



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI KEBIJAKAN PEMULANGAN DAN  
PENGUBURAN PASIEN PENGEMIS, GELANDANGAN DAN  
ORANG TERLANTAR PASCAPERAWATAN PADA RSUD  
KABUPATEN BEKASI  
AGUSTUS 2011- MEI 2012**

**TESIS**

**Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM. 1006746092**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI KEBIJAKAN PEMULANGAN DAN  
PENGUBURAN PASIEN PENGEMIS, GELANDANGAN DAN  
ORANG TERLANTAR PASCAPERAWATAN PADA RSUD  
KABUPATEN BEKASI  
AGUSTUS 2011- MEI 2012**

**TESIS**

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

**Irma Yudith Ayu Puspita**

**NPM. 1006746092**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita

NPM : 1006746092

Tanda Tangan : 

Tanggal : Depok 2 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita

NPM : 1006746092

Mahasiswa Program : S2 KARS FKM UI

Tahun Akademik : 2010 / 2012

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

Evaluasi kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien  
Pengemis Belandangan dan Orang Terlantar pada RSUD Kab.  
Bekasi Agustus 2011 - Mei 2012

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2 Juli 2012



(.....)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM : 1006746092  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Evaluasi Kebijakan Pemulangan Dan Penguburan  
Pasien Pengemis, Gelandangan Dan Orang  
Terlantar Pascaperawatan Pada RSUD Kabupaten  
Bekasi, Agustus 2011- Mei 2012

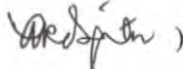
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk menyelesaikan Tesis dalam mencapai Gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.


### DEWAN PENGUJI :

Pembimbing 1 : Dr.Dra.Dumilah Ayuningtyas, MARS (  )

Penguji 1 : Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM., DrPH (  )

Penguji 2 : Dr. Mieke Savitri. M. Kes (  )

Penguji Luar 1 : dr. Hj. Arda Yunita Subardi, MARS (  )

Penguji Luar 2 : Dr. Budi Hartono, SE., MARS (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 02 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Assalamuallaikum Wr.Wb

Puji syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Penyayang, karena atas Karunia dan Rahmat-NYA, tesis ini dapat diselesaikan. Disadari dan tak dipungkiri bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, penulis akan mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tesis mengenai Evaluasi Kebijakan Pemulangan Dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan Dan Orang Terlantar Pascaperawatan Pada RSUD Kab. Bekasi Agustus 2011- Mei 2012. Maka dari itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Kedua Orang Tua, H. Soemarsono dan Hj. Sri Marstuti, atas kasih sayang yang bapak ibu berikan, sungguh luar biasa, terima kasih telah memberikan masukan dan dorongan semangat saat penulis jenuh dan merasa putus asa, amazing parents.
2. Kepada keluarga besar di Malang, ayah H. Ir. Aunur Rofiq Junaidi, CES dan Ibu Hj. Siwie Koesoemaning Tyas, SH, dek Amitia dan Dek arfan terimakasih atas dukungan dan doanya semoga selalu sehat dan berada dalam lindungan ALLAH SWT.
3. Belahan jiwaku, Wildan Patria Islami, ST, MT. suami yang sangat luar biasa, segala support dan bantuan kala penulis menemui jalan buntu, semua perhatian dan cinta yang engkau berikan, membuat penulis makin mencintai dan mensyukuri keberadaan mu, terima kasih ALLAH SWT.
4. Pembimbing dan ibu yang luar biasa, Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. Penulis merasa sangat beruntung dan terberkahi dengan beliau sebagai pembimbing, koreksi dan masukan beliau, membuat penulis yakin dalam menyelesaikan tesis ini, terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan, atas kesabaran dan dukungan dalam membimbing dan mengarahkan penulisan tesis ini, terimakasih bu.
5. Ibu dr. Mieke Savitri. M.Kes, selaku dosen penguji terimakasih atas segala masukan dan saran yang sangat bermanfaat dan membagun dalam penulisan tesis ini.



6. Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM., DrPH selaku penguji serta segala masukan mengenai perundang-undangan membuat tesis ini semakin kaya.
7. Prof. dr. Anhari Achadi,SKM.,DSc atas masukan dan informasi kepada penulis dalam tesis ini.
8. Dr. Budi Hartono, SE., MARS selaku penguji terimakasih atas saran dan masukan yang sangat bermanfaat bagi tesis ini
9. dr. Hj. Arda Yunita Subardi, MARS terima kasih atas bimbingannya dan informasi dalam penulisan tesis ini hingga selesai dan tidak lupa terima kasih kepada semua pihak RSUD Kabupaten Bekasi Direktur, Kepala Bidang Pelayanan Medik beserta semua staff, Kepala Bidang Pengembangan dan informasi beserta staff, Kepala Bagian Tata Usaha beserta semua staffnya
10. Para kakak tercinta, mas Heru, mbak inne, Altha, mas Anton, mbak Fitri, Audi yang cantik tak lupa pula keluarga bp. Hasjim Ansori Sjare'at dan ibu Cirebon, serta keluarga bp. Abdullah Muhammad SE,MM.Ph.D dan ibu, terima kasih atas segala dukungan, canda tawa dan nasihat what a great family .
11. Kepada om M. Yunus,SB dan bulek Sri Susini atas dukungan dan kesediaan untuk mendengarkan keluh kesah dan permintaan saran dari penulis, tak lupa kepada keluarga besar Sofyan Matodiharjo terimakasih telah menjadi keluarga yang luar biasa.
12. Semua teman-teman KARS 2010 kelas reguler Senin-Rabu, dan Jum'at – Sabtu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih telah saling bahu membahu dalam perkuliahan dan membuka wawasan penulis mengenai dunia kesehatan masyarakat, semoga setelah lulus kita masih dapat berjuang bersama demi Indonesia yang lebih baik.

Akhir kata, penulis berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 2 Juli 2012

Penulis

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

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM : 1006746092  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

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

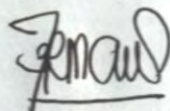
**EVALUASI KEBIJAKAN PEMULANGAN DAN PENGUBURAN PASIEN  
PENGEMIS, GELANDANGAN DAN ORANG TERLANTAR  
PASCAPERAWATAN PADA RSUD KABUPATEN BEKASI  
AGUSTUS 2011- MEI 2012**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : Juli 2012

Yang menyatakan,



(Irma Yudith Ayu Puspita)



## ABSTRAK

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Evaluasi Kebijakan Pemulangan Dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan Dan Orang Terlantar Pascaperawatan Pada RSUD Kab. Bekasi Agustus 2011- Mei 2012

UUD 1945 pasal 28 H menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. UU no.36 Tahun 2009 pasal 50 ayat 4 menjelaskan, dalam meningkatkan dan mengembangkan pelayanan kesehatan berdasarkan fungsi sosial, dilaksanakan melalui kerjasama antar Pemerintah dan antar lintas sektor. RSUD Kab. Bekasi mengalami permasalahan dalam hal pemulangan dan penguburan pasien PGOT. Penelitian ini menggunakan pendekatan dari *William N. Dunn* dan *David Easton* serta *Azrul Azwar*. Wawancara mendalam dan FGD digunakan dalam mencari akar permasalahan dalam siklus masukan-proses-keluaran. Hasil penelitian menunjukkan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT diperlukan kebijakan lintas sektoral antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas terkait salah satunya Dinas Sosial. Diperlukan peran serta stake holder, masyarakat dan komitmen pemerintah, karena PGOT Kab. Bekasi dalam keadaan hidup ataupun meninggal merupakan warga Negara Indonesia yang perlu diperhatikan nasibnya.

Kata kunci :

Kebijakan, PGOT, Stakeholder, Pascaperawatan, RSUD Kab. Bekasi, Dinas Sosial.

## ABSTRACT

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
Program Studi : A Study Of Hospital Administration  
Judul : Policy Evaluation for Repatriation And Burial Of Homeless and Beggars Patients After Treatment On RSUD District of Bekasi in August 2011 - May 2012

UUD 1945 pasal 28 H stipulates that health is a fundamental right of every citizen. State is responsible for arranging the fulfillment of the rights of healthy life for its residents including the poor and unable. Law no.36 of 2009 article 50 paragraph 4 explained, in improving and developing health services based on social function, implemented through cooperation between governments and between sectors. RSUD district of Bekasi have a problem in terms of repatriation and burial of patients PGOT. This study uses the approach of *William N. Dunn* and *David Easton* and *Azrul Azwar*. In-depth interviews and FGDs used in finding the root causes of the problem in the cycle of the input-process-output. The results showed in the process of repatriation and burial PGOT patients required inter-sectoral policies, between the Hospital District of Bekasi associated with related agency, Department of Social Services is one of them. Participation from stakeholders, community and government commitment is required. Because PGOT from Bekasi district, alive or dead is a citizen of Indonesia to consider his fate.

Key word :

Policies, PGOT, Stakeholder, after treatment, Hospital District of Bekasi, Social Services.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR ISTILAH.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	14
1.3 Tujuan Penelitian.....	15
1.3.1 Tujuan Umum.....	15
1.3.2 Tujuan Khusus.....	15
1.4 Manfaat Penelitian.....	16
1.5 Ruang Lingkup.....	16
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	17
2.1 Kebijakan Publik.....	17
2.1.1 Pengertian Kebijakan Publik.....	17
2.1.2 Model Kebijakan Publik.....	22
2.1.3 Identifikasi Masalah Kebijakan.....	26
2.1.4 Sistem Kebijakan Publik.....	27
2.1.5 Tahapan Pembuatan Kebijakan Publik.....	30
2.1.6 Argumentasi Kebijakan.....	34
2.1.7 Analisis Kebijakan.....	35
2.1.8 Implementasi Kebijakan.....	40

2.1.9 Stakeholders Kebijakan.....	45
2.1.10Evaluasi Kebijakan.....	46
2.1.11Dampak Dari Kebijakan.....	47
2.1.12Administrasi Pulik dan Sistem Pemerintahan Indonesia.....	47
2.2 Rumah Sakit Umum Daerah.....	51
2.3 Definisi Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar.....	52
2.3.1 Identifikasi Penduduk Miskin.....	52
<b>BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT.....</b>	<b>56</b>
3.1 Gambaran Umum, Latar Belakang, Sejarah.....	56
3.2 Geografis.....	57
3.3 Visi, Misi, Moto.....	58
3.3.1 Visi.....	58
3.3.2 Misi.....	59
3.3.3 Moto.....	59
3.4 Struktur Organisasi dan Manajemen.....	59
3.5 Sumber Daya Manusia.....	61
3.6 Fasilitas Pelayanan.....	61
3.7 Kinerja Rumah Sakit.....	63
3.7.1 Unit Gawat Darurat.....	63
3.7.2 Instalasi Rawat Jalan.....	63
3.7.3 Instalasi Rawat Inap.....	63
3.7.4 Tingkat Efisiensi dan Mutu Pengelolaan Rumah Sakit.....	64
<b>BAB 4 KERANGKA PIKIR DAN DAFTAR ISTILAH.....</b>	<b>66</b>
4.1 Kerangka Pikir.....	66
4.2 Daftar Istilah.....	67
<b>BAB 5 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>73</b>
5.1 Desain Penelitian.....	73
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	73
5.3 Informan Penelitian.....	73



5.4 Teknik Pengumpulan Data.....	74
5.4.1 Sumber Data.....	74
5.4.2 Instrumen Penelitian.....	75
5.4.3 Cara Pengumpulan Data.....	77
5.5 Manajemen dan Analisis Data.....	77
<b>BAB 6 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>79</b>
6.1 Hasil Penelitian.....	79
6.2 Sistematika Penyajian.....	79
6.3 Kualitas Data.....	79
6.4 Hasil Penelitian Dan Pembahasan.....	81
6.4.1 Faktor Masukan.....	83
6.4.2 Faktor Proses.....	104
6.4.3 Faktor Keluaran.....	106
6.4.4 Faktor Umpan Balik.....	108
6.4.5 Faktor Stakeholders.....	109
6.4.6 Evaluasi.....	116
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>125</b>
7.1 Kesimpulan.....	125
7.2 Saran.....	127
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>131</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Data Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar Pascaperawatan Selama Residensi Mei 2011 – Agustus 2011 .....	13
Tabel 2.1 Model kebijakan menurut William N Dunn tahun 2003.....	24
Tabel 2.2 Tahap Analisis Kebijakan .....	31
Tabel 2.3 Tiga Pendekatan dalam Analisis Kebijakan.....	40
Tabel 2.4 Kriteria Evaluasi Kebijakan .....	46
Tabel 2.5 Banyaknya Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial Menurut Kecamatan dalam Bekasi Dalam Angka 2011 .....	54
Tabel 3.1. Klasifikasi Tenaga RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2010 .....	61
Tabel 3.2 Kunjungan Pasien IGD .....	63
Tabel 3.3 Kunjungan pasien Rawat Jalan .....	63
Tabel 3.4 Kunjungan Pasien Rawat Inap .....	64
Tabel 3.5 Efisiensi dan mutu Pengelolaan Rumah Sakit.....	64
Tabel 4.1 Definisi istilah.....	69
Tabel 5.1 Jumlah informan yang akan dilibatkan dalam wawancara mendalam dan FGD dalam penelitian .....	74
Tabel.5.2 Matriks Dasar Pertanyaan Yang Akan Di Ajukan Saat Wawancara .....	76
Tabel 6.1 Kebijakan mengenai penguburan PGOT .....	94
Tabel 6.2 Evaluasi kebijakan William Dunn .....	116
Tabel 6.3 Analisis kebijakan .....	120

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem politik atau kebijakan .....	27
Gambar 2.2 Desain Sistem .....	29
Gambar 2.3 Hubungan Tiga Elemen Sistem Kebijakan, (dunn,2003).....	30
Gambar 2.4 Proses Kebijakan Publik.....	31
Gambar 2.5 Tahapan Kebijakan publik Ripley.....	33
Gambar 2.6 Contoh elemen-elemen argumentasi dunn .....	35
Gambar 2.7 Prosedur analisis kebijakan .....	39
Gambar 2.8 Proses analisis kebijakan.....	39
Gambar 2.9 Model Implementasi Kebijakan Grindle.....	43
Gambar 2.10 Model Implementasi Kebijakan menurut Masmanian dan Sabatier	44
Gambar 2.11 Komunitas Kebijakan Publik .....	45
Gambar 3.1. Struktur Organisasi dan Managemen .....	60
Gambar 4.1 Kerangka Pikir Evaluasi Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar pada RSUD Kab. Bekasi ....	66

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Surat ijin Penelitian di RSUD
Lampiran	2	Surat ijin pengambilan data di RSCM
Lampiran	3	Surat ijin pengambilan data Dinas Sosial
Lampiran	4	Instrumen wawancara mendalam pimpinan
Lampiran	5	Instrumen wawancara mendalam staff dan pelaksana
Lampiran	6	Instrumen FGD
Lampiran	7	Wawancara Mendalam Stakeholder
Lampiran	8	Daftar Tilik
Lampiran	9	Matriks hasil wawancara mendalam dengan top management dan middle management
Lampiran	10	Matriks hasil wawancara mendalam middle management dan staff
Lampiran	11	Daftar Hadir FGD
Lampiran	12	Matriks Wawancara FGD
Lampiran	13	Matriks wawancara stakeholder
Lampiran	14	Data pemulangan dan penguburan pasien PGOT selama Residensi
Lampiran	15	Data APBD penguburan
Lampiran	16	Laporan tn.x dan ny.x yang sudah di makamkan
Lampiran	17	Rencana kebutuhan Anggaran Januari-Desember 2011
Lampiran	18	Rencana kebutuhan Anggaran Januari-Desember 2012
Lampiran	19	Dokumen Kebijakan 1
Lampiran	20	Dokumen Kebijakan 2
Lampiran	21	Dokumen Kebijakan 3
Lampiran	22	Dokumen Kebijakan 4
Lampiran	23	Dokumen Kebijakan 5
Lampiran	24	Contoh Implementasi Kebijakan



## DAFTAR ISTILAH

PGOT : Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar

DOA : *Death on Arival* (meninggal saat sampai)

IGD : Instalasi Gawat Darurat

ICU : Intensive Care Unit

UUD : Undang-Undang Dasar

UU : Undang-Undang

WHO : *World Health Organization*

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

BOR : *Bed Occupancy Rate*

TOI : *Turn Over Interval*

ALOS : *Average Length Of Stay*

BTO : *Bed Turn Over*

GDR : *Gross Death Rate*

NDR : *Net Death Rate*

SKPD : Satuan Kerja Pemerintah Daerah

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak setiap manusia dan menjadi hak dasar yang melekat pada seseorang sejak dilahirkan ke dunia. Oleh karena itu, akses terhadap pelayanan kesehatan dan peluang untuk hidup sehat seharusnya diterima oleh setiap orang, tanpa memandang status sosialnya, tanpa melihat apakah ia kaya atau miskin, dengan tidak mempersoalkan dari suku mana ia berasal, juga tanpa membedakan apa warna kulitnya, atau mempermasalahkan agama yang di anutnya. Setiap orang siapapun itu, dan dimanapun dia berada, ia berhak mendapatkan akses kepada kehidupan yang sehat dan sejahtera. (Rafei,2007).

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus sebagai investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa, oleh karena itu pembangunan nasional termasuk pembangunan kesehatan harus diselenggarakan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO,1948), UUD 1945 pasal 28 H dan UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Pada UU No.36 tahun 2009 dijelaskan pula bahwa kesehatan merupakan aset bangsa yang diwujudkan dengan pembangunan kesehatan yang berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Pemerintahan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, pada pelayanan terhadap masyarakat dalam pasal 50 ayat 4 menjelaskan bahwa dalam meningkatkan dan mengembangkan pelayanan

kesehatan berdasarkan fungsi sosial, dilaksanakan melalui kerjasama antar-Pemerintah dan antar lintas sektor.

Dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat tidak mampu, pemerintah membuat peraturan yang mengharuskan penyediaan 25% ranjang perawatan untuk mereka. Walau dalam kenyataannya peraturan ini banyak yang tidak dipatuhi oleh penyelenggara Rumah Sakit. Dikarenakan masih banyak penyelenggara Rumah Sakit yang tidak mematuhi, namun setidaknya rumah sakit milik pemerintah masih memiliki tanggung jawab moral dan kewajiban untuk melaksanakannya, sehingga sebagian besar pelayanannya untuk kaum miskin dan tidak mampu. (Rafei, 2007).

Dalam kenyataannya, akses terhadap pelayanan kesehatan dan peluang untuk hidup sehat memang belum seluruhnya dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat. Namun setiap orang harus senantiasa berusaha agar mendapatkan hak dasar tersebut. Harus diakui, di bagian manapun di dunia ini pelayanan kesehatan belum sepenuhnya dapat dinikmati oleh setiap orang (Rafei, 2007).

Dalam “Indonesia Expanding Horizon” yang ditulis oleh *World Bank* lebih dari 110 juta orang Indonesia hidup dengan penghasilan kurang dari US\$ 2 per hari. Jumlah ini sama dengan jumlah penduduk Malaysia, Vietnam dan Kamboja digabungkan. Sebagian besar penduduk miskin di Asia Tenggara tinggal di Indonesia. Indonesia memang telah mencapai hasil yang memuaskan dalam menurunkan tingkat kemiskinan sejak tahun 1960-an dan juga telah berhasil mengurangi efek dari krisis. Tetapi Indonesia masih harus menghadapi tiga masalah mendasar dalam upaya mengangkat sebagian besar penduduk yang masih terhimpit kemiskinan dan kepapaan, yaitu :

1. **Mempercepat pertumbuhan ekonomi.** Jumlah penduduk miskin tidak akan dapat dikurangi secara signifikan tanpa adanya pertumbuhan ekonomi yang bermanfaat bagi orang miskin.
2. **Peningkatan pelayanan sosial bagi masyarakat miskin.** Indonesia harus dapat menyelesaikan masalah dalam bidang pelayanan sosial bagi masyarakat agar manfaat dari pembangunan lebih dapat di rasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Peningkatan dalam efektifitas dan efisiensi pemberian pelayanan sosial, dapat di capai dengan mengusahakan

3. **Perbaikan dalam sistem kelembagaan dan kerangka hukum**, termasuk aspek aspek yang bersangkutan dengan desentralisasi. Hal ini akan membuat penyedia jasa mengenali dan memahami tanggung jawab mereka dalam menjaga kualitas pelayanan yang di berikan, disamping memberikan kesempatan bagi pemerintah dan masyarakat untuk mengawasi aktifitas tersebut.

4. **Perlindungan bagi masyarakat miskin dan orang terlantar.** Kebanyakan penduduk indonesia rentan terhadap kemiskinan. Perubahan sedikit saja dalam tingkat harga barang-barang kebutuhan hidup, pendapatan dan kondisi kesehatan, dapat menyebabkan mereka berada dalam kemiskinan, dan berakibat terhadap ketidak mampuan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar hidupnya.

Seperti yang di amanatkan dalam UUD 1945 pasal 34 ayat (1), bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, dan sebagai wujud dari UU No. 23 tahun 1992 pasal 9, maka pemerintah bertanggung jawab untuk membiayai pelayanan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraannya.

Pelayanan Kesehatan selalu menjadi persoalan untuk mereka dari kalangan tidak mampu, tak terjangkau, tak terlayani, kaum miskin dan terpinggirkan. Bagi mereka mendapatkan pelayanan kesehatan memadai adalah sebuah kemewahan. Seringkali hak yang seharusnya mereka miliki untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, menjadi sebuah perkara pelik. (Rifai,2007) .Oleh karena itu pemerintah menjalankan otonomi daerah pascareformasi agar dapat memberikan pelayanan maksimal bagi masyarakat.

