

**INTERVENSI PEKERJA SOSIAL MEDIS TERHADAP PASIEN TIDAK  
MAMPU DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH  
YOGYAKARTA**



**SKRIPSI**

Disusun dan Diajukan Kepada Fakultas Dakwah  
Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta  
Untuk Memenuhi Sebagian Dari Syarat-Syarat  
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Sosial Islam

**Disusun Oleh:**

**NOVIA TRI MARIDA**  
**NIM. 06230002**

**KONSENTRASI KESEJAHTERAAN SOSIAL  
JURUSAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM  
FAKULTAS DAKWAH  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA  
YOGYAKARTA  
2010**



**SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR**

Hal : Persetujuan Skripsi

Lamp :

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Dakwah

UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Di Yogyakarta

*Assalamu'alaikum Wr.Wb*

Setelah membaca, meneliti, memberikan petunjuk dan mengoreksi serta mengadakan perbaikan seperlunya, maka kami selaku pembimbing berpendapat bahwa skripsi saudara:

Nama : Novia Tri Marida

NIM : 06230002

Judul Skripsi : Intervensi Pekerja Sosial Medis Terhadap Pasien Tidak Mampu Di  
RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Sudah dapat diajukan kembali kepada Fakultas Dakwah Jurusan/Program Studi Pengembangan Masyarakat Islam UIN Sunan Kalijaga sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Strata Satu dalam Ilmu Sosial Islam.

Dengan ini kami mengharap agar skripsi/tugas akhir Saudara tersebut di atas dapat segera dimunaqasyahkan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr.Wb*

Yogyakarta, 18 Juni 2010

Pembimbing

**NOORKAMILA, M.Si**

**NIP : 19740408 200604 2002**



DEPARTEMEN AGAMA RI  
UIN SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA  
**FAKULTAS DAKWAH**  
Jl. Marsda Adisucipto, Telepon (0274) 515856 Fax (0274) 552230  
Yogyakarta 55221

## **PENGESAHAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR**

Nomor : UIN.02/DD/PP.00.9/1060/2010

Skripsi/Tugas Akhir dengan judul:

### **INTERVENSI PEKERJA SOSIAL MEDIS TERHADAP PASIEN TIDAK MAMPU DI RSU PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Novia Tri Marida  
NIM : 06230002  
dimunaqasyahkan pada : Senin, 28 Juni 2010  
Nilai Munaqasyah : **A (sembilan puluh lima)**

dan dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga

#### **TIM MUNAQASYAH :**

Pembimbing

Noorkamilah, S.Ag., M.Si.  
NIP.19740408 200604 2 002

Penguji I

Dr. Sriharini, M.Si.  
NIP, 19710526 199703 2 001

Penguji II

Arif Maftuhin, M.Ag., MAIS  
NIP. 19740202 200112 1 002

Yogyakarta, 07 Juli 2010

UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta  
Fakultas Dakwah  
DEKAN

Prof. Dr. H.M. Bahri Ghazali, MA  
NIP. 19561123 198503 1 002



## MOTTO

*“Masa depan itu aku bangun dengan kedua tanganku,  
Aku rancang dengan akalku dan aku wujudkan dengan pengetahuan, perbuatan, dan  
keikhlasanku.  
Dan untuk mewujudkan masa depan yang lebih indah adalah dengan berbagi, tolong  
menolong antara sesama.”*

*“Alloohu ma’ii..., Alloohu yaroonii..., Allaahu syaahidii...”*

*(Allah selalu bersamaku. Allah selalu melihatku. Allah selalu menyaksikanku)*

## **PERSEMBAHAN**

Untuk almamater tercinta,  
Universitas Islam Negeri (UIN) Sunan Kalijaga Yogyakarta.

Untuk keluarga tercinta,  
Ayahanda, ibunda, dan kedua kakakku.

## KATA PENGANTAR

Segala puji hanya pantas dihaturkan ke hadirat Allah SWT, *Rabb* semesta alam yang telah menciptakan manusia dengan segala potensi yang dimilikinya, *Shalawat* dan *salam* semoga selalu tercurahkan kepada Rasul mulia, Muhammad SAW, yang membawa obor peradaban bagi umat manusia.

Skripsi ini mungkin merupakan puncak klimaks akademik penulis di UIN, namun penulis sama sekali tidak berharap bahwa ini merupakan akhir dari aktivitas intelektual, karena manusia senantiasa akan belajar, belajar dan belajar sesuatu yang akan diteruskan untuk memproses diri menjadi manusia yang bermanfaat bagi semua.

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, mendorong dan membimbing sehingga terwujudnya skripsi ini. Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada :

1. Dekan Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengadakan penelitian ini.
2. Bapak Drs. Aziz Muslim, M.Pd, selaku Ketua Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam yang telah memberikan masukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.
3. Bapak Drs. Moh. Abu Suhud, M.Pd, selaku Penasehat Akademik yang senantiasa memberikan dukungan terhadap skripsi ini.
4. Ibu Noorkamilla, M.Si, selaku pembimbing yang memberikan pengarahan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Bapak Nursikin, M.Si, selaku Dosen Pembimbing Lapangan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yang selalu memberikan bantuan dan beimbingannya demi terselesaikannya skripsi ini dengan baik.

6. Ibu Ruspita Rani Pertiwi, S.Psi, M.M, yang memberikan nasihat dan motivasi, lebih-lebih ketika penulis mengalami sakit yang berkepanjangan.
7. Ibu Andayani, MSW, yang senantiasa memberikan motivasi, masukan dan solusi kepada penulis dalam perjalanan menyusun skripsi ini.
8. Para dosen Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam yang telah memberikan ilmunya kepada penulis, sehingga penulis dapat beranjak dari alam tidak tahu menjadi tahu. Serta para karyawan Fakultas Dakwah yang telah memberikan kontribusinya lewat proses administratif yang harus penulis lalui.
9. Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut. Serta seluruh karyawan dan staff rumah sakit yang memberikan waktu untuk penulis wawancara.
10. Ayahanda dan Ibunda yang tiada henti-hentinya mendoakan Ananda dan selalu memberikan motivasi kepada Ananda untuk segera menyelesaikan skripsi ini. Kedua kakakku (Uswatun Khasanah & Heru Mariyanto), *Subhanallah...* atas segala perhatian dan nasihat- nasihatnya yang tulus, skripsi ini adik persembahkan untuk kalian berdua yang tidak pernah mengenyam pendidikan perguruan tinggi..."Novi janji akan memberikan yang terbaik untuk kalian berdua."
11. Semua keponakan penulis, khususnya Amalia Nur Azizah dan Fathina Aza Taqqiya yang telah memberikan semangat dengan celotehan-celotehan lucunya.
12. Semua adik-adik mentoring PPK penulis, "bersama anti semua kita bisa belajar bersama, *syukron katsir* atas motivasinya.
13. Para *murobbi*, yang memberikan banyak makna dalam kehidupan dan perjalanan yang sesungguhnya dalam peradaban ini.

14. Ikhwan dan Akhwat KAMMI Komisariat UIN Sunan Kalijaga dan partai PAS UIN Sunan Kalijaga, yang telah banyak mengajarkan makna Perjuangan dan Pengorbanan dalam dakwah ini.
15. Semua penghuni Wisma Hamasah khususnya *Zainab zone*, yang memberikan banyak keceriaan, motivasi, senyuman, dan gangguan-gangguan kecilnya, hingga saya merasa ringan dalam menyelesaikan skripsi ini.
16. Komunitas mahasiswa jurusan Pengembangan Masyarakat Islam semua angkatan (2006, 2007, 2008, 2009). Khususnya untuk Udi, Latifah, Ully, Deva dan Syifa yang telah memberikan motivasi tersendiri dalam aktivitas akademik.
17. Komunitas Forum Silaturahmi Abung Semuli Lampung Utara, untuk segalanya yang telah diberikan.
18. Seluruh pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhirnya, semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat bagi dunia pengetahuan. Kiranya bantuan dan jasa baik dari semua pihak mendapat imbalan yang berlipat ganda dari Allah SWT.

Yogyakarta, 02 Juni 2010  
Penulis,

**Novia Tri Marida**  
NIM. 06230002

## DAFTAR ISI

|                                                    |             |
|----------------------------------------------------|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>                         | <b>i</b>    |
| <b>SURAT PERSETUJUAN .....</b>                     | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>                     | <b>iii</b>  |
| <b>MOTTO .....</b>                                 | <b>iv</b>   |
| <b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>                   | <b>v</b>    |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                         | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                             | <b>x</b>    |
| <b>DAFTAR TABEL DAN BAGAN .....</b>                | <b>xii</b>  |
| <b>PERNYATAAN KEASLIAN.....</b>                    | <b>xiii</b> |
| <b>ABSTRAK .....</b>                               | <b>xiv</b>  |
| <br>                                               |             |
| <b>BAB I : PENDAHULUAN .....</b>                   | <b>1</b>    |
| A. Penegasan Judul .....                           | 1           |
| B. Latar Belakang Masalah.....                     | 3           |
| C. Rumusan Masalah .....                           | 8           |
| D. Tujuan Penelitian .....                         | 8           |
| E. Kegunaan Penelitian .....                       | 8           |
| F. Kajian Pustaka.....                             | 9           |
| G. Kerangka Teoritik .....                         | 13          |
| H. Metode Penelitian .....                         | 37          |
| <br>                                               |             |
| <b>BAB II : GAMBARAN UMUM RSU PKU MUHAMMADIYAH</b> |             |
| <b>YOGYAKARTA .....</b>                            | <b>45</b>   |
| A. Letak Geografis.....                            | 45          |
| B. Sejarah Berdiri .....                           | 46          |
| C. Falsafah, Visi dan Missi.....                   | 48          |
| D. Sarana dan Prasarana.....                       | 50          |
| E. Struktur Organisasi .....                       | 51          |
| F. Profil Bina Ruhani Islam.....                   | 52          |
| G. Sumber Dana Sosial .....                        | 58          |

### **BAB III : INTERVENSI PEKERJA SOSIAL MEDIS TERHADAP PASIEN**

#### **TIDAK MAMPU DI RSUD MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA 60**

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| A. Kriteria Pasien Tidak Mampu .....                          | 60    |
| B. Bentuk-bentuk Intervensi Terhadap Pasien Tidak Mampu ..... | 65    |
| 1. ....                                                       |       |
| Praktik Langsung (Direct Practice) .....                      | 65    |
| 2. ....                                                       |       |
| Praktik Tidak Langsung (Indirect Practice).....               | 68    |
| C. Tahapan Intervensi Terhadap Pasien Tidak Mampu.....        | 69    |
| 1. ....                                                       | Prose |
| s Keringanan Biaya Pasien Rawat Inap .....                    | 70    |
| 2. ....                                                       | Prose |
| s Penanganan Pasien Bermasalah .....                          | 73    |
| 3. ....                                                       | Prose |
| s Penanganan Pasien Tak Dikenal di IGD .....                  | 75    |
| D. Pelaksanaan Kerjasama Pekerja Sosial dengan Profesi Lain   |       |
| dalam Penanganan Pasien Tidak Mampu.....                      | 80    |
| 1. Dokter .....                                               | 80    |
| 2. Perawat .....                                              | 81    |
| 3. Bina Ruhani Islam .....                                    | 82    |
| 4. Administrasi/ Keuangan .....                               | 84    |

#### **BAB IV: PENUTUP..... 86**

|                     |    |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan ..... | 86 |
| B. Saran-saran..... | 87 |
| C. Penutup.....     | 88 |

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**



## **DAFTAR TABEL DAN BAGAN**

### **Daftar Tabel**

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1 : Nama-nama Pegawai Bagian Bina Ruhani Islam ..... | 55 |
|------------------------------------------------------------|----|

### **Daftar Bagan**

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Bagan I : Struktur Kepengurusan Bina Ruhani Islam.....                   | 54 |
| Bagan II : Proses Pelayanan Bina Ruhani Islam.....                       | 57 |
| Bagan III : Proses Keringanan Biaya Pasien Rawat Inap .....              | 70 |
| Bagan IV : Proses Keringanan Biaya Pasien Rawat Inap Secara Terinci..... | 72 |
| Bagan V : Proses Penanganan Pasien Bermasalah.....                       | 74 |

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN**  
**SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Novia Tri Marida

NIM : 06230002

Program Studi : Pengembangan Masyarakat Islam

Fakultas : Dakwah

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa skripsi saya yang berjudul :  
Intervensi Pekerja Sosial Medis Terhadap Pasien Tidak Mampu Di Rumah Sakit  
PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah hasil karya pribadi dan sepanjang  
pengetahuan penyusun tidak berisi materi yang dipublikasikan atau ditulis orang  
lain, kecuali bagian-bagian tertentu yang penyusun ambil sebagai acuan.  
Apabila terbukti pernyataan ini tidak benar, maka sepenuhnya menjadi tanggung  
jawab penyusun.

