

**PELAYANAN PEKERJAAN SOSIAL MEDIK KEPADA
PASIEN RAWAT INAP RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA**



**Diajukan Pada Fakultas Dakwah
Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Guna Memperoleh Gelar Sarjana Sosial Islam**

Oleh:
Luthfi Tri Hartono
(03230053)

Dosen Pembimbing :
Drs. H. AFIF RIFA'I, MS
ABIDAH MUFLIHATI, S. Th. I, M.Si

**JURUSAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM
FAKULTAS DAKWAH
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
SUNAN KALI JAGA 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 menyarankan perbaikan seperlunya, maka kami selaku pembimbing berpendapat bahwa skripsi Saudara:

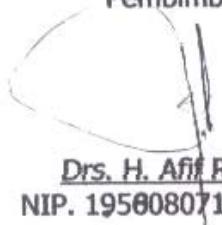
Nama : Luthfi Tri Hartono
NIM : 03230053
Judul Skripsi : Pelayanan Pekerjaan Sosial Medik Kepada Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

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

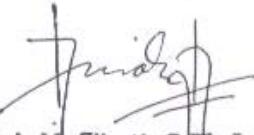
Dengan ini kami mengharap agar skripsi / tugas akhir Saudara tersebut di atas dapat segera dimunaqasyahkan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb
Yogyakarta, 2 Februari 2010

Pembimbing I


Drs. H. Afif Rifa'i, MS
NIP. 195008071985031003

Pembimbing II


Abidah Muflihati, S.Th.I, M.Si
NIP. 197703172006042001



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.00.9/632/2010

Skripsi/Tugas Akhir dengan judul:

**PELAYANAN PEKERJAAN SOSIAL MEDIK
KEPADА PASIEN RAWAT INAP RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Luthfi Tri Hartono
NIM : 03230053
Telah dimunaqasyahkan pada : Selasa, 27 April 2010
Nilai Munaqasyah : B

dan dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga

TIM MUNAQASYAH :

Pembimbing I
Drs. H. Afiq Rifai, MS
NIP. 19580807 198503 1 003
Pengaji I
Dra Nurjannah, M.Si.
NIP. 19600310 198703 2 001

Pembimbing II
Abidah Muflihat, S.Th.I.,M.Si.
NIP. 19770317 200604 2 001
Pengaji II
Andayani, SIP., MSW
NIP. 19721016 199903 2 008

Yogyakarta, 30 April 2010
UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta



PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Luthfi Tri Hartono
NIM : 03230053
Program Studi : Pengembangan Masyarakat Islam
Judul Skripsi : Pelayanan Pekerjaan Sosial Medik Kepada Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Menyatakan bahwa skripsi ini benar-benar karya saya sendiri dan sepanjang sepengetahuan saya tidak terdapat karya pendapat yang ditulis atau diterbitkan orang lain atau telah dipergunakan untuk menyelesaikan di Perguruan Tinggi lain kecuali sebagai acuan atau kutipan dengan mengikuti tata penulisan karya ilmiah yang telah lazim. Apabila terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar, sepenuhnya jadi tanggung jawab penulis.

Yogyakarta, April 2010

Yang menyatakan



Luthfi Tri Hartono
NIM. 03230053

MOTTO

**“It’s amazing that people who think we cannot afford to pay for doctors,
hospitals, and medication somehow think that can afford to pay for doctors,
hospitals, medication and government bureaucracy to administer it”**

(Thomas Sowell)

**“A good job is more than just a paycheck. A good job fosters independence
and discipline, and contributes to the health of the community. A good job is
a means to provide for the health and welfare of your family to own a home,
and save for retirement”**

(James H. Douglas)

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur Alhamdulillah saya persembahkan karya
sederhana ini kepada :

- ❖ Kedua Orang tuaku tercinta yang selalu memberikan do'a, perhatian, nasehat, dan dukungannya kepadaku, aku sadar takkan pernah cukup uptaian kata terima kasih yang dapat aku ucapkan untuk membalas segala kasih sayang yang telah diberikan kepadaku.

Serta kubingkisan karya sederhana ini untuk:

- ❖ Segenap keluarga besarku tercinta di Yogyakarta, saudara-saudaraku dan keponakan-keponakanku yang semakin tumbuh dewasa yang selalu memberikan kegembiraan serta dukungannya.
- ❖ Semua teman-teman dari SMP 8, MAN Yogyakarta I, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta khususnya jurusan Pengembangan Masyarakat Islam, Dead Poet's Society, dan teman-teman yang belum saya sebut, terima kasih banyak, karena telah banyak mengajarkan aku pengalaman dan pelajaran dalam hidupku.

PELAYANAN PEKERJAAN SOSIAL MEDIK KEPADA PASIEN RAWAT INAP RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA

Oleh :
Luthfi Tri Hartono

ABSTRAK

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh fenomena yang ada bahwa kurangnya pemahaman masyarakat luas akan kinerja dan fungsi pekerjaan sosial di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi kinerja dan fungsi *medical socialworker* dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit Dr. Sardjito Yogyakarta khususnya pasien rawat inap serta untuk mengetahui kendala apa saja yang dihadapi dalam proses pelayanan pekerjaan sosial di rumah sakit.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif studi kasus yang dilaksanakan selama bulan November 2009 hingga Januari 2010. Sasaran penelitian ini adalah pekerja sosial medik (*medical socialworker*) ditambah juga sebagai subyek penelitian yaitu Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik dan beberapa sample pasien rawat inap yang telah mendapatkan bantuan pelayanan dari pekerja sosial medik. Metode pengumpulan data dilakukan dari 2 pekerja sosial, 2 pasien, dan satu 1 kepala bagian IRM dengan lembar observasi setiap proses pertemuan berlangsung, wawancara terhadap subyek-subyek yang relevan dalam penelitian ini. Dari data tersebut maka dilakukan analisis data, yakni dengan langkah-langkah seperti reduksi data, penyajian data, kemudian penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan teknik dan jenis pelayanan yang dilakukan *medical socialwork* sudah berprinsip dan berpedoman kepada kode etik seorang pekerjaan sosial, pelayanan rehabilitasi medik berdasarkan standar rumah sakit milik pemerintah. Mulai dari penguasaan *skill* yang dimiliki oleh pekerja sosial medik dan manajemen kasus untuk mengatasi permasalahan sosial yang dihadapi oleh pasien rumah sakit, walaupun terkadang proses penanganan pasien terkadang tidak sesuai dengan harapan pekerja sosial karena keterbatasan tenaga yang hanya 2 orang melayani beberapa pasien yang masuk. Tetapi tidak menyurutkan usaha pekerja sosial medik dalam memberikan pelayanan sosial yang terbaik kepada pasien di rumah sakit Dr. Sardjito Yogyakarta. Hambatan atau kendala yang dihadapi oleh pekerja sosial medik (*medical socialworker*) di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ialah dari segi kebijakan rumah sakit dan operasional. Secara kebijakan yaitu lambatnya proses surat jalan yang diberikan pihak rumah sakit kepada pekerja sosial medik. Sedangkan hambatan operasional, contohnya: *stigma* atau penerimaan masyarakat dan pasien-pasien pada awal didatangi selalu bersifat tertutup pada waktu assesment dilakukan. Keterbatasan sarana prasarana juga dirasakan sebagai hambatan untuk operasional pekerja sosial medik.

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum wr. wb

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang selalu memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat meyelesaikan skripsi dengan judul “ Pelayanan Pekerjaan Sosial Medik Kepada Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta” dengan baik. Penulisan tugas akhir ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan guna memperoleh gelar Sarjana Sosial Islam pada Fakultas Dakwah, Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.

Selama proses belajar di Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam, Fakultas Dakwah, Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta, khususnya dalam penyusunan skripsi sebagai tugas akhir ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, kritik, dan saran yang selalu memacu penulis untuk tidak menyerah, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan memberikan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. M. Amin Abdullah, selaku Rektor UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
2. Bapak Prof. Dr. Bahri Ghazali, MA, selaku Dekan Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
3. Bapak Drs. Aziz Muslim, M. Pd, selaku Ketua Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam.

4. Bapak Drs. H. Afif Rifa'i, MS, selaku Penasehat Akademik sekaligus Dosen Pembimbing I dan Ibu Abidah Muflihat, S.Th.I, M. Si, selaku Dosen Pembimbing II yang dengan penuh kesabaran, ketulusan, selalu memberikan bimbingan dan semangat bagi penulis untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
5. Dosen-dosen Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama mengikuti perkuliahan.
6. Bagian DIKLIT RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah memberikan izin penelitian ini.
7. Ibu Ririn Kristanti, S. ST dan Ibu Titik selaku *medical socialworker* di IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta atas kerjasamanya dan kesediannya dalam memberi informasi sekaligus membimbing dalam kaitannya dengan penelitian ini.
8. Teman-teman jurusan Pengembangan Masyarakat Islam angkatan 2003 khususnya yang berkonsentrasi di Kesejahteraan Sosial.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan, semoga Allah SWT memberikan balasan atas kebaikan kalian.

Sebagai akhir kata dari kata pengantar ini dapat memberikan manfaat kepada pihak-pihak berkompeten juga bagi para pembaca.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Yogyakarta, April 2010
Penyusun

Luthfi Tri Hartono

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN.....	iv
MOTTO.....	v
PERSEMBAHAN.....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv

BAB I. PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul	1
B. Latar Belakang	4
C. Rumusan Masalah	9
D. Tujuan Penelitian	9
E. Kegunaan Penelitian	10
F. Kajian Pustaka.....	10
G. Kerangka Teoritik	12
H. Metodologi Penelitian.....	21
I. Sistematika Pembahasan.....	33

BAB II. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT DR. SARDJITO YOGYAKARTA

A. Gambaran Umum dan Sejarah Singkat Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta	35
-----------------------------------------------------------------------------------	----

B. Data-data Umum di Rumah Sakit (Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta)	41
C. Struktur Organisasi dan Personalia / Kepegawaian di Instalasi Rehabilitasi Medik	45
D. Visi dan Misi Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	51
 BAB III. PELAYANAN PEKERJAAN SOSIAL MEDIK DI RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA	
A. Penerapan Pelayanan Pekerjaan Sosial di RSUP Dr. Sadjito Yogyakarta	53
1. Bentuk-bentuk pelayanan pekerjaan sosial medik	58
2. Tugas-tugas pokok Pekerja Sosial Medik di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	65
3. Keterampilan Pekerja Sosial Medik	77
B. Kendala-kendala atau Permasalahan yang Dialami Pekerja Sosial Medik RSUP Dr. Sardjito Selama Proses Pelayanan....	82
 BAB IV. PENUTUP	
A. Kesimpulan	88
B. Saran.....	92
 DAFTAR PUSTAKA	94
 LAMPIRAN	
 CURRICULUM VITAE	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel Jenis Pelayanan di rumah Sakit Sardjito	38
Pola Ketenagaan Instalasi / SMF Rehabilitasi Medis Berdasarkan Standar Departemen Kesehatan	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	41
Struktur Organisasi dan Tata Kerja Instalasi Rehabilitasi Medik.....	48
Alur Pelayanan Rehabilitasi Medik	55
Dokumentasi Foto Penelitian Lampiran	97

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Dokumentasi Foto Penelitian	97
Lembar Observasi Karakteristik Kondisi IRM	100
Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Sosial Medik	102
Lembar Observasi Karakteristik Perangkat Pelayanan.....	104
Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Pasien	105
Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Pekerja Sosial Medik	106
Pedoman Wawancara untuk Pekerja Sosial Medik.....	107
Pedoman Wawancara untuk Pasien	109
Pedoman Wawancara untuk Kepala Bagian IRM.....	111
Hasil Wawancara	112
Denah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.....	126
Denah IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	127

BAB I

PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul

Penegasan judul ini dimaksud sebagai penjelasan tentang arti judul yang dimaksud, yakni Pelayanan Pekerjaan Sosial Medik kepada Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Untuk memperoleh kesatuan pengertian judul yang jelas serta menghindari penafsiran yang berbeda antara penulis dan pembaca maka dirumuskan terlebih dahulu istilah-istilah yang digunakan dalam judul sebagai berikut :

1. Pelayanan

Secara etimologi pemberian bantuan dalam bentuk barang atau jasa. Dapat dikatakan pelayanan ialah usaha pemberian bantuan atau pertolongan kepada orang lain, baik materi maupun non materi agar orang itu dapat mengatasi masalahnya.¹

2. Pekerjaan Sosial Medik

Pekerjaan sosial dalam bahasa Inggris disebut social work, didefinisikan oleh *National Association of Social Work* (NASW) sebagai aktivitas profesional untuk menolong individu dan kelompok atau komunitas untuk melancarkan atau memperbaiki fungsi kapasitas sosial mereka dan menciptakan kondisi yang dapat menjangkau tujuan-tujuan

¹ Y.B. Suparlan, dkk. *Kamus Istilah Kesejahteraan Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pengarang, 1983, hlm. 91.

mereka.² Pekerjaan sosial dapat dimaknai sebagai disiplin akademis, maupun profesi kemanusiaan. Sebagai disiplin akademis, pekerjaan sosial merupakan studi yang memfokuskan perhatiannya pada interelasi *person-in-environment* berdasarkan pendekatan holistik yang dibangun secara eklektik dari ilmu-ilmu perilaku manusia dan sistem sosial, terutama psikologi, sosiologi, antropologi, ekonomi dan politik. Sebagai profesi kemanusiaan, pekerjaan sosial menunjuk pada ‘seni’ pertolongan dan keahlian profesional untuk memperbaiki atau meningkatkan keberfungsi sosial (*social functioning*) individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat sehingga memiliki kapasitas dalam memenuhi kebutuhan dasarnya maupun dalam menghadapi goncangan dan tekanan (*shock and stresses*) yang menerpa kehidupannya.³

Sedangkan pengertian tentang pekerjaan sosial medik merupakan bagian dari pekerjaan sosial umum yang diterapkan di bidang kesehatan atau rumah sakit.⁴ Dapat dikatakan juga pekerjaan sosial medik ialah sebuah profesi pelayanan sosial untuk membantu pasien dan keluarga pasien di rumah sakit dalam mengatasi berbagai persoalan sosial dan emosional sehubungan dengan penyakit yang diderita atau proses penyembuhan.⁵

² R.L Barker, *The Social Work Dictionary*. Washington DC: National Association of Social Workers, 1991, hal. 358.

