasi dan manajemen.

b. Rumah Sakit Khusus Kelas B

Merupakan suatu lembaga yang memberi pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu dengan tingkat pelayanan dan fasilitas sedang atau menengah berdasarkan klasifikasinya.

c. Rumah Sakit Khusus Kelas C

Merupakan suatu lembaga yang memberi pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu dengan tingkat pelayanan dan fasilitas yang rendah atau mendasar berdasarkan klasifikasinya

Klasifikasi dari unsur pelayanan sebagaimana yang dimaksud dalam Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 yaitu meliputi pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat sesuai kekhususannya, pelayanan medik spesialis dasar sesuai kekhususan, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik. Kriteria klasifikasi dari unsur administrasi dan manajemen yaitu meliputi struktur organisasi dan tata laksana, yang terdiri atas kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal serta administrasi umum dan keuangan. Selain itu, terdapat pula tata laksana yang meliputi tugas dan fungsi, susunan dan uraian jabatan, tata hubungan kerja, standar operasional prosedur, *hospital by laws & medical staff by laws*.

Berdasarkan klasifikasi, Rumah Sakit Khusus ditetapkan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana prasarana dan administrasi serta manajemen. Salah satu jenis Rumah Sakit Khusus berdasarkan Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 yaitu Rumah Sakit Jiwa.

Rumah Sakit Jiwa adalah lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam pelayanan kesehatan jiwa yang meliputi upaya yang bersifat promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitative (PERMENKES RI No. 340 Tahun 2010). Rumah sakit jiwa memiliki upaya dalam pelayanan kesehatan jiwa yang bertujuan untuk:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan dalam hal ini kesehatan jiwa bagi orang dengan gangguan jiwa
- b. Menghilangkan stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi orang dengan gangguan jiwa
- c. Mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan mengurangi factor risiko akibat gangguan jiwa
- d. Memberikan penyembuhan dan pemulihan terhadap orang dengan gangguan jiwa
- e. Memberikan rehabilitasi untuk mempersiapkan dan memberikan kemampuan pada orang dengan gangguan jiwa agar dapat mandiri dalam masyarakat
- f. Memberikan kesempatan pada orang dengan gangguan jiwa untuk dapat memperoleh haknya sebagai warga negara Indonesia

4. Standar Pelayanan di Rumah Sakit Jiwa

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 15 Tahun 2014 mengenai Pedoman Standar Pelayanan, Standar Pelayanan adalah tolak ukur yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan sebagai kewajiban dan janji yang berkualitas, cepat, terjangkau, mudah dan terukur. Beberapa standar dan peraturan dalam mengatur suatu Rumah Sakit berlaku pula untuk Rumah Sakit Khusus dalam hal ini Rumah Sakit Jiwa.

1) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, diatur mengenai standar-standar yang harus terdapat pada rumah sakit jiwa kelas A yaitu:

a. Pelayanan

Rumah Sakit Jiwa kelas A harus memiliki :

1. Pelayanan kesehatan tumbuh kembang anak dan remaja
2. Pelayanan kesehatan jiwa dewasa
3. Pelayanan kesehatan jiwa lansia
4. Pelayanan gangguan mental organik
5. Pelayanan psikologi dan psikometri
6. Pelayanan ketergantungan obat / NAPZA

7. Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat, Pelayanan konseling dan psikoterapi
8. Pelayanan Rehab Mental
9. Pelayanan Rehab Medik, Pelayanan Spesialis Saraf
10. Pelayanan Spesialis Radiologi
11. Pelayanan Spesialis Anak
12. Pelayanan Spesialis Anestesi
13. Pelayanan Laboratorium
14. Pelayanan Spesialis Penyakit Dalam
15. Pelayanan Gawat Darurat
16. Pelayanan Kesehatan Umum
17. Pelayanan Kesehatan Gigi
18. Pelayanan Rawat Inap
19. Pelayanan Rawat Intensif

b. Sumber Daya Manusia

1. Medis

- Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa 5 tenaga
- Dokter Subspesialis Kedokteran Jiwa 1 tenaga
- Dokter Spesialis Saraf 1 tenaga
- Dokter Spesialis Radiologi 1 tenaga
- Dokter Spesialis Anak 1 tenaga
- Dokter Spesialis Anestesi 1 tenaga
- Dokter Spesialis Patologi Klinik
- Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1 tenaga
- Dokter Spesialis Rehab Medis 1 tenaga
- Dokter Umum 5 tenaga
- Dokter Gigi 2 tenaga