Yogyakarta, 30 Juni 2010



Yang menyatakan,

**Novia Tri Marida**  
**NIM. 06230002**

## ABSTRAKSI

Penelitian ini berupaya mendeskripsikan intervensi yang dilakukan oleh pekerja sosial medis dalam menangani pasien tidak mampu di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Hal ini merupakan salah satu tema yang cukup menarik dalam penelitian pekerjaan sosial.

Pekerja sosial di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta lebih dikenal dengan nama seksi Bina Sosial atau Bina Pegawai dan dakwah sosial yang berada di bawah divisi Bina Ruhani Islam, di mana Bina Sosial yang lebih spesifik dalam menangani pasien bermasalah seperti pasien tidak mampu, pasien gelandangan dan pasien tanpa identitas. Sehingga permasalahan tersebut dapat terselesaikan dengan baik.

Penanganan pasien tidak mampu di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta dilaksanakan oleh pekerja sosial dalam dua bentuk, yaitu praktik langsung (*direct practice*) dan praktik tidak langsung (*indirect practice*). Praktik langsung (*direct practice*) terdiri dari pelayanan konseling, mediasi, brokering, pendampingan, dan liasioning. Sedangkan untuk praktik tidak langsung (*indirect practice*) lebih kepada penguatan ruhani pasien melalui media televisi dan buletin, dan untuk penanganan pasien tidak mampu pekerja sosial lebih banyak menggunakan intervensi langsungnya dalam proses keringanan biaya bagi pasien tidak mampu.

Adapun dalam proses keringanan biaya pasien tidak mampu, pekerja sosial harus melalui beberapa tahapan yakni tahap persiapan, tahap asesment, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, tahap evaluasi dan tahap terminasi. Tahapan-tahapan tersebut sesuai dengan tahapan yang harus dilalui oleh seorang pekerja sosial dalam penanganan permasalahan klien.

Di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta seorang pekerja sosial dalam menangani pasien tidak mampu tidak hanya sendiri, tetapi pekerja sosial akan bekerja sama dengan bagian-bagian terkait seperti dokter, perawat, Bina Ruhani Islam, dan keuangan dalam proses keringanan biaya. Karena dalam proses penyembuhan pasien tidak hanya terpaku pada penyembuhan fisik saja tetapi ruhani dan sosial ekonomi juga menjadi aspek yang sangat penting pula dalam proses penyembuhan pasien.

Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu memberikan sumbangsih bagi perkembangan keilmuan pada jurusan Pengembangan Masyarakat Islam UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. PENEGASAN JUDUL**

Skripsi ini berjudul “ **INTERVENSI PEKERJA SOSIAL MEDIS TERHADAP PASIEN TIDAK MAMPU DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**”

Supaya tidak terjadi perluasan makna dalam pembahasan dan pemahaman judul skripsi diatas, maka penulis perlu memperjelas pengertian beberapa istilah yang dimaksud dalam judul tersebut.

##### **1. Intervensi**

Adalah tindakan spesifik oleh seorang pekerja sosial dalam kaitan dengan sistem atau proses manusia dalam rangka menimbulkan perubahan.<sup>1</sup> Sedangkan intervensi arti harfiahnya adalah keterlibatan, yaitu keterlibatan pekerja sosial dalam permasalahan kelayan.<sup>2</sup> Dan pada penelitian ini, intervensi yang dimaksud adalah bagaimana tindakan pekerja sosial dalam keterlibatannya membantu permasalahan pasien tidak mampu di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

---

<sup>1</sup> Louse C. Johnson, *Praktek Pekerjaan Sosial (Suatu Pendekatan Generalist)*, terj. Tim Penerjemah STKS Bandung, (Bandung, 2001), hal. 62.

<sup>2</sup> Andayani, MSW, *Tahap Proses Pendampingan pekerja Sosial (Handout Mata Kuliah Metode Peksos I)*, Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam (Konsentrasi Kesejahteraan Sosial), 2007. Tidak diterbitkan.

## 2. Pekerja Sosial Medis

Pada hakekatnya pekerja sosial medis merupakan bagian dari pekerja sosial umum yang diterapkan di bidang kesehatan atau rumah sakit. Dalam perkembangannya pekerja sosial medis dikenal sebagai profesi pelayanan sosial untuk membantu pasien dan keluarga pasien selama berada di rumah sakit dalam mengatasi berbagai persoalan sosial dan emosional sehubungan dengan penyakit yang diderita dan atau proses penyembuhannya.<sup>3</sup>

## 3. Pasien Tidak Mampu

### a. Pasien

Adalah orang sakit yang dirawat oleh dokter.<sup>4</sup> Dalam penelitian ini, yang dimaksud pasien merupakan orang yang dirawat di rumah sakit baik laki-laki maupun perempuan. Baik anak-anak, remaja, dewasa, maupun orang tua (lansia).

### b. Tidak Mampu

---

<sup>3</sup> Handout KKL, *pelayanan Pekerja Sosial Medik , Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*. Tidak diterbitkan.

<sup>4</sup> Pius A Partanto, M. Dahlan Al Barry, *Kamus Ilmiah Populer*, (Surabaya: Akola, 1994) hlm. 573

Adalah keadaan interval batas bawah dari kemampuan ekonomi seseorang atau keluarga atau masyarakat<sup>5</sup>. Tidak mampu atau kurang mampu yang dimaksud adalah keadaan miskin.

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan pasien tidak mampu adalah pasien yang mengalami kesulitan pembayaran biaya kesehatan yang dikeluarkan dikarenakan keadaan ekonomi.

#### 4. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang merupakan amal usaha Pimpinan Pusat Persyarikatan Muhammadiyah. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah berada di jalan K.H.A Dahlan No. 20, Yogyakarta.

Jadi, yang dimaksud dengan judul skripsi “Intervensi Pekerja Sosial Medis Terhadap Pasien Tidak Mampu Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta” adalah sebuah penelitian mengenai intervensi apa saja yang sudah dilakukan oleh Pekerja Sosial Medis untuk membantu pasien tidak mampu yang mengalami sakit dan rawat inap untuk membayar biaya perawatan selama berada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **B. LATAR BELAKANG MASALAH**

Manusia adalah salah satu makhluk Allah yang paling sempurna, baik dari aspek jasmaniyah lebih-lebih ruhaniyahnya.<sup>6</sup> Manusia jika ditinjau dari

---

<sup>5</sup> Br. Yoanes, <http://pdkar2.blogspot.com/2007/07/bantuan-makan-untuk-anak-anak-tidak.html> di akses tanggal 24 November 2009, jam. 19.35.

asalnya, maka bersifat ruhaniyah, sedangkan secara usulnya ia bersifat jasmaniyah. Kedua unsur tersebut merupakan kesatuan dalam eksistensi manusia. Keadaan fisik manusia mempengaruhi psikis, sebaliknya keadaan psikis mempengaruhi fisik.<sup>7</sup> Dalam hal kesehatan keduanya juga saling berhubungan, antara kesehatan fisik dan kesehatan psikis merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi. Ketika kesehatan fisik seseorang terganggu maka sakit yang dirasakan akan mempengaruhi psikis orang tersebut.

Sehat dan sakit adalah keadaan biopsikososial<sup>8</sup> yang menyatu dengan kehidupan manusia. Pengenalan manusia terhadap kedua konsep ini kemungkinan bersamaan dengan mengenalannya terhadap kondisi dirinya. Keadaan sehat dan sakit tersebut terus terjadi, dan manusia akan memerankan sebagai orang yang sehat atau sakit.<sup>9</sup> Keadaan sehat dan sakit pada prinsipnya mempengaruhi perilaku seseorang. Orang dituntut untuk melakukan peran-peran kesehariannya sesuai dengan keadaannya. Orang yang sehat mempunyai kewajiban terhadap diri sendiri dan orang lain. Sedangkan orang yang sakit akan terbebas dari kewajiban terhadap diri sendiri dan orang lain. Sakit atau penyakit merupakan suatu keadaan yang mengganggu atau

---

<sup>6</sup> M. Hamdani Bakran Adz-Dzaky, *Konseling Dan Psikoterapi Islam*, (Yogyakarta : Fajar Pustaka Baru 2002) Cet. Ke-2, hal. 13

<sup>7</sup> Moeljono Notosoedirdjo dan Latipun, *Kesehatan Mental : Konsep dan Penerapan*, (Malang : UMM Press, 2005) Cet. Ke-4, hal. 8

<sup>8</sup> Tiga konsep dalam bahasa Inggris yaitu *disease* berdimensi biologi, *illness* berdimensi berdimensi psikologis, *sickness* berdimensi sosiologis.

<sup>9</sup> Moeljono Notosoedirdjo dan Latipun, *op. Cit*, hal. 3

keadaan yang tidak mengenakan secara badani, yang pada gilirannya dapat mengganggu aspek-aspek lainnya seperti aspek sosial dan ekonomi.

Jika kita melihat keadaan sehari-hari, kita akan melihat berbagai macam orang yang merasakan sakit, terlebih lagi bagi mereka yang dalam keadaan tidak mampu/ miskin. Hipotesis sebab sosial (*social causation*) menjelaskan bahwa orang yang miskin memang memiliki kecenderungan untuk sakit.<sup>10</sup> Pandangan ini menyatakan bahwa kemiskinan yang dialami seseorang secara psikososial memiliki cara pengasuhan yang kurang baik, perhatian kepada pemeriksaan kesehatannya rendah, dan sebagainya.<sup>11</sup> Karena itu mereka cenderung menjadi jatuh sakit. Masyarakat dari kelas sosial ekonomi rendah, menurut hipotesis ini, lebih rentan jatuh sakit karena dua kemungkinan,<sup>12</sup> yaitu : (1) sifat atau kecenderungan personal yang dimilikinya seperti : perasaan tidak berdaya dan kurang pengendalian terhadap dirinya, dan (2) kondisi sosialnya seperti kurangnya memperoleh dorongan sosial dari orang lain.

Dari hipotesis sebab sosial tersebut kita dapat menarik kesimpulan bahwa mereka yang dalam keadaan miskin lebih rentan terserang penyakit. Tidak sedikit wabah penyakit justru berpangkal dari kemiskinan terutama yang melanda kelompok masyarakat miskin yang umumnya memiliki pengetahuan yang rendah terhadap kesehatan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan kesehatan. Kondisi sosial ekonomi ini jelas penting

---

<sup>10</sup> Ibid., hal. 103

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Ibid.

dalam mempengaruhi pola perkembangan penyakit dan status kesehatan masyarakat.

Dengan keadaan masyarakat miskin yang mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan maka saat ini pemerintah telah mengeluarkan bantuan bagi masyarakat miskin. Bantuan tersebut berupa jaminan kesehatan seperti Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dan Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Dengan diberikannya bantuan jaminan kesehatan tersebut harapannya masyarakat mampu mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah. Tapi pada kenyataannya belum semua masyarakat miskin yang mendapatkan jaminan kesehatan tersebut karena masyarakat yang tidak mampu banyak yang tidak terdata dengan baik dari aparat desa atau kelurahan. Dan kalupun mendapatkan jaminan kesehatan, mereka masih membayar untuk obat-obatan yang memang mahal oleh pihak pelayanan kesehatan.

Melihat kondisi tersebut memang sangat memprihatinkan, padahal visi Pembangunan Kesehatan Nasional mewujudkan Indonesia sehat 2010. Perilaku masyarakat Indonesia sehat 2010 yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya resiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya

hambatan, baik yang bersifat ekonomi, maupun non ekonomi.<sup>13</sup> Dengan kondisi kemiskinan di Indonesia yang masih banyak ditemui dimana-mana, kita bisa menarik kesimpulan sementara bahwa di tahun 2010 visi Pembangunan Kesehatan Nasional belum bisa terwujud secara merata dan menyentuh seluruh masyarakat yang berada diberbagai provinsi di Indonesia.