³ Edi Suharto, (TT), *Teori Feminis dan Pekerjaan Sosial*, diambil 19 Desember 2008 dari http://www.google.com/pekerjaan_sosial.

⁴ Dokumen (*paper*) Pelayanan Pekerja Sosial Medik Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 2008

⁵ *Ibid*,

3. Pasien Rawat Inap

Pasien merupakan orang atau sejumlah orang penderita yang mendapatkan pertolongan kesehatan.⁶ Sedangkan yang dimaksud dengan pasien rawat inap ialah pasien yang dirawat atau mendapatkan pertolongan kesehatan oleh pihak rumah sakit dengan cara menginap di tempat tersebut karena berbagai alasan sehingga belum diijinkan pulang demi kesembuhan kesehatannya.

4. Rumah Sakit

Pengertian rumah sakit (*hospital*) adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya.⁷ Tempat dimana segala usaha pertolongan kesehatan dijalankan oleh para profesional medis kepada pasien maupun masyarakat yang membutuhkan pelayanan di bidang kesehatan.

Berdasarkan penjelasan istilah di atas maka maksud dari judul skripsi ini adalah penelitian terhadap usaha pelayanan yang dilakukan pekerja sosial di dalam *setting* rumah sakit kepada pasien yang ditangani (pasien rawat inap) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

⁶ Y.B. Suparlan, dkk. *Kamus Istilah Kesejahteraan Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pengarang, 1983, hlm. 86.

⁷ Wikipedia Bahasa Indonesia, Ensiklopedia Bebas. (2008), *Rumah Sakit*, diambil 13 Februari 2009, dari <http://www.id.wikipedia.org>.

B. Latar Belakang Masalah

Betapapun ringannya suatu penyakit yang diderita seseorang, tentu akan menimbulkan reaksi emosional yang berbeda-beda bagi setiap orang. Reaksi orang terhadap penyakit yang dideritanya ini ditentukan oleh tingkat pendidikan, kedewasaan, pengetahuan, dan pengalaman orang, serta sistem nilai atau kepercayaan yang dianut oleh masyarakat dimana ia tinggal. Dengan demikian, reaksi orang terhadap kesakitan yang dialami setiap orang akan berbeda satu sama lain.⁸ Untuk itu dibutuhkan suatu lembaga yang menangani permasalahan tersebut, dan rumah sakitlah suatu badan pelayanan publik yang cocok untuk hal tersebut.

Sementara itu isu-isu seperti pelayanan kepada masyarakat miskin di bidang kesehatan masih terabaikan. Sulastomo dalam bukunya tentang manajemen kesehatan mengatakan bahwa manajemen rumah sakit akhir-akhir ini memang banyak disorot. Selain keluhan-keluhan masyarakat yang merasa kecewa dengan pelayanan rumah sakit baik dari segi mutu, kemudahan, tarif, tetapi juga perkembangan zaman yang memang sudah mendesak ke arah perbaikan menuju keinginan masyarakat.⁹ Karena pembangunan karakter sebuah rumah sakit masih sangat tinggi karena banyaknya faktor yang yang menunjang akan hal itu, seperti profesi seorang dokter yang masih ‘tebang pilih’ kepada pasien-pasien karena dianggap tidak mampu sehingga menimbulkan paradigma bahwa masyarakat lebih memilih datang kepada

⁸ Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit.*, Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1988, hlm. 19

⁹ Sulastomo, *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia, 2003, hlm. 126.

orang pintar yang mampu menangani hal tersebut seperti dukun, atau ke puskesmas yang layanannya dapat terjangkau dengan kehidupan masyarakat miskin. Dalam surat kabar “Suara Merdeka” tanggal 26 November 2008 yang terjadi Jakarta menuliskan bahwa warga miskin Jakarta mengeluhkan pelayanan kesehatan di rumah-rumah sakit, khususnya dalam pelayanan administrasi yang dianggap sering mempersulit mereka. Warga keluarga miskin (gakin) mengeluhkan pihak rumah sakit yang meminta uang muka (DP) terlebih dahulu, sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Serta pengguna gakin atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) kerap tidak langsung direspon petugas, dengan alasan sibuk”. Hasil survey *Citizen Report Card* (CRC) tentang penilaian warga miskin terhadap pelayanan kesehatan di DKI Jakarta lebih lanjut mengatakan lebih lanjut mengatakan, 34,8 % pasien miskin yang datang ke rumah sakit merasa kesulitan mengurus administrasi serta 9,4 % menyatakan buruknya sarana dan prasarana rumah sakit yang meliputi gedung, toilet, ruang perawatan, dan ruang tunggu . Survey yang diselenggarakan Pusat Telaah dan Informasi Regional (Pattiro), Kemitraan, dan Koalisi Gerakan Rakyat Anti Pemiskinan (Garap) tersebut juga menunjukkan 21,7 % pasien miskin menilai petugas kesehatan, mulai dari tenaga para medis hingga dokter, kerap bersikap tidak ramah. Bila ada kemudahan yang diperoleh dari rumah sakit, para responden berpersepsi, karena adanya faktor kedekatan responden dengan petugas rumah sakit atau puskesmas.¹⁰ Ditambahkan pula pelayanan rumah sakit sekarang ini tidak

¹⁰ Anonimus, *Warga Miskin Keluhkan Pelayanan RS.* Jakarta: Kabar Merdeka, 2008

berpihak kepada masyarakat miskin, sehingga masyarakat lebih memilih kepada pelayanan kesehatan yang lebih murah.

Oleh sebab itu pelayanan pekerjaan sosial di dalam rumah sakit memang perlu diterapkan, karena mempunyai tujuan pelayanan sebagai berikut:¹¹

1. Membantu pasien, keluarga, masyarakat dan rumah sakit dalam mengatasi masalah yang dialami pasien, baik selama di rumah sakit maupun setelah kembali kepada keluarga dan masyarakat.
2. Membantu meningkatkan kemampuan berinteraksi pasien dengan keluraga dan lingkungannya untuk mengembalikan dan mengembangkan kemampuannya dalam pelaksanaan peranan sosialnya secara mandiri.

Sejarah singkat munculnya pekerja sosial medik karena adanya kesadaran bahwa situasi sosial pasien dapat mempengaruhi keseluruhan proses penyembuhan pasien rumah sakit. Dengan tujuan jangka pendek menghilangkan tekanan-tekanan baik dari dalam maupun baik dari dalam maupun dari luar diri pasien. Sedangkan tujuan akhir adanya pekerja sosial di rumah sakit membantu pasien menggunakan kemampuan-kemampuannya untuk mencari dan mempergunakan perawatan medis, untuk mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi lebih lanjut, dan untuk mempertahankan kesehatannya.

¹¹ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, 2001, hlm. 87.

Dalam suatu penyembuhan bukan hanya fisik saja yang harus mendapatkan pertolongan, tetapi kesehatan psikis dan mental juga harus mendapatkan pertolongan. Hal tersebut sesuai dengan prinsip seorang pekerja sosial yang bertugas memberfungsikan kembali kondisi psikis dan mental pasien dalam berbagai kasus. Mengacu kepada surat keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. YM 00.03.2.4.603 tentang Penerapan Buku Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik,¹² untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dalam rangka menuju pelayanan prima, maka fungsi-fungsi pelayanan medis sudah harus menjadi standar pelayanan rumah sakit. Dengan pelayanan rehabilitasi medik yang dilakukan oleh pekerja sosial inilah diharapkan pasien dapat menjadi “manusia yang utuh” baik jasmani maupun kerohaniannya apabila mereka kembali ke masyarakat kelak seusai dari rumah sakit.

Seiring dengan laju pertumbuhan kebutuhan zaman, status seorang pekerja sosial di rumah sakit kadangkala masih dianggap rendah atau masih belum dibutuhkan karena sudah adanya perawat dan petugas kesehatan masyarakat yang menanganinya, pesuruh atau pembantu dokter yang sudah merawat pasien, dan kerjanya sangat minim daripada profesi lain yang ada di rumah sakit. Sampai saat ini belum banyak rumah sakit yang sudah memiliki pekerja sosial, walaupun ada jumlah mereka masih sedikit dari standar jumlah pekerja sosial yang berada di rumah sakit dengan semestinya. Hal ini membuat suatu paradigma dimana pekerja sosial di rumah sakit hanya sebagai

¹² *Ibid*, hlm. 37.

pelengkap sarana karena tuntutan standarisasi rumah sakit supaya mendapat akreditasi saja.

Berbagai masalah banyak dirasakan bagi seorang pekerja sosial di rumah sakit, hambatan yang terjadi di lapangan apabila jumlah pekerja sosial belum mencukupi sesuai standar jumlah pekerja sosial di rumah sakit, maka kinerja mereka akan sangat minim dan belum optimal sesuai yang diharapkan oleh pekerja sosial tersebut. Belum lagi pasien di sebuah rumah sakit sangat banyak dengan permasalahan masing-masing misal permasalahan sosial ekonomi hingga kondisi psikis pasien. Hal tersebut membuat pekerja sosial kadangkala mengurangi intensitas pertemuan dan penanganan kasus pasien karena harus berpindah ke pasien berikutnya. Ironisnya lagi, masyarakat tidak mengetahui secara benar apa itu sosial medik dan guna pekerja sosial medis, karena pandangan mereka tentang sosial medik ialah tempat peminjaman alat bantu yang mereka butuhkan selama melakukan terapi.

Untuk itu penelitian ini dilakukan di sosial medik yang merupakan sub bagian atau badan yang menangani masalah sosial yang ada di salah satu instalasi rumah sakit. Misalnya di RSUP Dr. Sardjito, di rumah sakit tersebut sosial medik terdapat di instalasi rehabilitasi medik yaitu penanganan kasus pasien pasca pengobatan dari dokter. Instalasi Rehabilitasi Medik (IRM) merupakan sarana untuk memberikan pelayanan yang akan diselenggarakan oleh tim rehabilitasi medik yang terdiri dari dokter, psikolog, fisioterapi, ortotis prostetis, okupasi terapis, terapis wicara, pekerja sosial medik, dan perawat. Petugas profesional tersebut masing-masing dipimpin oleh seorang

kepala pelayanan dan bertanggung jawab kepada kepala Instalasi Rehabilitasi Medik.¹³ Maka itu dalam penelitian ini mengambil lokasi di sosial medik Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

C. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang penulis dapat merumuskan permasalahan-permasalahan yang akan menjadi objek penelitian penulis dalam poin-poin sebagai berikut:

1. Bagaimana penerapan pelayanan pekerjaan sosial yang dilakukan pekerja sosial medik yang ada di RSUP Dr. Sadjito Yogyakarta?
2. Apa yang menjadi kendala-kendala pekerja sosial medik dalam proses penerapan pelayanan pekerjaan sosial kepada pasien?

D. Tujuan Penelitian

Di dalam setiap penelitian maupun penulisan karya ilmiah baik tulisan-tulisan yang lainnya, tentu saja memiliki tujuan yang mendasari dari penulisan atau penelitian tersebut. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Mendeskripsikan penerapan pelayanan pekerjaan sosial yang dilakukan oleh pekerja sosial medik RSUP Dr. Sadjito Yogyakarta.
2. Mengetahui kendala-kendala yang terdapat di Sosial Medik Instalasi Rehabilitasi medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta di dalam pelayanan

¹³ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, 2001, hlm. 37.

pekerjaan sosial kepada pasien, serta kendala yang terdapat pada pasiennya.

E. Kegunaan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna:

1. Memperkaya ilmu pengetahuan, khususnya di bidang pelayanan dan rehabilitasi sosial dalam penyelenggaraan usaha kesejahteraan sosial di dalam ruang lingkup pelayanan kesehatan.
2. Menjadi informasi dan masukan yang lebih lanjut bagi pekerja sosial dalam meningkatkan kegiatan kegiatan pelayanan sosial medik kepada pasiennya.
3. Menjadi bahan evaluasi bagi lembaga yang berkaitan, untuk lebih mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan sosial medik kepada pasiennya di rumah sakit.

F. Kajian Pustaka

Penelitian yang relevan telah dilakukan sebelumnya oleh :

1. Mukhlisoh, dalam skripsinya yang berjudul “Aktivitas Klinik Nur Hidayah Dalam Pelayanan Kepada Masyarakat Miskin”.
2. Skripsi yang ditulis oleh Aris Sumarno (2005) tentang “Peranan RSI Dalam Pengembangan Masyarakat (Studi Kasus RSI Manisrenggo Kabupaten Klaten)”.

3. Skripsi ygng telah ditulis oleh Nikmatul 'Inayah (2006) tentang "Pengaruh Total Quality Service Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Bidang Pelayanan Rohani Islam di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta).

Dalam penelitian yang relevan ini lebih fokus kepada perspektif usaha pelayanan kesehatan yang dilakukan klinik Nur Hidayah, RSI Manisrenggo Klaten, dan RS Dr. Sardjito Yogyakarta kepada masyarakat dalam kaitannya dengan bimbingan kerohanian.