2. Keperawatan

- Keperawatan Ruang Rawat Inap, untuk Rumah Sakit jiwa tipe A, tenaga perawat harus dengan rasio 1/1 TT
- Perawat spesialis jiwa 1 orang
- Keperawatan Ruang Rawat Intensif, dengan rasio perawat 1/1 TT
- Keperawatan Ruang Gawat Darurat (per shift), dengan rasio perawat 3 orang/shift

- Keperawatan Ruang Rawat Jalan dengan rasio 4 perawat/100 pasien

3. Tenaga Kesehatan Lain

- Apoteker 3 tenaga
- Psikolog Klinis 2 tenaga
- Pekerja Sosial 3 tenaga
- SKM 2 tenaga
- SMF / SAA 5 tenaga
- Ahli Madya Gizi / SPAG 3 tenaga
- Ahli Madya Kesehatan Lingkungan 2 tenaga
- Ahli Madya Rekam Medis 3 tenaga
- Ahli Madya Fisioterapis 3 tenaga
- Ahli Madya Analisis Kesehatan (AAK) 4 tenaga
- Perawat Anestesi 1 tenaga
- Ahli Madya Radiografer 2 tenaga
- Ahli Madya Elektromedis 2 tenaga
- Petugas Proteksi Radiasi (PPR) 1 tenaga

5. Tenaga Penunjang

- S2 Perumahsakitan / Manajemen 3 tenaga
- Sarjana Ekonomi / Akuntansi 2 tenaga
- Sarjana Hukum 1 tenaga
- Sarjana Administrasi 1 tenaga
- Akademi Komputer 3 tenaga
- D3 Umum / SLTA / STM 30 tenaga

c. Sarana dan Prasarana

1. Bangunan Utama

- Ruang Administrasi yang digunakan untuk mengurus segala urusan administrasi rumah sakit
- Ruang Rawat Jalan yang digunakan untuk melakukan kegiatan pelayanan konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan, terdiri dari:
 - Klinik tumbuh kembang anak dan remaja
 - Klinik jiwa dewasa
 - Klinik psikogeriatri
 - Klinik gangguan mental organik

- Klinik psikometri
- Klinik ketergantungan obat / NAPZA
- Klinik spesialisasi lain
- Klinik konseling
- Ruang Rekam medik yang digunakan untuk pengumpulan, pengelolaan, analisa dan penyajian data/informasi yang dapat digunakan bagi kepentingan rumah sakit maupun pemerintah
- UGD/IGD yang menjadi salah satu fungsi penting dalam pelayanan medik di fasilitas pelayanan kesehatan karena merupakan pintu pertama yang dituju dan digunakan oleh pasien dalam kondisi gawat darurat
- Ruang Rawat Inap, adalah sebagai fasilitas untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam. Untuk kelas A harus memiliki kapasitas tempat tidur >100 TT.
- Ruang Rawat Inap Forensik adalah ruangan yang digunakan untuk pelayanan rawat inap forensic
- Ruang Tindakan adalah ruangan yang berfungsi untuk melakukan tindakan invasif ringan maupun non invasive
- Ruang Rehabilitasi Medik adalah bagian dari rumah sakit yang memiliki peran dalam melaksanakan program kesehatan yang mencakup promotive, preventif, kuratif, rehabilitative
- Ruang Rehabilitasi Mental & Sosial adalah ruangan yang digunakan sebagai rehabilitasi atau pemulihan mental dan sosial pasien jiwa
- Ruang Rawat Jiwa Intensif adalah instalasi pelayanan khusus jiwa di rumah sakit yang menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkesinambunagn selama 24 jam
- Ruang Kesehatan Jiwa Masyarakat adalah ruangan yang digunakan untuk melayani kesehatan jiwa masyarakat
- Ruang Radiologi adalah sarana penunjang medis yang memberikan layanan pemeriksaan radiologi dengan hasil pemeriksaan berupa foto/gambar
- Ruang Farmasi adalah suatu bagian dari Rumah Sakit yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian.