Dengan dicanangkannya Indonesia sehat 2010, maka pekerja sosial pun turut andil dalam mewujudkannya. Ditambah lagi saat ini pekerja sosial sudah banyak terlibat dalam berbagai hal pelayanan kesehatan. Baik pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan di masyarakat. Sebagai contoh keterlibatan pekerja sosial dalam dunia kesehatan adalah adanya sosial medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Pekerja sosial yang berada di RS PKU Muhammadiyah tersebut terlibat dalam penyembuhan pasien, seperti data yang peneliti peroleh dari skripsi **Ema Fitriasih** yang berjudul “*Manajemen Pada Unit Bina Ruhani Islam Dalam Memberikan Pelayanan Ruhani Terhadap Pasien Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*”, pada tahun 2007. Dalam skripsi tersebut mengungkapkan bahwa bina ruhani islam dalam pelaksanaannya bekerja sama dengan sosial medis, contohnya ketika bina ruhani islam melaksanakan kunjungan pasien didampingi oleh sosial medis.

---

<sup>13</sup> Modul Diklat Pekerjaan Sosial Medis, Departemen Sosial RI, Badan Pelatihan dan pengembangan Sosial, Balai Besar Pendidikan Dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial (BBPPKS), Bandung, 2004. Hal. 15.

Fakta tersebut diperkuat dengan beberapa informasi yang peneliti peroleh pada bagian informasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Informan tersebut memberikan keterangan bahwa di rumah sakit tersebut terdapat bagian sosial medis yang salah satu permasalahan yang ditangani adalah keluarnya pasien dari rumah sakit termasuk pasien-pasien tidak mampu.

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik dengan intervensi pekerja sosial medis terhadap pasien tidak mampu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dimana permasalahan pasien tidak mampu termasuk masalah psikososial yang sering dihadapi oleh rumah sakit.

### **C. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, agar penelitian ini lebih terfokus dan terarah maka perlu adanya rumusan masalah. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana intervensi pekerja sosial medis dalam menangani pasien tidak mampu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berada di jalan K.H.A Dahlan No. 20 ?

### **D. TUJUAN PENELITIAN**

Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui intervensi yang telah dilakukan oleh pekerja sosial medis dalam menangani pasien tidak mampu di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **E. KEGUNAAN PENELITIAN**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan kegunaan baik secara teoritis maupun praktis.

### **1. Kegunaan Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan terhadap khasanah keilmuan tentang Pekerja Sosial Medis dalam rangka pelayanan terhadap pasien di rumah sakit, sehingga dapat digunakan sebagai acuan terhadap penelitian yang akan datang.

Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi atau sumbangan pemikiran kepada akademisi maupun jurusan Pengembangan Masyarakat Islam konsentrasi Kesejahteraan Sosial terutama pemikiran tentang Pekerja Sosial Medis.

### **2. Kegunaan Praktis**

- a. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.
- b. Sebagai pengetahuan baik bagi diri pribadi, lembaga, juga masyarakat tentang pentingnya Pekerja Sosial Medis dalam setting Rumah Sakit.

## F. KAJIAN PUSTAKA

Pembahasan tentang praktik pekerja sosial medis memang belum banyak dibahas. Dan untuk mendukung persoalan lebih mendalam terhadap masalah di atas, penyusun perlu melakukan penelitian terhadap literatur yang relevan terhadap masalah yang menjadi objek penelitian sehingga dapat diketahui posisi peneliti dalam melakukan penelitian, adapun penelitian-penelitian tersebut antara lain :

**Ema Fitriasih**, dalam skripsinya yang berjudul *Manajemen pada unit Bina Ruhani Islam Dalam Memberikan Pelayanan Ruhani Terhadap Pasien Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, pada tahun 2007.<sup>14</sup> Penelitian ini membahas mengenai manajemen yang telah dilakukan selama ini oleh pihak Bina Ruhani Islam dalam memberikan pelayanan ruhani kepada pasien. Selain itu dalam skripsi ini mengungkapkan bahwa bina ruhani islam dalam pelaksanaannya bekerja sama dengan sosial medis, contohnya ketika bina ruhani islam melaksanakan kunjungan pasien didampingi oleh sosial medis.

**Entrin Mimin Kurniati**, merupakan Mahasiswi Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga, yang melakukan penelitian dengan judul *Metode Pendampingan Pekerja Sosial Bagi Kelayan Di Panti Sosial Karya Wanita*

---

<sup>14</sup> Ema Fitriasih, *Manajemen pada unit Bina Ruhani Islam Dalam Memberikan Pelayanan Ruhani Terhadap Pasien Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Skripsi, Jurusan Manajemen Dakwah Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta (2007). Tidak diterbitkan.

(PSKW) Yogyakarta.<sup>15</sup> Dimana tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan tentang metode pendampingan *case work* dan *group work* yang digunakan oleh Pekerja Sosial bagi kelayan di Panti Sosial Karya Wanita (PSKW) Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini berupa gambaran pelaksanaan pendampingan dengan metode *case work* dan *group work* yang dilakukan oleh Pekerja Sosial dalam mendampingi kelayan di Panti Sosial Karya Wanita (PSKW) Yogyakarta.

**Ofik Anggraini**, Mahasiswi UIN Sunan Kalijaga, melakukan penelitian dengan judul *Peran Pekerja Sosial Dalam Penerapan Metode Therapeutic Community Bagi Pemulihan Residen Di Panti Sosial Pamardi Putra “ Sehat Mandiri” Dinas Sosial Provinsi D.I. Yogyakarta.*<sup>16</sup> Dimana tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan peran-peran pekerja sosial dalam penerapan metode *therapeutic community* bagi pemulihan residen di PSPP “ Sehat Mandiri” Yogyakarta, serta menggambarkan mengenai dampak peran yang dijalankan pekerja sosial terhadap pemulihan residen di PSPP. Skripsi ini juga membahas mengenai bentuk-bentuk intervensi yang dilakukan seperti intervensi langsung dan tidak langsung, serta tahapan-tahapan yang harus dilalui dalam proses *therapeutic community*. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif

---

<sup>15</sup> Entrin Mimin Kurniati, *Metode Pendampingan Pekerja Sosial Bagi Kelayan Di Panti Sosial Karya Wanita (PSKW) Yogyakarta*, skripsi Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2007. Tidak diterbitkan.

<sup>16</sup> Ofik Anggraini, *Peran Pekerja Sosial Dalam Penerapan Metode Therapeutic Community Bagi Pemulihan Residen Di Panti Sosial Pamardi Putra “Sehat Mandiri” Dinas Sosial Provinsi D.I. Yogyakarta.*, skripsi Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2008. Tidak diterbitkan.

kualitatif yang meliputi interview, observasi, dan dokumentasi. Sedangkan hasil dari penelitian ini berupa peran-peran pekerja sosial dalam tahapan *therapeutic community* yang meliputi peran dalam konseling, sebagai manajer kasus, pembela, fasilitator, liasioning, mediator, dan broker. Serta menjelaskan gambaran umum mengenai dampak dari peran pekerja sosial dalam pemulihan residen.

Dari skripsi **Entrin Mimin Kurniati** dan **Ofik Anggraini** memiliki kesamaan objek penelitian dengan yang peneliti lakukan yaitu pekerja sosial, tetapi tidak spesifik seperti yang peneliti lakukan yaitu Pekerja Sosial Medis yang ruang lingkup praktiknya di rumah sakit.

Sedangkan beberapa buku yang mengupas tentang pekerja sosial medis antara lain :

**Mary Johnston**, dalam bukunya yang berjudul *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial dengan Klien dalam Setting Rumah Sakit*. Buku ini memaparkan bagaimana cara seorang pekerja sosial medis mempunyai hubungan yang dinamis dengan klien (pasien, keluarga, maupun lingkungannya), fungsi pekerja sosial di dalam rumah sakit, peran pekerja sosial dalam program kesehatan masyarakat. Namun dalam buku ini belum ada pembahasan secara mendalam mengenai intervensi Pekerja Sosial Medis dalam menangani pasien tidak mampu.

**Edi Suharto**, menjelaskan dalam bukunya *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik* bahwa kesehatan merupakan faktor penentu bagi

kesejahteraan sosial. Orang yang sejahtera bukan saja orang yang memiliki pendapatan atau rumah memadai. Melainkan pula orang yang sehat baik jasmani maupun rohani. Selain dokter dan perawat, para pekerja sosial juga terlibat dalam pelayanan dan perawatan kesehatan. Para pekerja sosial yang bekerja di bidang kesehatan atau bekerja di rumah sakit biasanya disebut sebagai pekerja sosial medis (*medical social worker*), yang termasuk kedalam kelompok para medis. Para pekerja sosial medis ini biasanya selain menjadi bagian dari tim kesehatan rumah sakit, juga memfokuskan pertolongannya kepada aspek-aspek psikososial pasien dan pengorganisasian system pembiayaan bagi pasien-pasien yang tidak mampu.

Dengan penelitian yang pernah dilakukan diatas, dan berbagai literatur yang ada, penelitian ini berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya karena penelitian ini lebih menitikberatkan pada intervensi yang telah dilakukan oleh pekerja sosial medis terhadap pasien tidak mampu dalam prakteknya selama ini di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang sejauh ini belum ada yang meneliti mengenai hal tersebut.

## **G. KERANGKA TEORI**

### **1. Tinjauan Tentang Intervensi dalam Praktek Pekerjaan Sosial**

Istilah intervensi mulai muncul dalam literatur pekerjaan sosial pada akhir tahun 1950-an dan awal 1960-an. Pada permulaan nampaknya terdapat sedikit penjelasan tentang arti istilah tersebut. Istilah ini sedang digunakan untuk menggantikan istilah treatment (perlakuan) sebagaimana

yang digunakan dalam gambaran “studi, diagnosa dan perlakuan” dari proses pekerjaan sosial. Biasanya penggunaan intervensi disertai oleh istilah *assessment* untuk menggantikan kata yang lebih tradisional, yaitu *diagnosa*.<sup>17</sup>

Perubahan ini muncul karena berbagai pengaruh dan menandai konseptualisasi kontemporer dari praktek pekerjaan sosial. Beberapa dari pengaruh yang lebih penting untuk perubahan ini meliputi :<sup>18</sup>

- a. Penggunaan konseptualisasi yang lebih baru dari psikologi ego, yang menekankan keberfungsian sosial dan penaggulangan masalah, menimbulkan pertanyaan mengenai pemakaian secara terus menerus model medis. *Diagnosa dan perlakuan* adalah istilah-istilah yang memiliki konotasi yang kuat dari ilmu kedokteran dan penyakit.
- b. Upaya untuk mencari kelaziman (*commonality*) dalam teori praktek bimbingan sosial perorangan (*case work*), bimbingan sosial kelompok (*group work*) dan pengorganisasian masyarakat (*community organization*) meningkat. Praktek pengorganisasian masyarakat dan beberapa jenis praktek bimbingan sosial kelompok tidak cocok kedalam konsep perlakuan.
- c. Keragaman yang berkembang dari model-model praktek, yang kebanyakan menolak model medis, menuntut cara-cara baru untuk

---

<sup>17</sup> Louise C. Johnson, *Praktek Pekerjaan Sosial (Suatu Pendekatan Generalist)*, terj. Tim Penerjemah STKS Bandung, (Bandung, 2001), hal. 52.

<sup>18</sup> Louse C. Johnson, *op. Cit.*, hal. 52-53

mendekati situasi praktek dan terminologi baru. Intervensi adalah salah satu istilah yang digunakan dalam beberapa profesi pertolongan yang lain, dan seperti banyak istilah lain yang dipinjam, pekerjaan sosial mengadopsinya untuk digunakan.

- d. Penggunaan teori sistem sosial tumbuh. Ketika mempertimbangkan seseorang atau orang dalam suatu situasi dari sudut pandang sistem sosial, pengertian perubahan yang muncul dari “intervensi kedalam sistem sosial” nampaknya suatu perkembangan yang logis.
- e. Pendirian/ sudut praktek yang lebih agresif. Selama tahun 1960-an, pekerjaan sosial terlibat dengan masalah-masalah baru, kelompok-kelompok kelayan baru, dan situasi-situasi baru. Hal ini menuntut strategi dan teknik yang agresif ketimbang strategi - strategi dan teknik lama yang mendorong kelayan untuk mengembangkan pemahaman atau untuk berpikir secara logis dan kemudian mengadakan perubahan mereka sendiri berdasarkan pada pemahaman dan pemikiran baru.