Selain itu penelitian-penelitian skripsi tersebut lebih condong terhadap manajemen kesehatan yang diusahakan klinik kepada pasiennya yang kurang mampu dan pelayanan rumah sakit segi kemanusiaan, tetapi belum masuk kepada pelayanan pekerja sosial di lembaga kesehatan tersebut, sehingga kurang mendetail tentang pelayanan sosial yang dilakukan pihak lembaga. Maka dari itu peneliti mencoba menjabarkan dan menguraikan pelayanan sosial melalui rehabilitasi medik yang dilakukan oleh pekerja sosial medik (*medical social worker*) ini untuk menumbuh kembangkan usaha mewujudkan kesehatan masyarakat.

G. Kerangka Teoritik

1. Kesehatan Masyarakat dan Rumah Sakit

Sehat merupakan suatu kondisi yang menjadi tujuan umum dari pembangunan kesehatan. Sedangkan kesehatan itu sendiri merupakan salah satu faktor penunjang bagi terciptanya kondisi kesejahteraan sosial yang perlu diwujudkan melalui pembangunan ekonomi dan pembangunan

sosial. Sehat diartikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang mampu berfungsi secara maksimal dalam memainkan semua peran dan melakukan hubungan antar manusia.¹⁴ Menurut Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992,¹⁵ menyatakan bahwa:

“.....kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial ekonomis. Sakit atau penyakit, kebalikannya, merupakan suatu keadaan yang dianggap mengganggu, keadaan tidak mengenakkan secara badani. Yang pada gilirannya dapat mengganggu kondisi emosional atau psikologis pasien dan keluarganya, bahkan dapat mengganggu hubungan sosial mereka dalam lingkungannya.”

Dalam buku yang berisi tentang management Kesehatan, Gde Muninjaya mengutip tulisan dari H.L. Blum bahwa ada faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu faktor genetik, pelayanan kesehatan, perilaku manusia, dan lingkungan. Ke empat faktor itulah yang baik secara langsung maupun tidak langsung akan menentukan kesehatan manusia pada khususnya dan masyarakat pada umumnya. Satu sama lain tidak dapat dipisahkan karena antar faktor berfungsi untuk saling melengkapi sebagai satu kesatuan dan saling terikat dalam mendukung upaya kesehatan.¹⁶

Dalam masyarakat kita keadaan sehat fisik, mental, dan spiritual, diharapkan oleh tiap-tiap warga masyarakat sesuai dengan nilai-nilai masyarakat. Sehat berarti mampu berfungsi secara maksimal dalam melakukan semua peran dan hubungan antar manusia (relasi-relasi). Tetapi

¹⁴ Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit*, Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1988, hlm. 19.

¹⁵ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001, hlm. 19.

¹⁶ Gde Muninjaya, *Management Kesehatan*. Jakarta: EGC, 1999, hlm. 116.

ada kalanya kemampuan seseorang untuk berfungsi secara maksimal tidak dipenuhi, misalnya dalam keadaan sakit. Keadaan tersebut adalah masalah yang pasti dihadapi oleh setiap makhluk di manapun, termasuk juga manusia.

Untuk mencapai sasaran tersebut dilaksanakan melalui bidang tenaga kerja, pekerjaan sosial medik dilakukan dengan program – program sebagai berikut :

- a. Program Perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Program Perbaikan Gizi.
- c. Program upaya kesehatan.

Perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat merupakan salah satu faktor penting untuk mendukung peningkatan status kesehatan. Untuk itu kesehatan masyarakat sangat perlu diperhatikan karena dengan jalan tersebut kesejahteraan sosial masyarakat juga akan teratasi dengan penyembuhan yang bersifat kuratif, preventif, dan promotif kepada masyarakat. Sehingga visi rumah sakit dalam mewujudkan bangsa Indonesia yang sehat dapat terwujud.

2. Pelayanan Pekerjaan Sosial di Rumah Sakit

Sistem Kesehatan Nasional menjabarkan pelayanan kesehatan yang akan dikembangkan untuk masa mendatang dibagi dua sub-sistem utama yang dapat digolongkan sebagai berikut:¹⁷

¹⁷ Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1988, hlm. 7-9.

a. Sub-sistem Kuratif

1. Sub-sistem ini meliputi praktek partikelir seseorang dokter dan praktek dokter-dokter di dalam klinik spesialis yang memiliki praktek laboratorium, alat-alat *rontgen*, dan sebagainya serta melakukan konsultasi bersama.
2. Ini mencakup sub-sistem yang disebut perawatan kesehatan kelompok, umpamanya kelompok yayasan kesehatan, atau pegawai perusahaan yang memperoleh perawatan kesehatan, pengobatan kedokteran yang diadakan oleh pabrik, perusahaan, instansi pemerintah, sekolah atau yang diadakan oleh persatuan perburuhan.
3. Sub-sistem ini meliputi rumah sakit, klinik, dan lembaga-lembaga kesehatan besar.
4. Sub-sistem ini terdiri dari ahli-ahli farmasi yang menjual bahan pengobatan dan alat-alat yang diperlukan dan biasanya dibeli oleh pasien-pasien di apotik.

b. Sub-sistem Preventif dan promotif

Sub-sistem ini adalah kesehatan masyarakat. Dalam sistem ini peranan tenaga adalah melindungi kesehatan warga masyarakat, melakukan dan mengelola usaha-usaha bantuan kesehatan, mempromosi hidup yang menunjang kesejahteraan masyarakat secara fisik dan sosial, dan bukan melakukan praktek kedokteran. Usaha-usahanya mencakup antara lain usaha imunisasi untuk mengurangi

angka penderita penyakit-penyakit tertentu, mengusahakan lingkungan sehat untuk mencegah epidemi-epidemi, memberi penyuluhan kesehatan dan mengawasi keadaan perusahaan dan pabrik untuk menjaga kesehatan dan keselamatan buruh.

Maka dengan demikian struktur kesehatan masyarakat terdiri dari seperangkat kesehatan masyarakat terdiri dari seperangkat peranan yang berlainan dengan peranan-peranan dalam sub-sistem lain. Pelaku-pelakunya berperan dalam situasi sosial yang berlainan dengan kamar praktek dokter, kamar bedah rumah sakit atau klinik. Dari segi kesehatan masyarakatnya, nampak dari hubungan-hubungan yang ada antara warga-warga masyarakat setempat dan kebutuhan-kebutuhan kesehatan, yang sering terjadi dalam suasana non-medis.¹⁸

Secara garis besar bentuk-bentuk pelayanan pekerjaan sosial dapat berupa¹⁹:

1. Pelayanan Pendampingan (Fasilitasi dan Asistensi)
2. Pelayanan Mediasi
3. Brokering (kepiyalangan sosial)
4. Pelayanan Advokasi Sosial
5. Pelayanan *Liaisoning* (perantara) klien dengan keluarga , orang tua, dan lembaga

¹⁸ Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1988, hlm. 7-9.

¹⁹ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001, hlm. 26-29.

6. Pelayanan Konseling
7. Bimbingan Sosial Kelompok

Pelayanan pekerjaan sosial yang dimaksud menurut standar pelayanan dari Depsol adalah serangkaian kegiatan yang terorganisir dan bergerak di bidang kesejahteraan sosial serta bertujuan untuk memberikan dukungan antara lain memenuhi kebutuhan dasar manusia, meningkatkan kualitas hubungan sosial antar manusia, menumbuhkembangkan kemampuan dalam pemecahan masalah, dan pelaksanaan peranan sosialnya, memfasilitasi peluang-peluang usaha agar mampu meningkatkan taraf kesejahteraan dan tanggung jawab sosialnya.²⁰

Dan untuk menyelenggarakan pelayanan pekerjaan sosial di rumah sakit maka peran pekerja sosial sangat penting. Pekerja sosial yang mengatasi permasalahan di bidang kesehatan dapat disebut sebagai pekerja sosial medik (*medical social worker*). Pengertian tentang pekerja sosial yang lain disampaikan Atikah Zaki (2000) mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan *social worker* atau pekerja sosial ialah bidang kerja atau usaha profesional yang didasarkan pada pengetahuan dan keterampilan ilmiah dalam hubungan antar manusia. Usaha ini ditujukan untuk membantu

²⁰ Dirjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Tuna Susila, *Standar Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Tuna Susila*, Jakarta: DEPSOS, 2003, hlm. 4.

individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar dapat membantu dirinya sendiri dalam menghadapi suatu permasalahan.²¹

Bila mengacu kepada konsep pekerjaan sosial di bidang medis terutama dalam setting rumah sakit, maka peran pekerja sosial kepada upaya mewujudkan bentuk bantuan yang komprehensif bagi seorang pasien melalui cara:

1. Melibatkan pemikiran pekerja sosial dalam perencanaan profesional.
2. Melibatkan pekerja sosial untuk memperoleh gambaran objektif mengenai situasi sosial pasien, relasinya dengan keluarganya, kemampuan sosial-ekonomi maupun emosionalnya.
3. Melibatkan bantuan pekerja sosial agar pasien terlibat aktif dalam relasi yang menyenangkan antara dokter-pasien maupun di dalam proses diagnosa dan penyembuhan medis;
4. Melibatkan pekerja sosial untuk memperoleh pengetahuan khas tentang sumber-sumber kemasyarakatan berkaitan dengan penempatan tenaga pasien setelah sembuh maupun sumber-sumber lain yang bersangkutan dengan penyakitnya.

Setiap profesi mempunyai sejarah, begitu juga dengan pekerjaan sosial. Lahirnya pekerjaan sosial medis menurut Mu'man Nuryana (2001) dipelopori oleh para *almoner* (sukarelawan yang tertarik dalam bidang kesehatan) yang berfungsi membantu dokter di

²¹ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, 2001, hlm. 89.

dalam mengadakan diagnosa dan pengobatan melalui penyelidikan situsi sosial pasien dan memberikan interpretasi mengenai pasien dan keadaan lingkungannya kepada dokter, dan orang yang menekuni bidang ini disebut Pekerja Sosial Medis (*Medical Social Worker*).

Menurut Mary Johnston (1988), tugas-tugas pokok pekerja sosial medik (PSM) ialah²²:

1. menyaring pasien-pasien yang berhak dibebaskan biaya perawatan.
2. menyelesaikan masalah ekonomi
3. mengurus administrasi

Pelayanan kesejahteraan sosial bidang kesehatan di Indonesia cenderung masih konvensional dalam arti pelayanan yang diberikan masih bersifat rutin dan belum dapat disesuaikan dengan tuntutan kekinian. Masalah kesehatan yang ditangani juga masih berkisar pada isu healthcare system. Padahal bila ditinjau dari standar pelayanan sosial di rumah sakit yang berkembang saat ini menurut *National Association of Social Work* (1977) meliputi berbagai penampilan pekerja sosial sebagai berikut²³:

1. Assesment kebutuhan pelayanan pekerjaan sosial;
2. Penemuan kasus, penjangkauan dan identifikasi kelompok rentan serta pelayanan-pelayanan yang diperlukan kelompok tersebut;

²² Mary Johnston, *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1988, hlm. 37.

²³ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001, hlm. 24.

3. Pelayanan konseling bagi pasien dan keluarganya sehubungan dengan reaksi terhadap penyakit dan kecacatan yang dialami pasien serta terhadap fasilitas pelayanan;
4. Memberikan pelayanan perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*);
5. Perencanaan penerimaan pasien;
6. Pemberian pelayanan lanjut;
7. Pemberian informasi dan referral;
8. Pemberian konsultasi bagi staf dan lembaga di luar rumah sakit;
9. Merencanakan pelayanan lembaga;
10. Pemberian pelayanan liaison berkelanjutan;
11. Melakukan kegiatan koordinasi dan perencanaan masyarakat;
12. Melakukan kolaborasi dengan ahli kesehatan dan staf lain; dan
13. Mengajar, memberi konsultasi, dan melakukan penelitian.

3. Kendala pelayanan Pekerjaan Sosial Medik

Dalam proses pelayanan menangani permasalahan pasien, pekerja sosial medik banyak menghadapi kendala (hambatan). Hambatan tersebut antara lain :²⁴

- 1) Hambatan yang berhubungan dengan kebijakan.

Dilihat dari uraian tugas dan fungsi, pekerja sosial medik mempunyai tugas antara lain; memantau keadaan sosial ekonomi pasien, memberikan bimbingan psiko-sosial kepada pasien dan

²⁴ Mu'man Nuryana, *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001, hlm. 54-57.

keluarganya, melakukan kegiatan persiapan resosialisasi baik di dalam rumah sakit maupun di masyarakat, bertindak sebagai mediator yang menghubungkan klien dengan badan-badan sosial yang dapat membantu memecahkan permasalahan pasien, membantu pasien menyiapkan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi serta membuat pencatatan dan pelaporan.

Dilihat dari tugas dan fungsi pekerja sosial medik diatas, terkesan tugas dan fungsi pekerja sosial medik lebih banyak kepada aspek kuratif-rehabilitatif daripada aspek preventif. Tetapi pada kenyataannya masih banyak pekerja sosial medik di rumah sakit yang belum dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara memadai sesuai dengan yang diisyaratkan oleh pedoman. Namun demikian pada kenyataannya belum semua pasien dengan gangguan tersebut ditangani oleh pekerja sosial medik. Karena masih terbatasnya jumlah dan kualifikasi pekerja sosial medik serta kewenangan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Selain itu, karena masih adanya perbedaan persepsi tentang pekerjaan sosial medik.

- 2) Hambatan yang berhubungan dengan kegiatan operasional
 - a) Terbatasnya jumlah pekerja sosial medik. Keterbatasan jumlah pekerja sosial medik juga berdampak pada beban kerja yang menumpuk dan tentu saja berdampak pada kualitas kerja.
 - b) Terbatasnya biaya operasional. Apabila biaya yang dibutuhkan ada, maka pekerja sosial medik bisa melaksanakan tugas. Tetapi apabila

tidak ada, maka pekerja sosial medik terpaksa menunda tugas, walaupun tugas tersebut sangat penting.

- c) Terbatasnya kualifikasi pekerja sosial medik. Terbatasnya kualifikasi pekerja sosial medik akan berpengaruh kepada kemampuannya dalam mengakses masalah pasien.
- d) Terbatasnya sarana dan prasarana.