Semenjak diberlakukan otonomi daerah, pelayanan publik merupakan sorotan utama yang ramai dibicarakan, karena pelayanan publik merupakan salah satu faktor yang menjadi tolok ukur keberhasilan suatu daerah dalam melaksanakan otonomi. Sudah menjadi suatu kewajiban pemerintah atau pemerintah daerah menyelenggarakan pelayanan publik yang baik dan berkualitas. Rumah Sakit Umum Daerah merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan bagi publik yang di selenggarakan oleh pemerintah daerah.

Secara generic ada dua tujuan utama yang ingin dicapai melalui kebijakan desentralisasi (Maddick,1963, Mutallib, Ali khan, 1980, Smith, 1983 dalam Made,



2010). Pertama adalah tujuan politis; bagaimana dengan menerapkan kebijakan desentralisasi pemerintah suatu negara ingin memanfaatkan pemerintah daerah (Pemda) sebagai instrumen pendidikan politik di tingkat lokal dan secara akumulatif akan mendukung pendidikan politik nasional dan mewujudkan masyarakat madani (*civil society*). Tujuan kedua adalah tujuan kesejahteraan. Bagaimana pemerintah melalui kebijakan desentralisasi berupaya menjadikan Pemda sebagai instrumen untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat di tingkat lokal yang secara agregat akan berkontribusi terhadap kesejahteraan bangsa. (Made, 2010 hal 1)

Pada saat Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan sesuai harapan atau melebihi harapan pelanggannya maka Rumah Sakit telah berperan sebagai gerbang utama dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat seperti yang telah dicanangkan dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa dari 189 negara berupa *Millenium Development Goals* (MDGs) yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui 8 *goals* yang diterjemahkan sebagai ‘peta jalan’ tujuan jangka panjang yang hendak dicapai di tahun 2015.

UU No 5 tahun 1974 tentang pemerintahan di Daerah, menyebutkan Pemerintah Daerah terdiri dari Kepala Daerah dan Aparatnya dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Sesuai dengan UU 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah. Pada pasal 1 ayat 2 dan 3 di jelaskan bahwa pemerintahan daerah adalah penyelenggara urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya. Pemerintahan daerah yang di maksud disini adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.

Rumah sakit merupakan salah satu komponen penting dalam penyedia dan pemberi pelayanan kesehatan. Undang-undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara yang mengatur Badan Layanan Umum (BLU) sudah menegaskan bahwa Rumah Sakit Pemerintah merupakan lembaga non-profit yang memberikan pelayanan efisien dan efektif. Hal ini berarti bahwa praktek-praktek manajemen yang tidak efisien dan efektif harus ditinggalkan dan mulai fokus pada profesionalisme SDM.

Dalam suatu pelayanan publik terdapat paradigma baru yaitu *New Public Services* sebagai paradigma baru dari administrator negara atau daerah, dimana para administrator negara atau daerah meletakkan pelayanan publik sebagai kegiatan utama. Salah satu intisari dari prinsip NPS adalah bagaimana administrator publik mengartikulasikan dan membagi kepentingan (*shared interest*) warga negara. (denhardt, 2007). Administrator publik mulai beralih pandang ke dalam porsi pelayanan, sehingga apa yang dilakukan atau di kerjakan merupakan pelayanan terhadap masyarakat luas.

Penelitian mengenai kebijakan menjadi salah satu kajian penting dalam ilmu sosial. Namun demikian ternyata sangat langka kepustakaan tentang penelitian kebijakan. Penelitian kebijakan adalah penelitian empirik yang dilakukan untuk memverifikasikan proposisi-proposisi mengenai berapa aspek hubungan antara alur-tujuan dalam pembuatan kebijakan. Penelitian kebijakan dapat dipikirkan sebagai penelitian sosial terapan karena penelitian kebijakan memiliki fokus utama yang sama dengan penelitian sosial terapan, yaitu dalam pemecahan masalah praktis. (Nugroho, 2003)

Penelitian kebijakan berorientasi pada tujuan, begitu juga pada alat yang di libatkan dalam suatu arah tindakan yang di usulkan. Penelitian kebijakan memiliki prespektif sistem, artinya perhatian di arahkan pada tujuan keseluruhan satuan sosial yang di pengaruhi oleh kebijakan yang di usulkan, penelitian kebijakan berpusat pada tindakan, Salah satu fungsinya bukan semata-mata untuk menghasilkan prediktor atau deskriptor mengenai kondisi- kondisi atau mengenai kebutuhan di mana kebutuhan kebijakan harus disampaikan, melainkan juga menghasilkan dan memvalidasi tindakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Nugroho, 2003)

Berdasarkan UUD 45 pasal 34 ayat (1) yang menyebutkan bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara dan di perkuat pada ayat (3) yang menyebutkan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi yang selanjutnya akan di singkat sebagai RSUD. Kab. Bekasi, adalah merupakan perwakilan pemerintah atau perpanjanagn tangan pemerintah dalam melaksanakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat,

pihak RSUD menyadari bahwa suka ataupun tidak suka RSUD memiliki peran dan tugas dalam melayani PGOT secara paripurna.

RSUD. Kab. Bekasi mengemban amanat UUD 45 tersebut telah berusaha memberikan pelayanan secara paripurna dalam pengelolaan PGOT dan telah membuat berbagai kebijakan ataupun peraturan internal berupa standar prosedur operasional untuk penanganan pasien pengemis, gelandangan dan orang terlantar, akan tetapi dalam penyelenggaraannya RSUD Kab. Bekasi mengalami kendala disaat akan memulangkan atau menguburkan pasien PGOT pascaperawatan paripurna yang telah dilakukan oleh bagian pelayanan. Maka dari itu diharapkan terjadi kerjasama lintas sektor antara kepolisian, dinas kesehatan, dinas sosial ataupun dengan pemerintahan daerah dalam permasalahan pemulangan dan penguburan PGOT.

Sebagai contoh setelah pihak rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan atau perawatan kepada PGOT pihak rumah sakit masih harus sibuk menangani sendiri dalam hal mencarikan tanah perkuburan bagi korban meninggal, ataupun bingung kemana harus memulangkan PGOT yang sudah sehat yang seharusnya tugas-tugas tersebut ditangani oleh berbagai instansi terkait. Misalnya untuk pemakaman dilakukan kerjasama lintas sektor dengan dinas sosial dan dinas pemakaman. Hal ini dikarenakan Sarana dalam kamar jenazah rumah sakit belum dilengkapi dengan kulkas pendingin mayat, sehingga pihak rumah sakit tidak dapat menyimpan mayat dan harus langsung dikuburkan. Sedangkan bagi pasien yang tidak mempunyai keluarga ataupun tempat tinggal yang jelas, pemulangan pasien dapat dilakukan kerjasama dengan dinas sosial untuk tidakn lanjutnya.

Yang terjadi saat ini di RSUD kab. Bekasi, pasien meninggal, proses pemulasaraan jenazah dilakukan oleh pihak rumah sakit, tetapi untuk mencari tanah pekuburan sangat sulit. Maka dari itu diharapkan terjadi kerja sama lintas sektor yang baik antara rumah sakit dengan dinas sosial, dan rumah sakit dengan kepolisian dan instansi terkait lainnya, dalam bertanggung jawab apabila suatu saat ada pihak keluarga yang datang mencari.

Pada pasien rumah sakit yang sudah kembali sehat pascaperawatan tetapi tidak memiliki alamat pasti , kurang waras atau gila , pihak rumah sakit pun

kebingungan untuk memulangkan pasien. Pernah pada suatu waktu pasien di tinggalkan saja di jalanan di luar daerah kabupaten bekasi, hal ini dirasa pihak rumah sakit kurang manusiawi tetapi rumah sakit tidak dapat berbuat apa-apa. Maka dari itu rumah sakit mengharapkan adanya kerjasama lintas sektoral antara kepolisian, dinas sosial, ataupun dinas lain yang terkait, secara struktural dan dikuatkan dengan perda, mengenai pemulangan atau penguburan pasien PGOT.

Berikut peneliti memperoleh data selama masa residensi, mulai dari tanggal 31 Mei 2011 hingga 5 Agustus 2011, terdapat 14 pasien PGOT. Setiap pasien tersebut ada yang langsung dapat di tanggung oleh jamkesmas atau jamkesda. Tetapi untuk pasien PGOT tanpa identitas pihak rumah sakit melakukan sesuai standar prosedur operasional yang ada, untuk pasien meninggal pihak rumah sakit sangat berharap agar dapat dilakukan kerja sama lintas sektor, agar rumah sakit dapat dengan efektif dan efisien dalam melakukan pelayanan terhadap masyarakat lain. Perlu dipertimbangkan bahwa RSUD kab. Bekasi merupakan rumah sakit rujukan, yang mungkin pada masa yang akan datang akan memperoleh banyak pasien PGOT.

Tabel 1.1. Data Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar Pascaperawatan Selama Residensi Mei 2011 – Agustus 2011

No	Tanggal	Pasien PGOT	Keterangan
1	31 Mei 2011	Hadi dermawan	Diabetes Melitus Sehat
2	08 Mei 2011	Hasan	UGD Sehat
3	08 Mei 2011	Sear binti kotun	UGD Meninggal
4	13 Juni 2011	Hardi Dermawan	Diabetes Melitus Ulkus Sehat
5	13 Juni 2011	Sumiati	Hemi Paresis Surat Dinsos Meninggal
6	20 Juni 2011	Endang	PP/ HT Stasiun Cibitung Meninggal
7	14 Juli 2011	Bayi Ny Eka septi	Surat Dinsos Meninggal
8	15 Juli 2011	Tn.X	Fraktur Terbuka

No	Tanggal	Pasien PGOT	Keterangan
			Surat Dinsos Belum paripurna
9	22 Juli 2011	ny.X Umur 50 tahun	UGD Struk Hemorhagi Meninggal
10	1 Agustus`2011	Tn.X 32 Tahun	DOA
11	24 Juli 2011	Nona X 12 tahun	UGD (trauma capitis) Meninggal
12	5 Agustus 2011	Nona X 60 Tahun	UGD Meninggal
13	5 agustus 2011	Sukirman 75 Tahun	UGD Meninggal
14	5 Agustus 2011	Tn.. X 80 Tahun	UGD Meninggal

Sumber : Bagian Tata Umum RSUD Kabupaten Bekasi.

## 1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang teridentifikasi oleh peneliti, maka dapat dirumuskan menjadi sebagai berikut :

1. Kebijakan internal Rumah Sakit yang ada mengenai pemulangan perlu melibatkan kerjasama lintas sektoral karena yang ada sekarang hanya mengatur berkas pada internal RSUD saja, dan belum adanya kebijakan mengenai penguburan pasien PGOT. Implementasi pada pelaksanaan kebijakan pemulangan pasien diperlukannya suatu evaluasi sehingga dapat mengatasi permasalahan yang ada.
2. Dibutuhkannya suatu Kebijakan dari Pemerintah daerah dapat berupa Perda ataupun Peraturan Bupati yang mengatur mengenai instansi yang bertanggung jawab mengenai proses Pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD Kab. Bekasi, kebijakan ini dapat digunakan sebagai payung hukum dalam pelaksanaan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT dan kerjasama lintas sektoral antar instansi dapat terlaksana secara efektif dan efisien.

3. PGOT yang berada pada lingkungan Kabupaten Bekasi , merupakan tanggungjawab bersama Pemerintah dan Rumah Sakit. Dimana Rumah Sakit berfokus pada Proses pelayanan kesehatan priputna dan Instansi pemerintah yang terkait dapat turut serta dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT, sehingga diperlukan kerjasama lintas sektoral yang terintegrasi, bersinergis dan berkesinambungan, agar dapat terjadi suatu proses yang seefektif dan efisien mungkin. kerjasama ini dapat terjadi apabila point perumusan masalah no 2 dapat terlaksana dengan baik.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Didapatkannya suatu rekomendasi kebijakan pada proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT, baik pada kebijakan yang telah berlangsung ataupun belum terdapat kebijakan pada proses tersebut, sehingga terjadi kerjasama lintas sektoral yang terintegrasi dan melibatkan seluruh pihak, sistem dan stakeholder pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Diperolehnya informasi mengenai akar permasalahan pada proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD Kabupaten Bekasi sehingga dapat diberikan solusi yang tepat guna
2. Diperolehnya faktor –faktor penunjang atau penghambat pada proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT pascaperawatan pada RSUD kab.Bekasi dalam melaksanakan Proses tersebut.
3. Memberikan masukan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi diharapkan dapat menjadi masukan bagi Peraturan daerah atau peraturan Bupati mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT.
4. Memberikan informasi mengenai dasar kerjasama lintas sektoral yang dapat di jalin antara pihak RSUD Kab. Bekasi dengan pemerintah, dalam proses ini salah satunya adalah Dinas Sosial.

#### 1.4. Manfaat Penelitian

1. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat diaplikasikan dan digunakan sebagai masukan dalam penentuan kebijakan pemulangan atau penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi.
2. Manfaat Akademis : Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah literatur dan sumber informasi di lingkungan Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Manfaat metodologis: Hasil Penelitian sebagai kajian ilmiah diharapkan dapat menjadi wacana dalam menambah pengetahuan dan wawasan bagi peneliti berikutnya.

#### 1.5. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Kebijakan internal Rumah Sakit dan Lintas sektoral yang ada pada proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT pada RSUD Kab. Bekasi. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif yang berlangsung selama bulan Agustus 2011 –Mei 2012. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan *focused group discussion* kepada para stakeholder eksternal rumah sakit (pemerintah daerah, dinas sosial, dinas kesehatan dan kepolisian), dan stakeholder internal RSUD kab. Bekasi (Direktur RSUD kabupaten Bekasi, Bidang pelayanan, Bidang keperawatan, Bidang umum, Bidang Rekam Medik) dan penanggung jawab serta pelaksana dari instalasi –instalasi pada RSUD Kab. Bekasi .

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kebijakan Publik

#### 2.1.1 Pengertian Kebijakan Publik

Definisi dari kebijakan atau kajian yang dilakukan dalam wilayah kebijakan pada umumnya dilaksanakan dari sudut pandang kebijakan yang dihasilkan oleh pemerintah atau merupakan kebijakan publik. Beberapa definisi dan karakteristik dari kebijakan telah dapat diidentifikasi, dan kebanyakan berada dalam kerangka perumusan kebijakan Pemerintah. Walaupun demikian kebijakan dapat diaplikasikan dalam organisasi lain seperti perusahaan, organisasi profit ataupun non profit, organisasi nirlaba dan lain-lain, namun peneliti disini mencoba mengaplikasikan pada organisasi Rumah Sakit.

Kebijakan (*policy*) adalah prinsip atau cara bertindak yang di pilih untuk mengarahkan pengambilan keputusan. Menurut Ealu dan Prewitt(1973) dalam (nawawi,2009) kebijakan adalah sebuah ketetapan yang berlaku yang dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuatnya ataupun yang mentaatinya (yang terkena kebijakan itu) Timtuss (1974 ) mendefinisikan kebijakan sebagai prinsip-prinsip yang mengatur tindakan yang di arahkan pada tujuan- tujuan tertentu. Kebijakan menurut Timtuss senantiasa berorientasi pada masalah (*problem oriented*) dan berorientasi pada tindakan ( *action oriented*).

Dalam tema sehari-hari di Indonesia kata *public* dipahami sebagai negara atau umum. Dalam prespektif sosiologi dan psikologi istilah *pubes* seringkali disebut dalam tema lain yaitu *puber*, yang kemudian di interpretasikan sebagai tahapan kehidupan sosial dalam masa transisi dimana yang pada mulanya berorientasi pada diri sendiri menjadi memikirkan orang lain di luar dirinya. Dalam bahasa Yunani istilah publik sering dipadankan pula dengan istilah *konon* atau dalam bahasa Inggris dikenal juga sebagai *common* yang bermakna hubungan antara individu. Oleh karena itu, publik sering di konsepsikan sebagai sebuah ruang yang berisi dengan aktivitas manusia yang dipandang perlu diatur atau di intervensi oleh pemerintah atau aturan sosial atau setidaknya oleh tindakan bersama ( Wicaksono,2006).



Kebijakan publik diarahkan untuk memecahkan masalah publik untuk memenuhi kepentingan dan penyelenggaraan urusan-urusan publik. Kebijakan publik sejauh mungkin diupayakan berada dalam rel kebijakan yang ber asas pada sebesar-besarnya kepentingan publik (Indiahono:19,2009)

Eulau dan Prewitt (1973), Jones (1991) dalam (nawawi,2009) mengamati kebijakan di bedakan dari tujuan kebijakan, niat-niat kebijakan dan pilihan kebijakan. Apa yang diberikan berikut ini berguna untuk membedakan beberapa komponen kebijakan umum, misalnya :

1. Niat (*intentions*), tujuan sebenarnya dari sebuah tindakan.
2. Tujuan (*goals*) keadaan akhir yang hendak di capai.
3. Rencana atau usulan (*plans or proposal*) cara yang di tetapkan untuk mencapai tujuan
4. Program, cara yang di sahkan untuk mencapai tujuan
5. Keputusan atau pilihan (*decisions or choice*), tindakan-tindakan yang dapat di ambil untuk mencapai tujuan, mengembangkan rencana, melaksanakan dan evaluasi program.
6. Pengaruh (*effects*), dampak dari program yang dapat di ukur yang diharapkan dan yang tidak di harapkan, yang bersifat primer atau bersifat sekunder.

Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa kebijakan merupakan suatu ketetapan yang memuat prinsip-prinsip dalam mengarahkan cara dalam bertindak dan dibuat secara terencana dan konsisten dalam mencapai tujuan tertentu.

Menurut Parson dalam (Nawawi,2009) Kebijakan Publik pada dasarnya desain bidang publik berbeda dengan privat. Ide kebijakan publik mengandung anggapan bahwa satu ruang atau domain dalam kehidupan yang bukan privat atau murni milik individual, tetapi milik bersama atau umum. publik itu sendiri berisi aktivitas manusia yang di pandang perlu diatur atau di intervensi oleh pemerintah atau aturan sosial. Kondisi itu merupakan suatu upaya untuk mencapai kesejahteraan masyarakat, dan berkaitan dengan pembangunan manusia seutuhnya.

Pada dasarnya menurut Riant Nugroho (2003) terdapat dua pemahaman dalam memahami kebijakan publik yaitu *kontinentalis* dan *anglo-saxonis*.

Pemahaman *kontinentalis* melihat bahwa kebijakan publik adalah turunan dari hukum. Pemahaman *anglo-saxon* memahami bahwa kebijakan publik adalah turunan dari politik- demokrasi sehingga melihatnya sebagai sebuah produk interaksi antara negara dan publik.

*Kontinentalis* memandang hukum merupakan suatu bentuk dari kebijakan publik dari sisi wujud maupun produk, proses, atau dari sisi muatan. Dari sisi produk atau wujud, karena kebijakan publik dapat berupa hukum, dapat juga berupa konvensi atau kesepakatan, bahkan pada tingkat tertentu berupa keputusan lisan atau perilaku dari pejabat publik. Kebijakan publik, di sisi lain merupakan produk yang memperjuangkan kepentingan publik, yang filosofinya adalah mensyaratkan pelibatan publik sejak awal hingga akhir.

*Anglo-saxonist* memahami kebijakan publik sebagai sebuah proses politik yang demokratis. Pemahamannya didasari oleh pemikir liberal Inggris John Stuart Mills (1806-1873), yang karyanya *On Liberty* (1859), gagasan dasarnya adalah bahwa semua orang mempunyai hak dan kebebasan yang sama.

Kebijakan publik dalam berbagai kepastakaan Internasional disebut juga sebagai *public policy*. Kebijakan publik merupakan suatu kebutuhan pokok bagi setiap administrasi publik. (Nugroho, 2003)

Terdapat banyak definisi mengenai kebijakan publik, definisi tersebut tentunya mempunyai makna yang berbeda-beda. Sehingga pengertian tersebut dapat diklasifikasikan menurut sudut pandang masing-masing penulisnya, berikut merupakan beberapa definisi mengenai kebijakan publik:

1. **David Easton (1969) :**

*“Public policy is the authoritative allocation of values for the whole society”*

Kebijakan Publik adalah pengalokasian nilai- nilai secara sah atau secara paksa kepada seluruh masyarakat. Dalam hal ini hanya pemerintah yang dapat melakukan suatu tindakan kepada masyarakat dan tindakan tersebut merupakan bentuk dari sesuatu yang dipilih oleh pemerintah yang merupakan bentuk dari pengalokasian nilai-nilai kepada masyarakat. Berdasarkan definisi diatas menurut Easton dalam menyelesaikan masalah publik dapat diklasifikasikan sebagai intervensi pemerintah.

## 2. Carl J. Friedrich :

*“Public Policy is a proposed course of action of a person, group or government within a given environment providing obstacles and opportunities which the policy was proposed to utilize and overcome in an effort to reach a goal or realize an objective or purpose.”*

Kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang di usulkan seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan- hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Definisi ini dapat diklasifikasikan sebagai intervensi pemerintah(intervensi sosio-kultural) dengan mendayagunakan berbagai instrumen (baik kelompok, individu maupun pemerintah) untuk mengatasi persoalan publik.

## 3. Harold D. Lasswell & Abraham Kaplan :

*“Public Policy is a projected program of goals, values and practices”*

Kebijakan publik adalah suatu program pencapaian tujuan, nilai- nilai dan praktik yang terarah.

## 4. George C Edwards III & Ira Shkansky:

*“ Public policy is what governmentsay and do, or do not do. It is the goals or purposes of government programs”*

Kebijakan publik adalah apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah. Kebijakan publik itu berupa sasaran atau tujuan program-program pemerintah.