Perubahan ini menggambarkan tidak hanya perubahan terminologi tetapi perubahan dalam cara melihat orang dalam situasi.<sup>19</sup> Banyak pengetahuan baru tersedia untuk digunakan oleh para pekerja sosial dan pengetahuan ini disusun dalam cara-cara baru. Perubahan pada fokus ini memberikan pemahaman baru yang lebih tepat digunakan dalam praktek pekerjaan sosial.

---

<sup>19</sup> Louse C. Johnson, *op. Cit*, hal. 53.

### a. Pengertian Intervensi

Dengan uraian di atas maka definisi dari intervensi itu sendiri antara lain :<sup>20</sup>

- 1) Intervensi adalah aktifitas dari pekerja dalam menimbulkan perubahan dalam arti sistemik. Ini menggambarkan suatu lompatan dalam pemikiran pekerjaan sosial dari pemahaman seseorang dalam suatu situasi yang menimbulkan perubahan secara bertujuan dalam fenomena situasi orang.
- 2) Intervensi adalah tindakan spesifik oleh seorang pekerja dalam kaitan dengan sistem atau proses manusia untuk menimbulkan perubahan. Tindakan ini diarahkan oleh pengetahuan dan nilai-nilai professional serta oleh keterampilan (tingkat kompetensi) dari pekerja.
- 3) Intervensi adalah bertujuan, diarahkan kepada tujuan, dan menggunakan daftar pertolongan pekerja (termasuk kreatifitas, pengetahuan, nilai dan keterampilannya).
- 4) Intervensi adalah tindakan spesifik oleh seorang pekerja sosial dalam kaitan dengan system atau proses manusia dalam rangka menimbulkan perubahan.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Ibid., hal. 53-54.

<sup>21</sup> Louise C. Johnson, *op. Cit*, hal. 62.

Dari berbagai pengertian diatas, dengan demikian intervensi adalah tindakan yang diarahkan oleh pengetahuan, nilai, dan keterampilan. Intervensi meliputi konsep perlakuan (*treatment*) dan perubahan terencana.

## **b. Bentuk-bentuk Intervensi**

Dalam pelaksanaannya, intervensi di bagi dalam dua bentuk yaitu: *Direct* (langsung) dan *Indirect* (tidak langsung). Louise c. Johnson menyebutkan dalam bukunya yaitu :<sup>22</sup>

- 1) *Direct Practice* (Praktik Langsung), menyangkut pertama-tama aksi – aksi dengan para individu, keluarga-keluarga, dan kelompok-kelompok kecil yang memfokuskan pada perubahan baik transaksi dalam keluarga, sistem kelompok kecil atau individu dan fungsi kelompok-kelompok kecil dalam hubungan dengan orang-orang dan institusi-institusi kemasyarakatan dalam lingkungan mereka.<sup>23</sup> Dengan demikian pekerja sosial melaksanakan peranannya tanpa melalui instansi langsung. Contohnya, pekerja sosial melakukan pertemuan dengan kelayan langsung untuk tujuan pemberian pertolongan (pendidik, advokat, meneger kasus, konselor, liasioning) seperti penanganan terhadap kelayan yang tidak mampu bersosialisasi dengan keluarga.

---

<sup>22</sup> Ibid., hal. 242.

<sup>23</sup> Ibid.

2) *Indirect Practice* (Praktik tidak langsung), menyangkut aksi-aksi yang dilakukan dengan orang-orang lain dari pada dengan para kelayan supaya menolong para kelayan. Aksi-aksi ini mungkin dilakukan dengan para individu, kelompok-kelompok kecil, organisasi-organisasi atau masyarakat sebagai unit perhatian.<sup>24</sup> Dan kegiatan yang dilakukan pekerja sosial secara tidak langsung juga tidak kalah pentingnya. Sebagai contoh konkritnya, mengalihkan kelayan kepada badan-badan sosial yang lain untuk memperoleh jenis bantuan khusus yang dibutuhkan. Seperti kelayan membutuhkan tes kesehatan, ingin berkonsultasi dengan psikiater, atau aksi-aksi penggalangan dana yang dilakukan oleh masyarakat untuk membantu kelayan.

### c. Tahapan Intervensi

Tahapan intervensi sangat penting bagi pekerja sosial. Adapun tahapan tersebut yaitu :<sup>25</sup>

- 1) Tahap Persiapan, tahapan ini terdiri dari persiapan pekerja sosial dalam pendataan, administrasi, kontrak dengan kelayan.
- 2) Tahap Assesment, proses assesment yang dilakukan di sini dengan mengidentifikasi masalah. Dan aspek-aspek yang dinilai adalah kekuatan dan kelemahan kelayan, keberfungsian kelayan, motivasi

---

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Andayani, MSW, *Handout Mata Kuliah Metode Peksos 1*, Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam (Konsentrasi Kesejahteraan Sosial), 2007. Tidak diterbitkan.

kelayan dalam memecahkan masalah serta factor lingkungan/dukungan sosial.

- 3) Tahap Perencanaan Alternatif Pemecahan Masalah, pada tahap ini pekerja sosial secara partisipatif melibatkan kelayan untuk berfikir tentang masalah yang mereka hadapi dan bagaimana cara mengatasinya. Pekerja sosial dan kelayan membahas bantuan yang kelayan yakini dan diperlukan, juga membahas bantuan yang tersedia yang dapat di akses. Pada tahap ini pula ditetapkan tujuan-tujuan yang hendak dicapai.
- 4) Tahap Implementasi (Pelaksanaan), pekerja sosial dan kelayan dapat melaksanakan apa yang seharusnya dilakukan sesuai dengan kontrak. Pekerja sosial hanya melakukan apa yang kelayan tidak dapat lakukan sendiri.
- 5) Tahap Evaluasi, evaluasi sebagai proses pengawasan pekerja sosial dan kelayan terhadap pelaksanaan pemecahan masalah yang sedang berjalan. Apakah tujuan yang diinginkan sudah tercapai atau belum.
- 6) Tahap Terminasi, tahap ini merupakan tahap pemutusan hubungan dengan kelayan sesuai dengan kontrak yang telah disepakati. Bila tujuan-tujuan tidak dapat dicapai, pekerja sosial dan kelayan menentukan bersama apakah kembali kelangkah awal atau mengakhirinya.

## 2. Tinjauan Tentang Pekerjaan Sosial Medis

Pada awal perkembangannya profesi pekerjaan sosial dikenal sebagai profesi pelayanan sosial untuk membantu pasien dan keluarganya di Rumah Sakit dalam mengatasi berbagai permasalahan sosial dan emosional yang diderita pasien atau proses penyembuhannya. Hal tersebut sesuai dengan pengertian pekerjaan sosial yang dikemukakan **Friedlander (1978)** bahwa pekerjaan sosial medis adalah pelayanan yang bercirikan pada bantuan sosial dan emosional yang mempengaruhi pasien dalam hubungannya dengan penyakit dan penyembuhannya.<sup>26</sup> Selanjutnya **Skidmore, Trackery dan Farley (1994)** mendefinisikan pekerjaan sosial medis sebagai praktik kerjasama pekerja sosial dalam bidang kesehatan dan dalam program-program pelayanan kesehatan masyarakat.<sup>27</sup>

Pengertian tersebut pada prinsipnya mengandung lima unsur pokok, sebagai berikut :<sup>28</sup>

- 1) Pekerjaan sosial medis merupakan praktik pekerjaan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa keterlibatan pekerja sosial di bidang medis terutama untuk melaksanakan intervensi penyembuhan terhadap penyakit pasien sesuai dengan domain pekerjaan sosial.

---

<sup>26</sup> Friedlander (1978) dalam Modul Diklat Pekerjaan Sosial Medis, Departemen Sosial RI, Badan Pelatihan dan pengembangan Sosial, Balai Besar Pendidikan Dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial (BBPPKS), Bandung, 2004. Hal. 43.

<sup>27</sup> Skidmore, Trackery dan Farley (1994) dalam Modul Diklat Pekerjaan Sosial Medis, Departemen Sosial RI..... hal. 44

<sup>28</sup> Ibid., hal. 43-44

- 2) Setting pekerjaan sosial medis di rumah sakit maupun di tempat-tempat pelayanan kesehatan yang lain. Pengertian tersebut menunjukkan bahwa praktik pelayanan pekerjaan sosial medis tidak hanya dilakukan di rumah sakit, tetapi juga ditempat-tempat lain, seperti keluarga, panti sosial, rumah singgah, ketetanggaaan dan sebagainya.
- 3) Intervensinya diarahkan untuk memberikan fasilitas pelayanan yang memadai, mencegah penyakit, dan memberikan bantuan.
- 4) Sasarannya adalah pasien, keluarga dan lingkungan masyarakat.
- 5) Tujuannya untuk meningkatkan kehidupan yang sehat, mencegah timbulnya berbagai penyakit serta memecahkan masalah sosial dan psikologis yang berkaitan dengan penyakit.

Sebagaimana dipaparkan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pekerjaan sosial medis bukan hanya diperlukan di rumah sakit, tetapi juga diperlukan dalam program-program pelayanan kesehatan lainnya. Baik yang berhubungan dengan pencegahan penyakit maupun pengembangan kesehatan masyarakat.

### **3. Tinjauan tentang Pekerja Sosial Medis**

#### **a. Pengertian pekerja sosial medis**

Pada hakekatnya pekerja sosial medis merupakan bagian dari pekerja sosial umum yang diterapkan dibidang kesehatan atau rumah

sakit. Dalam perkembangannya pekerja sosial medis dikenal sebagai profesi pelayanan sosial untuk membantu pasien dan keluarga pasien selama berada di rumah sakit dalam mengatasi berbagai persoalan sosial dan emosional sehubungan dengan penyakit yang diderita dan atau proses penyembuhannya.<sup>29</sup>

Dalam artikel yang ditulis oleh **Sihmi Mufidatul Wahyuni (2003)**<sup>30</sup> yang berjudul “Persepsi Pegawai Rumah Sakit Terhadap Praktikan Profesi Pekerja Sosial”, memberikan pemaparan bahwa pada dasarnya pekerja sosial medis merupakan penerapan ilmu, ketrampilan, sikap dan nilai-nilai pekerja sosial dalam pelayanan kesehatan. Fokus perhatiannya adalah masalah sakit yang berhubungan dengan aspek-aspek sosial dan lingkungan sekitar yang mengakibatkan gangguan fungsi-fungsi sosial dan membantu pasien agar dapat mencapai tingkat kesejahteraan sosial yang optimum. Dalam sistem pelayanan kesehatan, pekerja sosial merupakan bagian dari tim medis yang bekerjasama baik dengan dokter, perawat maupun farmakolog dalam melakukan penelitian, diagnosis dan penyembuhan yang menyangkut aspek psikologis, sosial dan aspek lingkungan.

---

<sup>29</sup> Handout KKL, *pelayanan Pekerja Sosial Medik , Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*. Tidak diterbitkan.

<sup>30</sup> Sihmi Mufidatul Wahyuni, *Persepsi Pegawai Rumah Sakit Terhadap Praktikan Profesi Pekerja Sosial* , <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jiptumm-gdl-s1-2003-sihmimufid-842>, di akses tanggal 10 februari 2010, jam. 18. 48.

Sedangkan dalam anggota tim rehabilitasi rumah sakit, pekerja sosial medik mempunyai peran penting. Dia menyiapkan laporan tentang penderita dan keluarga, menentukan diagnosis sosial dan memberi informasi yang diperlukan tim. Diagnosis sosial termasuk kemampuan penderita menerima defisit fungsinya dan penerimaan penderita terhadap program rehabilitasi. Pelayanan pekerja sosial medik yang diberikan kepada penderita dan keluarga adalah : penerangan tentang cacatnya, kehidupan sex, bantuan keuangan dan badan sosial, situasi tempat tinggal yang harus sesuai pada keadaan penderita, halangan bangunan yang mesti diubah, kamar mandi yang cocok dan sebagainya.<sup>31</sup>

#### **b. Bentuk Pelayanan Pekerja Sosial di Rumah Sakit**

Pelayanan pekerja sosial medis di Rumah Sakit lebih menekankan pada fungsi kuratif dan rehabilitatif. Apabila penderita penyakit masuk rumah sakit, maka tugas dokter untuk memberikan pengobatan (pelayanan medis) dan tugas pekerja sosial medis untuk membantu pasien untuk memanfaatkan semua bentuk perawatan kesehatan terhadap dirinya.

---

<sup>31</sup>Dr.Simatupang,<http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/14RehabilitasiPasien077.pdf/14RehabilitasiPasien077.html>, diakses tanggal 25 November 2009, jam 19.45.