H. Metodologi Penelitian

Peneliti mengambil beberapa langkah dalam menentukan dan menguraikan metodologi penelitian, yaitu lokasi penelitian, waktu penelitian, jenis penelitian, sumber data (subyek dan objek penelitian), validitas data, dan teknik analisis data. Hal tersebut untuk mempermudah dalam pemahaman dan penulisan penelitian ini.

1. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti mengambil lokasi di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito Yogyakarta, yang berlokasi tepatnya diarah selatan Fakultas teknik dan barat Fakultas Kedokteran UGM dengan alamat Jalan Kesehatan no.47 Sekip, Yogyakarta. Lokasi ini dipilih dan difokuskan dalam pandangan maupun persepsi Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik (IRM), pekerja sosial (*medical socialworker*) serta para pasien yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi medik (Sosial medik) tersebut.

2. Waktu dan Lama Penelitian

Waktu pelaksanaan penelitian kurang lebih selama 3 bulan yakni berawal dari bulan November 2009 hingga Januari 2010.

3. Jenis Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang diajukan dalam penelitian ini, dimana lebih mengutamakan pada masalah proses dan makna ataupun persepsi. Maka jenis penelitian penelitian yang cocok dan relevan adalah penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus. Karena studi kasus ialah uraian dan penjelasan komprehensif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program, atau situasi sosial.²⁵ Studi kasus merupakan salah satu strategi dan metode analisis data kualitatif yang menekankan pada kasus-kasus khusus yang terjadi pada objek analisis. Dengan demikian maka yang dapat dipelajari dari teknik studi kasus ini adalah format-format analisis yang digunakan dalam analisis sedangkan ketika akan melakukan analisis peneliti menggunakan teknik analisis domain untuk membantu studi kasus, karena itu teknik analisis studi kasus juga adalah menggunakan strategi analisis deskriptif dalam melakukan data.²⁶

Dengan metode tersebut peneliti bertujuan memberikan pandangan yang lengkap dan mendalam mengenai subjek yang diteliti. Sebagai

²⁵ Deddy Mulyana, *Metodologi Penelitian Kualitatif, Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya Cet-4*. Bandung: Remaja Rosdakarya, 2004, hlm. 201.

²⁶ Burhan Bungin, *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana, 2007, hlm. 229.

metode kualitatif, studi kasus mempunyai keuntungan seperti yang dikemukakan oleh Lincoln dan Guba. Meliputi hal-hal sebagai berikut:²⁷

- a. Studi kasus merupakan sarana utama bagi penelitian emik, yakni menyajikan pandangan subjek yang diteliti.
- b. Studi kasus menyajikan uraian menyeluruh yang mirip dengan apa yang dialami pembaca dalam kehidupan sehari-hari.
- c. Studi kasus merupakan sarana efektif untuk menunjukkan hubungan antara peniliti dan responden.
- d. Studi kasus memungkinkan pembaca untuk menemukan konsistensi internal yang tidak hanya merupakan konsistensi gaya dan konsistensi faktual tetapi juga kepercayaan (*trustworthiness*).
- e. Studi kasus memberikan “uraian tebal” yang diperlukan bagi penilaian atas transferabilitas.
- f. Studi kasus terbuka bagi penilaian atas konteks yang turut berperan bagi pemaknaan atas fenomena dalam konteks tersebut.

Pendekatan studi kasus menyediakan peluang untuk menerapkan prinsip umum terhadap situasi-situasi spesifik atau contoh-contoh, yang disebut kasus-kasus. Analisis studi kasus menunjukkan kombinasi pandangan, pengetahuan, dan kreativitas dalam mengidentifikasi dan membahas isu-isu relevan dalam kasus yang dianalisisnya. Sebab itu peneliti menggunakan pendekatan studi kasus dalam penelitian yang bertema tentang pelayanan pekerjaan sosial di rumah sakit dengan

²⁷ Deddy Mulyana, *Metodologi Penelitian Kualitatif, Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya Cet-4*. Bandung: Remaja Rosdakarya, 2004, hlm. 201.

berfokus kepada sosial medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, sehingga dapat diperoleh data yang efisien untuk penelitian.

4. Sumber Data

Menurut Lofland dan Lexy Moleong²⁸ yakni tentang sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, maka selebihnya hanya merupakan data tambahan. Data yang paling utama dan penting untuk dikumpulkan serta dikaji didalam sebuah penelitian ini adalah data kualitatif.

a. Subyek Penelitian

Secara teoritis yang dimaksud subjek penelitian adalah orang-orang yang menjadi sumber informasi yang dapat menjadi sumber informasi yang dapat memberikan data sesuai dengan masalah yang sedang diteliti.²⁹ Dalam hal ini yang menjadi subyek penelitian ialah:

- 1) Kepala Bidang Instalasi Rehabilitasi Medik yaitu 1 orang.
- 2) Pekerja Sosial Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yaitu 1 orang..
- 3) Pasien yang mendapat layanan oleh pekerja sosial medik (Pasien Rawat Inap) beserta keluarga dengan jumlah 2 pasien.

²⁸ Lexy Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Rosida Karya, 1987, hlm. 47.

²⁹ Tatang Amirin, *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Pustaka Harapan, 1986. hlm. 135.

b. Obyek penelitian

Obyek penelitian adalah aktivitas pelayanan yang dilakukan oleh pekerja sosial medik RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta dalam penanganan kasus yang dialami oleh pasiennya.

1) Kata-kata dan tindakan

Kata-kata dan tindakan orang-orang yang diwawancara adalah sumber data yang paling pokok atau utama. Pada sumber data utama ini dicatat melalui catatan tertulis atau dengan perekaman video atau *audio tapes*, pengambilan gambar, foto maupun film. Dan pencatatan sumber data utama melalui wawancara adalah hasil gabungan dari kegiatan melihat, mendengar dan bertanya. Ketiga kegiatan ini pada dasarnya adalah kegiatan yang biasa dilakukan oleh semua orang yang meneliti, namun pada penelitian kualitatif kegiatan ini dilakukan secara sadar, terarah dan selalu bertujuan memperoleh sebuah informasi yang diperlukan.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan berbagai instrumen untuk memperoleh data. Data kata-kata dan tindakan diambil atau dikumpulkan oleh peneliti melalui audio tapes recorder dan pemotretan kamera (foto dokumenter dan transkrip wawancara melalui *audio tapes recorder* dapat dilihat di lampiran).

2) Sumber Tertulis

Meskipun sumber-sumber diluar kata dan tindakan adalah sumber kedua, namun hal tersebut jelas tidak dapat diabaikan. Jika dilihat dari segi sumber data bahan tambahan yang berasal dari sumber tertulis dapat digolongkan seperti sumber buku, majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi dan dokumen resmi yang ada di Sosial Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Hal ini tak luput dari karya ilmiah, disertasi maupun tesis.

3) Foto

Pada masa seperti ini foto pada umumnya dijadikan untuk kebutuhan penelitian kualitatif. Sebuah foto pada mampu menghasilkan data yang sangat berharga. Dalam penggunaan foto untuk melengkapi sumber data jelas besar sekali manfaatnya, hanya saja perlu diberi catatan khusus tentang keadaan dalam berfoto. Perlu dipertegas kembali bahwa didalam pengambilan foto, antara peneliti dan subjek harus sudah saling mengerti atau mengetahui sehingga subjek tidak akan merasa keberatan serta rela atau merelakan dirinya untuk diambil fotonya.³⁰ Dan dokumentasi foto yang diambil kaitannya dalam penelitian ini adalah foto-foto kegiatan pelayanan rehab medik oleh Pekerja Sosial Medik.

Maka dalam penelitian ini sumber-sumber data yang dipergunakan antara lain :

³⁰ Lexy Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Rosida Karya, 2006, hlm. 157-160.

- a) Data-data mengenai dokumen resmi dalam sosial medik, surat ijin ataupun sumber tertulis yang bermakna, antara lain buku pedoman pelayanan rehabilitasi medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, *paper* yang ada di sosial medik yaitu tentang kedudukan pekerjaan sosial medik di rumah sakit, *paper* manajemen kasus oleh pekerja sosial medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, buku pribadi pekerja sosial medik.
- b) Sumber data yang diperoleh dari hasil kata dan tindakan, tepatnya hasil wawancara. Perolehan hasil kata dan tindakan tersebut didapat melalui *audio tapes recorder*.
- c) Data tentang proses pelayanan sosial medik dalam usaha rehabilitasi terhadap pasiennya. Yaitu data tentang status pasien yang ada di rumah sakit Dr. Sarjito Yogyakarta.

5. Teknik Pengumpulan Data

Terdapat beberapa macam didalam pengumpulan data yang dilakukan, teknik-teknik tersebut antara lain :

a. Wawancara mendalam (*In-depth Interview*)

Wawancara mendalam adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*).³¹ Dalam mempergunakan teknik ini, maka peneliti haruslah mempelajari

³¹ Burhan Bungin, *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana, 2007, hlm.108.

terlebih dahulu tentang teknik wawancara dengan baik agar wawancara dapat dilakukan secara mendalam. Untuk teknik ini juga dituntut peneliti agar mampu bertanya sebanyaknya untuk memperoleh informasi atau data yang rinci serta komplit. Dalam teknik wawancara mendalam ini juga dituntut agar antara peneliti dengan para informan harus mempunyai hubungan yang bisa terjalin seakrab mungkin, agar subjek dipenelitian bisa terjadi sikap terbuka, waktu menjawab setiap pertanyaan yang dilontarkan.³².

Ketika wawancara mendalam ini, seorang peneliti harus dapat memberikan keleluasaan kepada informan dalam memberikan penjelasan agar informan tidak merasa ditekan, sehingga di dalam pelaksanaan wawancara perlu diciptakan suasana “kekeluargaan”. Dengan adanya suasana tersebut, maka hasil wawancara akan sesuai dengan apa yang diharapkan. Dalam penelitian ini, pihak-pihak yang dipilih sebagai pemberi informasi adalah pekerja sosial medik, kepala rehabilitasi medik, dan pasien rawat inap (pasca perawatan dari rumah sakit).

Keterangan: kisi-kisi wawancara dapat dilihat di lembar lampiran.

b. Observasi Langsung

Metode Observasi yaitu serangkaian pencatatan dan pengamatan terhadap gejala-gejala yang menjadi objek penelitian secara sistematis, sesuai dengan tujuan penelitian. Observasi

³² Hamidi, *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang:UMM Press, 2004, hlm.72.

merupakan teknik pengumpulan data yang validitas datanya dapat dijamin, sebab dengan observasi amat kecil kemungkinan responden memanipulasi jawaban atau tindakan selama kurun waktu penelitian. Adapun jenis observasi yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah *observasi partisipan*, yaitu observasi yang dilakukan dengan cara ikut serta dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh subyek yang diobservasi. Pada observasi ini peneliti atau pengamat harus mampu mengembangkan daya pengamatannya dalam mengamati suatu objek. Metode ini digunakan sebagai metode pelengkap dan untuk menguatkan data yang diperoleh dari metode interview dan metode dokumentasi.

Observasi partisipan yang dilakukan terhadap kegiatan pelayanan pekerja sosial medik, seperti: proses *assesment* pasien, implementasi dan intervensi pekerja sosial medik, hingga *home visit* ke rumah pasien.

Dalam teknik ini, peneliti harus mampu berusaha agar dapat diterima sebagai warga atau orang dalam responden, agar tidak menimbulkan kecurigaan dari subjek penelitian. Observasi langsung ini dilakukan secara formal dan informal, untuk mengamati berbagai tindakan atau kegiatan maupun peristiwa di dalam rumah sakit ketika proses pelayanan rehabilitasi medik sedang berlangsung. Teknik observasi digunakan untuk menggali data tentang kegiatan program-

program pelayanan yang dilakukan pekerja sosial medik, suasana lingkungan pasien dan keluarga pasien.

Keterangan: kisi-kisi Observasi langsung dapat dilihat di lembar lampiran

6. Teknik Analisis

Analisa yang dimaksud adalah analisa terhadap data yang telah diperoleh di lapangan yang telah terkumpul kemudian diolah dengan cara mengklasifikasikan data tersebut ke dalam kategori tertentu. Untuk memahami dan mengaitkan data memerlukan suatu analisa. Adapun metode analisa data yang digunakan adalah analisa data kualitatif.

Data kualitatif digunakan untuk memberi interpretasi terhadap data yang diperoleh dari penelitian yang diwujudkan dengan uraian-uraian atau kalimat yang pada akhirnya ditarik suatu kesimpulan, dan teknik yang digunakan dalam analisa data menggunakan metode analisa deskriptif kualitatif. Yaitu mengolah data dengan melaporkan apa yang diperoleh selama penelitian dengan cermat dan teliti serta memberikan interpretasi terhadap data ke dalam suatu kebulatan arti yang utuh dengan menggunakan kata-kata sehingga dapat menggambarkan obyek penelitian, saat penelitian ini dilakukan.

Dalam penulisan skripsi ini penulis menggunakan tipe deskriptif, yaitu metode penelitian untuk membuat gambaran-gambaran mengenai situasi atau kejadian, sehingga metode ini berkehendak mengadakan

akumulasi data dasar belaka. Metode survey merupakan penyelidikan yang diadakan untuk memperoleh fakta-fakta dari gejala-gejala yang ada dan mencari keterangan-keterangan secara faktual, baik tentang situasi sosial ekonomi, atau politik dari suatu kelompok atau suatu daerah.