## 5. W.I Jenkins:

*“Public policy is a set of interrelated decisions taken by a political actor or group of actors concerning theselection of goals and the means of achieving them whitin a specified situation where these decision should, in principle, be within the power of these actors to achieve”*

Kebijakan publik adalah serangkaian keputusan yang saling terkait yang ditetapkan oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor politik berkenaan dengan tujuan yang dipilih beserta cara-cara untuk mencapainya dalam situasi dimana keputusan-keputusan itu pada dasarnya masih berada dalam batas-batas kewenangan kekuasaan dari pada para aktor.

6. **Thomas R. Dye :**

*“whatever governments choose to do or not to do”*

Maknanya menurut Dye adalah apapun kegiatan pemerintah baik yang eksplisit maupun implisit merupakan kebijakan. Bahkan menurut Dye “diamnya” pemerintah merupakan suatu kebijakan (Indiahono,2009). Definisi kebijakan publik ini diklasifikasikan sebagai (*decision making*) dimana pemerintah mempunyai wewenang untuk menggunakan keputusan otoritatif, termasuk keputusan untuk membiarkan sesuatu terjadi, demi teratasinya suatu persoalan publik.

7. **James E Anderson :**

*“Public policies are those policies developed by governmental bodies and officials”*

Kebijakan publik adalah kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Definisi kebijakan publik menurut anderson dapat diklasifikasikan sebagai proses manajemen, dimana di dalamnya terdapat fase serangkaian kerja pejabat publik ketika pemerintah benar-benar bertindak untuk menyelesaikan persoalan di masyarakat.

8. **Irfan Islamy :**

“Kebijakan Publik adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat”

9. **Henz Eulau dan Kenneth Previt (1973)**

Merumuskan kebijakan sebagai keputusan yang tetap, ditandai oleh kelakuan yang berkesinambungan dan berulang-ulang pada mereka yang membuat kebijakan dan yang melaksanakannya, ini merupakan *decision making* yaitu ketika pemerintah memilih untuk membuat suatu keputusan(*to do*) dan harus di laksanakan oleh semua masyarakat.

10. **Riant Nugroho :**

” kebijakan publik adalah jalan mencapai tujuan bersama yang dicita-citakan.”

Jika cita-cita bangsa Indonesia adalah mencapai masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila ( Ketuhanan, Kemanusiaan, Persatuan, Demokrasi,

dan Keadilan) dan UUD 1945 ( Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan hukum dan tidak semata mata kekuasaan).

“ maka kebijakan publik adalah seluruh prasarana dan sarana untuk mencapai tempat tujuan tersebut.”

Jadi dapat berdasarkan arti dari beberapa tokoh diatas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik “merupakan suatu proses atau rangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemangku kebijakan guna mencari solusi dari sebuah permasalahan demi kepentingan publik dan mencapai tujuan bersama”.

Berdasarkan kesimpulan di atas peneliti menggunakan dasar pola pikir tersebut guna menyelesaikan permasalahan yang terdapat di RSUD Kabupaten Bekasi mengenai Kebijakan Pemulangan Dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan Dan Orang Terlantar Pascaperawatan. Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat digunakan dalam merumuskan kebijakan yang sesuai dengan kepentingan masyarakat dan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi.

### **2.1.2 Model Kebijakan**

Model Kebijakan (*policy models*) adalah representasi sederhana mengenai aspek-aspek yang terpilih dari suatu kondisi masalah yang di susun untuk tujuan tujuan tertentu. Model kebijakan dapat dinyatakan sebagai konsep, diagram, grafik, atau persamaan matematika. Mereka dapat digunakan tidak hanya untuk menerangkan, menjelaskan, memprediksikan elemen-elemen suatu kondisi masalah melainkan juga untuk memperbaikinya dengan merekomendasikan serangkaian tindakan untuk memecahkan masalah- masalah tertentu. Seperti halnya masalah kebijakan, model kebijakan merupakan alat artifisial untuk menyusun secara imajinatif dan menginterpretasikan pengalaman kita tentang situasi masalah (dunn,2003)

Model model kebijakan merupakan penyederhanaan suatu sistem masalah dan membantu mengurangi kompleksitas dan menjadikannya dapat di kelola oleh para analis kebijakan. Model model kebijakan dapat membantu membedakan hal-hal yang esensial dan tidak esensial dari situasi masalah, mempertegas hubungan di antara faktor-faktor atau variabel-variabel ening, dan membantu menjelaskan

dan memprediksikan konsekuensi - konsekuensi dari pilihan-pilihan kebijakan. (Dunn,2003)

Dalam buku *public policy* ( Nawawi,2009) disebutkan bahwa para pakar dan ahli mendefinisikan model dengan formulasi yang berbeda –beda, antara lain definisi model sebagai berikut :

1. Bill dan Hardgrave (1979:14-28) mengemukakan model sebagai suatu gambaran teoritis yang di sederhanakan dari dunia nyata: I merupakan suatu bangunan isomorphic dari realitas atau mendahului kenyataan
2. Mustopadidjaja (2003) berpendapat bahwa model adalah teori dasar atau cara pandang yang fundamental dilandasi nilai-nilai tertentu dan berisikan teori pokok, konsep, asumsi, metodologi atau cara pendekatan yang dipergunakan para praktisi dalam menanggapi suatu permasalahan tertentu.
3. Gass dan Roger I sisson eds(1974) mengemukakan bahwa model kebijakan (*policy model*) adalah representasi sederhana mengenai aspek-aspek yang terpilih dari suatu konsesi masalah yang di susun untuk kondisi tertentu.

Dalam bukunya William N Dunn menjelaskan mengenai tipe-tipe model kebijakan, Model kebijakan dapat dibandingkan dan di kontraskan dari berbagai dimensi, yang paling penting diantaranya adalah membantu membedakan tujuan, bentuk ekspresi dan fungsi metodologi dari model.

Dimensi terakhir yang penting dari model-model kebijakan berhubungan dengan asumsi mereka. Lepas dari tujuan atau bentuk ekspresinya, model kebijakan dapat dipandang sebagai pengganti(*surrogates*)atau sebagai prespektif (*prespectives*).

Tabel 2.1 Model kebijakan menurut William N Dunn tahun 2003

Model Kebijakan	Penjelasan	Contoh
Model Deskriptif	Model ini digunakan untuk memantau hasil dari aksi-aski implementasi kebijakan.	Daftar tahunan dari indikator sosial yang dipublikasikan oleh kantor management dan anggaran
Model Normatif	Model ini tidak hanya untuk menjelaskan atau memprediksi, tetapi juga memberikan dalil dan rekomendasi untuk mengoptimalkan pencapaian beberapa utilitas (nilai). Model ini tidak hanya memungkinkan kita memperkirakan nilai-nilai masa lalu, masa kini dan masa yang akan datang dari variabel hasil, tapi memungkinkan kita mengoptimalkan pencapaian suatu nilai.	Model normatif yang sederhana adalah melipat gandakan bunga tabungan atau bunga pinjaman
Model Verbal	Model ini di ekspresikan dalam bahasa sehari-hari secara komunikatif, bukan bahasa logika simbolis dan matematika. Penilaian nalar menghasilkan argumen untuk membuat prediksi dan menawarkan rekomendasi.	Model verbal presiden kenedi merupakan Argumen yang mendukung dan menentang blokade angkatan laut Uni Soviet selama Krisis Misil Kuba tahun 1962
Model simbolis	Model ini menggunakan simbol-simbol matematis untuk dapat menerangkan hubungan diantara variabel-variabel kunci yang dipercaya sebagai ciri suatu masalah. Prediksi atau solusi optimal diperoleh dari model simbolis dengan meminjam metoda matematika, statistika, dan logika.	Model simbolis yang paling sering digunakan adalah persamaan linear yang sederhana $Y=a+bX$

Model Kebijakan	Penjelasan	Contoh
Model Prosedural	Model ini menampilkan hubungan dinamis diantara variabel yang di yakini jadi ciri suatu masalah kebijakan. Prediksi dan solusi yang optimal diperoleh dengan menstimulasikan dan meneliti seperangkat hubungan yang tidak dapat diterangkan dengan baik.	Pertumbuhan ekonomi, konsumsi negeri dan suplai makanan dalam tahun-tahun mendatang

Secara realitas model kebijakan harus bermanfaat sebagai ; Penyederhanaan sistem masalah (*messes*), membantu membedakan hal-hal yang esensial dan tidak esensial, mempertegas faktor dan variabel penting, model juga dapat membantu dalam membuat asumsi eksplisit, model kebijakan bukan merupakan pilihan karena setiap orang menggunakan beberapa model.

### 2.1.3 Identifikasi Masalah Kebijakan

Menurut (Quade,1982) Ketika akan memulai suatu studi, peneliti harus menginterogasi atau mewawancarai pihak-pihak terkait, dan orang yang bertanggung jawab langsung pada situasi permasalahan tersebut.berikut beberapa contoh pertanyaan yang dapat di ajukan.

1. Bagaimana suatu permasalahan itu muncul? Mengapa itu menjadi sebuah permasalahan ?
2. Siapa sajakah yang berfikir bahwa itu merupakan suatu permasalahan bersama?
3. Mengapa diperlukan suatu solusi? Pendalaman pertanyaan yang dapat dilakukan apa yang akan terjadi dengan solusi tersebut? Apakah semua orang akan bertindak sesuai dengan rekomendasi tersebut?
4. Seperti apakah seharusnya bentuk solusi yang di inginkan? Solusi apa yang sekiranya dapat di terima?
5. Apakah ini benar-benar merupakan suatu permasalahan? Apakah ini hanya merupakan manifestasi dari sebuah permasalahan yang lebih besar dan dalam?apakah tidak lebih baik menangani masalah yang lebih besar jika ada?



Dengan pertanyaan-pertanyaan ini penulis mencoba menanyakan kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah agar mendapatkan gambaran yang jelas mengenai inti dari permasalahan tersebut, dari jawaban yang diberikan beberapa informan peneliti menemukan fakta bahwa untuk pemulangan sudah terdapat kebijakan internal akan tetapi untuk penguburan belum terdapat kebijakan dalam proses tersebut yang mengatasi masalah pemulangan dan penguburan pasien pengemis, gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi.

Dalam mengidentifikasi menurut (Quade,1982) suatu permasalahan diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu :

1. *Source and Background of the Problem.*

Sumber dan latar belakang dari permasalahan dapat dijelaskan secara singkat sehingga didapatkan gambaran yang jelas dari inti suatu permasalahan yang terjadi.

2. *Reasons for Attention*

Alasan suatu masalah untuk diperhatikan. Merupakan penjelasan mengapa suatu situasi memerlukan perhatian dan analisis. Ini dapat membantu dalam menentukan berapa banyak dan apa saja yang harus disiapkan oleh analis.

3. *Groups or Institutions Toward Which Corrective Activity Directed*

Menggambarkan dengan jelas siapakah sasaran dari suatu program analisis, apakah suatu instansi yang terkait dengan permasalahan tersebut, ataukah pemerintah sebagai pengeksekusi teakhir.

4. *Beneficiaries and Losers*

Peneliti harus dapat menentukan kebijakan dengan keuntungan terbesar dan bagi orang banyak dan mengurangi kerugian di setiap elemen.

5. *Related Programs and Activity*

Peneliti harus dapat menemukan apakah sudah terdapat program terkait dengan kebijakan tersebut, atau aturang baku mengenai permasalahan tersebut.

6. *Goals and Objectives*

Jika suatu permasalahan dapat digambarkan dengan jelas, tepat dan benar, maka peneliti harus dapat mengarahkan suatu solusi kepada pencapaian suatu tujuan dan maksud. Agar solusi tersebut dapat diterima dengan baik oleh setiap pelaksanaan kebijakan.

#### 7. *Criteria and Effectiveness*

Permasalahan tersulit adalah menentukan pengukuran kriteria dan kebijakan yang paling efektif bagi suatu permasalahan tersebut. Kriteria dibutuhkan untuk menentukan alternatif-alternatif kebijakan untuk penelitian lebih lanjut.

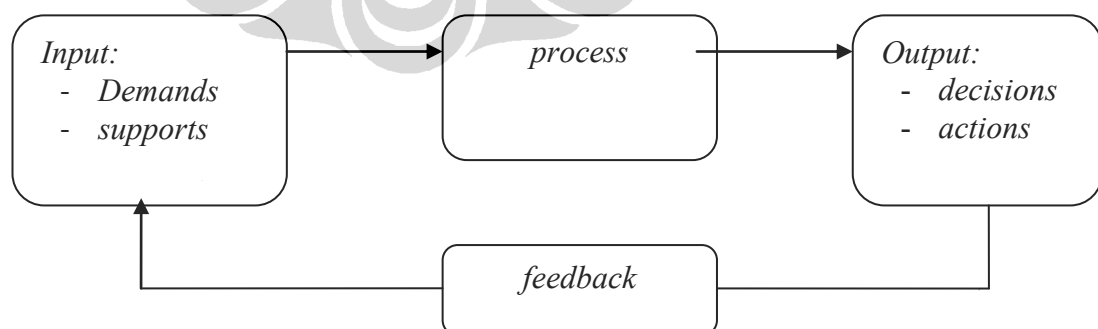
#### 8. *The Framework for Analysis*

Tipe sebuah konsep penelitian harus dapat merangkum dengan jelas semua permasalahan yang terjadi dan meng gambarkannya secara terarah dan detail agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

### 2.1.4 Sistem Kebijakan Publik

Pembuatan kebijakan adalah proses yang pasti di jumpai dalam setiap sistem politik. Bahkan dapat dikatakan bahwa produk dari sistem politik adalah kebijakan. Adapun komponen- komponen dari sistem politik atau sistem kebijakan adalah tindakan (*actions*) pelaku (*actors*) dan orientasi nilai (*value orientation*). Sementara itu antar- hubungan dari keseluruhan komponen tersebut berproses secara resiprokal sehingga membentuk pola sistemik sebagai berikut : *input-process-output-feedback* (Sjaaf,2001)

Gambar 2.1 Sistem politik atau kebijakan



Sumber : Amal C Sjaaf. *Bahan kuliah Politik dan kebijakan kesehatan*. Depok : Program Paska Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 2001

Bagan tersebut memperlihatkan bahwa kebijakan (*policy*) atau keputusan (*decisions*) merupakan *output* atau keluaran dari sistem politik. Kebijakan dibuat oleh sistem politik untuk : pada tahap pertama menanggapi tuntutan dan dukungan dari semua aktor yang terlibat dalam sistem, yang meminta agar kebutuhan atau kepentingan dipenuhi oleh sistem; dan pada tahap kedua mengelola atau merespons umpan balik (*feedback*) yang berasal dari atau di akibatkan oleh keluaran sistem politik itu sendiri (Sjaaf,2001).

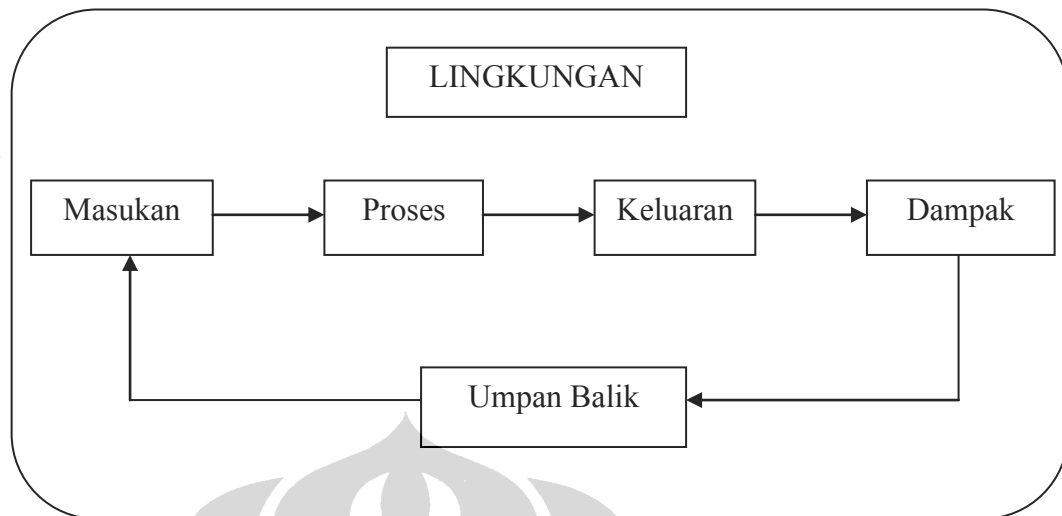
Menurut pandangan David Easton kebijakan publik dapat dilihat sebagai suatu sistem yang terdiri dari input, konversi, dan output. Teori sistem berpendapat bahwa pembuatan kebijakan publik dapat dilepaskan dari pengaruh lingkungan. Tuntutan terhadap kebijakan dapat dilahirkan karena pengaruh lingkungan dan kemudian di transformasikan kedalam sistem politik.

Menurut (Azwar,1988) sesuatu dapat disebut sebagai sistem, apabila memiliki beberapa ciri pokok suatu sistem, ciri-ciri pokok tersebut dapat dibedakan menjadi 4 macam:

1. Terdapat elemen atau bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi kesemuanya dan membentuk satu kesatuan. Dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
2. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing elemen atau bagian yang membentuk satu kesatuan dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang di rencanakan.
3. Dalam melaksanakan fungsi ini, kesemuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana telah di rencanakan.
4. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

Dari elemen-elemen tersebut (Azwar,1988) menggambarkan secara sederhana hubungan dari elemen-elemen tersebut kedalam elemen-elemen yang lebih dikenal dengan ; masukan (*input*), proses (*process*), Keluaran (*output*), Umpan Balik (*feedback*), Dampak (*Impact*), Lingkungan (*environment*).

Gambar 2.2 Desain Sistem

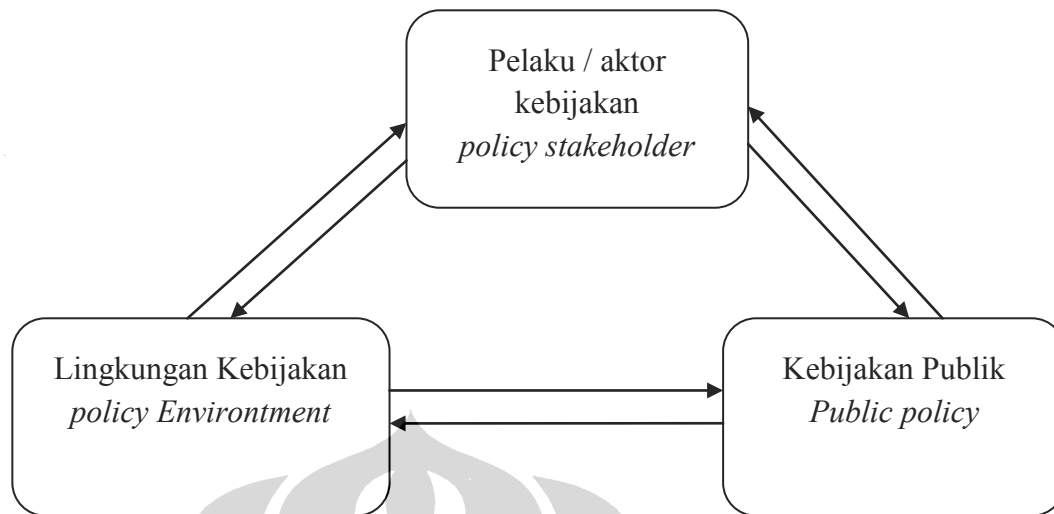


Sumber : Azrul Azwar.1988.

Analisis kebijakan adalah salah satu diantara sejumlah banyak aktor lainnya di dalam sistem kebijakan. Suatu sistem kebijakan (*policy system*) atau seluruh pola institusional dimana di dalamnya kebijakan di buat, mencakup hubungan timbal balik antara tiga unsur, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan.

1. Kebijakan publik atau (*public policies*) merupakan rangkaian pilihan yang kurang lebih saling berhubungan (termasuk keputusan-keputusan untuk bertindak) yang dibuat oleh badan atau pejabat pemerintah.
2. Pelaku Kebijakan (*policy stakeholders*) Para individu atau kelompok individu yang mempunyai andil di dalam kebijakan karena mereka mempengaruhi dan di pengaruhi oleh keputusan pemerintah.
3. Lingkungan kebijakan (*policy environment*) Konteks khusus dimana kejadian-kejadian di sekeliling isu kebijakan terjadi, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh pembuat kebijakan dan kebijakan publik.