- Ruang Laboratorium adalah tempat riset ilmiah, eksperimen, pengukuran, ataupun pelatihan ilmiah dilakukan. Pada laboratorium rumah sakit jiwa terdapat ruangan hematologi, ruang kimia klinik, ruang serologi, mikrobiologi dan parasitologi.
- Ruang Komite Medik dan SPI adalah ruangan yang diperuntukkan untuk Komite Medik dan SPI (Satuan Pengawas Internal) yang berfungsi dalam mengawasi semua kegiatan baik yang bersifat medis maupun non medis/ administrasi pada rumah sakit.
- Ruang Penyuluhan PKMRS adalah ruang yang dikembangkan untuk membantu pasien dan keluarganya agar bisa menangani masalah kesehatannya, hal ini merupakan tanggung jawab bersama yang berkesinambungan antara dokter dan pasien atau petugas kesehatan dengan pasien dan keluarganya.
- Ruang Pemulasaraan Jenazah Fasilitas adalah ruang untuk meletakkan/menyimpan sementara jenazah sebelum diambil oleh keluarganya. Berfungsi juga dalam memandikan jenazah, pemulasaraan dan pelayanan forensik
- Dapur / Gizi Fasilitas adalah ruang untuk proses penanganan makanan dan minuman meliputi kegiatan pengadaan bahan mentah, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian makanan-minuman.

2. Bangunan Penunjang

- Ruang Generator Set
- IPAL atau Instalasi Pengolahan Air Limbah
- Tempat Pembuangan Sampah sementara
- Gudang Farmasi
- Gudang Barang
- Laundry
- Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
- Ruang Perpustakaan
- Ruang diklat
- Ruang Pertemuan
- Tempat Ibadah

- d. Peralatan
 - 1. Instalasi Gawat Darurat
 - 2. Instalasi Rawat Jalan
 - 3. Alat Diagnostik
 - 4. Elektromedik
 - 5. Instalasi rawat inap
 - 6. Instalasi radiologi
 - 7. Instalasi laboratorium
 - 8. Ruang isolasi jiwa
 - 9. Instalasi rehabilitasi medik
 - 10. Instalasi rehabilitasi mental

- e. Administrasi dan Manajemen

Rumah Sakit Jiwa kelas A harus memiliki Status Badan Hukum, Struktur Organisasi, Tatalaksana / Tata Kerja / Uraian Tugas, Peraturan Internal Rumah Sakit (HBL & MSBL), Komite Medik, Komite Etik & Hukum, Satuan Pemeriksaan Internal, Surat Izin Praktik Dokter, Perjanjian Kerjasama Rumah Sakit & Dokter, Akreditasi RS

2) **PMK No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit**

Berdasarkan PMK No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Standar pelayanan minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal. Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban dalam penyelenggaraan standar pelayanan di rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga merupakan spesifikasi teknis mengenai tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Indikator di dalam SPM merupakan tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Standar pelayanan minimal ini juga bertujuan untuk

menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan (Permenkes, 2008)

Salah satu definisi operasional di dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu dimensi mutu dan kinerja. Berdasarkan PMK No. 129 Tahun 2008 Tentang SPM Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan dimensi mutu yaitu pandangan dalam penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO. Sedangkan kinerja merupakan proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan. Di dalam kinerja, terdapat indikator kinerja yaitu variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

Di dalam PMK No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdapat lampiran SPM untuk setiap jenis pelayanan, indikator dan Standar yang sama untuk semua jenis Rumah Sakit termasuk rumah sakit khusus dalam hal ini rumah sakit jiwa. Namun ada beberapa kriteria dan indikator yang khusus untuk rumah sakit jiwa. Kriteria dan indikator tersebut yaitu:

Jenis Pelayanan	Tujuan	Definisi operasional	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 Jam	100 %

		sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.		
Rawat Jalan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Mental Organik h. Usia Lanjut
Rawat Inap	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	Minimal NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, dan Gangguan Mental Organik

Rawat Inap	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
Rawat Inap	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu \leq 1 bulan	100 %
Rawat Inap	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa	Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	\leq 6 minggu

3) Indikator Kinerja Rumah Sakit

Indikator kinerja merupakan variable ukuran atau tolak ukur untuk mengetahui adanya penyimpangan atau perubahan yang akan dikaitkan dengan target atau standar yang telah ditetapkan (Subanegara, 2011). Indikator menjadi suatu tolak ukur dan pembanding sehingga suatu indikator harus spesifik. Indikator digunakan dalam mengukur keberhasilan suatu kinerja seseorang, kelompok ataupun organisasi dan dapat mengukur kinerja misi, program dan kegiatan (Subanegara, 2011).

Indikator kinerja rumah sakit adalah indikator penilaian yang dilaksanakan sebagai bahan dalam peningkatan mutu di rumah sakit (Depkes RI, 2005). Indikator kinerja pelayanan rumah sakit digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2005). Indikator kinerja rumah sakit ini dilakukan secara self assessment yang dikompilasi secara bulanan dan dijadikan sebagai bentuk penilaian dalam peningkatan mutu disetiap bagian/instalasi/departemen (Depkes RI, 2005). Hasil dari penilaian ini juga digunakan untuk menilai pelaksanaan tindakan medik di beberapa bagian atau departemen. Analisis yang dilakukan berdasarkan indikator kinerja rumah sakit ini digunakan untuk menjawab pertanyaan dari kebutuhan pelayanan sehingga mutu pelayanan dapat tercapai dan terjamin (Depkes RI, 2005).

Indikator kinerja rumah sakit dibagi menjadi area klinis yang terdiri dari 49 indikator dan area managerial yang terdiri dari 43 indikator. Pada rumah sakit jiwa, digunakan indikator area managerial yaitu *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Turn Over Interval (TOI)* dan standar pasien lari. (Kemenkes RI, 2017). *Bed Occupancy Rate (BOR)* adalah presentasi pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu dengan parameter ideal 70-80%. *Turn Over Interval (TOI)* adalah rata-rata hari di mana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Ideal tempat tidur kosong atau tidak terisi yaitu kisaran 1-3 hari dan pasien lari adalah jumlah kejadian pasien yang lari dari rumah sakit yang idealnya tidak ada pasien yang lari dari rumah sakit.

Indikator kinerja rumah sakit ini untuk membuktikan bahwa suatu rumah sakit harus bermutu baik dalam memberikan pelayanan. Pelayanan yang berkualitas dalam konteks pelayanan di rumah sakit berarti memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarganya yang didasarkan pada standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga dapat memperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap rumah sakit.

6. Evaluasi Standar Pelayanan

Standar pelayanan adalah suatu tolak ukur yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan dalam penilaian kualitas pelayanan. Standar pelayanan ini sebagai kewajiban dan janji penyelenggara pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas, mudah, cepat, terjangkau dan teratur.

Komponen standar pelayanan menurut Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 yaitu mempunyai dasar hukum, persyaratan, sistem, mekanisme dan prosedur jangka waktu penyelesaian, biaya/tarif, produk pelayanan, sarana prasarana, kompetensi pelaksana, pengawasan internal, penanganan pengaduan, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan yang memberikan kepastian pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dalam bentuk komitmen dan evaluasi kinerja pelaksana.

Di dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 15 Tahun 2014 mengenai Pedoman Standar Pelayanan, evaluasi standar pelayanan adalah rangkaian kegiatan membandingkan hasil atau prestasi suatu penerapan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keberhasilan dan/atau kegagalan dalam penerapan standar pelayanan. Proses evaluasi juga mempertimbangkan pengaduan pelayanan publik yang diperoleh serta hasil dari survey kepuasan masyarakat.

Berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi yang telah dilakukan, penyelenggara pelayanan dapat melakukan perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan berinovasi secara berkelanjutan (PERMENPANRB Nomor 15 Tahun 2014).

7. Model Evaluasi Pelayanan Kesehatan

Dalam evaluasi mutu pelayanan kesehatan, dibutuhkan model atau kerangka kerja yang tepat yang dapat memandu dalam pengambilan keputusan tentang hal yang perlu diprioritaskan, dalam hal ini, kerangka kerja yang tepat terbukti dapat berguna untuk memandu perencanaan dan pelaksanaan layanan kesehatan yang akan dilakukan (Ukoununne et al., 1999; ACI, 2013).

Model paling komprehensif yang sering digunakan dalam melakukan evaluasi pelayanan kesehatan adalah model Donabedian, karena fleksibilitas dan kesederhanaannya, model ini telah digunakan dan diterima secara bertahap untuk merancang dimensi utama kualitas pelayanan kesehatan (Simbar et al., 2012; Ghaffari et al., 2014; Kelley & Hurst, 2006). Model evaluasi mutu atau kerangka konseptual dan multidimensi penilaian kualitas pelayanan oleh Donabedian ini telah diadopsi secara luas dan sering digunakan dalam berbagai konteks pelayanan, yang di mana model ini menekankan perbaikan struktur perawatan atau pelayanan harus mengarah pada perbaikan dalam proses klinis yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil pasien (Moore et al., 2015; Haj et al., 2013).

Di dalam kerangka kerja Donabedian (1988), sebelum menilai kualitas, harus dipilih apakah akan mengadopsi spesifikasi kualitas yang maksimal atau optimal, apakah yang optimal untuk setiap pasien atau optimal secara sosial. Harus pula diputuskan, bagaimana kesehatan dan tanggung jawab pelayanan akan didefinisikan, apakah penilaian akan menjadi kinerja praktisi saja atau juga termasuk pasien dan system perawatan atau pelayanan kesehatan dan apakah fasilitas dan manajemen proses dimasukkan dalam perawatan teknis. Secara singkat, sebelum melakukan penilaian, kita perlu menjawab pertanyaan-pertanyaan tertentu: siapa yang dinilai? Kegiatan apa yang sedang dinilai? Bagaimana seharusnya kegiatan ini dilakukan? Apa yang ingin dicapai? Setelah menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, dilanjutkan dengan langkah-langkah dalam melakukan penilaian atau evaluasi (Donabedian, 1988).

Selain itu, menurut Donabedian, penilaian kualitas harus bertumpu pada definisi konseptual dan operasional sehingga kualitas dapat didefinisikan dan diukur secara efektif, karena kualitas sebagai produk dari dua factor yaitu ilmu pengetahuan dan teknologi pelayanan kesehatan (Donabedian, 1988; Donabedian, 2005). Kerangka kerja yang dikembangkan oleh Donabedian yaitu:

1) *Input/structures*

Input/structures menunjukkan pengaturan dimana perawatan atau pelayanan terjadi atau pengaturan di mana penyedia pelayanan memberikan pelayanan dan perawatan serta karakteristik individu yang memberikan asuhan pelayanan (Donabedian, 1988; Institute Of Medicine, 2006). Yang termasuk dalam *input/structures* yaitu sumber daya material (seperti peralatan, fasilitas, catatan kesehatan elektronik, model pembayaran, perangkat keselamatan), sumber daya manusia (seperti jumlah staf, kualifikasi staf, keahlian staf, pendidikan, pelatihan, pengalaman dan sertifikasi profesional staf) dan struktur organisasi secara keseluruhan (seperti organisasi staf medis, metode peer review dan metode penggantian) (Donabedian, 1988; Institute Of Medicine, 2006; Haj et al., 2013).

Evaluasi kualitas pelayanan berdasarkan elemen struktural mengasumsikan bahwa orang-orang yang berkualifikasi baik yang bekerja di tempat yang telah diatur dengan baik dan terorganisir, maka akan memberikan perawatan dan pelayanan yang berkualitas tinggi (Nash et al., 2019).