Teknik analisis disini, yakni merupakan analisis data di dalam penelitian, yaitu dengan cara peneliti merefleksi hasil observasi terhadap proses pelayanan sosial medik yang dilaksanakan oleh pekerja sosial (*medical socialworker*). Data yang berupa kata maupun kalimat dari catatan lapangan kemudian diolah menjadi kalimat-kalimat yang bermakna dan dianalisis secara kualitatif. Teknik analisis kualitatif ini mengacu terhadap metode analisis dari Moleong dalam bukunya yang bertitle *Metode Penelitian Kualitatif* terbitan tahun 1978, di dalamnya menjelaskan tentang 3 komponen berurutan antara lain :

- a. Deskripsi Data, adalah proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan di lapangan, setelah dideskripsikan. Dan dalam penelitian ini menguraikan segala sesuatu yang terjadi dalam kegiatan pelaksanaan program ketahanan keluarga.
- b. Reduksi data, dalam penelitian dimaksudkan untuk merangkum data, dipilih hal-hal yang pokok dan penting, dicari tema, pola dan reduksinya. Yaitu meringkas hasil wawancara dan meyimpulkannya.

c. Tringulasi, adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu di luar data itu, untuk keperluan pengecekan atau pembanding data tersebut. Denzin dalam Moleong (1978) membedakan empat macam tringulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan pengguna *sumber, metode, penyidik, dan teori*. Data yang terkumpul kemudian dicek kebenarannya melalui sumber lain, yaitu dengan cara menanyakan pada orang luar responden yang dianggap menetahui permasalahan tersebut.

Tringulasi dengan sumber, hal ini dapat dicapai dengan jalan: (1) membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara, (2) membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi, (3) membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu, (4) membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang berpendidikan menengah, orang berada, pemerintah, dan membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen yang berkait.

Tringulasi dengan metode, (1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data, (2) pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.

Tringulasi teori, hal ini dapat dilakukan secara induktif atau secara logika, secara induktif dilakukan dengan menyertakan usaha pencarian cara lainnya untuk mengorganisasikan data yang barangkali mengarahkan pada upaya penemuan enelitian lainnya.

I. Sistematika Pembahasan

Untuk memperjelas isi yang terkandung dalam skripsi ini, maka penulis membuat sistematika pembahasan dan penulisan sebagai berikut:

- Bab I** Meliputi penegasan judul, latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kajian pustaka, kajian teori, serta metodologi yang dipakai dalam penelitian mulai dari penentuan lokasi, waktu, bentuk dan strategi penelitian sumber data, teknik pengumpulan data, validitas data, teknik analisis, dan prosedur penelitian. Bab diatas sangat penting untuk menjawab mengapa penelitian ini dilakukan, sekaligus sebagai pengantar bagi pembahasan pada bab-bab selanjutnya
- Bab II** Membahas tentang deskripsi data atau gambaran umum di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito mulai dari sejarah berdirinya Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta, data-data umum, Struktur Organisasi dan personalia, visi dan misi Instalasi Rehabilitasi Medik

- Bab III** Membahas hasil analisis dan temuan data penelitian di lapangan yang berorientasi kepada pelayanan pekerjaan sosial medik dan kendalanya di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- Bab IV** Merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan hasil penelitian, dan saran kepada pekerja sosial medik di RSUP Dr Sardjito, Instalasi Rehabilitasi Medik, dan kepada peneliti lainnya.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, analisa, dan uraian pembahasan tentang Pelayanan Pekerjaan Sosial Medik Kepada Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pelayanan pekerjaan sosial di Rumah Sakit Dr. Sardjito sudah dimulai sejak tahun 1980-an. Ditetapkan di Rumah Sakit Dr. Sardjito dengan sistem 1 pintu artinya semua pasien yang dilayani oleh pekerja sosial melalui Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik dan pekerja sosial di rumah sakit Dr. Sardjito Yogyakarta ditempatkan dalam bagian Sosial Medik. Dalam hal ini setiap ada konsulan dari bangsal atau poli masuk ke IRM, setelah disetujui kepala instalasi kemudian diteruskan atau dilayani pekerja sosial medik. Pelayanannya bermacam-macam tergantung permasalahan sosial yang dihadapi oleh pasien. Jenis layanan pekerja sosial medik dapat dijabarkan berdasarkan dua konteks, yaitu konteks yang terkait dengan pedoman pelayanan rehabilitasi medik di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito dan konteks pekerjaan sosial medik:
 - a. Pelayanan yang terkait dengan Instalasi Rehabilitasi Medik, meliputi 7 kegiatan pelayanan yang terbentuk dalam satu tim. Jenis kegiatan tim meliputi 7 kegiatan pelayanan pokok baik di poli maupun maupun di bangsal, yaitu: pelayanan dokter rehabilitasi medik, pelayanan

fisioterapi, pelayanan speech therapy (terapi wicara), pelayanan okupasi terapi, pelayanan psikologi, pelayanan ortotik prostetik, serta pelayanan sosial medik. Ke 7 jenis pelayanan di IRM ini masing-masing bekerja sebagai tim rehabilitasi medik, termasuk juga pekerjaan sosial medik ada di dalam bagian tim tersebut. Adapun bentuk pelayanan rehabilitasi medik selain pendekatan medik, juga dilakukan pendekatan edukasional, vokasional, dan pendekatan psikososial yang dilakukan melalui kerjasama internal ke tujuh pelayanan tadi secara komprehensif. Dan kerjasama antar tim yang ada di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sudah berjalan dengan baik, mulai dari perencanaan dan evaluasi kerja bersama, hal tersebut bertujuan untuk peningkatan mutu dan penerapan visi dan misi IRM.

- b. Pelayanan pekerja sosial medik dijabarkan berdasarkan pedoman pelayanan yaitu pemberian motivasi atau wawancara, pelayanan geriatri, hubungan pertelepon, hubungan persurat, mengurus administrasi pasien, kunjungan rumah / lembaga-lembaga, pendalaman proses. *Basic skill* sangat penting dimiliki oleh pekerja sosial. Langkah *basic skill* dilaksanakan meliputi: *assesment* atau kontrak, rencana (planning), intervensi, evaluasi selanjutnya tahap *follow up*. Melalui kerjasama lintas program maupun lintas sektoral yang sesuai dengan kebutuhan pasien yang ada, dalam upaya mencapai tujuan rehabilitasi medik secara umum. Yaitu untuk mempertahankan dan meningkatkan

kualitas hidup pasien maupun masyarakat. Dan dari hasil yang ditemukan di lapangan, walaupun sebagai bagian sekunder dari proses penyembuhan pasien. Tetapi kinerja pekerja sosial sangat dibutuhkan untuk menjaring dan membantu pasien-pasien yang mengalami kesulitan dan bermasalah di rumah sakit demi terwujudnya kesehatan masyarakat.

2. Hambatan-hambatan yang dialami selama melakukan pekerjaan sosial di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta secara garis besar dapat dibedakan menjadi dua yaitu kepada hambatan yang berhubungan dengan kegiatan operasional dan hambatan yang berhubungan dengan kebijakan:
 - a. Hambatan-hambatan yang muncul yang bersangkutan dengan kebijakan (rumah sakit) adalah masalah surat-surat yang harus di dapatkan oleh bagian Ketata Usahaan rumah sakit. Karena secara operasional pelaksanaan tugasnya, seorang pekerja sosial medik membutuhkan surat jalan untuk memungkinkan dengan segera penyelesaian kasus pasien.
 - b. Dan hambatan yang berhubungan dengan operasional yaitu penerimaan pasien yang kurang kooperatif karena ketertutupan, juga menjadi hambatan kepada pekerja sosial medik dalam memberikan pelayanannya. Hal tersebut dikarenakan pekerja sosial berusaha mencari tahu akar permasalahan sosial hingga masalah sosial ekonomi pasien. Dengan demikian proses komunikasi dan pemberitahuan sangat penting bagi seorang pekerja sosial medik. Karena dengan

memberikan pemahaman tersebut, maka hambatan dan permasalahan yang menimpa pekerja sosial medik dapat diminimalisir. Selain kurang kooperatifnya pasien dalam membantu pekerjaan sosial medik, hambatan lain juga muncul yaitu keterbatasan jumlah pekerja sosial medik. Dibandingkan beban tugas dan jumlah pasien yang ditangani. Stigma terhadap pekerja sosial sebagai tenaga sekunder di dalam rumah sakit juga terkadang sering terjadi, dan hal itu menjadi hambatan pekerja sosial dalam melakukan tugasnya. Keterbatasan sarana dan prasarana, seperti kendaraan untuk mobilitas kunjungan ke lembaga dan rumah pasien, pekerja sosial medik masih memakai kendaraan pribadi. Kamera sebagai alat dokumentasi pekerja sosial medik juga dinilai masih kurang, karena tidak canggih sebagai alat pemotretan yang fokus. Ditinjau dari segi tempat, ruangan sosial medik termasuk kurang memadai. Hal itu dikuatkan dengan kondisi ruangan sosial medik berukuran 3 x 3 meter, dimana segala macam pekerjaan sosial dilakukan disitu. Mulai dari penerimaan pasien dan keluarga pasien yang melakukan konseling dengan pekerja sosial medik, penerimaan telepon yang masuk ke IRM, penyimpanan berkas-berkas laporan sosial medik, dan penyimpanan perkakas yang dibutuhkan di IRM, misal: alkohol untuk membersihkan, kaos tangan, sabun cuci, dan lain-lain.

B. SARAN

Berdasarkan temuan yang berhasil diungkap dalam penelitian ini, dapat diajukan rekomendasi sebagai berikut :

1. Kerja Sosial Medik

Para pekerja sosial diharapkan agar mampu meningkatkan kembali pekerjaannya, dengan kata lain mampu mengoptimalkan kerjanya dalam pelayanan sosial medik. Yakni pengimbauan secara kooperatif, sehingga mempermudah pekerjaan sosial medik. Dalam arti tidak terlalu membuat beban untuk pekerja sosial medik.

2. Instalasi Rehabilitasi Medik

Yakni agar Instalasi Rehabilitasi Medik dapat meningkatkan mutu pelayanan dan peningkatan kerjasama dalam tingkatan profesi didalamnya. Selain itu agar lebih meningkatkan pelayanan publik ke masyarakat terutama untuk masyarakat yang menengah ke bawah.

3. Peneliti yang Lain

Para peneliti diharapkan terus mengembangkan penelitian ini untuk meningkatkan kualitas pekerjaan sosial medik. Penelitian ini mempunyai fungsi jangka panjang sebagai upaya untuk mengembangkan aktifitas dan kualitas kinerja dengan mengacu pada pelayanan yang lebih baik kedepannya.

Akhirnya, terselesaikannya penelitian ini, walaupun banyak kekurangan, kelemahan, dan jauh dari sempurna, baik aspek data maupun analisis. Atas dasar itu, penyusun membuka ruang saran dan kritik untuk perbaikan pada penelitian selanjutnya, guna pengembangan keilmuan masyarakat Islam, khususnya konsentrasi kesejahteraan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku:

- Amirin, Tatang. (1986). *Menyusun Rencana Penelitian*. Jakarta: CV. Rajawali.
- Azwar, Saifuddin. (1998). *Metode Penelitian*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Barker, R.L. (1991). *The Social Work Dictionary*. Washington DC: National Association of Social Workers.
- Bungin, Burhan. (2007). *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana.
- Dirjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Tuna Susila, (2003). *Standar Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Tuna Susil*. Jakarta: DEPSOS.
- Djoyodibroto, Darmanto. (2001). *Seluk Beluk Pemeriksaan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Hamidi. (2004). *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Press.
- Johnston, Mary. (1988). *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial Dengan Klien Dalam Setting Rumah Sakit*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial.
- Jurusan Rehabilitasi Sosial. (2004). *Glossaries I Pekerjaan Sosial*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial.
- Mangunhardjono, A. (1986). *Pembinaan, Arti, dan Metodenya*, Yogyakarta: Kanisius.
- Milles, B.M. & Hubberman, M.A. (1992). *Analisis Data Kualitatif*, Terjemahan Tjejep Rohendi Rohidi. Jakarta: UI-Press.
- Moleong, Lexy. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Rosida Karya.
- Mulyana, Deddy. (2001). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muninjaya, Gde. (1999). *Management Kesehatan* . Jakarta: EGC.

- Nuryana, Mu'man. (2001). *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*. Jakarta: Kantor Masalah-Masalah Kemasyarakatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial.
- Syam, Nur. (1991). *Metodologi Penelitian Dakwah*. Solo: Ramadhani.
- Program Studi Ekonomi Pembangunan UII. (2005). *Pedoman Penulisan Skripsi*. Yogyakarta: Tim UII Press.
- Jurusan Pendidikan Sejarah. (2006). *Pedoman Penulisan Tugas Akhir Skripsi “Jenis Penelitian Historis, Kualitatif, dan Kuantitatif”*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Sudrajat, Ajat & Sutisna, N. (1999). *Pengubahan Perilaku Dalam Pekerjaan Sosial*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial.
- Surakhmad, Winarno. (1990). *Pengantar Penelitian Ilmiah Dasar Metode Teknik*. Bandung: Tarsito.
- Sulastomo, (2007). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Y.B. Suparlan, dkk. (1983). *Kamus Istilah Kesejahteraan Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pengarang.
- R.K. Yin. (1996). *Case Study Research Design and Method*. Alih bahasa: M.Djauzi Mudzakir. *Studi Kasus Desain dan Metode*. Jakarta: Grafindo Persada.

B. Skripsi :

- Darwis, Ahmad. (2004). *Pekerjaan Sosial Dalam Pengembangan Masyarakat Islam*, Yogyakarta: Pepustakaan UIN SUNAN KALIJAGA.
- Mukhlisoh. (2005). *Aktivitas Klinik Nur Hidayah Dalam Pelayanan Kepada Masyarakat Miskin*. Yogyakarta: Perpustakaan UIN SUNAN KALIJAGA.
- ‘Inayah, Nikmatul. (2006). *Pengaruh Total Quality Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Bidang Pelayanan Rohani Islam di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta)*. Yogyakarta: Perpustakaan UIN SUNAN KALIJAGA.