Gambar 2.3 Hubungan Tiga Elemen Sistem Kebijakan, (dunn,2003)



Aktor kebijakan merupakan setiap orang atau pelaku yang terlibat dalam suatu kebijakan, baik pada tahap perumusan, pelaksanaan, maupun pengawasan. Aktor yang paling dominan dalam tahap perumusan kebijakan, dalam artian mempunyai kekuasaan atau wewenang untuk menentukan isi dan memberikan legitimasi terhadap rumusan dari kebijakan tersebut, disebut sebagai pembuat kebijakan (*policy maker*). (Sjaaf, 2001)

Maka dari itu sistem kebijakan sistem kebijakan berisi proses yang bersifat dialektis, yang berarti bahwa dimensi obyektif dan subyektif dari pembuat kebijakan tidak terpisahkan di dalam prakteknya. Sistem kebijakan adalah produk manusia yang subjektif yang diciptakan melalui pilihan-pilihan yang sadar oleh para pelaku kebijakan. (dunn, 2003)

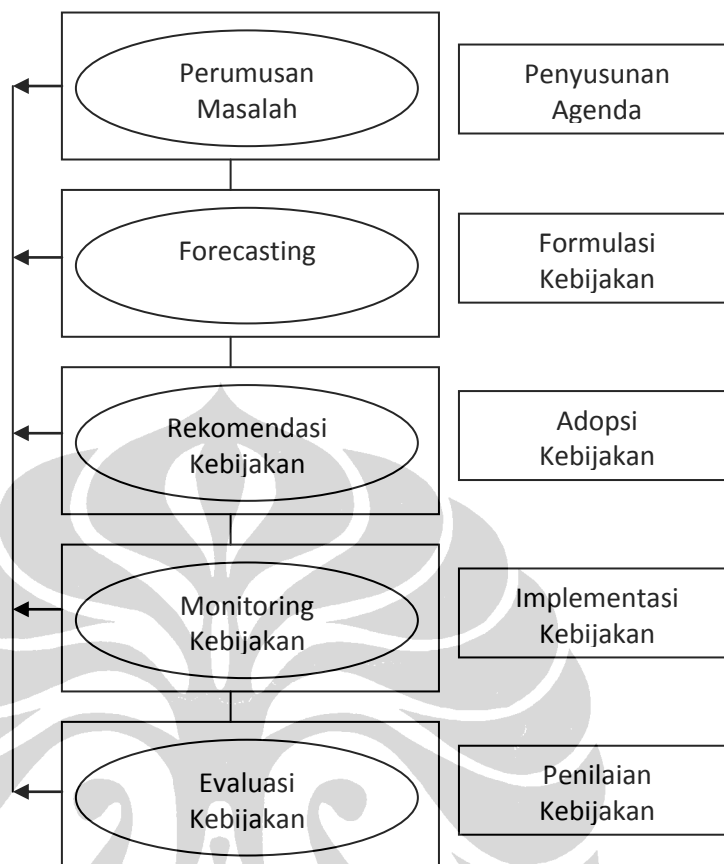
### 2.1.5 Tahapan Pembuatan Kebijakan Publik

Dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik yang terbaik adalah kebijakan yang mendorong setiap warga masyarakat untuk dapat membangun daya saingnya masing masing, dan bukan menjerumuskan kedalam suatu pola ketergantungan

Terdapat tiga hal yang penting dalam kebijakan publik yaitu : perumusan kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan.

Kebijakan publik dapat Lebih mudah dipahami jika di kaji tahap demi tahap. Inilah yang menjadikan kebijakan publik “penuh warna” dan kajiannya amat dinamis. Berbicara mengenai proses kebijakan publik Dunn menggambarkan proses kebijakan sebagai berikut,

Gambar 2.4 Proses Kebijakan Publik



Tabel 2.2 Tahap Analisis Kebijakan

<b>Tahap</b>	<b>Karakteristik</b>
Perumusan Masalah	Memberikan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah
<i>Forecasting</i> (peramalan)	Memberikan informasi mengenai konsekuensi di masa mendatang dari diterapkannya alternatif kebijakan termasuk apabila membuat kebijakan.
Rekomendasi Kebijakan	Memberikan informasi mengenai manfaat bersih dari setiap alternatif dan merekomendasikan alternatif kebijakan yang memberikan manfaat bersih paling tinggi
Monitoring Kebijakan	Memberikan informasi mengenai konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya

	alternatif kebijakan termasuk kendala-kendalanya
Evaluasi Kebijakan	Memberikan informasi mengenai kinerja atau hasil dari suatu kebijakan

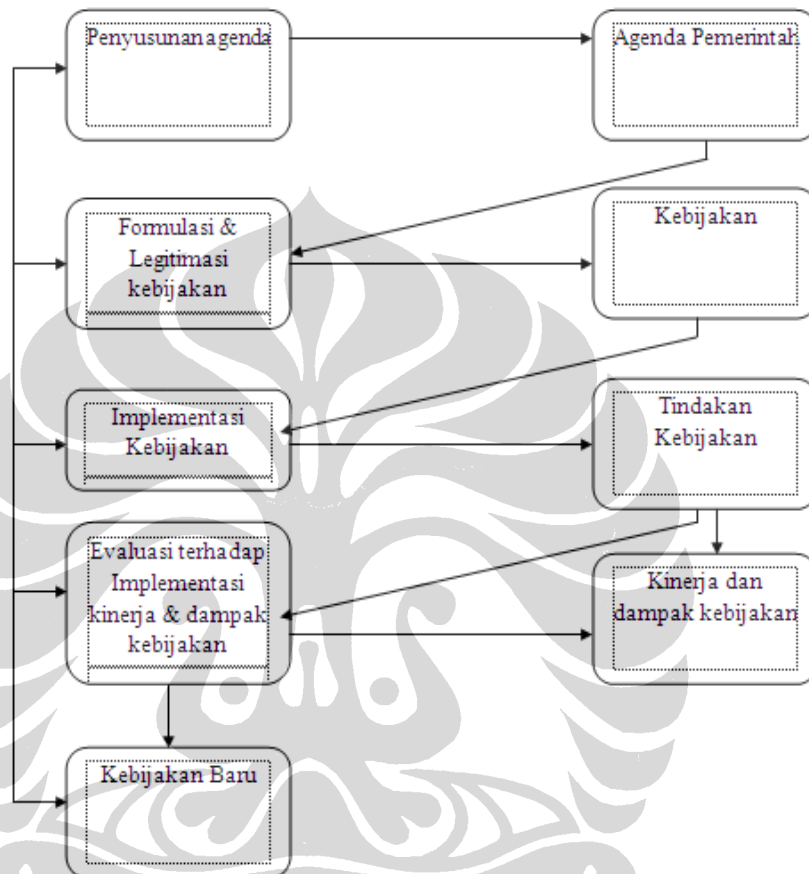
Sumber: Analisis Kebijakan Publik (Dunn, 2003)

Sedangkan Michael Howlet dan M. Ramesh dalam Ismail Nawawi menyatakan bahwa proses Kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut :

1. Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar satu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah. Penyusunan agenda kebijakan sebaiknya dilakukan berdasarkan tingkat urgensi dan esensi kebijakan. Dalam penyusunan agenda juga sangat penting untuk menentukan suatu isu publik yang akan di angkat dalam suatu agenda.
2. Formulasi kebijakan (*policy formulation*) yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah. masalah yang masuk dibahas oleh pembuat kebijakan dan dicari pemecahan terbaik. Dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakn yang di ambil untuk dapat memecahkan masalah.
3. Pembuatan kebijakan (*decision making*) yakni suatu proses dimana pemerintah menentukan untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan.
4. Implementasi kebijakan (*policy implementatin*) yakni proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mecapai hasil.
5. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan. Dalam hal ini evaluasi di pandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian evaluasi kebijakan dapat meliputi tahap perumusan masalah –masalah kebijakan. Program-program yang di usulkan untuk menyelesaikan asalh kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Sedangkan Ripley, (1985:49) menyebutkan tahapan atau proses kebijakan Publik diawali dengan penyusunan agenda, formulasi dan legitimasi kebijakan, evaluasi terhadap implementasi, dan kinerja dampak dan kebijakan baru, digambarkan pada gambar 2.4 berikut.

Gambar 2.5 Tahapan Kebijakan publik Ripley



Sumber: Public Policy (Nawawi,2009)



### 2.1.6 Argumentasi Kebijakan

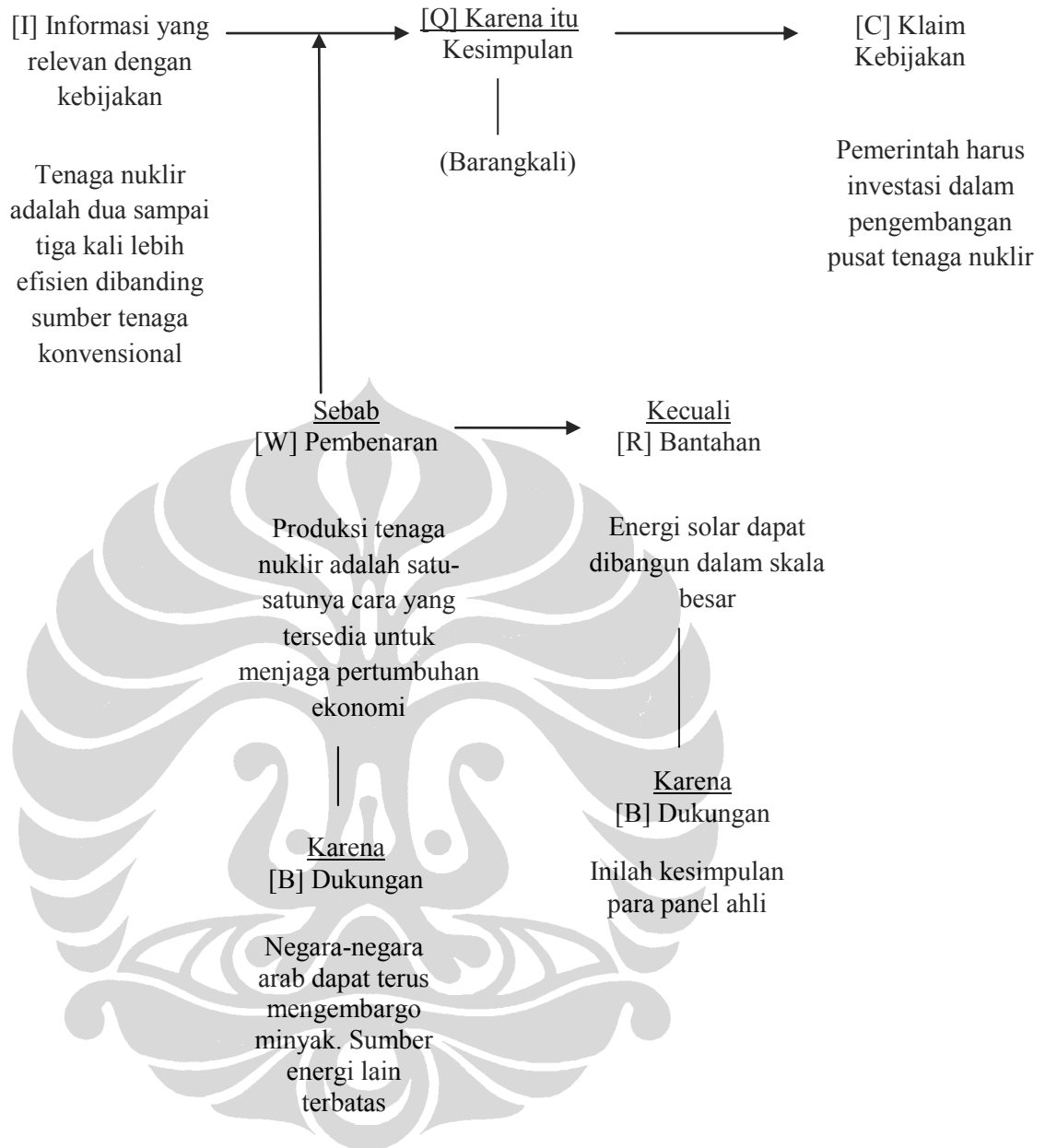
Analisis Kebijakan tidak berhenti pada penggunaan berbagai metode pengkajian untuk menghasilkan dan mentransformasikan informasi, yang tidak kalah pentingnya adalah penciptaan dan penilaian secara kritis klaim pengetahuan di dasarkan atas informasi tersebut.

Struktur argumen kebijakan mengilustrasikan bagaimana para analis dapat menggunakan informasi untuk merekomendasikan pemecahan bagi masalah-masalah kebijakan. Untuk merekomendasikan suatu solusi terhadap suatu masalah kebijakan, tergantung pada kemampuan analis untuk mendefinisikan faktor-faktor penyebab.

Dapat dilihat pada gambar 2.8 jika di uraikan maka argumen- argumen kebijakan mempunyai enam elemen atau unsur, yaitu:

1. Informasi yang relevan dengan kebijakan (*policy –relevant information*) **I** dihasilkan dari penerapan berbagai metode merupakan bukti dari kerja analisis. Informasi tentang masalah-masalah kebijakan, masa depan kebijakan, aksi-aksi kebijakan, hasil kebijakan dan kinerja kebijakan dapat disajikan dalam berbagai bentuk.
2. Klaim kebijakan (*policy claim*) **C** merupakan kesimpulan dari suatu argumen kebijakan.
3. Pembeneran (*warrant*) **W** pembeneran merupakan suatu asumsi di dalam argumen kebijakan yang memungkinkan analis untuk berpindah dari informasi yang relevan dengan kebijakan ke klaim kebijakan.
4. Dukungan (*backing*) **B** dukungan bagi pembeneran terdiri dari asumsi asumsi tambahan atau argumen-argumen yang dapat digunakan mendukung pembeneran yang tidak diterima pada nilai yan tampak.
5. Bantahan (*rebutal*) **R** bantahan merupakan kesimpulan kedua, asumsi atau argumen yang menyatakan kondisi di mana klaim asli tidak di terima, atau klaim asli hanya dapat diterima pada derajat penerimaan tertentu.
6. Kesimpulan (*qualifier*) **Q** kesimpulan mengekspresikan derajat dimana analis yakin terhadap suatu klaim kebijakan.

Gambar 2.6 Contoh elemen-elemen argumentasi dunn



### 2.1.7 Analisis Kebijakan

Proses pengkajian multidisiplin ilmu yang bertujuan menciptakan, menilai secara kritis dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Analisis kebijakan dapat diharapkan untuk menghasilkan informasi dan argumen-argumen yang masuk akal mengenai tiga macam pertanyaan: (1) **Nilai** yang pencapaiannya merupakan tolok ukur utama apakah masalah telah teratasi (2) **Fakta** yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian

nilai-nilai, dan (3) **Tindakan** yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai.(Dunn,2003)

Menurut E.S Quade,

*”policy analysis is a form of applied research carried out to acquire a deeper understanding of sociotechnical issues and to bring about better solution”*

analisis kebijakan adalah suatu bentuk penelitian terapan dilakukan untuk memperoleh pemahaman yang lebih dalam mengenai isu-isu *sociotechnical* dan untuk membawa solusi yang lebih baik.

Menurut Ham dan Hill (1984;Barker,1996; adisasmito,2006), kebijakan dapat dianalisa pada berbagai tingkat sistem politik , yaitu:

1. Tingkat Mikro, yaitu pada proses pengambilan keputusan dalam suatu organisasi.
2. Tingkat makro, yaitu yang menganalisa sistem politik, termasuk peranan pemerintah
3. Tingkat diantara keduanya

Menurut Adisasmito(2006), studi mengenai kebijakan dapat di klasifikasikan berdasarkan :

1. Tahapan proses pembuatan kebijakan

Berdasarkan pada tahapan proses pembuatan kebijakan, studi dapat menelaah pada tahapan ketika isu-isu di buat, tahapan *objective setting*, tahapan penentuan prioritas, tahapan mencari dan memilih opsi opsi, tahapan pelaksanaan dan tahapan evaluasi.

2. Tujuan Studi

Berdasarkan pada tujuannya, studi tentang kebijakan dapat dibagi atas empat kategori

- a. Bertujuan mencatat pendekatan kebijakan atau pelaksanaannya atau dampaknya, menurut MacPherson dan Midgley (1987; Barker,1996; adisasmito, 2006) studi jenis ini kurang bermanfaat karena tidak menganalisa apa yang terjadi.
- b. Betujuan mengevaluasi apakah kebijakan berjalan atau tidak. Bila berjalan, apakah berjalan dengan baik sesuai dengan kriteria tertentu.

Fokus studi ini bisa pada output atau outcome dari proses kebijakan dan bisa pula pada proses itu sendiri.

- c. Bertujuan menganalisa. Mereka menggunakan konsep dan model tertentu untuk menjelaskan kebijakan kesehatan yang abstrak dan penuh istilah teoritis serta untuk menginterpretasikan hasil pengamatan peneliti.
  - d. Sifatnya konsultatif. Studi ini tidak menganalisa kebijakan yang ada atau mencari penapat umum tentang kebijakan tertentu. Studi konsultatif hanya mencatat pendapat umum atau berusaha memahami pendapat umum dan mengembangkan proses konsultasi dengan publik.
3. Cara pendekatan

Berdasarkan pada berbagai pendekatan yang digunakan, studi kebijakan dibedakan :

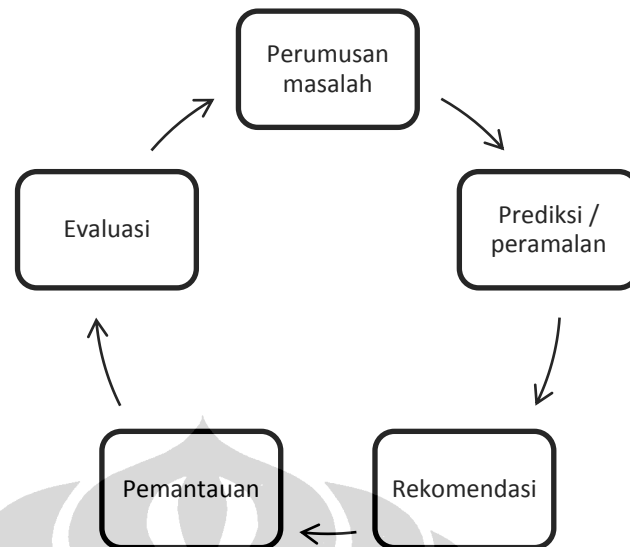
- a. Menelaah proses pembuatan kebijakan atau isi kebijakan itu sendiri
- b. Mengadopsi pendekatan “*prescriptive*” atau “*explanatory*”. Pada pendekatan *prescriptive*, rekomendasi berisi apa yang sebaiknya terjadi. Pendekatan *explanatory* menitik beratkan pada penjelasan apa yang terjadi, tanpa perlu mengeluarkan rekomendasi.
- c. Melakukan studi kasus tentang satu kebijakan atau studi komparatif dengan membandingkan kebijakan yang sama (bagaimana kebijakan itu dibuat dan di implementasikan) pada berbagai negara.
- d. Apakah aktor politik, seseorang yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan, yang menganalisa studi ini atau orang luar yang tidak terlibat dalam proses pembuatan.

Dalam menciptakan pengetahuan mengenai proses pembuatan kebijakan, analisis kebijakan meneliti sebab, akibat dan kinerja kebijakan dan program publik. Menurut Dunn, menganalisis suatu kebijakan merupakan usaha untuk dapat merekomendasikan kebijakan. Usaha ini bermula dari penyajian secara cermat informasi yang menunjukkan adanya masalah kebijakan. Informasi ini oleh analisis kemudian digunakan untuk membuat informasi mengenai alternatif-alternatif kebijakan. Begitu seterusnya, sehingga aktifitas ini menjadi sebuah siklus.

Siklus tersebut dapat dimulai dari mana saja dikarenakan merupakan suatu kesinambungan. Dalam analisis kebijakan menurut Dunn apabila di uraikan maka metode yang digunakan dapat memberikan informasi yang saling berkaitan dengan informasi lainnya :

1. Perumusan Masalah (*problem structuring*) Dalam mengerjakan suatu analisis harus disadari keberadaan suatu masalah. Dalam perumusan masalah dapat memberikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan yang mempersoalkan asumsi-asumsi yang mendasari definisi masalah dan memasuki proses pembuatan kebijakan melalui penyusunan agenda (*agenda setting*). Perumusan masalah dapat membantu menemukan asumsi-asumsi yang tersembunyi, mendiagnosis penyebab-penyebabnya, memetakan tujuan-tujuan yang memungkinkan, memadukan pandangan-pandangan yang bertentangan dan merancang peluang-peluang kebijakan yang baru.
2. Peramalan (*forecasting*) memungkinkan kita untuk menghasilkan informasi yang relevan tentang konsekuensi yang akan datang akibat dari diambilnya alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
3. Rekomendasi (*recomendation*) memungkinkan untuk menghasilkan informasi tentang serangkaian tindakan yang akan datang akan mendatangkan akibat- akibat yang berhubungan dengan manfaat atau biaya dari berbagai alternatif yang akibatnya di masa yang akan datang di estimasi dengan menggunakan peramalan. Ini membantu pengambil kebijakan dalam tahap adopsi kebijakan.
4. Pemantauan (*monitoring*) memungkinkan kita untuk menghasilkan informasi tentang sebab- sebab masa lalu dan akibat dari kebijakan yang diambil sebelumnya. Ini membantu pengambil kebijakan dalam tahap implementasi kebijakan.
5. Evaluasi mencakup produksi informasi tentang nilai atau kegunaan dari kebijakan yang lalu dan yang akan datang, dan tentang ketidak sesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan benar-benar dihasilkan. Ini membantu pengambil kebijakan pada tahap penilaian kebijakan terhadap proses pembuatan kebijakan.