2) *Process*

Process atau proses menunjukkan apa yang sebenarnya dan seharusnya dilakukan dalam memberi dan menerima perawatan atau pelayanan terhadap pasien, atau rangkaian peristiwa yang terjadi selama pemberian pelayanan yang juga menjadi dasar untuk mengevaluasi kualitas asuhan perawatan dan pelayanan (Nash et al., 2019; Donabedian, 1988). Misalnya mencakup aktifitas pasien dalam mencari perawatan dan melaksanakannya serta aktifitas praktisi kesehatan dalam membuat diagnosis dan merekomendasikan atau melaksanakan pengobatan (Donabedian, 1988).

Kualitas dalam proses dapat bervariasi pada tiga aspek yaitu kesesuaian apakah tindakan yang diambil telah benar, keterampilan yaitu kemahiran dengan tindakan yang dilakukan serta ketepatan waktu pelayanan dan perawatan, sehingga seperti halnya tindakan dalam struktural atau input, bahwa penggunaan ukuran proses untuk menilai kualitas pelayanan bertumpu pada asumsi bahwa jika hal yang dilakukan telah benar maka lebih mungkin untuk mencapai hasil yang baik (Nash et al., 2019)

3) *Outcome*

Outcome menunjukkan efek perawatan atau pelayanan apakah tujuan perawatan kesehatan yang diinginkan pada status kesehatan pasien atau pada populasi telah tercapai (Nash et al., 2019; Donabedian, 1988). Misalnya peningkatan dalam pengetahuan pasien, perubahan dalam perilaku pasien, peningkatan status kesehatan pasien, tingkat kepuasan dan pengalaman pasien dengan perawatan atau pelayanan yang diberikan serta dapat mencakup biaya perawatan (Donabedian et al., 1982; Donabedian, 1988). Dalam model ini, hasil adalah elemen terakhir dari penilaian kualitas pelayanan kesehatan, yaitu perubahan yang diinginkan atau tidak diinginkan dalam layanan kesehatan yang diwujudkan dalam keefektifan dan kualitas pelayanan dan perawatan yang diberikan (Ghaffari et al., 2014).

Outcome juga dimaksudkan sebagai hasil akhir dari kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Penilaian pada *outcome* menjadi hasil evaluasi akhir dari pelayanan kesehatan dan kepuasan pelanggan, yang didapatkan melalui hasil audit medis, studi kasus, kematian 48 jam, review rekam medis, informed consent ataupun dari keluhan pasien atau keluarga. Di dalam indeks penilaian kualitas, yang paling penting adalah hasil, karena hal ini

merupakan tujuan utama pelayanan kesehatan dan status kesehatan pasien yang akan dinilai (McDonald et al., 2007).