Sumarno, Aris. (2005). *Peranan RSI Dalam Pengembangan Masyarakat (Studi Kasus RSI Manisrenggo Kabupaten Kalten)*. Yogyakarta: Perpustakaan UIN SUNAN KALIJAGA.

C. Majalah, Surat Kabar, dan Jurnal:

Anonimus. (2008). *Warga Miskin Keluhkan Pelayanan RS*. Jakarta: Kabar Merdeka.hlm. 12.

Darwin T. Djajawinata. (2003). *Kerangka Refleksi Sektor Pelayanan Publik*. Jakarta. Komite Kebijakan Percepatan Pembangunan Infrastruktur. hml.1.

D. Internet :

Ceramah Menteri Sosial Republik pada konggres Nasional VI Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, Jakarta, (1993), diambil dari <http://www.google.com> pada 25 Desember 2008.

Indah Retno, (2007),*Rehabilitasi Medik Apaan tuh?*, diambil 13 Februari 2009, dari http://www.indahretno.multiply.com/journal_term/1.

Mega Essays, (TT), *Analisis Kualitas Pelayanan, Pengaruhnya Terhadap Image*, diambil 11 Februari 2009, dari <http://www.directessays.com/viewpaper/>.

National Association of Social Workers, (TT), *NASW Standards For Cultural Competence in Social Work Practice*, diambil 25 November 2008, dari <http://www.socialworkers.org>.

_____, (2005), *NASW Standards For Social Work Practice in Health Care Settings*, diambil 25 November 2008, dari <http://www.socialworkers.org>.

RSUD Dr. Soedono, (TT), *Rehabilitasi Medik*, diambil 13 Februari 2009, dari <http://www.rssm.iwarp.com/rehab.htm>.

Wikipedia Bahasa Indonesia, Ensiklopedia Bebas, (2008), *Pelayanan Publik*, diambil 13 Februari 2009, dari <http://www.id.wikipedia.org>.

Wikipedia Bahasa Indonesia, Ensiklopedia Bebas, (2008), *Rumah Sakit*, diambil 13 Februari 2009, dari <http://www.id.wikipedia.org>.

LAMPIRAN

Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Sumber : Koleksi Pribadi



Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
(berada di halaman parkiran sebelah utara)
Sumber : Koleksi Pribadi



Ruang Sosial Medik
IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Sumber : Koleksi Pribadi



Suasana kunjungan ke rumah pasien
Sumber : Koleksi Pribadi



Suasana Pekerja Sosial dalam memberikan pengarahan
Sumber : Koleksi Pribadi

Lampiran 1. Lembar Observasi Karakteristik Kondisi IRM



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

**LEMBAR OBSERVASI DAN DOKUMENTASI
KARAKTERISTIK KONDISI IRM**

Lokasi : IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
 Alamat : Komplek RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Jl.
 Kesehatan 1
 Hari, Tanggal Observasi : Senin-Rabu, 9 – 11 November 2009
 Pukul : 09.00 WIB

No.	Aspek yang Diamati	Deskripsi Hasil Pengamatan	Keterangan
1.	Kondisi Fisik Ruangan	Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito terletak di jalan Kesehatan no. 1 (sebelah utara rumah sakit dekat dengan pintu masuk dan lahan parkir). Memiliki kondisi fisik bangunan yang sudah baik dan memenuhi syarat untuk menunjang proses pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Selain itu IRM RSUP Dr. Sardjito juga memiliki sub divisi dalam pelayanan rehab medik, termasuk di dalamnya Sosial Medik.	
2.	Potensi Spesialis	Memiliki kualifikasi yang bermutu dan memadai karena spesialis merupakan dokter profesional dan memiliki latar belakang pendidikan yang baik.	

3.	Potensi Karyawan	Sudah komplit mulai dari bagian loket, administrasi, hingga ke asisten spesialis.	
4.	Fasilitas / Media	Sangat terfasilitasi, dengan tersedianya alat-alat yang membantu proses penyembuhan pasien.	
5.	Luas Gedung Ruangan IRM	Berdiri di atas lahan sekitar 20 m ² dengan 3 bagian ada lantai atas, bawah, dan <i>basement</i> .	
6.	Ruang Sub Bagian IRM	Masih terawat dengan baik dan mengalami renovasi tempat akibat gempa dan pemasangan sekat di ruang konsultasi dokter.	
7.	Administrasi (Karyawan)	Sudah komplit dengan adanya koordinator IRM dan Bagian Administrasi Logistik di IRM.	
8.	Data Pasien	Ada, diorganisir secara baik.	
9.	Data Tenaga Medis/ non-medis	Ada	
10.	Data dokter spesialis	Ada	
11.	Data Kepala Bagian IRM	Ada	
12.	Kesehatan Lingkungan	Terjamin, dengan adanya cleaning service.	

Lampiran 2. Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Sosial Medik



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

**LEMBAR OBSERVASI
KARAKTERISTIK KONDISI RUANGAN SOSIAL MEDIK**

Ruang : Sosial Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
 Hari, Tanggal Observasi : Senin-Rabu, 9 – 11 November 2009
 Pukul : 09.00 WIB

No.	Aspek yang Diamati	Deskripsi Hasil Pengamatan	Keterangan
1.	Kondisi Fisik Ruangan	Sudah bagus, fasilitas komplit, hanya saja kurang diperhatikan oleh pihak rumah sakit.	Ruang \pm 3 M ² , segala tata kerja Pekerjaan Sosial Medik ada di ruangan ini.
2.	Penataan Ruangan	Sangat minimalis dan menarik. Penataan meja berhadapan dan 1 meja sebagai tempat penyimpanan berkas-berkas Sosial Medik IRM RSUP Rd. Sardjito.	
3.	Pencahayaan	Kurang begitu terang, hal ini berkaitan dengan faktor ruang sosial medik tertutup oleh tembok kamar mandi sebelahnya. Sehingga cahaya pada pagi hari kurang bisa dirasakan dari dalam ruangan. Namun jika lampu dinyalakan ruang ini sudah cukup terang.	
4.	Kebersihan ruangan	Sudah baik, karena kesadaran personil dan tersedianya tempat pembuangan sampah.	

5.	Fasilitas yang Mendukung Proses Pelayanan	Telepon, sumber tertulis, kamera, dan lain-lain.	
6.	Jumlah pekerja sosial medik	Saat ini tinggal 2 orang.	Yang tadinya 3 orang, 1 orang meninggal.

Lampiran 3. Lembar Observasi Karakteristik Perangkat Pelayanan



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

**LEMBAR DOKUMEN YANG DIBUTUHKAN
KARAKTERISTIK PERANGKAT PELAYANAN**

Ruang / Tempat : Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito
 Yogyakarta
 Hari, Tanggal Observasi : 9 – 11 November 2009
 Pukul : 09.00 WIB

No.	Aspek yang Diamati	Deskripsi Hasil Pengamatan	Keterangan
1.	Pedoman Administrasi Layanan Kesehatan	Ada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buku Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. ▪ RBA (Rencana Bisnis & Anggaran) IRM RS. Dr. Sardjito Yogyakarta.
2.	Struktur personalia	Ada	
3.	Rencana Pelaksanaan Pelayanan	Selalu dibuat setiap rapat akreditasi.	

Lampiran 4. Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Pasien



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

**LEMBAR OBSERVASI
KARAKTERISTIK KONDISI PASIEN**

Ruang : Rumah Pasien
 Hari, Tanggal Observasi : 25 Desember 2009 dan 2 Januari 2010
 Pukul : 17.00 WIB

No.	Aspek yang Diamati	Deskripsi Hasil Pengamatan	Keterangan
1.	Suasana di rumah	Sangat kondusif	
2.	Kemampuan untuk sembuh	ada	Rajin melakukan terapi di rumah.
3.	Keluarga saling membantu pasien	ada	
4.	Perilaku Pasien di dalam Rumah	Baik	Berkomunikasi dengan baik dan tidak tertutup.
5.	Perilaku Pasien di luar Rumah	Baik	

Lampiran 5. Lembar Observasi Karakteristik Kondisi Pekerja Sosial Medik



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

**LEMBAR OBSERVASI
KARAKTERISTIK KONDISI PEKERJA SOSIAL MEDIK**

Ruangan : Sosial Medik IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
 Hari, Tanggal Observasi : 9 – 11 November 2009
 Pukul : 09.00 WIB

No.	Aspek yang Diamati	Deskripsi Hasil Pengamatan	Keterangan
1.	Suasana di ruangan	Kondusif	
2.	Penyampaian motivasi	Baik	
3.	Strategi Pelayanan	Sudah Baik	
4.	Metode Pelayanan	Pengarahan kepada pasien.	
5.	Penggunaan Bahasa	Baik, bisa menempatkan diri dengan berbagai kultur.	
6.	Penggunaan Waktu	Tepat walaupun terkadang kurang dari harapan pekerja sosial medik.	
7.	Teknik Bertanya	Mempersilahkan pasien atau keluarga menyampaikan keluhan (tingkat keberhasilan usaha pekerjaan sosial medik)	
8.	Penggunaan Media	Kamera, telepon, dan laporan catatan.	
9.	Respons pasien terhadap pekerja sosial	Baik dan menerima pekerja sosial medik	

Lampiran 6. Pedoman Wawancara untuk Pekerja Sosial Medik



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PEKERJA SOSIAL MEDIK

Tempat/Ruang Wawancara :
 Hari,Tanggal Wawancara :
 Pukul :
 Nama Pekerja Sosial medik :

No.	PERTANYAAN
1.	Bagaimakah pelayanan pekerjaan sosial yang selama ini diterapkan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ?
2.	Apa saja upaya yang telah dilakukan pekerja sosial medik dalam melayani pasien-pasien selama ini khususnya pasien rawat inap?
3.	Menurut Ibu, apakah faktor hubungan yang baik antara pekerja sosial medik dan pasien berpengaruh dalam proses pelayanan pekerjaan sosial di rumah sakit ?
4.	Di lingkungan IRM khususnya sosial medik, apakah sudah terpenuhi sarana dan prasarana dalam arti untuk menunjang pelayanan pekerjaan sosial ?
5.	Seperti halnya dalam teori <i>basic skill</i> pekerja sosial, apakah Ibu juga menggunakan teknik pekerja sosial dalam manajemen kasus pasien ?
6.	Langkah apa yang ditempuh Ibu dalam memanajemen kasus pasien ?
7.	Sepengetahuan Bapak/Ibu tujuan pelayanan pekerjaan sosial yang selama ini telah berjalan berlangsung dengan baik atau tidak ?
8.	Media apa saja yang terdapat di sosial medik ini untuk menunjang pelayanan pekerjaan sosial ?
9.	Selama ini apakah metode pelayanan pekerjaan sosial yang dipakai berpengaruh di dalam keberhasilan proses pelayanan kepada pasien ?
10.	Selama Ibu melakukan layanan di IRM Dr. Sardjito Yogyakarta, bagaimana langkah yang diambil untuk memotivasi para pasien?

11.	Bagaimana cara yang biasa diambil untuk mengevaluasi atau memberikan penilaian (assessment) kepada pasien?
12.	Apakah diakhir pelayanan pekerjaan sosial Ibu memberikan kesimpulan atau penekanan akhir kepada pasien?
13.	Hambatan apa saja yang banyak dihadapi pekerja sosial medik? (baik secara struktur kelembagaan maupun pasien yang ditangani)
14.	Seperti halnya kasus yang dialami oleh pekerja sosial, apakah <i>image</i> seorang pekerja sosial juga masih rendah dibanding profesi yang lain di rumah sakit?
15.	Apakah banyak pasien yang dirujuk ke sosial medik belum mengetahui kinerja pekerja sosial medik?
16.	Apakah pekerja sosial medik sudah berupaya mengatasi permasalahan maupun hambatan yang dihadapi dengan maksimal?
17.	Jika telah banyak dipergunakan upaya, maka model upaya seperti apakah yang dipergunakan?
18.	Apakah dengan melakukan upaya tersebut pihak-pihak yang meragukan kinerja pekerja sosial dapat memahaminya?
19.	Menurut Ibu, apakah terdapat kaitan antara keberhasilan pelayanan pekerjaan sosial dengan model pelayanan yang digunakan pekerja sosial medik ?
20.	Selama ini kasus apa saja yang banyak dialami pasien rawat inap yang dirujuk ke sosial medik?
21.	Teknik atau metode apa saja yang dipakai dalam mengatasi permasalahan kasus pasien rawat inap?
22.	Strategi apa yang dipergunakan pekerja sosial medik dalam mengatasi permasalahan yang dialami oleh pasien?
23.	Jika ada hubungan kerjasama dengan profesional lainnya, dengan profesi apa saja kebanyakan pekerja sosial medik berkolaborasi?
24.	Usaha yang diberikan pihak lain (profesi lain) dalam perannya membantu pekerja sosial medik?

Lampiran 7. Pedoman Wawancara untuk Pasien



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PASIEN

Tempat/Ruang Wawancara : _____

Hari,Tanggal Wawancara : _____

Pukul : _____

Nama Pasien : _____

No.	PERTANYAAN
1.	Bagaimana sarana dan prasarana yang diberikan oleh rumah sakit, apa baik atau kurang ? Apakah anda menyukai pelayanan rumah sakit?
2.	Seperti apa layanan yang telah diberikan pekerja sosial medik kepada anda?
3.	Apakah anda berhubungan baik/dekat dengan pekerja sosial medik di rumah sakit ?
4.	Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang diberikan pihak Pekerja sosial medik telah efektif untuk mengatasi permasalahan anda ?
5.	Apakah anda mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan pekerja sosial?
6.	Menurut anda bagaimana sikap pekerja sosial medik ketika menyampaikan informasi maupun motivasi kepada anda ?
7.	Apakah yang disampaikan pekerja sosial medik, masuk kedalam pikiran atau tidak (dapat dimengerti oleh anda) ?
8.	Media apa saja yang digunakan oleh pekerja sosial medik setiap melakukan pelayanan?
9.	Model pelayanan apa saja yang biasa digunakan oleh pekerja sosial ketika memberikan pelayanan kepada anda ?