Pekerja sosial dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat melaksanakan berbagai pelayanan, antara lain :<sup>32</sup>

1) Sebagai konselor

- Membantu pasien mengatasi reaksi emosionalnya terhadap pengaruh penyakitnya pada kebiasaan dan kemandiriannya.
- Membantu pasien menyesuaikan diri dengan lingkungannya.
- Membantu pasien mengatasi kemarahan, kecemasan dan ketakutannya tentang keadaan yang dialaminya.
- Memberikan alternatif kepada pasien dalam mengambil keputusan tentang pelayanan yang tepat agar segera dapat keluar dari rumah sakit.
- Membantu pasien untuk mengevaluasi kemampuannya dalam memenuhi persyaratan guna memperoleh pelayanan yang dibutuhkannya serta membantunya dalam memperoleh pelayanan.
- Memberikan dukungan terhadap keputusan yang diambil oleh pasien.

---

<sup>32</sup> Modul Diklat Pekerjaan Sosial Medis, Departemen Sosial RI, Badan Pelatihan dan pengembangan Sosial, Balai Besar Pendidikan Dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial (BBPPKS), Bandung, 2004. Hal. 43.

- Memfasilitasi komunikasi antara anggota tim rumah sakit untuk menjamin bahwa pasien memperoleh pelayanan yang komprehensif, termasuk yang menyangkut aspek-aspek psikososialnya.
- Membantu pasien dan keluarga menyusun rencana tindak lanjut setelah keluar dari rumah sakit.

## 2) Sebagai broker

Pekerja sosial medis berusaha untuk mengorganisir sumber-sumber yang ada, baik pada rumah sakit, keluarga pasien, maupun masyarakat dalam rangka meningkatkan efektifitas usaha penyembuhan pasien. Ketiadaan sumber di pihak klien mendorong pekerja sosial melaksanakan peranannya sebagai pialang sosial (*social broker*).

## 3) Sebagai advokat

Pekerja sosial medis melakukan tindakan pembelaan dengan cara memberikan kekuatan, menggerakkan dan mengatur kelayan, serta memberikan kebebasan kepada kelayan untuk mendapatkan kembali hak-haknya yang telah dilanggar.

Pelayanan ini diberikan kepada kelayan yang mengalami konflik dengan pihak lain baik dengan individu maupun institusi. Sebagai pembela, pekerja sosial harus selalu berusaha memberikan

perlindungan dan pembelaan terhadap hak-hak kelayan yang dilanggar oleh pihak lain agar mampu mendapatkan haknya kembali. Pekerja sosial berusaha mengidentifikasi berbagai aturan dan prosedur yang berkaitan dengan pembelaan hak kelayan dan memberikan penjelasan kepada kelayan tentang kemungkinan-kemungkinan dari tindakan pembelaan yang akan dilakukan oleh pekerja sosial.

#### 4) Sebagai liasoning

Pekerja sosial melaksanakan peran penghubung dengan memberikan informasi-informasi yang diperlukan oleh pihak keluarga mengenai kondisi kelayan dan kondisi lembaga, agar dapat memberikan pertimbangan-pertimbangan yang tepat dalam menentukan tindakannya demi kepentingan kelayan. Di samping itu, pekerja sosial juga memberikan informasi yang tepat mengenai kondisi keluarga kepada lembaga sebagai bahan pertimbangan lembaga dalam menentukan tindakan yang tepat bagi kelayan dan keluarganya.

#### 5) Sebagai mediator

Pekerja sosial membantu pihak-pihak yang mengalami keterpisahan agar dapat saling memberikan dukungan bagi upaya pencapaian tujuan dan tingkat kesejahteraan yang diinginkan kedua belah pihak. Tindakan ini dilakukan untuk memperbaiki

ketidakseimbangan hubungan antara orang dengan lingkungan sosialnya yang dapat mengakibatkan terjadinya masalah.

#### **4. Tinjauan Tentang Pasien Tidak Mampu (Miskin)**

Tidak mampu atau miskin adalah keadaan interval batas bawah dari kemampuan ekonomi seseorang atau keluarga atau masyarakat<sup>33</sup>. Tidak mampu atau kurang mampu yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keadaan miskin. Keadaan miskin yang dialami seseorang membawa dampak yang kurang mengenakan bagi orang tersebut, baik dari segi kehidupan ekonominya maupun sosialnya.

Keadaan miskin merupakan masalah sosial yang selalu ada di tengah-tengah masyarakat. Dan keadaan ini pula yang selalu menarik perhatian berbagai kalangan di berbagai Negara, baik Negara berkembang maupun Negara maju.

Ketika membahas permasalahan mengenai keadaan miskin, maka akan mengarah kepada kemiskinan itu sendiri. Berbagai teori, konsep dan pendekatan pun terus berkembang guna membahas mengenai kemiskinan.

##### **a. Pengertian Kemiskinan**

---

<sup>33</sup>Br. Yoanes, <http://pdkar2.blogspot.com/2007/07/bantuan-makan-untuk-anak-anak-tidak.html> di akses tanggal 24 November 2009, jam. 19.35.

Kemiskinan sendiri mempunyai definisi yang cukup banyak, para ahli yang mendefinisikan mengenai kemiskinan tidak hanya memandang pada satu dimensi saja. Mereka memandang dari dimensi pendapatannya, pendidikannya, dan kebudayaannya. Beberapa pengertian dari kemiskinan yaitu :<sup>34</sup>

| No | Sumber                                  | Pengertian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | BPS dan Depsos, 2002:3                  | Kemiskinan adalah ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2. | BPS dan Depsos, 2002:4                  | Kemiskinan merupakan sebuah kondisi yang berada di bawah garis nilai standar kebutuhan minimum, baik untuk makanan dan non makanan, yang disebut garis kemiskinan (poverty line) atau batas kemiskinan (poverty threshold). Garis kemiskinan adalah sejumlah rupiah yang diperlukan oleh setiap individu untuk dapat membayar kebutuhan makanan setara 2100 kilo kalori per orang per hari dan kebutuhan non-makanan yang terdiri dari perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, serta aneka barang dan jasa lainnya. |
| 3. | SMERU dalam Suharto et.al., 2004 : 7-8. | Kemiskinan pada umumnya didefinisikan dari segi pendapatan dalam bentuk uang ditambah dengan keuntungan-keuntungan non-material yang diterima oleh seseorang. Secara luas kemiskinan meliputi kekurangan atau tidak memiliki pendidikan, keadaan kesehatan yang buruk, kekurangan transportasi yang dibutuhkan oleh masyarakat.                                                                                                                                                                                                      |

<sup>34</sup> Edi Suharto, [http://www.policy.hu/suharto/modul\\_a/makindo\\_32.htm](http://www.policy.hu/suharto/modul_a/makindo_32.htm), di akses tanggal 2 Februari 2010, jam. 17.07.

|    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Friedman dalam Suharto et. al., 2004.                              | Kemiskinan adalah ketidaksamaan kesempatan untuk mengakumulasi basis kekuasaan sosial. Basis kekuasaan sosial meliputi: (a) modal produktif atau asset (tanah, perumahan, alat produksi, kesehatan), (b) sumber keuangan (pekerjaan, kredit), (c) organisasi sosial dan politik yang dapat digunakan untuk mencapai kepentingan bersama (koperasi, partai politik, organisasi sosial), (d) jaringan sosial untuk memperoleh pekerjaan, barang, dan jasa, (e) pengetahuan dan keterampilan, dan (f) informasi yang berguna untuk kemajuan hidup. |
| 5. | BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) <sup>35</sup> | Kemiskinan adalah keluarga miskin prasejahtera apabila: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat melaksanakan ibadah menurut agamanya.</li> <li>- Seluruh anggota keluarga tidak mampu makan dua kali sehari.</li> <li>- Seluruh anggota keluarga tidak memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian.</li> <li>- Bagian terluas dari rumahnya berlantai tanah.</li> <li>- Tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan.</li> </ul>                                                            |

Dari pengertian kemiskinan diatas, banyak sekali pengertian yang terus berkembang. Dan perkembangan pengertian kemiskinan tersebut

<sup>35</sup> Makmun, <http://www.fiskal.depkeu.go.id/webbkkf/kajian%5CMakmun-2.pdf>, di akses tanggal 2 Februari 2010, jam. 17.17.

juga mengikuti perkembangan kemiskinan yang terus meningkat di setiap Negara.

Dalam penelitian ini, peneliti memberikan batasan kemiskinan yang mengacu pada definisi dari BPS dan Depsos (2002 : 4), dimana pasien dalam kondisi yang berada di bawah garis nilai standar kebutuhan minimum, baik untuk makanan dan kebutuhan non-makanan yang terdiri dari perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, serta aneka barang dan jasa lainnya. Serta pasien yang dinyatakan dalam keadaan miskin oleh pemerintah daerah atau pun pemerintah desa dengan adanya Surat Keterangan Tidak Mampu.

#### **b. Dimensi Kemiskinan**

Menurut **SMERU** (2001), kemiskinan memiliki berbagai dimensi:<sup>36</sup>

- Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang dan papan).
- Tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi).
- Tidak adanya jaminan masa depan (karena tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga).

---

<sup>36</sup> SMERU dalam Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, (Bandung : PT. Refika Aditama, 2005), hal. 132.

- Kerentanan terhadap goncangan yang bersifat individual maupun massal.
- Rendahnya kualitas sumberdaya manusia dan keterbatasan sumber alam.
- Tidak dilibatkannya dalam kegiatan sosial masyarakat.
- Tidak adanya akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan.
- Ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental.
- Ketidakmampuan dan ketidakberuntungan sosial (anak telantar, wanita korban tindak kekerasan rumah tangga, janda miskin, kelompok marjinal dan terpencil).

Jika dilihat kembali pada dimensi kemiskinan menurut SMERU, terdapat point yang menyebutkan “ tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi)”. Kita dapat melihat bahwa banyak dari masyarakat miskin saat ini yang kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Berbagai fakta menunjukkan bahwa kemiskinan telah menjadi faktor penting dalam melahirkan lingkungan yang tidak sehat. Dalam beberapa kasus, kemiskinan bahkan menjadi penyebab munculnya berbagai penyakit. Tidak sedikit wabah penyakit menular justru terjadi

pada kelompok masyarakat miskin yang umumnya memiliki pemahaman yang sangat rendah terhadap kesehatan. Selain itu, tingginya angka kematian juga banyak terjadi pada kelompok masyarakat yang memelihara nilai-nilai yang justru bertentangan dengan nilai-nilai hidup sehat. Kondisi sosial ekonomi masyarakat juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi pola perkembangan penyakit dan status kesehatan masyarakat. Banyak penyakit yang bersumber pada permasalahan sosial ekonomi, seperti malnutrisi, dan berbagai penyakit yang disebabkan oleh rendahnya kualitas lingkungan serta ketidaktahuan masyarakat tentang penyakit. Tingkat kemampuan sosial ekonomi masyarakat juga sangat berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam menjangkau dan memanfaatkan berbagai sumber pelayanan kesehatan.<sup>37</sup>

Dengan adanya permasalahan kemiskinan yang dihadapi masyarakat saat ini harapannya adalah masyarakat tetap dapat menjangkau dan memanfaatkan sumber pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah ataupun swasta. Faktanya saat ini memang banyak sekali masyarakat yang datang dan melaksanakan perawatan kesehatan di rumah sakit tidak seluruhnya dari kalangan yang mampu, seringkali karena ketidakmampuan ekonomi masyarakat yang mengalami perawatan di rumah sakit

---

<sup>37</sup> Mu'man Nuryana (ed.), *Pekerja Sosial Medik Di Rumah Sakit*, (Jakarta : Kantor Masalah-masalah Kemasyarakatan, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia, 2001), hal. 20

melakukan hal-hal yang seharusnya tidak dilakukan seperti, kabur dari rumah sakit, ditinggalkan atau ditelantarkan keluarga, tidak pulang walau sudah mendapatkan izin dokter sehingga menambah penumpukan biaya. Dan permasalahan tersebut yang banyak di hadapi oleh pihak rumah sakit, tanpa terkecuali Rumah Sakit PKU Muhammadiyah.