Gambar 2.7 Prosedur analisis kebijakan



Dalam menganalisis kebijakan dibutuhkan metodologi, yaitu sistem standar, aturan dan prosedur untuk menciptakan penilaian secara kritis dan mengkomunikasikan informasi yang relevan dengan kebijakan (dunn,2003). Dalam metodologi analisis kebijakan harus dapat menyediakan informasi yang dapat menjawab:

Gambar 2.8 Proses analisis kebijakan



Menghasilkan informasi dan argumen- argumen yang masuk akal mengenai tiga macam pertanyaan tersebut, seorang analis dapat memakai satu atau lebih dari tiga pendekatan analisis, yaitu empiris, valuatif dan normatif. Lihat pada tabel 2.3. Pendekatan empiris ditekankan terutama pada penjelasan berbagai sebab dan akibat dari suatu kebijakan publik tertentu. Disini pertanyaan utama bersifat faktual (Apakah sesuatu ada?) dan macam informasi yang dihasilkan bersifat deskriptif. Sebaliknya pendekatan valuatif terutama ditekankan pada penentuan bobot atau nilai beberapa kebijakan. Disini pertanyaannya berkenaan dengan nilai

(Berapa nilainya?) dan tipe informasi yang dihasilkan bersifat valuatif. terakhir pendekatan normatif ditekankan pada rekomendasi serangkaian tindakan yang akan datang yang akan dapat menyelesaikan masalah-masalah publik. Dalam kasus ini pertanyaan berkenaan dengan tindakan (Apa yang harus dilakukan ?) (dunn,2003)

Tabel 2.3 Tiga Pendekatan dalam Analisis Kebijakan

<b>PENDEKATAN</b>	<b>PERTANYAAN UTAMA</b>	<b>TIPE INFORMASI</b>
Empiris	Adakah dan akankah ada ? <i>fakta</i>	Deskriptif dan Prediktif
Valuatif	Apa manfaatnya ? <i>nilai</i>	Valuatif
Normatif	Apakah yang harus diperbuat? <i>aksi</i>	Preskriptif

Upaya menghasilkan informasi yang relevan dengan kebijakan, apakah yang bersifat deskriptif, valuatif atau preskriptif dilakukan dengan menggunakan prosedur analisis tertentu. Prediksi secara khusus digunakan sebelum suatu tindakan di adopsi (*ex-ante*), sementara deskripsi dan evaluasi lazimnya dilakukan setelah suatu tindakan berlangsung (*ex-post*). Prediksi dan preskripsi berhubungan dengan masa depan, sementara deskripsi dan evaluasi berhubungan dengan masa lalu. (dunn,2003).

### 2.1.8 Implementasi Kebijakan

Implementasi merupakan pelaksanaan atau penerapan terhadap hal tertentu melalui kesepakatan ( kamus besar bahasa indonesia :2008, hal 529). Selanjutnya dalam memahami implementasi kebijakan berarti berusaha memahami apa yang terjadi sesudah sesuatu program dilaksanakan atau di rumuskan. (mazmanian dan sabatier, 1986 : 4)

Tujuan studi implementasi yang paling pokok ialah mempelajari bagaimana kinerja suatu kebijakan, serta mengkaji secara kritis faktor- faktor yang mempengaruhi suatu kebijakan dalam mencapai tujuan kebijakan (Effendi,2000).

Terdapat banyak konsep implementasi kebijakan yang pernah di bahas oleh para ahli, seperti yang di kemukakan oleh daniel A. mazmanian dan paul

Sabatier dalam scholihin abdul Wahab dalam Sutirin 2006:26) menyatakan implementasi kebijakan sebagai pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah- perintah atau keputusan eksekutif atau stake holder suatu lembaga penting, atau badan peradilan. Dalam hal ini kebijakan dari stake holder RSUD Bekasi.

Keberhasilan implementasi kebijakan akan di tentukan oleh banyaknya variabel atau faktor dan masing-masing variabel tersebut saling erhubungan satu sama lain. Terdapat beberapa teori implementasi antara lain :

Menurut pendapat Edward (2003: 12-13) implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel adalah :

- a. Komunikasi, agar implementasi menjadi efektif, maka mereka yang bertanggung jawab adalah untuk mengimplementasikan sebuah keputusan harus mengetahui apa yang seharusnya mereka kerjakan.
- b. Sumber daya, jika personalia yang bertanggung jawab dalam melaksanakan semua kebijakan kurang sumberdaya untuk melakukan sebuah pekerjaan efektif, implementasi tidak akan efektif pula.
- c. Disposisi, sikap dari implementor adalah faktor kritis ketiga dalam pendekatan terhadap studi implementasi kebijakan publik.
- d. Struktur birokrasi, jika sumberdaya yang cukup untuk mengimplementasikan sebuah kebijakan dan para implementor tahu apa yang harus dikerjakan dan ingin mengerjakannya, implementasi mungkin masih dicegah karena kekurangan dalam struktur birokrasi.

Sedangkan menurut grinle (subarsono, 2005:93) implementasi di pengaruhi oleh dua variabel, yaitu :

- a. Variabel isi kebijakan, mencakup : kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan, jenis manfaat yang akan di hasilkan, derajat perubahan yang di inginkan, kedudukan pembuat kebijakan, (siapa) pelaksana program dan sumber daya yang dikerahkan.
- b. Variabel lingkungan kebijakan, mencakup seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan, karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa, tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran.



Grindle (dalam Samodra Wibawa, 1994 : 22-23) menyatakan bahwa implementasi kebijakan sebagai keputusan politik dari pada pembuat kebijakan yang tidak lepas dari pengaruh lingkungan, Grindle mengungkapkan pada dasarnya implementasi kebijakan publik ditentukan oleh 2 variabel yaitu variabel konten dan variabel konteks. Variabel konten apa yang ada dalam isi suatu kebijakan yang berpengaruh terhadap implkementasi. Variabel konteks meliputi lingkungan dari kebijakan politik dan administrasi dengan kebijakan politik tersebut. Adapun yang menjadi ide dasar dari pemikiran tersebut adalah bahwa setelah kebijakan di transformasikan menjadi program aksi maupun proyek individu dan biaya yang telah di edikan, maka implementasi kebijakan dilakukan. Tetapi ini tidak berjalan mulus, tergantung implementability dari program itu, yang dapat dilihat pada isi dan konteks kebijakannya.

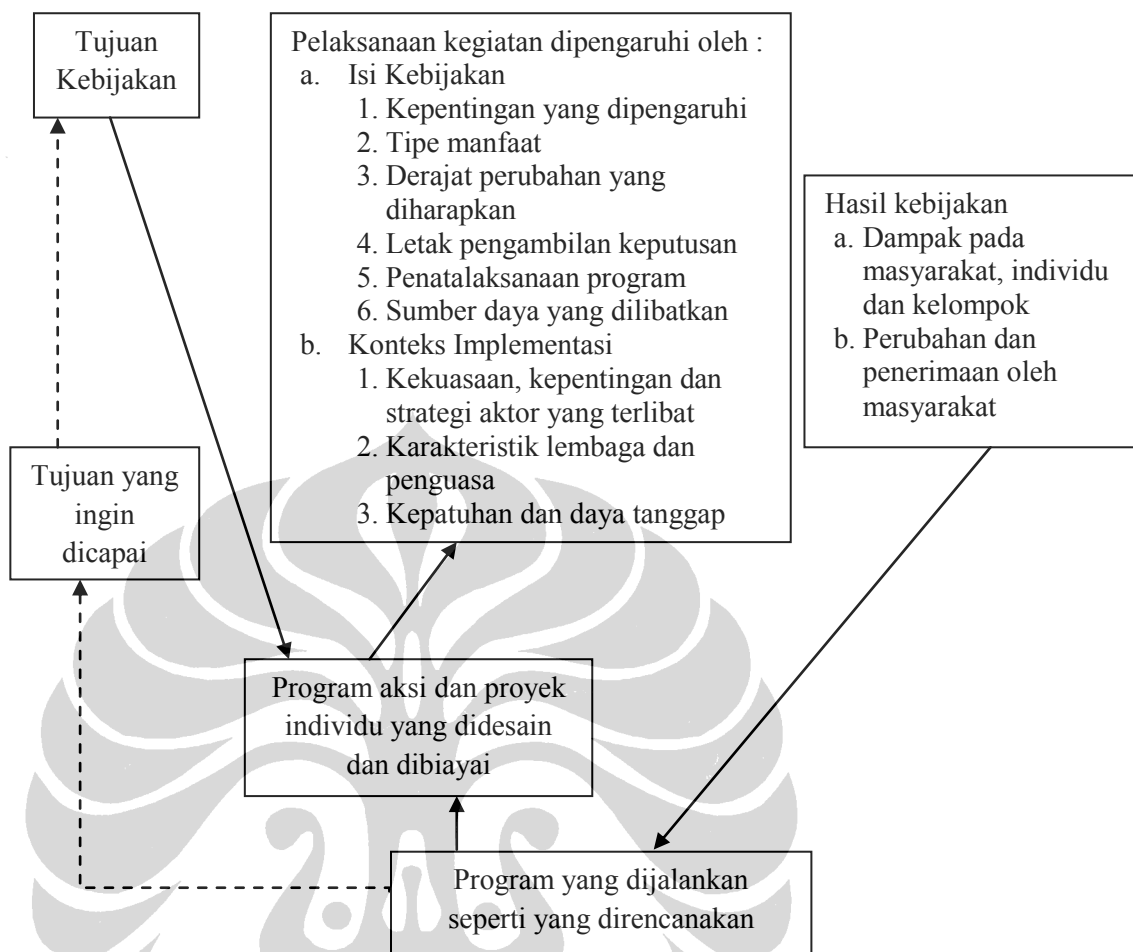
a. Isi kebijakan mencakup :

1. Kepentingan yang mempengaruhi
2. Manfaat yang akan di hasilkan
3. Derajat perubahan yang di inginkan
4. Kedudukan pembuat kebijakan
5. Siapa pelaksana program
6. Sumber daya yang dikerahkan

b. Konteks Kebijakan mencakup :

1. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat
2. Karakteristik lembaga penguasa
3. Kepatuhan dan daya tanggap

Gambar 2.9 Model Implementasi Kebijakan Grindle



Sumber : Wibawa 1994

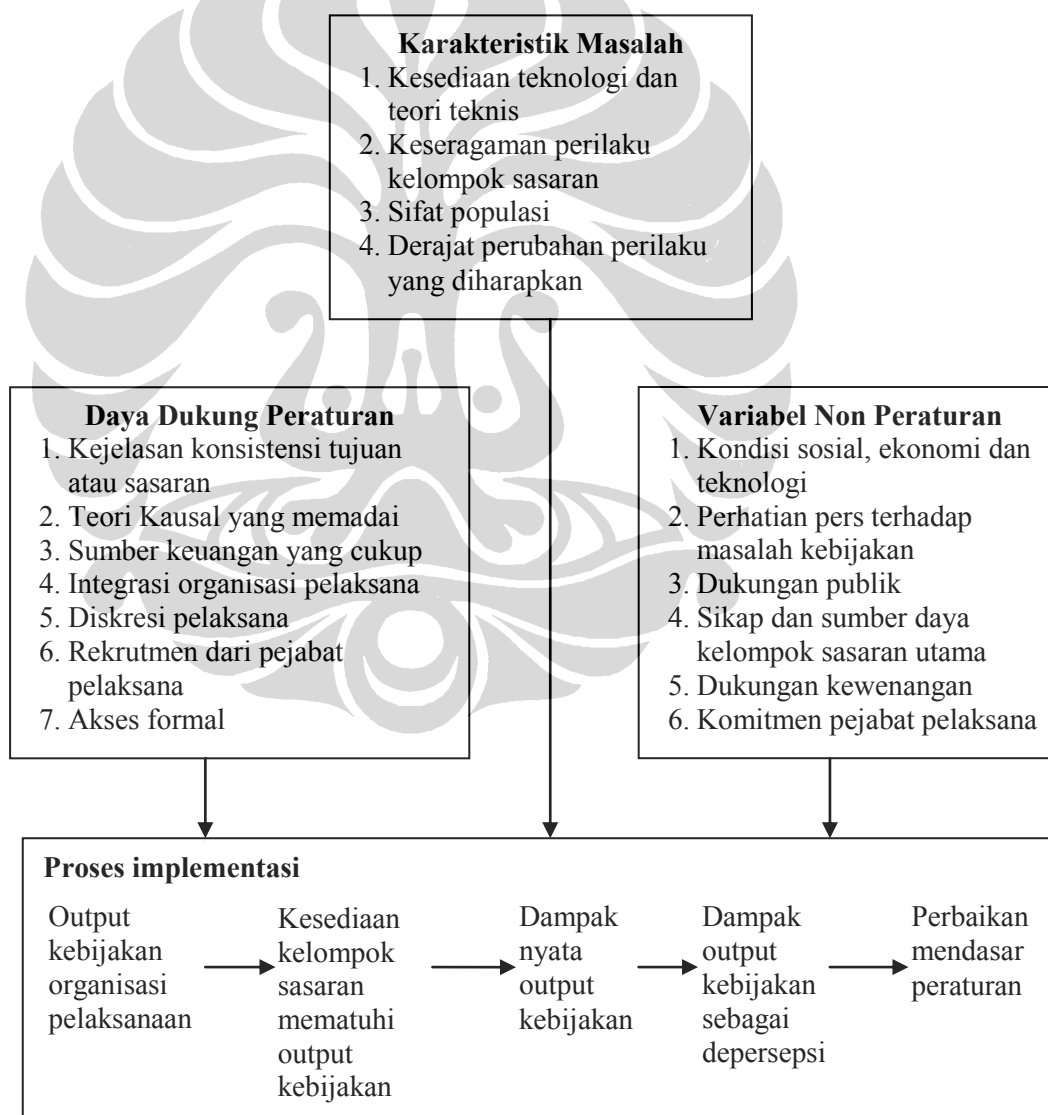
Demikian juga menurut Mazmanian dan Sabatier ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni :

- a. Variabel *independent*, yaitu mudah tidaknya masalah dikendalikan yang berkenaan dengan indikator masalah teori dan teknis pelaksanaan keragaman objek dan perubahan seperti apa yang di kehendaki.
- b. Variabel *intervening*, variabel kemampuan kebijakan untuk menstruktur proses implementasi dengan indikator kejelasan dan konsistensi tujuan, keterpaduan hirarkis diantara lembaga pelaksanaan dan pekrutan pejabat pelaksanaan dan keterbukaan pihak luar.

- c. Variabel *dependent*, yaitu pemahaman dari lembaga atau badan pelaksana dalam bentuk kebijakan pelaksanaan, kepatuhan objek, hasil nyata, penerimaan atas hasil nyata dan kebijakan yang bersifat mendasar

Implementasi kebijakan akan efektif apabila birokrasi pelaksanaannya mematuhi apa yang digariskan oleh peraturan (petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis), dengan asumsi bahwa tujuan dan sasaran program harus jelas dan konsisten, karena merupakan standar evaluasi dan sarana legal bagi birokrasi pelaksana untuk mengarahkan sumber daya. Model implementasi kebijakan dari Paul A. Sabatier dan Daniel Mazmanian di gambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.10 Model Implementasi Kebijakan menurut Masmanian dan Sabatier



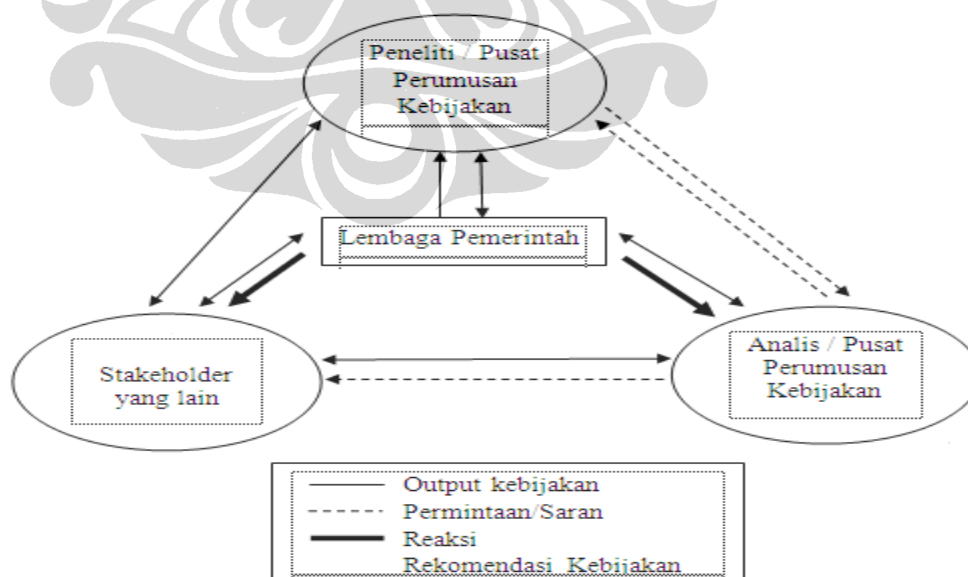
Sumber : Subarsono 2005

### 2.1.9 Stakeholders Kebijakan

Perumusan suatu kebijakan dan implementasinya memiliki pengaruh langsung terhadap masyarakat, karenanya orang-orang yang terlibat dalam berbagai tingkat proses perumusan tersebut sangat beragam. Sekelompok individu atau kelompok yang memiliki perhatian langsung maupun tidak langsung dalam sebuah hasil keputusan kebijakan sosial disebut sebagai komunitas atau stakeholders kebijakan publik.

Dalam beberapa kasus, penganalisis kebijakan pusat perumusan kebijakan atau lembaga pemikir (*think tank*) dapat masuk ke dalam hubungan kepenasehatan (*advisory*) langsung dengan lembaga pemerintah sebagai kliennya. Pada tingkat provinsi, maka lembaga pemerintah dapat berupa Pemerintah Daerah, Bappeda dan Dinas-Dinas. Sedangkan *stakeholders*-nya dapat meliputi DPRD, Partai Politik, dan berbagai lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta Organisasi-Organisasi kemasyarakatan lainnya. Dalam konteks ini lembaga pemerintah meminta pengendali atau pusat Perumusan kebijakan untuk melaksanakan studi mendalam mengenai isu-isu pembangunan tertentu dan membuat rekomendasi-rekomendasi kebijakan yang kemudian akan dijadikan dasar dalam merumuskan kebijakan pemerintah. Pola tersebut digambarkan di bawah ini.

Gambar 2.11 Komunitas Kebijakan Publik



Sumber : Public Policy (Nawawi,2009)

### 2.1.10 Evaluasi Kebijakan

Dalam bukunya William Dunn menjelaskan bahwa istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), Pemberian Angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*). Evaluasi berhubungan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat dari hasil kebijakan, akan tetapi jika kebijakan tersebut belum ada, evaluasi dapat digunakan sebagai informasi guna membuat kebijakan baru.

Evaluasi Kebijakan Publik tidak hanya berkenaan dengan implementasi akhir dari suatu kegiatan akan tetapi berkenaan juga dengan perumusan, implementasi, dan lingkungan kebijakan tersebut. Evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik; evaluasi memberikan sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. (Nugroho, 2003)

Secara Umum Dunn menggambarkan kriteria-kriteria evaluasi kebijakan publik sebagai berikut :

Tabel 2.4 Kriteria Evaluasi Kebijakan

<b>Tipe Kriteria</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Ilustrasi</b>
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit Pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	Unit Biaya, Manfaat
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan dalam memecahkan masalah?	Biaya tetap, efektifitas tetap
Perataan	Apakah manfaat dapat di distribusikan secara merata pada unit-unit yang berbeda?	Kriteria Pareto, Kriteria Kaldor-Hicks, Kriteria Rawls

<b>Tipe Kriteria</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Ilustrasi</b>
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok tertentu?	Konsistensi dengan survey
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?	Program harus merata dan efisien

### **2.1.11 Dampak Dari Kebijakan**

Tujuan dari sebuah kebijakan dapat beragam tergantung dari organisasi dan konteks pembuatannya. Secara umum, kebijakan biasanya dibuat dalam rangka menghindari dampak negatif yang telah dikenali dalam organisasi, atau untuk mendorong dampak positif atau benefit.

Menurut David L Weimer dan Aidan R Vining dalam bukunya berjudul *Policy Analysis* :

*“the product of policy analysis is advice”*

Suatu produk atau hasil akhir dari analisis kebijakan adalah suatu saran atau masukan, suatu saran dapat berupa suatu kalimat yang sangat sederhana yang berhubungan dengan suatu permasalahan yang menghasilkan aksi, atau sebuah kesimpulan mengenai konsekuensi yang akan ditimbulkan apabila mengambil kebijakan tersebut.

Tidak semua saran merupakan hasil akhir dari analisis kebijakan, maka dari itu kita harus lebih spesifik dalam memberikan kriteria mengenai saran yang merupakan hasil akhir dari analisis kebijakan.

### **2.1.12 Administrasi Publik dan Sistem Pemerintahan Indonesia**

Pada penelitian ini, peneliti ingin menjelaskan mengenai administrasi publik, dikarenakan topik dari penelitian adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi, peneliti ingin memberikan sedikit gambaran mengenai birokrasi kebijakan publik di Indonesia.