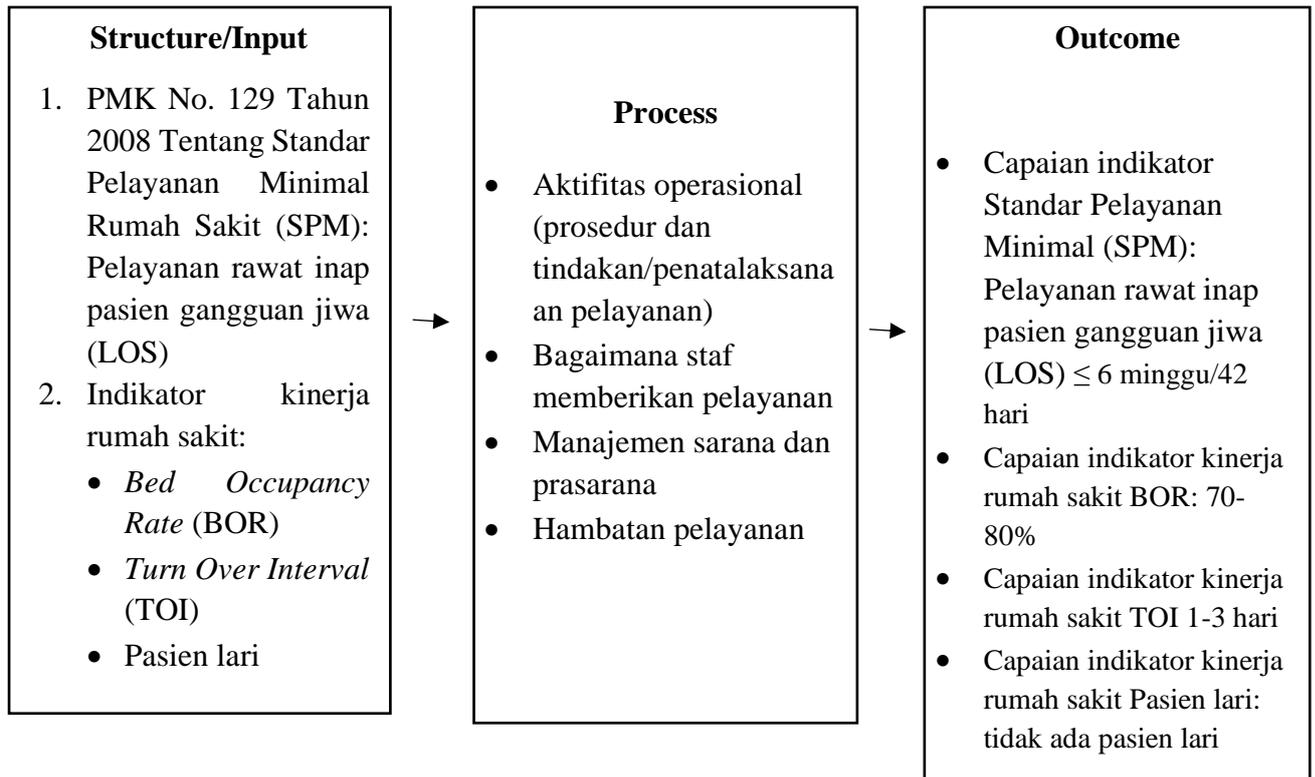


Gambar.1 Donabedian *Framework*

Penting untuk membangun hubungan dari komponen struktur, proses dan hasil sebelum digunakan untuk menilai kualitas, harus pula ada pengetahuan yang telah ada sebelumnya tentang hubungan antara struktur, proses dan hasil, karena dari struktur yang baik akan meningkatkan kemungkinan proses yang baik dan proses yang baik dapat meningkatkan hasil yang baik (Donabedian, 1988).

Selain itu, menurut Donabedian, kepuasan pasien juga menjadi tolak ukur kualitas pelayanan. Kepuasan pasien dianggap sebagai salah satu hasil yang diharapkan dari perawatan, bahkan menjadi elemen dalam status kesehatan itu sendiri. Ekspresi kepuasan dan ketidakpuasan juga merupakan penilaian pasien terhadap kualitas perawatan disemua aspek terutama terkait dengan proses hubungan interpersonal, komponen asuhan dan hasil asuhan perawatan. Informasi mengenai kepuasan pasien sangat diperlukan untuk penilaian kualitas pelayanan dan manajemen pelayanan kesehatan (Donabedian, 1988).