#### **5. Kerja Sama Pekerja Sosial Medis dengan Profesi Lain di Rumah Sakit dalam Penanganan Pasien Tidak Mampu**

Staff rumah sakit terdiri dari berbagai profesi dan makin besar rumah sakit semakin banyak profesi yang bergabung di rumah sakit tersebut. Setiap profesi tersebut mempunyai fungsi tersendiri dan cara kerja yang berbeda. Profesi lain yang bekerja sama dengan pekerja sosial antara lain, dokter (baik dokter umum atau dokter spesialis), tenaga para medis lain (fisioterapis, occupational therapist, psikolog, dan pekerja sosial), dan tenaga administrasi di samping banyak tenaga penunjang lainnya.<sup>38</sup>

Dalam penanganan pasien tidak mampu dengan kasus kabur dari rumah sakit, ditinggalkan atau ditelantarkan keluarga, tidak pulang walau sudah mendapatkan izin dokter. Maka berkaitan dengan hal

---

<sup>38</sup> Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial dengan Klien dalam Setting Rumah Sakit*, STKS Bandung. Hal. 60.

tersebut petugas sosial medis di libatkan dalam penanganannya seperti:<sup>39</sup>

1) Pasien kabur dari rumah sakit

Laporan mengenai pasien kabur disampaikan oleh kepala ruangan melalui telepon dan buku laporan pasien kabur di keamanan ke bagian sosial medis, selanjutnya berkoordinasi dengan bagian keamanan dan kendaraan mempersiapkan untuk melakukan kunjungan rumah. Pada saat dilapangan tim selalu bekerja sama dengan masyarakat dan ketua RT setempat, dengan menyampaikan hal yang sangat dirisaukan oleh pihak rumah sakit adalah mengenai kondisi kesehatan dari si pasien.

Apabila tempat tinggal pasien di ketemuan, maka hal pertama yang ditinjau adalah kondisi kesehatan pasien. Bila kondisi masih dalam keadaan sakit, maka disarankan agar kembali untuk melanjutkan perawatan dan bila keluarga menolak dengan alasan biaya, maka keluarga diminta untuk datang kerumah sakit agar administrasi dapat diselesaikan dengan musyawarah selanjutnya pasien dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit pemerintah. Setelah diketahui pasien kabur karena kesulitan biaya, peninjauan sekaligus juga dilihat mengenai kondisi sosial ekonomi

---

<sup>39</sup> Mu'man Nuryana(ed.), *op. Cit*, hal. 90.

pasien untuk dijadikan bahan pertimbangan apakah pasien tersebut berhak untuk mendapatkan bantuan.

## 2) Pasien ditinggalkan atau ditelantarkan keluarga

Saat pasien dalam perawatan pihak keluarga hanya mengantar dan menunggu pada awal perawatan, dan untuk selanjutnya pasien ditinggalkan. Maka petugas sosial medis akan melakukan peninjauan berdasarkan alamat yang tercantum dalam buku status pasien. Selanjutnya keluarga akan dihibau atau diingatkan untuk dapat bekerja sama dalam penanganan hal keluarganya yang sakit.

Bila keluarga menyampaikan kekhawatiran mengenai biaya, maka dihibau agar segera datang kerumah sakit untuk dilakukan musyawarah. Selanjutnya mengenai perawatan si pasien, sosial medis bekerja sama dengan dokter yang merawat, maka akan diajukan beberapa alternatif perawatan yang bisa ditempuh oleh pihak keluarga. Misalnya : dirawat di RS. Pemerintah, berobat jalan (bila kondisi memungkinkan) atau secara intensif berobat dapat dilaksanakan di PUSKESMAS.

## 3) Pasien tidak pulang setelah mendapat izin pulang

Setelah melakukan perawatan dan dokter sudah memberikan izin pulang, namun dari pihak keluarga tidak

mengurusnya. Maka berdasarkan laporan dari kepala ruangan, petugas sosial medis akan melakukan tindakan :

- Melaksanakan pertemuan dengan penanggung jawab pasien dan memberikan pengarahan sekaligus menanyakan hal-hal apa yang menyebabkan pasien tidak segera diproses pulang.
- Apabila keluarga menyampaikan keberatan mengenai biaya, karena tidak sesuai dengan biaya yang telah dipersiapkan maka akan dilakukan proses keringanan biaya.

Selain penjelasan diatas, dalam rangka membantu pasien tidak mampu pekerja sosial bekerja sama dengan dokter, perawat dan bagian administrasi dapat mengambil beberapa tindakan yaitu :<sup>40</sup>

#### **Dari pihak dokter :**

Dalam rangka membantu penyembuhan terhadap orang sakit maka pekerja sosial harus selalu berusaha mengikuti jalannya pengobatan medis supaya setiap saat bisa mengerti akan perubahan yang terjadi pada keadaan pasien. Dalam rangka ini pekerja sosial perlu memperoleh informasi dari dokter yang menangani pasien tersebut. Selain itu dokter dapat memberi informasi tentang hal-hal yang penting untuk diketahui, antara lain :

- Diagnosa.

---

<sup>40</sup> Mary Johnston, *op. Cit*, hal. 82-83.

- Jenis pengobatan yang dilakukan dan pengaruhnya terhadap pasien.
- Isi petunjuk tentang perawatan yang diperlukan oleh pasien.
- Prognosa dan pengaruh penyakitnya terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi kelak.

Informasi yang berharga ini mutlak diperlukan oleh pekerja sosial dalam rangka membantu pasien agar proses penyembuhan bisa terlaksanakan secara menyeluruh.

#### **Dari pihak perawat :**

Mengingat tugas perawat adalah mengurus pasien setiap hari, maka perawat dapat memberikan informasi yang bermanfaat kepada pekerja sosial, antara lain tentang :

- Sikap dan perilaku pasien di bangsal, termasuk keluhan-keluhan, hubungannya dengan pasien lainnya, serta kekhawatirannya.
- Perkembangan terakhir terhadap kondisi pasien.
- Hubungan pasien dengan keluarga.
- Pasien yang tak pernah dikunjungi.
- Pasien yang memerlukan bantuan sosial-ekonomi.

**Dari pihak pekerja sosial :**

- Menggali data sosial ekonomi keluarga dan bila ditemukan masalah biaya, pekerja sosial menyarankan agar keluarga mencari SKM (Surat Keterangan Tidak Mampu), baik keringanan (ke kelurahan) maupun pembebasan biaya (ke kelurahan dan dilegalisir kecamatan dan dinas sosial).
- Membuat perincian data sosial ekonomi penderita untuk lampiran SKM yang diserahkan ke bagian administrasi.
- Membantu penderita yang mempunyai SKM memperoleh pelayanan lain secara gratis, termasuk alat bantu, darah dari PMI, pemeriksaan laboratorium, maupun pelayanan RSUD atau lembaga pemerintah lain (bila dirujuk lembaga tersebut).

**Dari pihak bagian administrasi :**

- Mengajukan SKM ke pimpinan rumah sakit, atau yang berhak menyetujuinya.
- Mengedarkan copy SKM pada pekerja sosial dan seksi perawatan agar semua mengetahui bahwa penderita sejak tanggal tersebut mulai gratis.
- Mengizinkan pasien pulang paksa (bila tidak dapat membayar, asal beralasan kuat)

## H. METODE PENELITIAN

Hal terpenting dalam penulisan skripsi adalah metode penelitian, karena metode tersebut mempermudah sebuah penelitian untuk memecahkan dan menjawab persoalan yang diteliti dengan sistematis. Metode yang digunakan dalam penulisan skripsi ini adalah :

### 1. Jenis Penelitian

Di tinjau dari tempatnya, penelitian ini merupakan penelitian lapangan (*Field Research*) yang bermaksud mempelajari secara intensif tentang latar belakang, keadaan sekarang, dan interaksi suatu sosial, baik individu, kelompok, lembaga dan masyarakat.<sup>41</sup>

Penelitian lapangan dimaksudkan untuk memperoleh data yang berhubungan dengan objek penelitian itu sendiri. Dalam hal ini penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yang berada di jalan K.H.A Dahlan No. 20, Yogyakarta.

### 2. Sifat Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif maka sifat penelitian ini adalah Analisis Deskriptif, karena data yang dianalisis tidak untuk menerima atau untuk menolak hipotesis, melainkan analisis itu berupa

---

<sup>41</sup> Husaini Usman dan Purnomo Setiadi Akbar, *Metode Penelitian Sosial*, (Jakarta : Bumi Aksara, 2000), hal. 5.

deskripsi dari gejala-gejala yang diamati dan gagasan-gagasan yang dikumpulkan serta tidak selalu harus berbentuk angka-angka atau koefisien antar variabel.<sup>42</sup> Penelitian deskriptif (*description research*) adalah jenis penelitian yang menuturkan dan menafsirkan data yang berkenaan dengan fakta, keadaan, variabel, dan fenomena yang terjadi saat penelitian berlangsung dan menyajikan apa adanya. Bentuk yang diamati bisa berupa sikap dan pandangan yang menggejala saat sekarang.<sup>43</sup>

### 3. Subyek dan Objek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah sumber utama berkaitan tentang apa yang akan diteliti sehingga subyeknya adalah orang-orang yang menjadi sumber informasi yang dapat memberikan data yang sesuai dengan masalah yang diteliti.

Dalam penelitian ini yang menjadi informannya adalah staf Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu Bapak Umar Said Prawoto, S.Ag, yang bertugas sebagai supervisi Bina Sosial, dan Bapak Muhammad Nursikin, M.Si (dulunya sebagai seorang pekerja sosial/ bagian Bina Sosial) selaku manajer Bina Ruhani Islam, kemudian Pasien tidak mampu yang mengajukan keringanan biaya kepada pihak rumah sakit yaitu bapak B (nama inisial).

---

<sup>42</sup> M. Subana dan Sudrajat, *Dasar-dasar Penelitian Ilmiah*, (Bandung : Pustaka Setia, 2005), hal. 17.

<sup>43</sup> Ibid., hal. 89.

Sedangkan obyek penelitian ini ialah masalah yang diteliti yaitu bentuk-bentuk intervensi pekerja sosial medis terhadap pasien tidak mampu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

#### 4. Teknik Pengumpulan Data

##### a. Observasi

Observasi sebagai teknik pengumpulan data mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain, yaitu wawancara dan kuesioner. Kalau wawancara dan kuesioner selalu berkomunikasi dengan orang, maka observasi tidak terbatas pada orang, tetapi juga obyek-obyek alam yang lain.<sup>44</sup> Data observasi berupa data cermat, terinci dan faktual mengenai keadaan lapangan, kegiatan seseorang dan keadaan sosial, serta dimana keadaan kegiatan terjadi. Data diperoleh karena adanya penelitian di lapangan secara langsung.

Dalam proses penelitian ini, penulis melakukan observasi sebanyak tiga kali. Observasi pertama yang terjadi pada tanggal 4 April 2010, peneliti mengamati Pekerja Sosial atau bagian Bina Sosial ketika melakukan pendampingan kepada pasien dalam proses keringanan biaya. Observasi yang kedua pada tanggal 16 April 2010, peneliti mengamati konseling yang diberikan kepada pasien yang tidak

---

<sup>44</sup> Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2006) hlm. 162

mampu ketika mengajukan keringanan biaya. Dan observasi yang ketiga terjadi pada tanggal yang sama namun obyek yang diamati berbeda yaitu pengamatan kepada profesi lain seperti Bina Ruhani Islam dan perawat yang turut serta dalam penanganan pasien tidak mampu. Dalam observasi, penulis menemui beberapa kendala yang menyulitkan untuk melakukan observasi lebih banyak yaitu kedatangan pasien yang mengajukan keringanan biaya, pasien lari, pasien gelandangan bersifat tiba-tiba (*accidental*) sehingga penulis tidak bisa mengikuti jalannya penanganan secara intens dan lebih banyak lagi.

#### b. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu.<sup>45</sup>

Dalam hal ini penulis melakukan dialog langsung dan tidak langsung dengan Bapak Nursikin dan pasien. Dalam wawancara yang dilakukan terjadi lebih dari sepuluh kali baik secara langsung maupun via email. Penulis melakukan wawancara sebagai penguat dari data dan pengamatan apa yang penulis dapatkan sebelumnya. Wawancara yang penulis lakukan lebih banyak mewawancarai Bapak Nursikin

---

<sup>45</sup> Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, cet. Ke-25 (Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset, 2008) hlm. 186

selaku manajer Bina Ruhani Islam dan mantan pelaksana bagian Bina Sosial atau pekerja sosial karena Bapak Said selaku pekerja sosial sangat sulit ditemui karena kesibukannya dalam menangani pasien-pasien bermasalah. Adapun hasil wawancara yang didapatkan sebagai penguat data-data dan pengamatan yang ada sebelumnya, terdapat dalam lampiran.

c. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif.<sup>46</sup>

Dengan menggunakan metode dokumentasi ini, maka dapat melacak sejumlah data, baik berupa buku-buku, surat-surat, laporan atau catatan-catatan tertulis lainnya tentang sejarah dan perkembangannya, sarana dan sumber dana dan data-data yang tidak diperoleh dari metode-metode sebelumnya atau dapat juga dijadikan sebagai penguat data yang diperoleh sebelumnya.