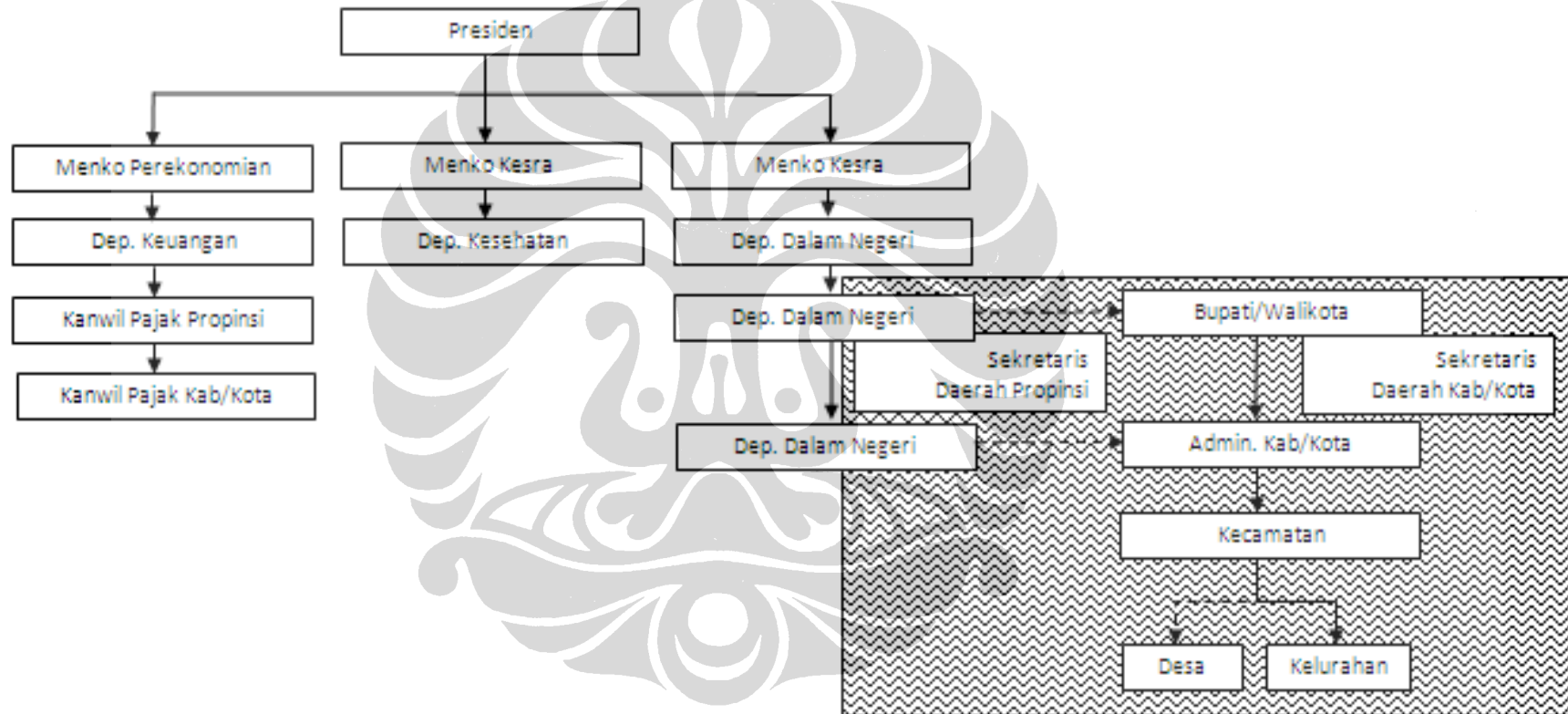
*Public Administration* seringkali “hanya” dianggap sebagai “Ilmu usaha negara”, maka urusan “negara” di hari ini berkembang di banding “negara di masa lalu”. Negara bahkan membentuk berbagai organisasi yang tidak di urus dengan “cara negara” saja. Hal ini ditunjukkan dalam bentuk adanya Badan –Badan Usaha

Milik Negara (baik yang dikelola negara ataupun bukan oleh negara) lembaga-lembaga kemitraan antara negara sektor masyarakat yang berupa *quasi government organization* (Nugroho,2003).

Kepemerintahan yang baik atau *good government* merupakan suatu isu terdepan dalam kehidupan bernegara. Masyarakat saat ini semakin menuntut pemerintahan agar dapat menjalankan pemerintahan yang baik.UNDP merinci, bahwa pemerintahan yang baik harus dapat mengandung serangkaian dari ciri yang harus dipenuhi, yaitu partisipasi, kekuasaan hukum (*rule of law*) transparansi, ketanggapan (*responsiveness*), orientasi konsensus, kesetaraan (*equity*), hasil guna dan daya guna (*effectiveness and efficiency*), ketanggunggugatan (*accountability*) dan visi strategis(Nugroho,2003).

Sejak tahun 1999 hingga hari ini sistem pemerintahan Indonesia mengalami perubahan mendasar dalam pemerintahan *eksekutif*. Telah digantinya UU No. 5/1974 menjadi UU no 22 /1999 yang sekarang diubah menjadi UU no 32 /2004, dimana pola pemerintahan sentralistik telah berubah menjadi pola pemerintahan desentralisasi.

Gambar 2.12. Administrasi Publik Dibawah UU No. 32 tahun 2004





Dalam UU no.32 tahun 2004 point ke 3 dijelaskan bahwa pemerintah daerah adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah. Diberlakukannya otonomi daerah membuat pemerintah daerah mempunyai hak, wewenang dan kewajiban dalam mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dalam menjalin kerjasama lintas sektoral, agar dapat tercapai tujuan bersama, perlu dipahami bahwa Pemerintahan memberikan wewenang dan kewajibannya dengan dekonsentrasi kepada pemerintah daerah dan instansi terkait. Menurut UU no 32 tahun 2004 dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang pemerintahan oleh Pemerintah kepada Gubernur sebagai wakil pemerintahan atau kepada instansi vertikal di wilayah tertentu. Setiap wewenang kebijakan, kewajiban, hak dan wewenang, wajib di atur dalam peraturan daerah yang selanjutnya di sebut Perda adalah peraturan daerah provinsi dan atau peraturan daerah kabupaten kota.

Pada UU No 32 tahun 2004 Bab III pasal 14 secara jelas telah dituliskan yang menjadi urusan wajib kewenangan pemerintahan daerah untuk kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/ kota meliputi :

- a. Perencanaan dan pengendalian bangunan
- b. Perencanaan, pemanfaatan dan pengawasan tata ruang
- c. Penyelenggaraan ketertipan umum dan ketentraman masyarakat
- d. Penyediaan sarana dan prasarana umum
- e. Penanganan di bidang kesehatan
- f. Penyelenggaraan pendidikan
- g. Penanggulangan masalah sosial

Topik dari penelitian ini adalah mengenai Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar pada RSUD kab. Bekasi. Dimana RSUD kab. Bekasi masih terdapat dalam wilayah kabupaten yang di pimpin oleh seorang Bupati. Masalah ini jelas berhubungan dengan urusan wajib kewenangan pemerintahan daerah yang berskala kabupaten. Maka dari itu berdasarkan UU No 32 tahun 2004 Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan

sebagai stakeholders dalam membuat perda kerjasama lintas sektoral antara RSUD kab. Bekasi dengan dinas terkait dan kepolisian.

## 2.2 Rumah Sakit Umum Daerah

Rumah Sakit dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) mempunyai artian sebagai gedung tempat merawat orang sakit atau gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan.

Kata Rumah Sakit dalam bahasa Inggris adalah *Hospital*, yaitu berasal dari kata Yunani *Hospitus.Hospitium* adalah suatu tempat untuk menerima orang asing dan peziarah dizaman dahulu, pertamanya Rumah Sakit hanya melayani para peziarah, orang miskin dan penderita penyakit es. Namun lambat laun arti Rumah Sakit bertambah luas.

Kesehatan merupakan suatu kebutuhan dasar yang harus disediakan pemerintah yang diwujudkan dalam pelayanan kesehatan salah satunya Rumah Sakit. Rumah Sakit pemerintah sebaiknya tetap dapat berfungsi sosial dengan berbagai kadar tergantung pada jenis dan sumber biaya yang tersedia pada Rumah Sakit tersebut.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat di perlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Pada hakikatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi yang dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. ( Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, 2008)

Aditama dalam Manajemen Administrasi Rumah Sakit menyatakan bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini diperoleh karena rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar.

Pengertian Rumah Sakit menurut WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh (Guwandi, 1991) adalah sebagai berikut :

*“The hospital is an integral part of a social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and whose outpatient service reach out to the family and its home environment, the hospital is also a center of training of health workers and biosocial research”*

Kini, Rumah Sakit adalah bagian integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Departemen Kesehatan RI telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. (Aditama, 2007).

### **2.3 Definisi Pasien Miskin : Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar**

#### **2.3.1 Identifikasi Penduduk Miskin**

Kemiskinan merupakan suatu isu yang berkembang pesat ditengah-tengah upaya pemerintah dalam pengentasan kemiskinan. Pemerintah melakukan penganggaran penduduk miskin selama ini masih menggunakan “Dana Kompensasi”.(Ruby,2005). Pemerintah sebagai pemangku kebijakan tertinggi wajib menyediakan pelayanan dasar bagi penduduk salah satunya adalah kesehatan. Pemerintah dengan dibantu stakeholder lain mencoba mengidentifikasi penduduk miskin dengan berbagai kriteria.

Kriteria kemiskinan, pertama adalah menurut BKKBN, dikatakan miskin atau tergolong keluarga Prasejahtera jika tidak dapat memenuhi satu dari lima syarat yaitu: melaksanakan ibadah menurut agamanya, makan duakali sehari atau lebih, pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan, lantai rumah bukan dari tanah, dan bila anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan modern. Kriteria ini kurang tepat karena sangat jarang yang makan dua kali dan sangat sulit mengatakan seseorang tidak beribadah ( Ruby, 2005).

Menyadari Keterbatasan Kriteria BKKBN, maka dibuat kriteria kedua yaitu kriteria BKKBN Plus, penambahannya meliputi kriteria putus pendidikan karena alasan ekonomi dan pemutusan Hubungan Kerja (PHK) selanjutnya bersama tim kesehatan kecamatan dan tokoh masyarakat menyepakati dan memverifikasi data tersebut (Rubi,2005).

Kriteria lain adalah garis kemiskinan yang dipergunakan sebagai suatu batas untuk menentukan miskin atau tidaknya seseorang. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan. Jumlah penduduk miskin penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan di Indonesia pada Maret 2010 mencapai 31,02 juta atau 13,33 persen. (BPS, Juli 2010).

Persoalan kemiskinan bukan hanya sekedar berapa jumlah dan presentase penduduk miskin. Dimensi lain yang perlu diperhatikan adalah tingkat kedalaman dan keparahan dari kemiskinan. Selain harus mampu memperkecil jumlah penduduk miskin, kebijakan kemiskinan juga sekaligus harus bisa mengurangi tingkat kedalaman dan keparahan dari kemiskinan. Salah satu indeks dalam mengukur kemiskinan adalah dengan Garis Kemiskinan Bukan Makanan (GKBM) adalah kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan dan kesehatan.

Siapakah yang bertanggung jawab utama dalam penduduk miskin dalam menerima pelayanan dasar, mulai dari penentuan jumlah penduduk miskin hingga proses pelayanan hingga pemulangan.

Pada tingkat Propinsi dan Kabupaten/ kota masih belum jelas siapa yang bertanggung jawab atau menjadi koordinator dalam proses pelayanan penduduk miskin dan pengentasan kemiskinan. Secara umum ditunjuk Gubernur dan Bupati sebagai ketua koordinator. Namun pelaksanaan di lapangan sering tumpah tindih dan tidak sesuai. (Mahlil Ruby, Jurnal MARSIS) Pada tabel di bawah ini, pada daerah Jawa Barat sendiri yang merupakan lokasi dari RSUD kabupaten Bekasi terdapat jumlah penduduk miskin sebesar 2.531,37 juta atau sebesar 10,33%. (BPS, Juli 2010).

Dalam laporan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Bekasi yang tertuang pada Kabupaten Bekasi dalam Angka 2011 dapat dilihat dengan jelas jumlah penyandang masalah kesejahteraan sosial menurut kecamatan yang dicatatkan pada tahun 2010. Laporan ini menyebutkan secara nyata pasien yang kemungkinan besar saat sakit akan dilayani oleh RSUD Kab. Bekasi dan akan menimbulkan permasalahan pada saat pemulangan pascaperawatan, kerjasama lintas sektor yang baik sesuai dengan motto kabupaten

bekasi “*SwaTantra Wibawa Mukti* “ yang artinya daerah yang mengurus rumah tangganya sendiri, pemerintahan yang berwibawa atau berpengaruh menuju masyarakat yang subur dan makmur.

Tabel 2.5 Banyaknya Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial Menurut Kecamatan dalam Bekasi Dalam Angka 2011

Kecamatan / district	Anak Balita Terlantar	Anak Terlantar	Wanita Rawan Sosial Ekonomi	Lanjut Usia Terlantar	Penyandang cacat
Setu	8	15	6	187	146
Serang Baru	3	40	6	234	210
Cikarang Pusat	80	132	25	238	125
Cikarang Selatan	2	54	-	226	159
Cibarusah	26	174	-	260	107
Bojongmangu	9	15	65	54	109
Cikarang Timur	-	3	-	89	182
Kedungwaringin	12	22	23	200	224
Cikarang Utara	43	151	18	483	211
Karang Bahagia	37	179	33	254	235
Cibitung	27	166	12	198	238
Cikarang Barat	58	319	6	455	182
Tambun Selatan	81	70	22	408	285
Tambun Utara	43	84	398	53	196
Babelan	92	186	21	328	362
Tarumajaya	42	187	-	230	152
Tambelang	85	104	7	259	194
Sukawangi	29	118	-	402	232
Sukatani	2	1	7	39	281
Sukakarya	211	95	-	502	262
Pebayuran	124	575	7	703	785
Cabangbungin	97	292	-	265	290

<b>Kecamatan / district</b>	<b>Anak Balita Terlantar</b>	<b>Anak Terlantar</b>	<b>Wanita Rawan Sosial Ekonomi</b>	<b>Lanjut Usia Terlantar</b>	<b>Penyangang cacat</b>
Muaragembong	18	287	-	354	278
Kabupaten Bekasi	1.129	3.269	656	6.421	5.445
2009	1.129	3.269	656	6.419	5.443
2008	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2007	1.181	2.691	6.860	2.775	10.905
2006	1.211	3.606	6.907	2.712	3.331

Sumber : Dinas Sosial Kabupaten Bekasi dalam Kabupaten Bekasi Dalam Angka 2011



## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT**

#### **3.1 Gambaran Umum, Latar Belakang Dan Sejarah**

Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi ditandai dengan peletakan batu pertama oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Wakil Gubernur Propinsi Jawa Barat dan Bupati Bekasi pada tanggal 6 Agustus 2003. Alasan pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah bahwa sejak pemisahan wilayah Bekasi menjadi Kota Bekasi dan Kabupaten Bekasi termasuk aset-asetnya, maka Kabupaten Bekasi praktis tidak memiliki sarana Rumah Sakit Umum Daerah sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi yang selama ini mencari pelayanan rujukan ke Rumah Sakit di Kabupaten Karawang, Kota Bekasi dan DKI Jakarta.

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi
Alamat	: Jl. Teuku Umar-Cibitung, Kabupaten Bekasi
Telepon	: (021) 88370449, 8830152
Fax	: (021) 8830152
Status Kepemilikan	: Pemerintah Kabupaten Bekasi
Kelas Rumah Sakit	: Tipe C
Kapasitas Tempat tidur	: 98 Tempat Tidur

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi resmi dibuka untuk umum pada tanggal 15 Agustus 2005, berdasarkan Instruksi Bupati Bekasi Nomor: 2/2/2005 tentang pengoperasian Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dan surat ijin operasional Nomor 503/2440/DINKES/RS/2005 tentang izin penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Pelayanan yang diberikan terbatas pada pelayanan rawat jalan 11 spesialisistik, Unit Gawat Darurat, Ambulance dan penunjang medis. Pada tanggal 25 Januari 2006, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi mulai memberikan pelayanan Rawat Inap untuk

kelas II dan III dengan 60 tempat tidur dan penambahan fasilitas pelayanan yaitu kamar operasi, kebidanan dengan 4 tempat tidur.

Pengukuhan nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.07.06/III/1870/08, tanggal 28 Mei 2008, tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama “Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi” Propinsi Jawa Barat. Sedangkan Type Rumah sakit saat ini adalah type C sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 493/MENKES/SK/V/2008, tanggal 28 Mei 2008, tentang Penetapan Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi milik Pemerintah Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat. Nomor Kode Rumah Sakit yaitu 32 16 252, sesuai surat Direktur Bina Pelayanan Medik nomor IR.01.01/I.1/4497/08, tanggal 15 September 2008.

Sesuai dengan peraturan daerah Kabupaten Bekasi No 7 tahun 2009, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah merupakan unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi.

Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi menjadi Rumah Sakit dengan pola pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) berdasarkan surat keputusan Bupati Bekasi Nomor 445/Kep.206-RSUD/2011, tanggal 10 Mei 2011.

Pada bulan Juli 2011 Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi telah Mendapat sertifikat Akreditasi untuk 5 (lima) pelayanan yaitu pelayanan Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan pelayanan Rekam Medis.

Tujuan didirikannya Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi dan sekitarnya.

### **3.2 Geografis**

Kabupaten Bekasi merupakan salah satu bagian wilayah dari propinsi Jawa Barat dengan luas wilayah 127.388 Ha terbagi dalam 23 Kecamatan yang meliputi 5 Kelurahan dan 182 Desa. Jumlah penduduk menurut sensus 2010 sebesar 2.630.401 jiwa terbagi atas 1.347.223 laki-laki dan 1.283.178 perempuan.



Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi secara administratif terletak di dalam wilayah Desa Wanasari Kecamatan Cibitung (dahulu dikenal dengan nama kompleks lokalisasi “Malvinas”) Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat.

Secara Geografis RSUD kabupaten Bekasi terletak pada Posisi 6°10’53”-6°30’6” Lintang Selatan dan 106° 48’28”-107°27’29” Bujur Timur. Dengan batas administratif wilayah

- a. Utara : Laut Jawa
- b. Selatan : Kabupaten Bogor
- c. Barat : Jakarta Utara dan Kota Bekasi
- d. Timur : Kabupaten Karawang.

Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi terletak di Jalan Teuku Umar Cibitung Bekasi, dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- |         |   |
|---------|---|
| Utara   | : Desa Wanasari                                 |
| Timur   | : Desa Telaga Asih                              |
| Selatan | : Jl. Teuku Umar (Jl. Raya Cibitung – Cikarang) |
| Barat   | : PT. Bripinda dan Pasar Induk Cibitung         |

Luas lahan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi sesuai dengan sertifikat hak pakai nomor 24 adalah seluas 24.053 m<sup>2</sup>. Luas lahan yang sudah digunakan untuk gedung saat ini adalah sekitar 3.605 m<sup>2</sup> sehingga masih terdapat sekitar 20.448 m<sup>2</sup> yang berpotensi sebagai lahan pengembangan Rumah Sakit. Bangunan yang telah dibangun memiliki luas keseluruhan lantai sekitar 8.589 m<sup>2</sup>.

### **3.3. Visi, Misi, Motto**

#### **3.3.1. Visi :**

**“Rumah Sakit Dambaan Masyarakat Yang Handal dan Mampu Bersaing”**

Mengacu kepada visi Kabupaten Bekasi sesuai Perda Nomor 33 tahun 2001 tentang Visi dan Misi Kabupaten Bekasi yaitu “ Manusia Unggul yang Agamis, berbasis Agribisnis dan Industri yang berkelanjutan” maka dengan visi Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Bekasi di atas diharapkan upaya mewujudkan impian dan kebutuhan masyarakat agar RSUD Kabupaten Bekasi dapat memberikan pelayanan yang handal dan mampu bersaing untuk mencapai manusia unggul yang agamis.

### 3.3.2. Misi :

- a. Mengembangkan pembangunan gedung Rumah Sakit sesuai master plan secara bertahap, melengkapi peralatan medis dan non medis serta pengembangan fasilitas-fasilitas umum di Rumah Ssakit agar mampu memberikan rasa aman dan nyaman, serta menyenangkan bagi para pelanggan.
- b. Meningkatkan kompetensi sumberdaya manusia pada semua lini pelayanan di Rumah Sakit dalam rangka pencapaian standar pelayanan minimal, memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan handal, santun dan meningkatkan daya saing minimal di wilayah Purwabeka.
- c. Mengembangkan pelayanan-pelayanan unggulan yang mampu menjawab tantangan dan peluang industrialisasi di Kabupaten Bekasi.

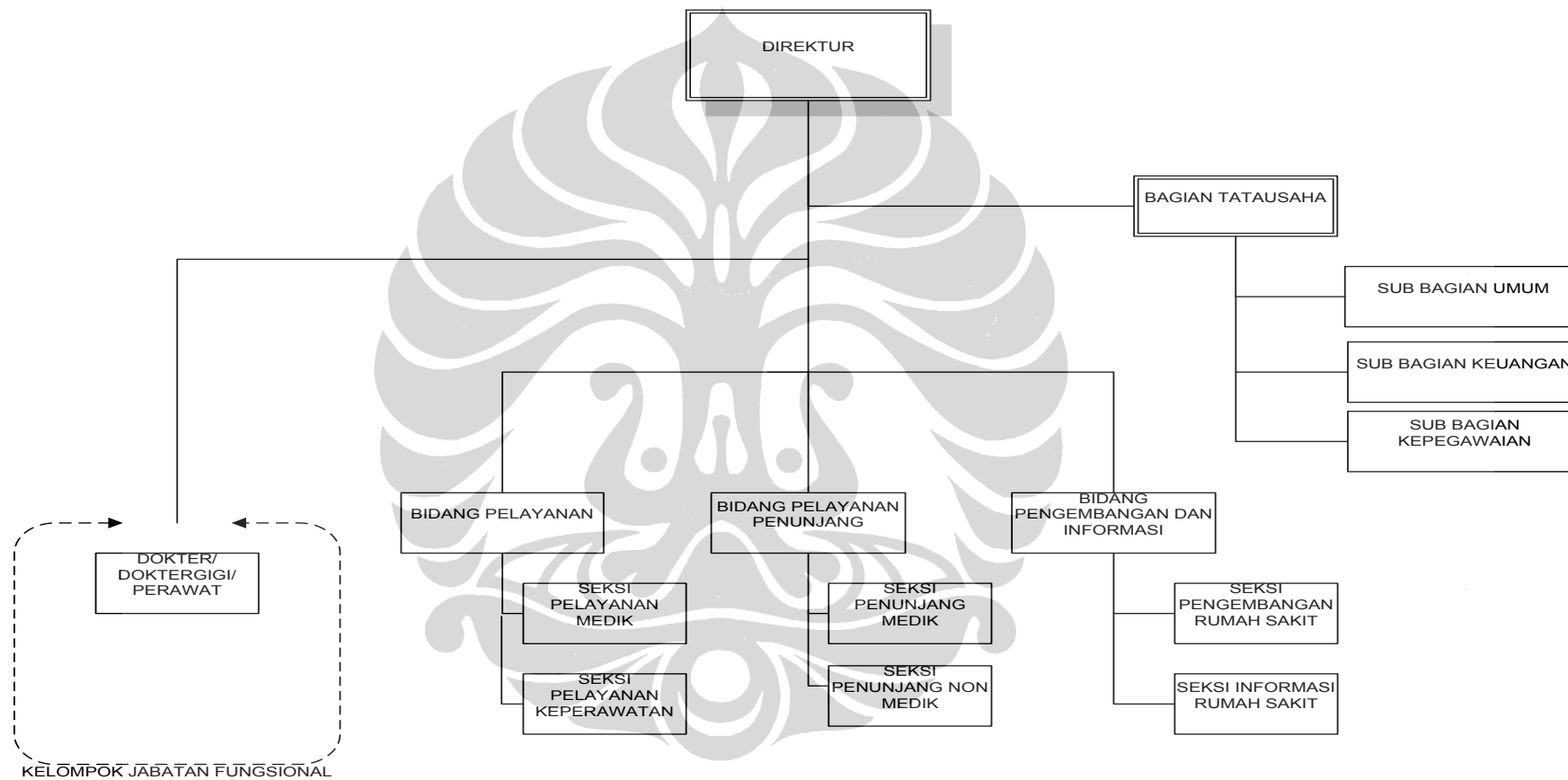
### 3.3.3 Motto

Ramah dalam pelayanan dan profesional dalam tindakan.