10.	Motivasi apa yang diberikan oleh pekerja sosial medik kepada anda? Contohnya!
11.	Apakah anda cukup puas dengan layanan pekerjaan sosial yang diberikan oleh pihak rumah sakit Dr. Sardjito Yogyakarta?
12.	Sejauh mana manfaat layanan pekerjaan sosial di rumah sakit untuk diri anda?
13.	Adakah saran dari anda untuk pelayanan pekerjaan sosial medik RSUP Dr. Sardjito untuk selanjutnya ?

Lampiran 8. Pedoman Wawancara untuk Kepala Bagian IRM



**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
FAKULTAS DAKWAH**

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA BAGIAN IRM

Tempat/Ruang Wawancara : _____

Hari,Tanggal Wawancara : _____

Pukul : _____

Nama Kepala Bagian IRM : _____

No.	PERTANYAAN
1.	Menurut Bapak apakah peranan pekerja sosial medik berpengaruh dalam penyembuhan pasien ?
2.	Sepengetahuan Bapak, seperti apakah pelayanan pekerjaan sosial yang berlangsung di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?
3.	Bagaimana hubungan atau kerjasama antara bagian sosial medik dengan bagaian lain di wilayah IRM ?
4.	Di IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta apakah sudah terpenuhi semua sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan kepada pasien?
5.	Langkah apa yang Bapak lakukan agar para profesional di IRM RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dapat menarik perhatian Pasien disetiap mendapatkan pelayanan ?
6.	Apakah Bapak selalu memberi motivasi dan memonitoring kepada profesi yang ada di IRM khususnya Pekerja Sosial Medik agar mempergunakan model-model pelayanan yang baik kepada pasien ?
7.	Menurut Bapak apakah pelayanan yang diberikan juga berpengaruh pada keberhasilan pelayanan kepada pasien ?

HASIL WAWANCARA

Wawancara dengan pekerja sosial

Tempat / Ruang Wawancara : Ruang Dokter

Hari, Tanggal Wawancara : Rabu, 11 November 2009

Pukul : 10. 09 WIB

Nama Pekerja Sosial Medik : KRK (nama disamarkan)

A : Bagaimana pelayanan Rumah sakit yang selama ini diterapkan di RSUP Dr. Sardjito?

KRK : Pelayanan sosial di Rumah sakit sarjito sudah ada atau dimulai sejak tahun 80-an. Ditetapkan di Rumah sakit Dr. Sardjito dengan sistem 1 pintu artinya semua pasien yang dilayani oleh pekerja sosial melalui Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik, jadi ada konsulan dari bangsal atau poli masuk ke IRM kemudian diteruskan atau dilayani pekerja sosial. Pelayanannya bermacam-macam tergantung permaslahan sosial yang dihadapi oleh pasien.

A : Apa upaya yang dilakukan pekerja sosial dalam melayani pasien-pasien selama ini?

KRK : (Yang dikhususkan pasien rawat inap) dilayani setelah dapat rujukan bangsal kemudian ada program, dilihat dokter rehab medik. Jadi kita lihat permasalahannya dan setiap kasus akan berbeda cara penangannya. Misalnya: pasien terlantar akan dilihat sebab dia masuk karena apa?, ditemukan di jalan atau kecelakaan lalu lintas kemudian melacak di daerah mana kasus tersebut dan bekerja sama (link) seperti kepolisian dan berkoordinasi dengan dinas sosial setempat dimana orang gelandang atau terlantar itu ditemukan. Bila memungkinkan atau menjadi dikhususkan akan melacak alamat keluarga. Jadi orang terlantar kemungkinan dia masih memiliki keluarga. Sehingga

harus dilacak dengan cara penulusuran dengan dibantu dari pihak kepolisian sampai home-visit dan bila diperlukan akan disalurkan ke dinas sosial setempat, ke panti sosial yang ada tergantung lokasi penemuan misal ke dinas sosial Kota, Sleman, dan sebagainya.

- A : Apakah faktor hubungan yang baik antar pekerja sosial dengan pasien berpengaruh terhadap pelayanan pekerjaan sosial di rumah sakit ?
- KRK : Sangat, kalau dari awal kadang-kadang ada pasien yang sudah curiga maka dia amat sangat tertutup. Kalau pendekatan pekerja sosial tidak baik maka pasien tersebut akan tertutup (disebabkan tidak ada jalinan yang baik) yaitu diam, tidak mau berterus terang dan terus menutupi kejadian yang sebenarnya. Tapi bila menggunakan hubungan atau komunikasi yang baik biasanya pasien akan terbuka kemudian menceritakan permaslahan yang sebenarnya dan itu akan mempermudah pekerja sosial atau pihak rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Semakin pasien terbuka dan berterus terang maka semakin jelas permasalahan, akan datang juga inti permaslahannya dan penyelesaiannya.
- A : Apakah sarana dan prasarana untuk menunjang proses pelayanan pekerjaan sosial di sosial medik?
- KRK : Kalau ada sebenarnya sudah ada, tetapi bila ditinjau dari pemenuhan standar masih belum, karena sarana dan prasarana masih sangat sederhana jauh dari pekerja sosial harapkan. Misal dari segi kendaraan (transportasi) untuk home-visit, kamera untuk dokumentasi masih jauh. Hal lain keminiman tersebut misalnya ruangan untuk konseling atau ruang yang lebih privat untuk pasien belum dimiliki, jadi kalau ada pasien konsultasi masih bergabung dengan administrasi, ruang telefon sehingga keprivasian atau kerahasiaan masih susah sekali. Misalnya kita

sedang melakukan pemberian motivasi kepada keluarga pasien, kalau ada orang yang masuk otomatis wawancara dengan pasien ikut terhenti dan hal tersebut sangat mengganggu dan belum terpenuhi walaupun sudah banyak juga yang dimiliki untuk sarana dan prasarana.

- A : Apakah pekerja sosial sudah menerapkan teknik-teknik seorang pekerja sosial (*basic of skill socialwork*)?
- KRK : Jelas keterampilan berkomunikasi harus dimiliki. Misalnya pekerja sosial lebih diam dari pasiennya maka akan susah dalam mencari keterangan, keterampilan kerahasiaan juga harus dimiliki karena apabila tidak maka permasalahan pasien akan terbuka ke teman-teman. Basic skill sangat penting dimiliki oleh pekerja sosial terutama tentang pengetahuan. Pekerja sosial harus mengetahui walaupun sedikit tentang penyakit di rumah sakit, dan dampak penyakit tersebut. Basic skill akan nilai atau etika yaitu pandai menempatkan diri, misal dimana saja batasan-batasan yang harus diketahui oleh pekerja sosial. Misal pekerja sosial menghadapi pasien dari luar jawa dengan jawa, maka akan berbeda dalam tatacara kode etikanya. Penerapan praktek sangat perlu bagi pekerja sosial daripada teori, karena apabila ditonjolkan teorinya saja maka akan susah akan bekerja.
- A : Langkah-langkah yang ditempuh pekerja sosial dalam memanajemen kasus pasien-pasiennya?
- KRK : Enam langkah *basic skill* dilaksanakan. Yang pertama, *Assesment* atau kontrak dalam arti dia dirawat di Rumah Sakit Sardjito dan bersedia dilayani oleh pekerja sosial medik. Selanjutnya melakukan assesment masalah: wawancara, pendekatan ke keluarga sehingga tahu akan pokok permasalahan sosial pada diri pasien. Setelah itu yang kedua, dibikin rencana (*planning*), setiap kasus berbeda maka penanganan kasus tersebut akan berbeda pula. Misal permasalahan tentang bayi yang orang

tuanya tidak sanggup merawatnya akan diserahkan kepada orang lain. Orang awam melihatnya akan diserahkan ke rumah sakit. Padahal pihak rumah sakit tidak menerima penyerahan bayi. Maka pekerja sosial akan bekerjasama dengan pihak Dinas Sosial misal daerah Jogjakarta akan diserahkan ke panti Sayab Ibu. Sebelumnya pekerja sosial melakukan assesment sebab orang tua tidak mau merawat bayi tersebut. Maka pekerja sosial berkoordinasi dengan pihak terkait tersebut untuk membuat perencanaan. Selanjutnya ialah tahap intervensi, pelaksanaannya bagaimana...siapa yang mengantar atau dijemput....administrasi bagaimana...dan sebagainya. Setelah itu, apabila ada ibunya si bayi maka ibu tersebut yang mengantarkan setelah itu proses. Kemudian tahap evaluasi, follow up sesuai dengan prosedur, tetapi terkadang tidak berurutan prosedur karena ada sewaktu assesment pekerja sosial dipaksa untuk melakukan home-visit. Surat tugas sehingga mengetahui lingkungan rumah, keluarga, setelah itu melakukan pendalaman masalah bisa juga terjadi. Tetapi pada prinsipnya keenam langkah dari apa yang harus dilakukan oleh pekerja sosial itu penting sampai kepada administrasi pekerjaan sosial, yaitu laporan misal home-visit berarti ada laporan home-visit.

- A : Langkah-langkah untuk memotivasi pasien supaya dapat berdaya mengatasi masalahnya?
- KRK : Pasien belum tentu menjadi sarana motivasi pekerja sosial, kadang-kadang yang perlu dimotivasi adalah keluarga atau orang-orang terdekat dengan pasien (*significant other*). Contoh kasus penderita penyakit jiwa. Kadang-kadang penerimaan keluarga kurang atau tidak mau mengurus pasien tersebut. Bagaimana penerimaan terhadap klien, bagaimana supaya klien tidak kambuh lagi. Inti dari pemberian motivasi atau penguatan diberikan kepada keluarga. Misal lain pasien post-stroke,

pemberian motivasi diberikan kepada keluarga supaya dapat mengerti keadaan pasien yaitu dengan men-setting keadaan rumah apabila pasien menggunakan kursi roda dan kepada pasien diimbau untuk tetap semangat, rajin mengikuti terapi. Jadi pekerja sosial berkolaborasi dengan orang-orang yang ada di sekitar pasien untuk berusaha membantu kesembuhan pasien.

- A : Bagaimana cara yang diambil pekerja sosial untuk mengevaluasi atau penilaian berhasil atau tidaknya penanganan terhadap pasien?
- KRK : Dapat dilihat dari studi dokumentatif (status pasien), indikasi keberhasilan terhadap pasien setelah atau sebelum pemberian motivasi tersebut.
- A : Apakah di akhir pelayanan pekerja sosial selalu memberikan kesimpulan atau penekanan akhir kepada pasien?
- KRK : Selalu, karena selalu pekerja sosial berusaha menggarisbawahi penekanan pada permasalahan yang dihadapi sudah terpecahkan dan sudah dalam proses pemecahan (sesuai harapan pasien dan pekerja sosial)
- A : Apakah selalu ada hambatan-hambatan yang dialami pekerja sosial selama melakukan pelayanan kepada pasien? Kalau ada biasa disebutkan permasalahan tersebut?
- KRK : Selalu ada, misalnya pasien merasa curiga karena pekerja sosial mengorek-orek permasalahan sosial (pribadi pasien, kaluarga, rumah, ekonomi dan alain-lain). Terkadang pasien salah mengira bahwa pekerja sosial adalah penagih keuangan rumah sakit, padahal yang sebenarnya pekerja sosial membantu kepentingan pasien (klien) bukan kepentingan kelembagaan. Secara struktural, anggapan penagih hutang tunggakan biaya di rumah sakit menjadi hambatan pekerja sosial. Padahal hal yang sebenarnya pekerja sosial berguna untuk kepentingan pasien hanya mereka dibawah lembaga. Hambatan surat-surat juga menjadi kendala

dalam proses pelayanan kepada pasien. Karena surat-surat di Rumah sakit Dr. Sardjito harus melalui pihak TU (tata usaha). Biasanya pasien yang segera pengen selesai masalahnya, pekerja sosial harus menyiapkan surat tugas, pemberitahuan. Padahal surat-surat tersebut membutuhkan waktu yang lama baru dapat ACC dari bagian TU. Selama sebelum mendapatkan surat resmi dari rumah sakit belum bisa menjalankan program-program dari pekerja sosial. Kadang-kadang teknis kita di lapangan lebih mudah daripada prosedur yang harus dilewati, saya kira di semua lembaga pemerintahan itu pasti ada. Hambatan dengan profesi lain di rumah sakit, kadang-kadang masih ada. Memang kami fungsi penunjang ditimbang profesi lain seperti dokter, perawat dan lainnya, tetapi pekerja sosial juga mempunyai fungsi-fungsi juga. Kalau seperti di panti sosial misalnya, pekerja sosial menjadi sangat penting (primer). Kalau di rumah sakit ini kita menjadi sekunder dalam arti pekerja sosial di rumah sakit itu penunjang dari para medis. Jadi yang maju duluan ialah dokter, perawat, dan sebagainya. Fungsi penunjang disini ialah membantu untuk segera penyembuhan pasien, penyembuhan dalam arti psikis, psikologi, dan sosial. Nah...peran kita di sisi psikis dan sosialnya tertuju ke arah situ. Jadi kalau kita suka tabrakan sama profesi lain kadang-kadang terjadi, tapi kita kembali kemana nih yang lebih penting dan dengan berjalannya waktu sekarang dokter, perawat juga mencari pekerja sosial. Karena dokter, perawat secara psikis sudah sembuh tetapi sosial psikologi membutuhkan peran pekerja sosial untuk membujuk atau memfasilitasi pasien.