Teknik dari metode dokumentasi ini, penulis mengawali dengan menghimpun, memilih dan mengkategorikan dokumen-

---

<sup>46</sup> Sugiyono, *op. Cit*, hlm. 270

dokumen sesuai dengan apa yang penulis butuhkan seperti dokumen mengenai profil RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dokumentasi dari data-data pasien yang mengajukan keringanan biaya, pasien lari, pasien tanpa identitas, pasien gelandangan, dan dokumentasi yang lainnya. Kemudian penulis mulai menyalin, menerangkan, menafsirkan dan menghubungkan dengan fenomena yang ada untuk memperkuat data.

## 5. Teknik Analisis Data

Adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.<sup>47</sup> Dalam proses menganalisis dan menginterpretasikan data-data yang telah terkumpul penyusun menggunakan cara analisis *deskriptif kualitatif*, yakni setelah data-data terkumpul kemudian data tersebut dikelompokkan menurut kategori masing-masing dan selanjutnya diinterpretasikan melalui kata-kata atau kalimat dengan kerangka berpikir teoritik untuk memperoleh kesimpulan atau jawaban dari permasalahan yang telah dirumuskan.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Lexy J. Moleong, *op. Cit*, hlm. 248

<sup>48</sup> Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, ( Jakarta: Rineka Cipta, 1997), hlm. 236

Adapun analisa data yang akan dilakukan adalah, *pertama*, data yang terkumpul dari hasil observasi, dokumentasi, dan wawancara penulis teliti apakah data tersebut dipahami atau tidak. *Kedua*, data yang telah ada kemudian disusun dan dikelompokkan dengan menggunakan kata-kata sedemikian rupa untuk menggambarkan objek penelitian yang telah dirumuskan sebelumnya. *Ketiga*, penyajian dan analisa data secara apa adanya sebagaimana yang diperoleh dari informan, kemudian menganalisa dengan menggunakan intepretasi berdasarkan pada teori yang telah dikemukakan. Untuk memudahkannya maka digunakan metode berfikir induktif, yaitu proses pengorganisasian fakta-fakta dan hasil-hasil menjadi satu rangkaian hubungan atau suatu generalisasi.

## **I. SISTEMATIKA PEMBAHASAN**

Untuk mempermudah penyusunan dan pemahaman skripsi, peneliti menetapkan pembagian sistematika pembahasan kedalam beberapa bagian. Hal ini dilakukan agar pembahasan saling terkait dan menghasilkan penulisan dan penyusunan yang utuh dan sistematis.

Isi skripsi terdiri atas tiga bagian, yaitu : bagian awal, bagian utama, bagian akhir. Dalam sistematika pembahasan, bagian awal merupakan halaman judul, nota dinas dan pengesahan, halaman motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi serta abstraksi.

Sedangkan bagian utama terdiri dari empat bab, yaitu :

BAB I, merupakan pendahuluan, bab ini berfungsi sebagai pengantar dan pengarah kajian bab-bab selanjutnya yang memuat penegasan judul, latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, landasan teoritik, metode penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II, yaitu akan membahas gambaran umum dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta meliputi : letak geografis, sejarah berdirinya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, visi dan misi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, struktur organisasi, sarana dan prasarana, sumber dana

BAB III, berisikan tentang pembahasan mengenai intervensi pekerja sosial medis dalam menangani pasien tidak mampu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yang memuat mengenai kriteria pasien tidak mampu, bentuk-bentuk intervensi, proses penanganan pasien tidak mampu dan kerjasama profesi lain dengan pekerja sosial dalam penanganan pasien tidak mampu.

BAB IV, merupakan penutup dari penelitian ini, yang memuat tentang yaitu kesimpulan, saran-saran dan kata penutup dari penulis.

Bagian akhir dari skripsi ini memuat tentang daftar pustaka dan lampiran-lampiran.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan data-data yang terkumpul selama penelitian, maka diperoleh beberapa kesimpulan tentang Intervensi Pekerja Sosial Medis Terhadap Pasien Tidak Mampu Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Kesimpulan yang dapat diambil sebagai berikut :

Kriteria pasien tidak mampu yang mendapatkan keringanan biaya meliputi : tidak mempunyai penghasilan tetap, tempat tinggal tidak layak, pasien yang menempati bangsal kelas III, dan pasien memiliki SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu). Namun pihak rumah sakit tidak hanya terpaku pada kriteria tersebut saja, tetapi pasien yang mendapatkan Jamkesmas dan Jamkesda ataupun bantuan yang lainnya dari pihak lain masih bisa mendapatkan keringanan biaya bila pihak keluarga/ pasien mengkomunikasikan kepada pihak rumah sakit.

Dalam pelaksanaan intervensi pasien tidak mampu, Bina Sosial/ Pekerja Sosial melaksanakannya dalam dua bentuk yaitu : praktik langsung (direct practice) dan praktik tidak langsung (indirect practice). Akan tetapi pelaksanaan intervensi yang dilakukan lebih cenderung menggunakan intervensi secara langsung, karena intervensi secara langsung tersebut lebih efektif dari intervensi tidak langsung. Dan tahapan-tahapan yang dilalui

dalam proses intervensi tersebut adalah tahap persiapan, assesment, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan terminasi.

Adapun proses pelaksanaan intervensi tersebut, Bina Sosial/ Pekerja Sosial tidak bekerja sendiri namun profesi lain seperti dokter, perawat, administrasi/ keuangan, Bina Ruhani Pasien dan yang lain turut serta dalam penyelesaian masalah pasien tidak mampu.

## **B. Saran-Saran**

Berdasarkan hasil penelitian, penyusun merasa bahwa keberadaan pekerja sosial di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta perlu dipertahankan dan dikembangkan menjadi lebih baik, dari segi keilmuan maupun segi keahliannya. Karena di rumah sakit tersebut banyak menghadapi permasalahan mengenai pasien yang tidak mampu, gelandangan maupun pasien tanpa identitas. Dan permasalahan-permasalahan tersebut akan terus berkembang bersama dengan perkembangan zaman.

Guna memaksimalkan dan lebih mengembangkan pelaksanaan intervensi pekerja sosial medis terhadap pasien tidak mampu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, maka penyusun perlu untuk memberikan saran-saran :

1. Bagi Jurusan PMI, adanya upaya pengembangan diri (baik dari segi keilmuan maupun keahlian) terutama mahasiswa dalam menghadapi permasalahan ini, karena pasien tidak mampu termasuk salah satu

permasalahan sosial yang masih perlu perhatian, baik untuk saat ini maupun untuk selanjutnya.

2. Bagi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang merupakan lembaga kesehatan, hendaknya bisa mengembangkan lebih luas lagi dalam pelayanan sosial kepada masyarakat serta tetap melakukan evaluasi secara rutin dalam setiap langkah dan kebijakan yang diambil dalam penyelesaian kasus.
3. Bagi para pembaca skripsi ini, hendaknya dapat dilakukan penelitian lebih lanjut sehubungan dengan berkembangnya kasus pasien tidak mampu yang sering dihadapi masyarakat miskin dalam hal kesehatan maupun pihak rumah sakit. Secara khusus permasalahan di dalamnya belum dapat digambarkan secara luas dalam skripsi ini.

### **C. Penutup**

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah Swt atas rahmat hidayah dan inayah, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Dalam penyusunan skripsi ini, penyusun menyadari masih banyak kekurangan dan kekhilafan karena begitu terbatasnya pengetahuan penyusun, sehingga segala kritik dan saran yang membangun demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini.

Harapan penyusun, semoga skripsi yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi penyusun khususnya dan seluruh pembaca pada umumnya. Semoga Allah Swt meridhai dan menerima semua amal perbuatan kita. Amin.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku :

Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*, (Bandung : Alfabeta, 2008) Cet. Ke-2.

....., *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, (Bandung : PT. Refika Aditama, 2005)

Husaini Usman dan Purnomo Setiadi Akbar, *Metode Penelitian Sosial*, (Jakarta : Bumi Aksara, 2000).

John M. Echols, Hassan Shadily, *Kamus Inggris Indonesia*, (Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2003) hal. 328.

Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, cet. Ke-25 (Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset, 2008).

Louise C. Johnson, *Praktek Pekerjaan Sosial (Suatu Pendekatan Generalist)*, terj. Tim Penerjemah STKS Bandung, (Bandung, 2001).

M. Hamdani Bakran Adz-Dzaky, *Konseling Dan Psikoterapi Islam*, (Yogyakarta : Fajar Pustaka Baru 2002) Cet. Ke-2.

M. Subana dan Sudrajat, *Dasar-dasar Penelitian Ilmiah*, (Bandung : Pustaka Setia, 2005)

Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial dengan Klien dalam Setting Rumah Sakit*, STKS Bandung.

Moeljono Notosoedirdjo dan Latipun, *Kesehatan Mental : Konsep dan Penerapan*, (Malang : UMM Press, 2005) Cet. Ke-4.

Mu'man Nuryana, *Pekerja Sosial Medik Di Rumah Sakit*, (Jakarta : Kantor Masalah-masalah Kemasyarakatan, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia, 2001)

Pius A Partanto, M. Dahlan Al Barry, *Kamus Ilmiah Populer*, (Surabaya: Akola, 1994) .

Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2006).

**Skripsi :**

Ema Fitriasih, *Manajemen pada unit Bina Ruhani Islam Dalam Memberikan Pelayanan Ruhani Terhadap Pasien Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Skripsi, Jurusan Manajemen Dakwah Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta ,2007.

Entrin Mimin Kurniati, *Metode Pendampingan Pekerja Sosial Bagi Kelayan Di Panti Sosial Karya Wanita (PSKW) Yogyakarta*, skripsi Fakultas Dakwah Uneversitas Islan Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2007.

Ofik Anggraini, *Peran Pekerja Sosial Dalam Penerapan Metode Therapeutic Community Bagi Pemulihan Residen Di Panti Sosial Pamardi Putra "Sehat Mandiri" Dinas Sosial Privinsi D.I. Yogyakarta*. , skripsi Fakultas Dakwah Uneversitas Islan Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2008.

**Internet :**

<http://pdkar2.blogspot.com/2007/07/bantuan-makan-untuk-anak-anak-tidak.html>.

<http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/14RehabilitasiPasien077.pdf/14RehabilitasiPasien077.html>.

[http://www.policy.hu/suharto/modul\\_a/makindo\\_32.htm](http://www.policy.hu/suharto/modul_a/makindo_32.htm).

<http://www.fiskal.depkeu.go.id/webbkf/kajian%5CMakmun-2.pdf>.

<http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jiptumm-gdl-s1-2003-sihmimufid-842>.