### 3.4. Struktur Organisasi Dan Manajemen

RSUD Kabupaten Bekasi dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Bekasi, sehingga struktur organisasi dilindungi dan di sahkan oleh Perda Kabupaten Bekasi No. 7 tahun 2009. RSUD Kabupaten Bekasi di kepalai oleh seorang Direktur dan terdapat 1 Bagian, 3 bidang dan 1 kelompok jabatan yang langsung berada di bawah Direktur yaitu 1 bagian tata usaha yang membawahi sub bagian umum, sub bagian keuangan, sub bagian kepegawaian. Direktur juga membawahi 3 bidang yaitu Pelayanan yang terdiri dari seksi pelayanan medik dan seksi pelayanan keperawatan, Bidang Pelayanan Penunjang yang terdiri dari seksi Penunjang Medik dan seksi Penunjang Non Medik, serta bidang Pengembangan dan Informasi yang terdiri dari Seksi Pengembangan Rumah Sakit dan seksi Informasi Rumah Sakit. Berikut bagan struktur Organisasi RSUD Kabupaten Bekasi pada gambar 3.1 di bawah ini.

Gambar 3.1. Struktur Organisasi dan Manajemen



### 3.5. Sumber Daya Manusia

Jumlah total tenaga yang bekerja di RSUD Kabupaten Bekasi sebanyak 433 orang yang terdiri dari :

Tabel 3.1. Klasifikasi Tenaga RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2010

No	Jenis Tenaga		Full timer
01.	Tenaga Medis	1. Dokter Umum 2. Dokter Gigi 3. Dokter Spesialis 4. Dokter Seluruhnya	26 orang 3 orang 29 orang 58 orang
02.	Tenaga Paramedis	1. Paramedis Perawatan 2. Bidan 3. Paramedis Non Perawatan 4. Paramedis seluruhnya	159 orang 19 orang - orang 178 orang
03.	Tenaga Non Medis	1. Apoteker 2. Sarjana lain 3. Lain-lain 4. Tenaga Non Medis seluruhnya	6 orang 27 orang 35 orang 129 orang
	Total tenaga		433orang

Sumber: SDM RSUD Kab. Bekasi, 2010.

### 3.6 Fasilitas Pelayanan

RSUD kabupaten mempunyai pelayanan medik, spesialisasi, penunjang medik berikut merupakan pelayanan yang di miliki oleh RSUD kabupaten Bekasi.

Kemampuan dalam pelayanan medik :

- a. Pelayanan Medik Umum
  1. Pelayanan Medik Dasar
  2. Pelayanan Medik Gigi Mulut
  3. Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/ Keluarga Berencana
- b. Pelayanan Gawat Darurat 24 jam dan 7 hari seminggu

- c. Pelayanan Medik Spesialisasi dasar
  - 1. Pelayanan Penyakit Dalam
  - 2. Kesehatan Anak
  - 3. Bedah
  - 4. Obstetri dan Ginekologi
- d. Pelayanan Spesialisasi Penunjang Medik
  - 1. Radiologi
  - 2. Patologi Klinik
  - 3. Pelayanan Anestesiologi
- e. Pelayanan Medik Spesialis lain
  - 1. Mata
  - 2. Telinga Hidung Tenggorokan
  - 3. Syaraf
  - 4. Jantung dan Pembuluh Darah
  - 5. Kulit Kelamin
  - 6. Paru
- f. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut
  - 1. Bedah Mulut
  - 2. Periodonti
- g. Pelayanan Medik Subspesialis
  - 1. Bedah Anak
- h. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan
  - 1. Asuhan Keperawatan
  - 2. Asuhan Kebidanan
- i. Pelayanan Penunjang Klinik
  - 1. Perawatan Intensif
  - 2. Pelayanan Darah
  - 3. Gizi
  - 4. Farmasi
  - 5. Sterilisasi Instrumen
  - 6. Rekam Medik
- j. Pelayanan Penunjang Non Klinik

### 3.7 Kinerja Rumah Sakit

#### 3.7.1 Unit Gawat Darurat

Kunjungan Pasien Pada Unit Gawat Darurat selama periode tahun 2009, 2010, 2011, untuk pasien bedah meningkat dan non bedah menurun, dengan rerata kunjungan pasien 9.724 pasien.

Tabel 3.2 Kunjungan Pasien IGD

No	Uraian	Tahun			Jumlah	Rerata
		2009	2010	2011		
1	Pasien Bedah	501	1.466	1.708	3.675	1.225
2	Pasien non Bedah	8.810	8.684	8.003	25.497	8.499
	<b>Jumlah</b>	<b>9.311</b>	<b>10.150</b>	<b>9.711</b>	<b>29.172</b>	<b>9.724</b>

Sumber : :Laporan Pemanfaatan Pelayanan RSUD Kab. Bekasi

#### 3.7.2 Instalasi Rawat Jalan

Kunjungan pasien Rawat jalan selama periode tahun 2009,2010,2011, untuk pasien baru mendaftar cenderung menurun, untuk pasien lama meningkat, untuk jumlah pasien cenderung naik dengan rerata kunjungan 42.007 pasien.

Tabel 3.3 Kunjungan pasien Rawat Jalan

No	Uraian	Tahun			Jumlah	Rerata
		2009	2010	2011		
1	Pasien Baru	15.453	13.267	12.127	40.847	13.616
2	Pasien lama	24.205	28.575	32.394	85.174	28.391
	<b>Jumlah</b>	<b>39.658</b>	<b>41.842</b>	<b>44.521</b>	<b>126.021</b>	<b>42.007</b>

Sumber : :Laporan Pemanfaatan Pelayanan RSUD Kab. Bekasi

#### 3.7.3 Instalasi Rawat Inap

Kunjungan pasien Rawat Inap selama Periode tahun 2009,2010 dan 2011 untuk pasien masuk, jumlah lama dirawat dan jumlah hari perawatan cenderung meningkat dengan adanya penambahan tempat tidur. Dari pasien masuk selama periode tersebut pasien keluar hidup dan pasien keluar mati cenderung

meningkat.berikut tabel kunjungan pasien rawat inap tahun 2009,2010,dan 2011 didapatkan dari laporan pemanfaatan pelayanan RSUD Kab. Bekasi .

Tabel 3.4 Kunjungan Pasien Rawat Inap

No	Uraian	Tahun			Jumlah	Rerata
		2009	2010	2011		
1	Jumlah Tempat tidur	89	95	98	282	94
2	Jumlah Pasien masuk	3.437	4.570	4.898	12.905	4.302
3	Jumlah Pasien Keluar hidup	3.303	4.405	4.714	12.422	4.141
4	Jumlah pasien keluar meninggal	134	165	184	483	161
	Meninggal < 48 jam	54	64	41	159	53
	Meninggal >48 jam	80	101	143	324	108
5	Jumlah Lama di rawat	17.836	23.787	21.788	63.411	21.137
	Jumlah Hari Perawatan	18.401	25.208	26.986	70.595	23.532

#### 3.7.4 Tingkat Efisiensi dan Mutu Pengelolaan Rumah Sakit

BOR dan BTO selama periode tahun 2009,2010 dan 2011 cenderung meningkat sejalan dengan kecenderungan menurunnya TOI dan ALOS, sedangkan GDR dan NDR cenderung naik pada tahun 2010 dan turun pada 2011. Penyumbang angka GDR dan NDR terbesar berasal dari ICU.

Tabel 3.5 Efisiensi dan mutu Pengelolaan Rumah Sakit

No	Uraian	Tahun			Jumlah	Rerata
		2009	2010	2011		
1	BOR (Ranap dan ICU)	89	95	98	282	94
2	Jumlah Pasien masuk	3.437	4.570	4.898	12.905	4.302
3	Jumlah Pasien Keluar hidup	3.303	4.405	4.714	12.422	4.141
4	Jumlah pasien keluar meninggal	134	165	184	483	161
	Meninggal < 48 jam	54	64	41	159	53

	Meninggal >48 jam	80	101	143	324	108
5	Jumlah Lama di rawat	17.836	23.787	21.788	63.411	21.137
	Jumlah Hari Perawatan	18.401	25.208	26.986	70.595	23.532

Berikut data hasil perhitungan pemanfaatan tempat tidur pada RSUD Kabupaten Bekasi.

a. BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Angka pemanfaatan tempat tidur di RSUD Kabupaten Bekasi tahun 2009 sebesar 56,6 %, pada tahun 2010 meningkat hingga 72,7 %, dan pada tahun 2011 terdapat peningkatan pemanfaatan tempat tidur pada Ranap dan ICU sebesar 75,7%.

b. Alos (*Average Length Of Stay*)

Angka ALOS pada tahun 2009 sebanyak 5,4 hari pada tahun 2010 sebanyak 5,4 hari, dan pada tahun 2011 sebanyak 4,4 hari.

c. TOI (*Turn Over Interval*)

Untuk angka Turn over ratio pada tahun 2009 4,1 hari pada tahun 2010 sebanyak 2 hari dan pada tahun 2011 sebanyak 1,8 hari.

d. BTO (*Bed Turn Over*)

Pada tahun 2009 sebanyak 37,1 kali , pada tahun 2010 sebanyak 48,8 kali dan pada tahun 2011 50,0 kali.

e. NDR (*Net Death Rate*)

Pada tahun 2009 sebanyak 23,3 permil, pada tahun 2010 sebanyak 35,6 permil, dan pada tahun 2011 sebanyak 29,0 permil.

f. GDR (*Gross Death Rate*)

Pada tahun 2009 sebanyak 38,0 permil , pada tahun 2010 sebanyak 21,8 permil dan pada tahun 2011 sebanyak 37,4 permil.

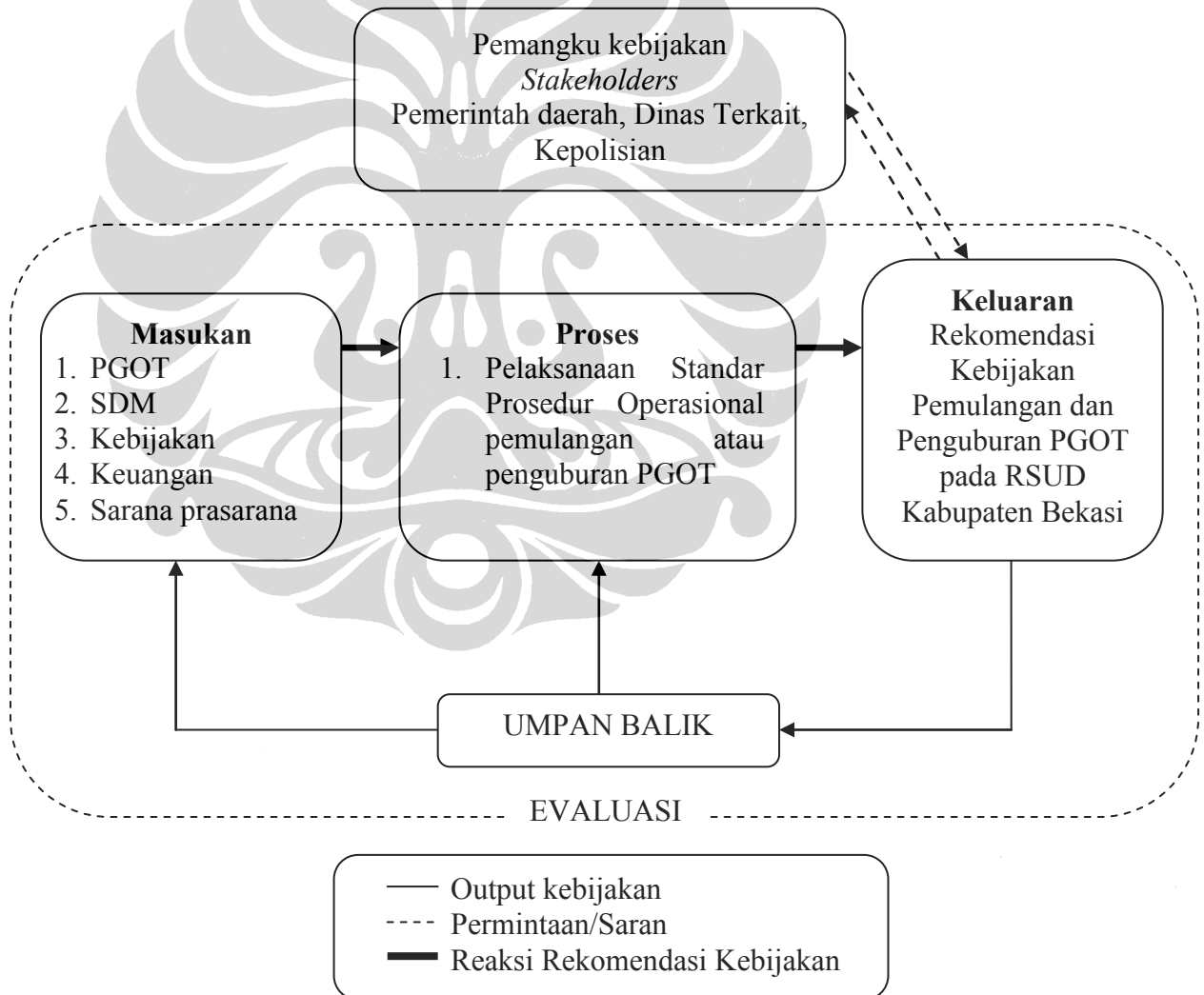


**BAB IV**  
**KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH**

**4.1 Kerangka Pikir**

Berdasarkan tinjauan pustaka, rumusan masalah dan tujuan Penelitian yang akan di teliti, maka peneliti menyimpulkan terdapat beberapa faktor atau variabel yang berhubungan dengan Evaluasi Kebijakan pemulangan dan penguburan pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar pada RSUD Kabupaten Bekasi.

Gambar 4.1 Kerangka Pikir Evaluasi Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar pada RSUD Kab. Bekasi



Pada kerangka pikir peneliti mengembangkan model analisis dari *William N.Dunn* dan *David Easton* dan *Azrul Azwar* dimana menurut Dunn bahwa disetiap kebijakan terdapat pemangku kebijakan, Easton membuat kerangka berfikir dasar untuk mengkaji suatu sistem politik, yang bersifat lebih adaptif dan fleksibel. Serta menurut Azrul Azwar desain sistem terdiri dari masukan, proses, keluaran, umpan balik, dampak dan lingkungan.

#### 4.2 Daftar istilah

1. **Faktor Masukan** merupakan faktor-faktor informasi dalam suatu sistem kebijakan yang akan memberikan informasi pada saat proses apakah faktor-faktor masukan merupakan penghambat atau pendukung.
  - PGOT merupakan Pengemis Gelandangan Dan Orang Terlantar
  - SDM merupakan tenaga kerja yang di tunjuk oleh rumah sakit untuk melaksanakan kebijakan atau standar prosedur operasional pemulangan dan penguburan PGOT.
  - Kebijakan atau standar Prosedur operasional pada rumah sakit mengenai Pemulangan atau penguburan PGOT
  - Keuangan Anggaran dana kecukupan Anggaran dana yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam pemulangan atau penguburan pasien PGOT dan apakah memberatkan bagi Rumah Sakit.
  - Sarana dan prasarana Fasilitas yang dimiliki oleh pihak Rumah Sakit untuk mendukung pelaksanaan kebijakan atau SPO pemulangan atau penguburan pasien PGOT
2. **Faktor Proses** bagaimana pihak rumah sakit melakukan suatu proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi.
  - Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional pemulangan atau penguburan PGOT pada RSUD kab. Bekasi adalah bagaimana pihak rumah sakit melaksanakan proses pemulangan atau penguburan PGOT.
3. **Faktor Keluaran** adalah kumpulan elemen atau bagian yang didapatkan dari berlangsungnya proses dalam pemulangan dan penguburan PGOT pada RSUD kabupaten Bekasi.

- Rekomendasi pemulangan dan penguburan pasien pengemis, gelandangan dan orang terlantar pada RSUD kab. Bekasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang manfaat atau biaya dari berbagai alternatif.
4. **Umpun Balik** kumpulan kumpulan dari elemen atau bagian yang merupakan suatu keluaran dari sistem pemulangan dan penguburan PGOT dan sekaligus dapat berguna sebagai masukan bagi sistem tersebut.
  5. **Faktor Stakeholders** ialah Pemangku kebijakan, di luar rumah sakit, yang mempunyai wewenang dalam mengatur dan mengintervensi rumah sakit dalam pemulangan atau penguburan PGOT .
    - Dinas Sosial ialah kerjasama dan kejelasan peraturan dari Dinas Sosial Daerah dalam proses pemulangan, rehabilitasi dan pengayoman atau penguburan terhadap pasien PGOT yang telah dirawat oleh RSUD Kabupaten Bekasi
    - Dinas Kesehatan Daerah ialah kerjasama dan kejelasan peraturan dari Dinas Kesehatan Daerah setempat dalam pemulangan atau penguburan PGOT, baik berupa alokasi dana ataupun legalitas dalam mengambil tindakan.
    - Kepolisian ialah kerjasama dalam pendataan dan identifikasi pasien PGOT.
    - BAPPEDA adalah Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Bekasi yang dapat memberikan suatu kebijakan lintas sektor dan legalitas atas tindakan yang dilakukan dalam pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan.

Tabel 4.1 Definisi istilah

NO	Variabel	Definisi Istilah	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
1.	PGOT	Pengemis Gelandangan dan orang terlantar yang merupakan pasien RSUD Kab. Bekasi yang terdapat dalam proses pemulangan dan penguburan pascaperawatan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah dokumen</li> <li>• Wawancara Mendalam</li> <li>• <i>Focused Group Discussion</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data jumlah pasien PGOT dr RSUD Kab. Bekasi.</li> <li>• Pedoman wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi mengenai jumlah PGOT selama periode penelitian</li> <li>2. Pemahaman mengenai kriteria PGOT</li> <li>3. Pemahaman mengenai masalah pemulangan dan penguburan</li> </ol>
2.	SDM	Sumber Daya Manusia yang terdapat dalam proses kebijakan pemulangan dan penguburan pasien PGOT, kendala dan permasalahan yang di alami.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara mendalam</li> <li>• <i>Focused group Discussion</i></li> <li>• Observasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> <li>• Pedoman Observasi</li> </ul>	Informasi mengenai, kecukupan, kendala atau permasalahan yang terjadi pada SDM selama proses pemulangan dan penguburan PGOT.
4.	Kebijakan	Suatu tata aturan atau SPO internal RSUD dalam proses Pemulangan atau penguburan PGOT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara mendalam</li> <li>• <i>Focused Group Discussion</i></li> <li>• Telaah dokumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> <li>• Data kebijakan yang sudah ada ataupun pelengkap</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi mengenai SPO/Protap RSUD yang sudah ada, atau akan di buat</li> <li>2. Informasi kegunaan dan manfaat apakah dapat mengatasi</li> </ol>

NO	Variabel	Definisi Istilah	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
					<p>masalah yang ada</p> <p>3. Siapakah yang bertanggung jawab membuat kebijakan tersebut.</p> <p>4. Informasi mengenai kebijakan yang di perlukan</p> <p>5. Evaluasi kebijakan yang sudah ada.</p>
5.	Keuangan	Kecukupan anggaran dana yang disediakan atau dikeluarkan oleh RSUD dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT menurut pelaksana .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara Mendalam</li> <li>• <i>Focused group Discussion</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi anggaran dana untk pemulangan</li> <li>2. Informasi anggaran dana untuk penguburan</li> <li>3. Informasi kecukupan anggaran dana menurut informan pelaksana.</li> </ol>
6.	Sarana dan Prasarana	Benda fisik yang tervisualisasi mata maupun teraba oleh panca indra, merupakan bagian dari suatu gedung ataupun bagian dari gedung itu sendiri. Sedangkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi</li> <li>• Daftar Tilik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Observasi</li> <li>• Standar sarana prasarana RS tipe C dari kementerian</li> </ul>	Informasi keadaan dan ketersediaan fasilitas RSUD Kab. Bekasi dalam menunjang Proses pemulangan dan

NO	Variabel	Definisi Istilah	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
		prasarana adalah jaringan atau instalasi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan.		Kesehatan	penguburan
7.	Proses	Bagaimana pihak rumah sakit melakukan suatu proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara Mendalam</li> <li>• <i>Focused group Discussion</i></li> <li>• Observasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> <li>• Pedoman Observasi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi Pelaksanaan SPO/protap Pemulangan atau penguburan PGOT pada RSUD</li> <li>2. Informasi mengenai kendala yang di hadapi selama proses</li> </ol>
8.	Rekomendasi	Suatu saran, pemikiran yang membuahakan informasi relevan mengenai kebijakan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien pengemis, gelandangan dan orang terlantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara mendalam</li> <li>• <i>Focused group discussion</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman FGD</li> </ul>	Informasi yang dapat digunakan sebagai rekomendasi pemecahan masalah dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT
9.	Umpan balik	Kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem sekaligus sebagai masukan bagi proses kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara mendalam</li> <li>• Observasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman Wawancara</li> <li>• Pedoman Observasi</li> </ul>	Informasi keluaran dari proses pemulangan dan penguburan PGOT dapat digunakan sebagai

NO	Variabel	Definisi Istilah	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
					masukan.
9.	<i>Stakeholder</i>	Pemangku kebijakan, di luar rumah sakit, yang mempunyai wewenang dalam mengatur dan mengintervensi rumah sakit dalam pemulangan atau penguburan PGOT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wawancara mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedoman wawancara mendalam</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informasi mengenai kebijakan yang ada mengenai hubungan lintas sektoral.</li> <li>Memberikan masukan, saran dan solusi yang bermanfaat bagi Kebijakan pemulangan atau penguburan PGOT</li> </ol>

## BAB V METODE PENELITIAN

### 5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang di maksudkan untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai pengalaman dan pendapat informan mengenai Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar Pada RSUD Kab. Bekasi.