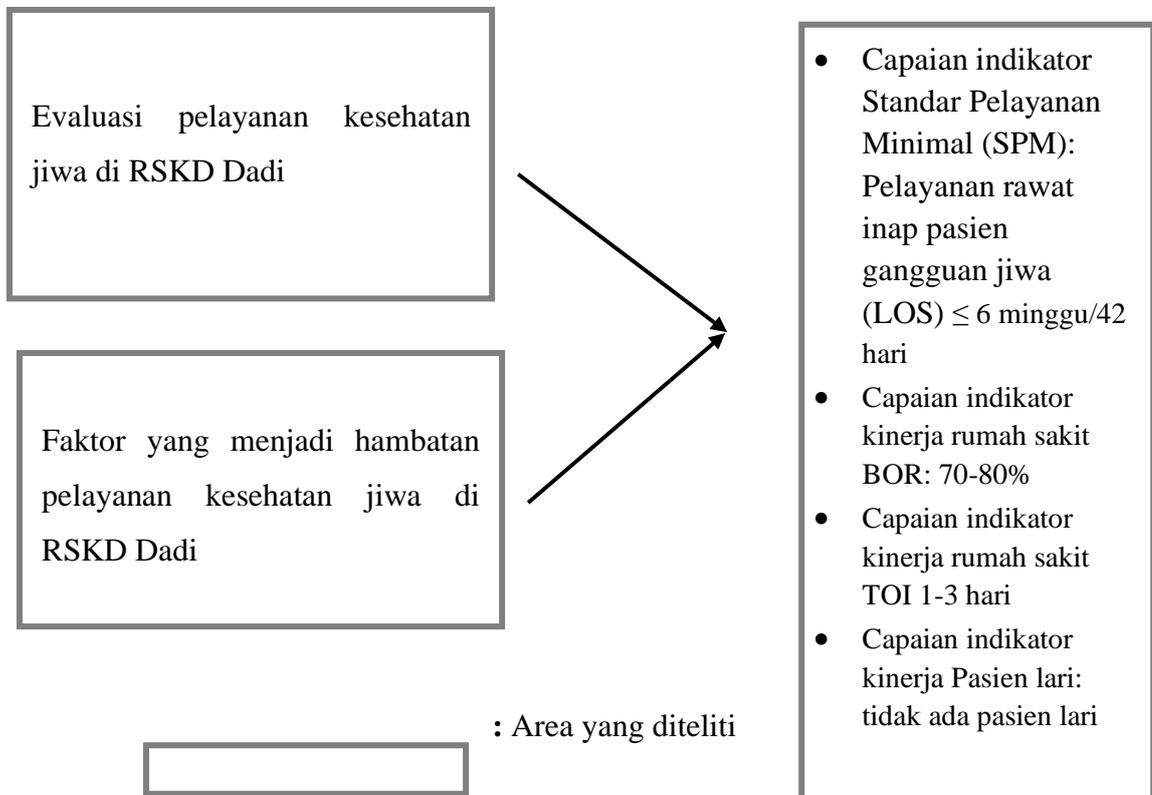
B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori (Donabedian Framework, 1988)

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konseptual Penelitian



B. Definisi Konseptual

Definisi operasional dipenelitian kualitatif lebih menunjukkan pada definisi konseptual, yaitu dengan memberikan penjelasan ataupun penegasan arti dari konsep-konsep yang ada yang merupakan rumusan peneliti sendiri dengan bersumber pada literatur yang ada (Bakry, 2016).

Di dalam penelitian ini, ingin diperoleh informasi tentang evaluasi pelayanan kesehatan jiwa di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi-Selatan, sehingga definisi konseptual dalam penelitian ini yaitu:

1. Evaluasi pelayanan

Evaluasi pelayanan adalah rangkaian kegiatan membandingkan hasil atau prestasi suatu penerapan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, faktor-faktor apa saja

yang mempengaruhi keberhasilan dan/atau kegagalan dalam penerapan standar pelayanan (PERMENPANRB Nomor 15 Tahun 2014).

2. Pelayanan kesehatan jiwa adalah upaya dalam memberikan pelayanan yang memiliki tujuan yaitu:
 - 1) Memberikan pelayanan kesehatan jiwa bagi orang dengan gangguan jiwa
 - 2) Menghilangkan stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi orang dengan gangguan jiwa
 - 3) Mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan mengurangi factor risiko akibat gangguan jiwa
 - 4) Memberikan penyembuhan dan pemulihan terhadap orang dengan gangguan jiwa
 - 5) Memberikan rehabilitasi untuk mempersiapkan dan memberikan kemampuan pada orang dengan gangguan jiwa agar dapat mandiri dalam masyarakat
 - 6) Memberikan kesempatan pada orang dengan gangguan jiwa untuk dapat memperoleh haknya sebagai warga negara Indonesia