**Handout :**

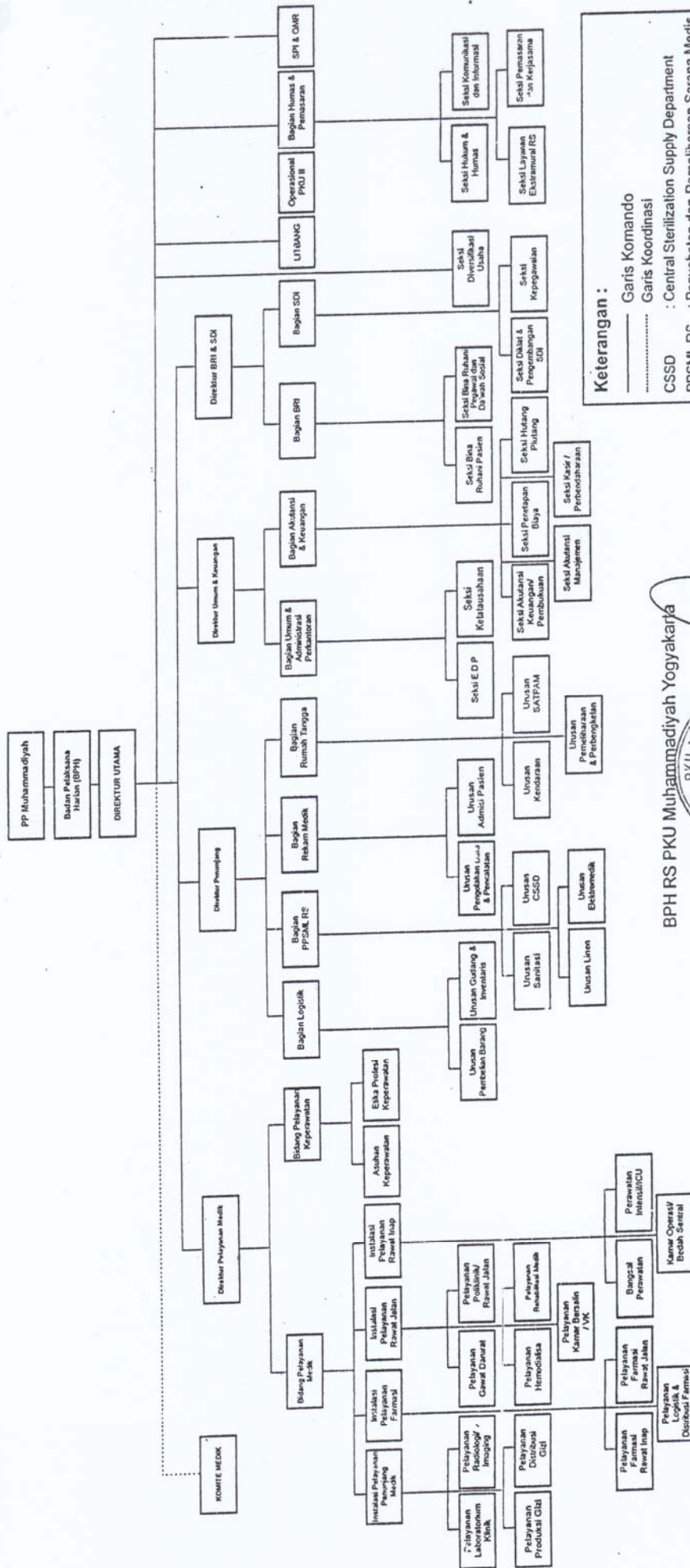
Andayani, MSW, *Handout Mata Kuliah Metode Peksos 1*, Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam (Konsentrasi Kesejahteraan Sosial), 2007. Tidak diterbitkan.

Handout KKL, *pelayanan Pekerja Social Medik , Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*. Tidak diterbitkan.

Modul Diklat Pekerjaan Sosial Medis, Departemen Sosial RI, Badan Pelatihan dan pengembangan Sosial, Balai Besar Pendidikan Dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial (BBPPKS), Bandung, 2004.

## *LAMPIRAN-LAMPIRAN*

**STRUKTUR ORGANISASI TAHUN 2009**  
**RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**  
 Berdasarkan S.K. BPH Nomor: 073/B-II/BPH-1/VI/2009



BPH RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Ketua,

Sekretaris

Drs. H. Muhammad Muqoddas, Lc., MA  
 NBM : 459.170

Nukman Muhammad, SH., MM., M.Kn.  
 NBM : 700.591

## HASIL WAWANCARA

Dalam wawancara dengan pengurus tidak banyak, hanya pengurus memberikan beberapa atribut yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, berupa dokumen-dokumen seputar lembaga, dan dokumen rekam medis pasien saja. Berikut merupakan hasil wawancara dengan bapak Muhammad Nursikin, M.Si, antara lain :

*Penulis : Sejak kapan di unit BRI ada pembagian bidang-bidang yang didalamnya terdapat bina sosial yang sedang saya teliti ?*

*Bpk. Nursikin : Bina Ruhani Islam lahir sejak dilahirkannya rumah sakit ini yang didalamnya terdapat bidang-bidang tersebut, namun dulunya rumah sakit ini PKO dan menjadi PKU yang di dalamnya ada nuansa-nuansa Islami. Mereka yang datang sakit pasti tidak merasa ikhlas, tidak ada yang ridho, nah ketika sakit kepala, perut dan lain sebagainya secara otomatis dia akan merasakan sakit psikologis ketika pasien dibawa kerumah sakit dan harus mondok, pikirannya pasti kemana-mana seperti aku bayar duit dari mana, trus dirumah bagaimana, pasti pikirannya aneh-aneh. Nah disitulah bagaimana psikologis, ruhani dan sosial ekonominya juga disentuh.*

*Penulis : Apa saja kriteria pasien tidak mampu yang menjadi pedoman pemberian keringanan biaya pak ?*

*Bpk. Nursikin : Tidak mempunyai penghasilan tetap, Yang dimaksud dengan penghasilan tidak tetap yaitu mempunyai penghasilan tetapi tidak bisa mencukupi keluarga dan diri sendiri dan penghasilan hanya cukup untuk makan sehari-hari. Kemudian pasien yang mendapatkan keringanan biaya berada di bangsal kelas III, meskipun pasien berada di kelas III, pelayanan yang diberikan sama dengan mereka. Serta memiliki SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) yang disahkan oleh Rt/Rw/Kelurahan Setempat atau pimpinan ranting/cabang Muhammadiyah.*

*Penulis : Untuk pasien yang sudah mendapatkan jaminan dari pemerintah, seperti Jamkesmas, Jamkesda itu masih bisa mendapatkan keringanan biaya pak ?*

*Bpk. Nursikin : Bagi pasien yang mendapatkan Jamkesmas, Jamkesda masih mendapatkan bantuan keringanan biaya dari pihak rumah sakit karena pemerintah hanya membiayai dokter dan obat saja yang gratis, sedangkan untuk perlengkapan lain seperti pempers, kapas, dll yang memakan cukup biaya tidak didapatkan secara gratis, jadi pihak rumah sakit masih memberikan keringanan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pasien tersebut*

*Penulis : Fasilitas apa yang diberikan kepada pasien agar bisa mengakses keringanan biaya rawat inap ?*

*Bpk. Nursikin : Salah satunya Kami menyediakan formulir keringanan biaya disetiap bangsal kelas III agar mereka bisa mengakses formulir tersebut di setiap bangsal yang telah disediakan.*

*Penulis : Dalam penanganan pasien tidak mampu, pihak rumah sakit menjalin kerja sama dengan siapa saja pak?*

*Bpk. Nursikin : Kami bekerja sama dengan Dinas Sosial untuk membantu pasien yang bermasalah seperti gelandangan yang nantinya setelah di perbolehkan pulang akan disalurkan ke panti karya oleh Dinsos, bekerja sama dengan pihak kepolisian, dll.*

*Penulis : Apakah pelayanan konseling juga diberikan kepada keluarga pak ?*

*Bpk. Nursikin : Ketika pasien atau keluarga datang kepada kami untuk meminta keringanan biaya maka pada saat itulah kami terlebih dahulu memberikan konseling agama, selain itu Salah satu tugas kami adalah memberikan informasi kepada keluarga pasien mengenai keadaan pasien agar keluarga dapat memberikan dukungan demi kesembuhan pasien.*

*Penulis : bentuk-bentuk intervensi tidak langsung bagi pasien tidak mampu yang mengajukan keringanan biaya itu apa saja pak ?*

*Bpk. Nursikin : Untuk intervensi tidak langsung kami menggunakan media audio visual, televisi, buletin.*

*Penulis : dalam proses keringanan biaya, persiapan awal yang dilakukan apa saja?*

*Bpk. Nursikin : Setelah mendapatkan laporan dari perawat yang berada di bangsal, kami akan menindak lanjuti permasalahan mengenai pasien tersebut, seperti pendataan secara lengkap. Contoh laporan yang diberikan seperti ini.....( memberikan formulir dan catatan pasien yang bermasalah) Perawatkan yang mengurus pasien secara medis sesuai dengan keahliannya setiap harinya, perawat juga yang memberikan informasi mengenai keadaan perkembangan pasien. Baik kondisi penyakitnya, laporan pasien bermasalah maupun yang lainnya kepada kami.*

*Penulis : dalam identifikasi permasalahan pasien, aspek-aspek apa saja yang dinilai pak ?*

*Bpk. Nursikin : Kalau aspek-aspek yang kami nilai dalam identifikasi itu seperti yang ada di point-point formulir keringanan biaya ini (menunjukkan point-point pada formulir), seperti kondisi sosial ekonomi pasien, tempat tinggal.*

*Penulis : Pak untuk evaluasi penanganan pasien tidak mampu, apakah perkasus atau beberapa kasus atau malah perbulan?*

*Bpk. Nursikin : Ya..perkasus, misal dalam bulan Mei ini berapa kasus yang meminta keringanan biaya, dan akan dievaluasi pada rapat rutin bulanan di awal bulan. Disitulah setiap seksi akan melaporkan, termasuk seksi bina sosial yang melaporkan mengenai pasien tersebut dengan rinci dan detail untuk dievaluasi perkasus.*

*Penulis : Jadi sebulan sekali tetapi evaluasinya perkasus ya pak?*

*Bpk. Nursikin : Ya...bulanan tapi dievaluasi per kasusnya.*

*Penulis : Sebagai bukti rumah sakit memihak kepada kaum dhuafa sesuai misinya apa pak?*

*Bpk. Nursikin : Selain keringanan biaya yang kita berikan, kita juga memberikan kartu berobat BAZAIS. Semua datanya ada di buku ini...(menunjukkan buku yang berisi daftar nomor induk kartu berobat BAZAIS).*

*Penulis : Ini untuk masyarakat sekitar pak?*

*Bpk. Nursikin : Ya...seperti tukang becak, supir taksi, tukang parkir dan penduduk sekitar rumah sakit ini. Dan mereka free untuk berobat.*

*Penulis : Kalau rawat inap gratis ga pak?*

*Bpk. Nursikin : Gratis yang dimaksud itu membayar dokternya gratis tapi untuk obat tidak sepenuhnya gratis, tapi kita memberikan potongan misalnya memberikan potongan lima belas ribu untuk obatnya. Kalau mereka rawat inap tetap membayar setelah mendapat potongan dari kartu BAZAIS dan bisa saja bebas tidak membayar kalau benar-benar tidak mampu.*

*Penulis : Terus apa lagi pak?*

*Bpk. Nursikin : Ada juga pembinaan abang becak untuk tukang becak di sekitar rumah sakit, selain pembinaan ruhani yang kita berikan, kita juga memberikan santunan pendidikan untuk anak-anak mereka dari SD sampai kuliah.*

*Penulis : Besarnya berapa pak untuk santunan pendidikan?*

*Bpk. Nursikin : Contohnya anak bapak ini..(salah satu staff rumah sakit) mendapatkan santunan untuk anaknya yang SD, besarnya untuk anak SD tiga puluh ribu, SMP enam puluh ribu, untuk SMA sembilan puluh ribu dan untuk anak kuliah enam ratus ribu. Santunan pendidikan tersebut diberikan per tri wulan sekali.*



Foto : Gedung RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Sumber : Dokumentasi RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama Lengkap : NOVIA TRI MARIDA  
Tempat Tanggal Lahir : Sumberingin, 01 November 1988  
Fakultas : Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta  
Jurusan : Pengembangan Masyarakat Islam  
Alamat Asal : Desa Sumberingin RT 05/ RW 03, Kelurahan Sukamaju, Kecamatan Abung semuli, Kabupaten Lampung Utara, Lampung.  
Alamat Jogja : Wisma “Hamasah” GK I/ 519 A, RT 28/RW 08, Sopen, Yogyakarta 55221.  
Telp : 085292113397  
Email : novia\_trimarida@yahoo.com

### **RIWAYAT PENDIDIKAN :**

1. TK PGRI Abung Semuli Lampung Utara, Tahun 1993-1994
2. SD Negeri No. 1 Abung Semuli Lampung Utara, Tahun 1994-2000
3. SMP Negeri No. 1 Abung Semuli Lampung Utara, Tahun 2000-2003
4. SMA Negeri No. 1 Abung Semuli Lampung Utara, Tahun 2003-2006
5. UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta Fakultas Dakwah Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam, Tahun 2006-2010

### **PENGALAMAN ORGANISASI :**

1. Pengurus ROHIS SMA Negeri 1 Abung Semuli Tahun 2004 – 2006
2. Pengurus RISMA Masjid Nurul Iman Tahun 2002 – 2005
3. Pengurus KAMMI Komisariat UIN Sunan Kalijaga Tahun 2007-2009
4. Pengurus Partai PAS UIN Sunan Kalijaga Tahun 2007-2009
5. Pengurus BEM-Jurusan PMI UIN Sunan Kali Jaga Tahun 2009- sekarang.