- A : Apakah pasien yang datang dirujuk ke sosial medik mereka mengetahui kinerja seorang pekerja sosial?
- KRK : Kalau pasien rawat inap itu kebanyakan tidak tahu. Misalnya di rumah sakit sini pasien dirawat secara holistik. Dirawat segala

kepentingan ada dokter, perawat, farmasi (apoteker), pekerja sosial atau fisioterapi. Mereka belum mengetahui semua itu. Tahunya semua di rumah sakit itu ada dokter dan perawat. Biasanya pekerja sosial di awal pertemuan selalu memperkenalkan diri kepada pasien. Kebanyakan yang tidak mengetahui guna pekerja sosial ialah pasien menengah ke bawah masyarakat awam atau umum. Dan dari pihak Sosial Mediknya sendiri keterbatasan tenaga karena pekerja sosial di rumah sakit Dr. Sardjito cuma 2 orang jadi sosialisasinya juga sangat kurang.

- A : Upaya-upaya apa saja untuk mengatasi hambatan tersebut?
- KRK : Menjelaskan, misalnya masalah kelembagaan, pekerja sosial selalu menjelaskan posisi kita sebagai pekerja sosial dalam kasus bentrok antar profesi sehingga mereka akan mengerti tugasnya. Dan kepada pasien pun sama juga ikut menjelaskan tugas dan peran seorang pekerja sosial. Secara kenyataannya memang senjata utama seorang pekerja sosial itu adalah mulut “pinter ngomong” dan hal tersebut memang terjadi pada diri pekerja sosial.
- A : Apakah terdapat kaitan model-model teknik pelayanan yang dipakai pekerja sosial dengan keberhasilan pelayanan? (dilihat dari jenis-jenis pelayanan)?
- KRK : Kalau di rumah sakit Dr. Sardjito khususnya, kasus pasien yang ditangani tidak selalu sama atau bermacam-macam. Jadi walaupun tekniknya kita sama, pointer-pointer langkah kita sama. Tetapi model pelayanannya kita sesuaikan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien. Jadi tidak semuanya pasien harus di home-visit. Model pelayanannya harus seperti ini memang tidak bisa. Jadi kita sesuaikan dengan kasus pasien tersebut (conditional).

- A : Pasien-pasien rujukan yang diterima ke sosial medik, kebanyakan dari pasien apa saja?
- KRK : Terlantar, psiko sosial : pasien tidak mau meninggalkan rumah sakit, bayi terlantar, pasien sakit jiwa karena penerimaan keluarganya.
- A : Strategi apa saja yang dipergunakan pekerja sosial medik dalam mengatasi permasalahan yang dialami oleh pasien?
- KRK : Kita melakukan 3 macam pendekatan yakni, yang pertama pendekatan dengan melalui individu yang dekat dengan pasien atau keluarga (*significant other*), yang kedua berpedoman kepada petunjuk pelaksanaan UUD 1945 pasal 34, dan yang terakhir menjalin kerjasama (*networking*) dengan pihak Kepolisian dan Dinas Sosial.

Wawancara Dengan Kepala IRM

Tempat/ Ruang Wawancara : Ruang Kepala IRM

Hari, Tanggal Wawancara : 23 Desember 2009

Pukul : 10.30 WIB

Nama Kepala Bagian IRM : Dr. F (Nama disamarkan)

A : Menurut bapak apakah peranan pekerja sosial mempengaruhi kesembuhan pasien?

F : Kalau dalam penyembuhan pasien, ya tidak!! Tapi peranannya sangat penting dalam arti atau karena yang tahu prosedur itu dia. Prosedur-prosedur untuk tindakan-tindakan yang berhubungan dengan problem sosial. Kalau salah misalnya dia (pasien) perlu biaya tidak punya, kan mereka bisa mengarahkan bisa melalui program JAMKESMAS bisa gratis. Tetapi tidak ada hubungannya dalam proses penyembuhan pasien itu enggak. Tetapi mendukung untuk mengarah ke pengobatan itu karena kalau pasien itu tidak punya surat Jamkesmas maka bisa diobati tetapi kalau punya surat jamkesmas itu pasien dapat diobati.

A : Motivasi itu kan secara mental juga menyembuhkan dok...bagaimana menurut dokter?

F : Sebetulnya kan sudah ada sendiri psikolog, kita kan sudah punya psikolog. Walaupun begitu semua pasien tetap kami motivasi juga disini kan wilayah masing-masing fisioterapi juga bisa melakukan nasehat atau support tetapi karena kita punya bagian departemen atau sub bagian psikologi. Ya itu wewenang psikologi walaupun secara langsung dia memberikan juga support.

A : Bagaimana hubungan kerjasama dengan sosial medik dengan bagian lain di IRM?

- F : Ya itu kan sudah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan jadi kalau IRM itu suatu pelayanan kesehatan yang sifatnya tidak hanya medis. Kita itu pelayanan kesehatan yang sifatnya tidak hanya medis tetapi kecuali medis juga ada psiko, ada sosial, ada edukasional, ada vocational. Karena itu hubungannya tidak hanya baik lagi tetapi sudah terikat ikatan tidak bisa tidak. Makanya kita ini kerjanya tim berbeda dengan poliklinik jadi tidak orang-perorang. Itu pasien di tengah kita kerubung dari berbagai disiplin ilmu yang termasuk dalam tim kita ada dokter, fisioterapi, ada OT, ortetik prostetik, sosial medik, psikologi. Setelah itu mengerubungi pasien sesuai dengan problemnya apa? Misalnya problem masalah sosial maka bagian sosial yang mengasih masukan atau jalan keluar. Problemnya fisioterapi tangannya lemah, fisioterapi yang menerapi, melatih. Problemnya vokasional ya orang okupasi terapi yang melatih supaya memegang dan sebagainya. Jadi hal tersebut perdefinisi dari kebawah dari definisi maka tugasnya mereka bersama-sama sebagai tim, tidak berdiri sendiri-sendiri (semua penting tidak ada yang tidak yang tidak penting).
- A : Dari kerjasama tim di atas apakah bapak selalu memonitoring dan evaluasi kerja mereka?
- F : Selalu karena kita sudah ada aturan, jadi pasien datang kan diperiksa dokter. Jadi itu semacam alur. Alur harus dipenuhi darimanapun pasien masuk ke IRM harus lewat loket, setelah loket harus lewat dokter. Dan dokter itulah yang selalu melihat dan mengumpulkan. Pertama menentukan jenis penyakitnya dan menentukan problem yang dihadapi oleh pasien, perlunya apa pasien datang kesini. Selanjutnya kita yang membagi misal perlu apa pasien datang kesini. Dan kita yang membagi misal perlu fisioterapi kita serahkan pada fisioterapis, sosial medik, karena ada problem sosial. Misal di ingin membeli korset tidak punya

biaya, maka menjadi urusan sosial medik dan seterusnya kita yang memprogram semua. Nah setelah dia melakukan terapi (pelaksanaan program unit-unit ini) kita sudah ada aturan misal untuk fisioterapi kita harus 4 kali datang kembali ke dokter. Nah itu yang kita evaluasi pas 4 kali datang itu kemudian yang lain juga begitu. Kalau yang sosial medik karena sifatnya sosial ya kita langsung evaluasi misalnya pasien butuh kursi roda. Dari dokter dia dipaksa memakai kursi roda maka kita perlu buktikan sesuai diagnosa untuk pasien yang memakai kursi roda yang harus kita tentukan pasien memakai kursi roda, kan kita yang punya standar sendiri. Kita tentukan, sudah sesuai maka kita acc dan sosial medik yang memberikan kursi roda, itu evaluasinya.

- A : Apakah ada rapat-rapat tim untuk memecahkan permasalahan pasien?
- F : Memang pada kasus-kasus tertentu yang sulit kita selalu evaluasi dengan memanggil semua unit untuk menentukan sesuai dengan masing-masing keahliannya, masing-masing tugas pokoknya sesuai posisinya. Misal fisioterapi dan OT kita kumpulkan. *Okay...* ni ada kasus sulit maka pembagian tugas selalu ada. Kemudian mungkin setelah 4 kali karena kasus ini memang agak sulit waktu evaluasi bersama juga enggak apa-apa, dari hasil itu . Seperti di di bawah (*gymnasium stroke*) sudah bersama, dari unit yang bekerja fisioterapi dan OT menangani stroke bersama. Jadi kita komprehensif ke situ (selalu evaluasi dan sudah terjadwal).

WAWANCARA DENGAN PASIEN

Tempat/ruang : Rumah Bp. Jo
 Hari, Tanggal Wawancara : 25 Desember 2009
 Pukul : 17.00 WIB
 Nama Pasien : Ibu H (Kakak ipar dari pasien: E Z)
 Status : Pasien terlantar

Tempat/ruang : Perempatan Pingit
 Hari, Tanggal Wawancara : 2 Januari 2010
 Pukul : 11.00 WIB
 Nama Pasien : Bpk. BS (Bapak dari pasien: F M)
 Status : Pasien terlantar

- A : Bagaimana sarana dan prasarana yang diberikan oleh rumah sakit, apa baik atau kurang? Apakah anda menyukai pelayanan rumah sakit?
- H : Sudah sangat baik sarana dan prasarana yang diberikan rumah sakit karena kami ditolong oleh mereka, dan kami menyukainya.
- BS : Lumayan bagus mas..karena kami sudah sangat tertolong dan kami tidak terlalu dipersulit oleh administrasi rumah sakit. Kalau ditanya menyukai atau enggak jelas kami sangat menyukai karena sudah tertolong..
- A : Seperti apa layanan yang telah diberikan pekerja sosial medik kepada anda?
- H : Ya pelayanannya itu mas...sangat senang sudah ditemukannya dengan adik saya yang sudah menghilang beberapa hari. Tahu-tahu kecelakaan dan masuk rumah sakit. Masih syukur mas masih hidup adik saya...pokoknya kami sangat berterimakasih sekali sudah ditolong.

- BS : Pertolongannya yang diterima yaitu saya sudah ditemukan kembali dengan anak saya mas dan diringankan biaya perawatan di rumah sakit.
- A : Apakah anda berhubungan baik/dekat dengan pekerja sosial medik di rumah sakit?
- H : Baik mas karena kami dapat berkomunikasi dengan baik..
- BS : Iyalah mas...orang kami ditolong maka sudah semestinya kami berhubungan baik dengan mereka.
- A : Menurut anda, apakah sarana dan prasarana yang diberikan pihak pekerja sosial medik telah efektif untuk mengatasi permasalahan anda?
- H : Efektif karena masalah adik ipar saya dapat tertolong
- BS : Segi sarana sudah sangat membantu.
- A : Apakah anda mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan pekerja sosial?
- H : Tidak kok..mereka tidak mempersulit keluarga saya.
- BS : Awalnya sedikit kesulitan tapi akhirnya bisa mengerti maksud yang diarahkan oleh rumah sakit.
- A : Menurut anda bagaimana sikap pekerja sosial medik ketika menyampaikan informasi maupun motivasi kepada anda?
- H : Sopan baik dalam berbicara maupun pengarahan.
- BS : Santai dan sopan mas.
- A : Apakah yang disampaikan pekerja sosial medik masuk ke dalam pikiran atau tidak (dapat dimengerti oleh anda)?
- H : Masuk karena dapat dimengerti oleh kami semua hal yang diomongkan.
- BS : Mengerti karena dapat memakai bahasa jawa dengan baik.
- A : Media apa saja yang digunakan oleh pekerja sosial medik dalam setiap pelayanan?
- H : Pembicaraan (konseling) dan mencatat semua keperluan kami mas..

- BS : Pembicaraan dan pengarahan administrasi dengan cara mendata keberadaan keluarga kami.
- A : Model pelayanan apa saja yang digunakan oleh pekerja sosial ketika memberikan pelayanan kepada anda?
- H : Mereka melakukan pencarian rumah dan pengurusan biaya saudara saya mas.
- BS : Cuma melakukan pembicaraan untuk motivasi kepada keluarga kami.
- A : Apakah anda cukup puas dengan layanan pekerjaan sosial yang diberikan oleh pihak rumah sakit Dr. Sardjito Yogyakarta?
- H : Kami sangat puas dengan pertolongan yang diberikan rumah sakit
- BS : Puas mas orang sudah tertolong
- A : Sejauh mana manfaat layanan pekerjaan sosial di rumah sakit untuk diri anda?
- H : Sangat besar bagi kami karena tertolong dengan ditemukannya dengan adik ipar kami serta dibebaskannya biaya perawatan di rumah sakit.
- BS : Ya, kami tidak kesusahan lagi dalam pengurusan biaya perawatan di rumah sakit.
- A : Adakah saran dari anda untuk pelayanan pekerjaan sosial medik RSUP Dr. Sardjito untuk selanjutnya?
- H : Supaya rumah sakit Sardjito selalu dapat menolong orang-orang yang membutuhkan tanpa memandang status sosial pasiennya.
- BS : Terima kasih kepada rumah sakit dapat menolong anak kami. Semoga tambah meningkat lagi kinerja di rumah sakit.

CURRICULUM VITAE

1. Data Pribadi

Nama : Luthfi Tri Hartono
Tempat Tanggal Lahir : Yogyakarta, 25 November 1984
Alamat Asal : Tukangan Dn. II / 393 Yogyakarta 55212
Jenis Kelamin : Laki-laki
Nomor Induk Mahasiswa : 03230053
Fakultas : Dakwah
Jurusan : Pengembangan Masyarakat Islam

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Pudji Margono
Nama Ibu : Supriyanti
Alamat Asal : Kota Yogyakarta

3. Riwayat Pendidikan

SD Lempuyangan I : Tahun 1991-1996
SLTP 8 Yogyakarta : Tahun 1996-1998
MAN Yogyakarta I : Tahun 1998-2000
UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta masuk tahun 2003

Demikian biografi singkat penulis.

Yogyakarta, 13 Juli 2010

Luthfi Tri Hartono