Pendekatan kualitatif pada penelitian ini, mengambil narasumber sebagai subjek serius, yang dilihat penting dalam memberikan pendapat mengenai masalah dalam penelitian ini melalui pendekatan interpretatif. Bagaimanapun penelitian kualitatif pada penelitian ini tidak hanya berdasarkan pengalaman dari subjek tetapi di analisis sehingga di dapatkan informasi yang mempunyai nilai bagi penelitian ini.

Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif karena dinilai lebih mudah dilakukan penyesuaian dan pendekatan dengan kondisi lapangan, agar lebih peka terhadap perubahan pola atau nilai dan bahkan data yang ada di lapangan.

Guna mempertajam gambaran terhadap fenomena yang sedang di teliti, maka interpretasi langsung dari fenomena atau kejadian memperoleh prioritas yang tinggi dalam penelitian kualitatif daripada interpretasi terhadap pengukuran data. Teori dalam penelitian kualitatif tidak semata-mata dimaksudkan untuk di buktikan (*verification*). Namun dapat juga untuk dikembangkan berdasarkan data yang di kumpulkan (*falsification*). (sanapiah dalam Sutirin,2006, hal 59).

### 5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dari awal Juni 2011 hingga- Agustus 2011 mulai pukul 08.00-16.00 sesuai dengan jadwal residensi dan awal Maret 2012 – Juni 2012

### 5.3 Informan Penelitian

Informan peneliti adalah orang yang benar-benar mengetahui atau pelaku yang terlibat langsung ataupun tidak langsung dengan permasalahan penelitian,



baik secara pengetahuan atau pengalaman serta keterlibatan dalam permasalahan.

Kategori informan terdiri dari :

1. Jajaran *top Management* : Direktur RSUD kabupaten Bekasi (1 orang)
2. Jajaran *Middle management* : Ka.Bid Pelayanan Medik (1 orang), Ka.Sie Pelayanan Medik (1 orang), Ka.Bid Pengembangan dan informasi (1 orang).
3. Jajaran Staf dan pelaksana : Kepala Ruangan Rawat Inap (1 orang), Rawat Jalan (1 orang), Koordinator UGD (1 orang), Pelaksana seksi Informasi (1 orang), Kepala Perawat (1 orang) bagian Rekam Medik (1 orang).
4. *Stakeholder* : Dinas Sosial (1 orang),

#### 5.4 Teknik Pengumpulan Data

##### 5.4.1 Sumber data

- a. Data primer : cara pengumpulan data primer diperoleh dengan melaksanakan *indepth interview* dan *focused Group Discussion* dengan para narasumber.
- b. Data sekunder : data sekunder diperoleh dengan menelaah data yang diperlukan sebagai penunjang penelitian dan Standar prosedur Operasional pemulangan atau penguburan PGOT.

Tabel 5.1 Jumlah informan yang akan dilibatkan dalam wawancara mendalam dan FGD dalam penelitian

No	Jabatan	Tanggal Wawancara	Tempat Wawancara
1.	Direktur RSUD Kabupaten Bekasi	18 April 2012	Rumah Makan Laksana
2	Ka.Bid Pelayanan Medik	18 April 2012	Lantai 2 Ruang rapat pelayanan medis
3	Ka.Sie Pelayanan Medis	18 April 2012	Lantai 2 ruang Rapat Pelayanan medis
4	Ka.Bid Pengembangan	19 April 2012	Lantai 3 ruang

No	Jabatan	Tanggal Wawancara	Tempat Wawancara
	dan Informasi		pengembangan dan informasi
5.	Bagian rekam Medik	19 April 2012	Lantai Dasar Ruang Rekam Medik
6	Bagian umum pendataan PGOT	FGD 23 April 2012 8 Mei 2012	Lantai dasar ruang bagian umum
7	Bagian umum pendataan PGOT meninggal	FGD 23 April 2012 3 Mei 2012	Lantai 4 ruang bagian umum
8	Koordinator Rawat Jalan	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
9	Koordinator UGD	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
10	Koordinator Instalasi Anak	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
11	Koordinator Instalasi Bedah	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
12	Koordinator Instalasi penyakit Dalam	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
13	Koorinator Instalasi Nifas	FGD 23 April 2012	Ruang rapat lantai 2 pelayanan medik
14	Dinas Sosial	7 Juni 2012	Ruangan ka.sie Rehabilitasi Sosial

#### 5.4.2 Instrumen Penelitian

- a. Dokumen dan data-data terkait dari bagian tata usaha, Pelayanan Medik, Bagian Keuangan, Bagian pengembangan dan Informasi mengenai pelayanan, pemulangan dan penguburan.
- b. Pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*), Pedoman diskusi kelompok terarah (*focussed group discussion*), pedoman Observasi

teknik ini digunakan untuk mengkonstruksi kegiatan dan kejadian di sekitar kebijakan, dan memverifikasi dan memperluas data atau informasi yang sudah di peroleh sebelumnya

c. Sarana elektronik seperti tape recorder.

Pada tabel di bawah ini peneliti membuat matriks dasar pertanyaan yang akan diajukan saat wawancara mendalam ataupun *Focussed group Discussion* yang ditandai oleh + yaitu akan di ajukan pada saat peneliti melakukan wawancara mendalam ataupun FGD dan tingkat pentingnya pertanyaan di nilai dengan jumlah + pada setiap jenis pertanyaan, seangkan untuk tanda – berarti pertanyaan tersebut tidak di ajukan kepada informan yang telah dipilih oleh peneliti. Dengan pengklasifikasian pertanyaan ini diharapkan didapatkan informasi yang tepat dari informan yang tepat sesuai kapabilitas dari informan dalam menjawab pertanyaan. Sehingga tidak di dapatkan jawaban yang dapat membingungkan peneliti dalam menarik kesimpulan.

Tabel.5.2 Matriks Dasar Pertanyaan Yang Akan Di Ajukan Saat Wawancara

<b>Jajaran/ perihal</b>	<b>Top Management</b>	<b>Midle Management</b>	<b>Pelaksana</b>	<b>Stakeholder</b>
Visi, Misi RSUD dan Komitmen RSUD	+++	++	+	-
Kebijakan	+++	++	+	+
SDM	+	++	+++	-
Keuangan	+	+++	+	-
Sarana dan prasarana	++	+++	+++	-
Proses	+	++	+++	-
Rekomendasi	+	+++	++	++
Umpan Balik	+	+++	++	++

### 5.4.3 Cara Pengumpulan Data

Data yang diperoleh dikumpulkan terutama oleh peneliti secara pribadi dengan turun ke lapangan, serta mengumpulkan informasi melalui observasi atau wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan secara tertutup dan terstruktur.

Adapun langkah yang akan di ambil peneliti adalah sebagai berikut :

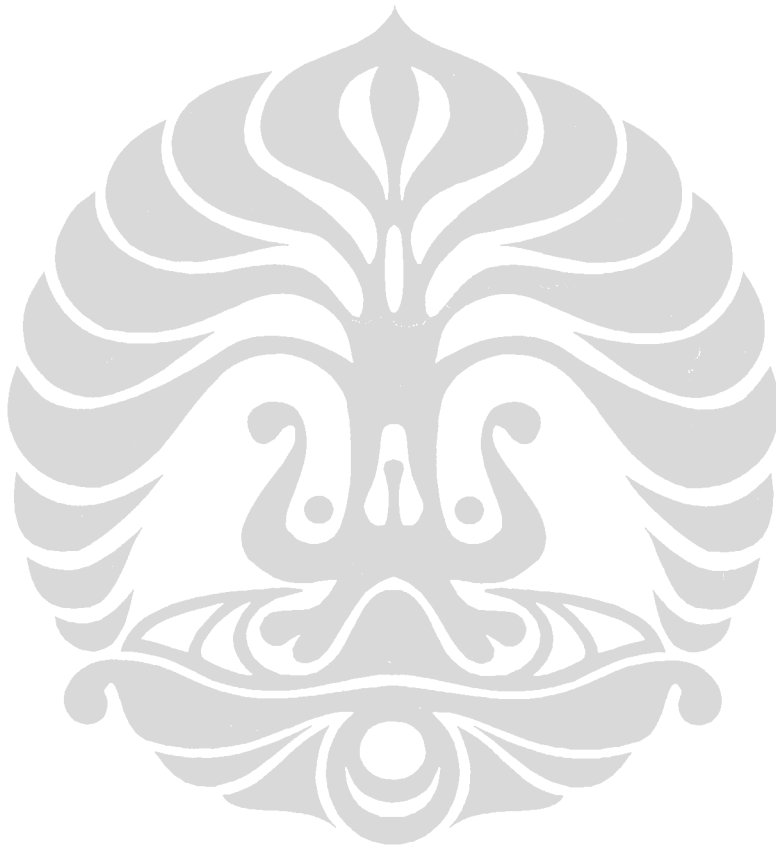
- *In-depth Interview* (wawancara mendalam) menggunakan pedoman wawancara yang dilakukan kepada “informan” dari RSUD Bekasi.
- *Focussed Group Discussion* (diskusi kelompok terarah) dilakukan di ruangan menggunakan pedoman FGD .
- Meringkas jawaban hasil dari *In-depth Interview* (wawancara mendalam) dan *Focussed Group Discussion* (diskusi kelompok terarah) kedalam tabel hasil lalu melakukan analisis.

### 5.5 Manajemen Data dan Analisis Data

Analisa data kualitatif telah dimulai sejak data dikumpulkan. Langkah awal pada tahap analisis data adalah pengumpulan kembali instrumen penelitian berupa catatan lapangan (field notes). Dari data yang terhimpun diadakan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

- a. Deskripsi informan adalah orang yang di anggap dan berperan penting serta terlibat langsung dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD Bekasi.
- b. Rekapitulasi / meringkas data, yaitu ringkasan data kualitatif yang merupakan informasi awal yang akan digunakan untuk analisis data.
- c. Untuk menganalisis data peneliti akan mereduksi data dan memasukkan ke dalam matriks wawancara hasil sehingga dapat dilihat dan di analisa secara tersusun baik sehingga di dapatkan pemahaman yang baik dan menghasilkan solusi yang baik.
- d. Data yang diperoleh dari *In-depth Interview*(wawancara Mendalam) dan *Focussed Group Discussion* (diskusi kelompok terarah) di sajikan dalam bentuk tabel dan narasi yang tersusun secara sistematis.

- e. Karena metodologi penelitian menggunakan pendekatan kualitatif, untuk mengurangi kesalahan dalam pengumpulan data dan agar validitas data tetap dijaga maka dilakukan dengan metode triangulasi sumber dan data dengan melihat dan membandingkan penanggulangan pada RSUD Kab. Bekasi dengan RSCM Jakarta,serta ketentuan Departemen Kesehatan (Depkes).



## BAB 6

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 6.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan mendapatkan informasi mendalam mengenai Evaluasi Kebijakan Pemulangan Dan Penguburan Pasien Pengemis, Gelandangan Dan Orang Terlantar Pascaperawatan. Pada RSUD Kabupaten Bekasi Agustus 2011- April 2012. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*In depth interview*), diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion*) dan telaah data sekunder yang di dapatkan dari RSUD dan RSCM untuk Kebijakan Pemulangan dan Penguburan pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar.

Kesulitan yang peneliti hadapi adalah ada beberapa pihak yang menolak untuk melakukan wawancara, karena mempunyai pemikiran bahwa akan dilakukan penilaian kerja dan di publikasikan di media masa, peneliti sudah mencoba untuk menjelaskan bahwa dalam wawancara ini akan di rahasiakan identitasnya dan digunakan sebagai bahan penelitian. Adapun yang menolak di lakukan wawancara adalah BAPPEDA dengan alasan sedang tidak ada di tempat, Dinas Kesehatan dengan alasan sedang sibuk, dan kepolisian dengan alasan sedang sibuk.

Dengan mengajukan surat izin resmi pengambilan data sekunder peneliti berusaha medapatkan data sekunder pada RSCM Jakarta sebagai bahan yang memperkaya isi tesis peneliti,akan tetapi dalam mengurus surat izin pengambilan data sudah cukup lama, sehingga peneliti tidak mendapatkan data yang di inginkan sebelum dilakukan sidang tesis.

#### 6.2 Sistematika Penyajian

Hasil penelitian akan disajikan dengan urutan sebagai berikut : kualitas data penelitian, penyajian hasil penelitian yang berupa data sekunder dan analisa hasil wawancara mendalam yang disajikan dalam bentuk matriks.

#### 6.3 Kualitas Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari pelaksanaan kebijakan pemulangan dan penguburan pasien pengemis,

gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi pada Agustus 2011- Mei 2012, berupa standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit yang berhubungan dengan pemulangan dan penguburan pasien PGOT, data keuangan mengenai penguburan pasien PGOT, dan untuk stakeholder dari dinas sosial berupa peraturan Bupati atau kepala daerah Kabupaten Bekasi no 24 tahun 2011 yang berhubungan dengan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT. Adapun data primer berupa hasil wawancara mendalam dan *focus Group Discussion* terhadap Manajemen dan staff yang dilakukan peneliti selama melakukan penelitian.

Wawancara mendalam dilakukan pada Direktur Rumah Sakit, Ka.Bid Pelayanan Medis, Wa.Ka.Bid Pelayanan Medis, Ka.Bid Pengembangan dan Informasi, staff rekam medis, staf bagian umum untuk pemulangan pasien PGOT, staf bagian umum untuk penguburan PGOT, Ka.Sie Pelayanan dan Rehabilitasi Penyandang Cacat anak dan Lanjut Usia dari Dinas Sosial. Wawancara mendalam pada pihak Rumah Sakit dilaksanakan pada tanggal 20 April- 3 Mei 2012 di RSUD Kabupaten Bekasi dengan durasi 40-80 menit, tiap informan di sesuaikan dengan informasi yang akan di gali. Untuk stakeholder, wawancara di lakukan tanggal 7 Juni 2012 dengan durasi 60- 120 menit dikarenakan pihak Dinas Sosial sangat terbuka dan kooperatif sehingga peneliti di berikan keleluasaan untuk bertanya dan mencari data yang di butuhkan .

Diskusi kelompok terarah dilakukan pada hari Senin tanggal 23 April 2012 dengan durasi 1 jam 45 menit, dan jumlah peserta 8 orang, diskusi terarah dilaksanakan di lantai 2 ruang Ka.Bid Pelayanan Kesehatan. Peserta diskusi terdiri dari koordinator perawat rawat jalan, staff pelaksana umum bagian pemakaman, staff pelaksana umum bagian pemulangan PGOT, kepala perawat bagian neonatal, kepala perawat UGD, kepala perawat Anak, kepala perawat bagian bedah, Kepala perawat bagian penyakit dalam. Pada saat dilakukan FGD setiap informan sangat kooperatif dan membantu peneliti untuk dapat mengenali permasalahan lebih jelas dan mencarikan jalan keluar yang sekiranya dapat di terapkan pada RSUD Kabupaten Bekasi, di karenakan kebiasaan dan kultur setiap Rumah Sakit sangat khas.

#### 6.4 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Kabupaten Bekasi merupakan wilayah yang sedang berkembang sejak di sahkannya undang-undang No.32 tahun 2004 mengenai desentralisasi. Pembangunan selalu memiliki dampak positif dan negatif bagi setiap daerah. Pengemis, gelandangan dan orang terlantar merupakan dampak negatif dari pembangunan. Menurut Saptono Iqbali dalam studi kasus mengenai gelandangan dan pengemis, keberhasilan percepatan pembangunan di wilayah perkotaan dan sebaliknya keterlambatan pembangunan di wilayah pedesaan mengundang arus migrasi desa kota yang antara lain memunculkan gepeng karena sulitnya pemukiman dan pekerjaan di wilayah perkotaan atau pedesaan.

Menurut Quade (1982) Dalam mengidentifikasi suatu permasalahan dalam kebijakan ada salah satu hal yang perlu di perhatikan oleh peneliti yaitu *reasons for Attention*. Peneliti harus mampu menilai besarnya masalah pemulangan dan penguburan PGOT pascaperawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi, sehingga di temukan suatu alasan mengapa masalah tersebut harus di perhatikan dan dicarikan solusi, dari hasil wawancara didapatkan informasi sebagai berikut :

##### Informan 1 dalam wawancara mendalam

*“Pada saat pasien sudah di nyatakan sehat tapi tidak kunjung di ambil dinas sosial tempat tidur yang ada tidak bisa di berikan kepada yang membutuhkan, Jika ada pasien bayi, seperti yang kemarin ada bayi di buang, jadi masalah karena siapa yang mau mengurus bayi 24 jam, susu nya dan lain-lain, Jadi kendala kalau pasien kurang waras, karena kebutuhan tempat tidur masih terbatas, dan belum memiliki bangsal khusus gangguan jiwa, kalau sudah meninggal tidak ada masalah”*

##### Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“kalau yang meninggal sudah tercover ya, jadi masalah tu kalau sehat kembali, setelah sehat tu baru jadi masalah, lempar-lemparan dinas ga mau, kepolisian juga ga ma”*. Informan 2

##### Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Dari RSUD tetap bersurat ke dinas terkait. Kalau pemulangan, kalau ada identitas terkait kami hubungi keluarga atau kita berhubungan dengan dinas*



*sosial. Jenazah yang meninggal biasanya dibuatkan surat laporan, ke kepolisian, dan sudah ada dana untuk pemakaman”.*

#### Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Untuk pembiayaan pelayanan kesehatan sih tidak masalah, yang menjadi masalah adalah saat sudah meninggal dan sembuh, kalau meninggal menguburnya dimana, kalau sehat pulanginya kemana”.*

#### Hasil FGD dengan para staff

*“Kalau pas perawatan sih di tangani dengan baik ya, yang susah kalau ga ada barangnya di sini, rujuknya sering susah, kan ga semua RS mau tu nerima, Kalau sehat tu kita masih sering bingung mau di taro kemana, kan ga etis juga kalau di lepas di jalan. Ya pokoknya itu mah sama pak Yamin, hubungan sama Dinsos deh”.*

Dari hasil wawancara peneliti menarik kesimpulan bahwa dalam hal penguburan pasien PGOT pascaperawatan di RSUD kab. Bekasi kendala dapat diatasi dengan adanya Protap dari manajemen RSUD kab. Bekasi dan di tanda tangani oleh direktur RSUD Kabupaten Bekasi. Kendala yang di temukan dalam wawancara adalah “tidak adanya lemari pendingin jenazah” sehingga jenazah yang sudah meninggal harus langsung dilakukan pemulasaraan jenazah dan di kuburkan karena jenazah tidak dapat di titipkan di Rumah Sakit.

Pada pemulangan PGOT peneliti menemukan suatu informasi, bahwa dalam pelayanan pihak RSUD Kabupaten Bekasi telah melakukan pelayanan secara paripurna karena di dukung oleh JAMKESDA. Permasalahan baru timbul ketika pasien sudah sehat dan di perbolehkan pulang oleh Rumah Sakit, karena keterbatasan-keterbatasan pada pasien tersebut, dimulai dari ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik, kehilangan kewarasan, ataupun tidak mempunyai alamat atau keluarga yang jelas, sehingga pihak Rumah Sakit kesulitan dalam hal pemulangan pasien tersebut.

Dari informasi yang didapatkan peneliti menemukan bahwa proses pemulangan mempunyai kendala dengan Dinas Sosial khususnya dalam hal penjemputan pasien yang telah sehat dan di salurkan ke panti sosial. Masalah ini harus segera dicarikan jalan keluar atau akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi.

## 6.4.1 Faktor Masukan

### 6.4.1.1 PGOT

Pengemis, gelandangan dan orang terlantar sejatinya merupakan permasalahan di setiap Rumah Sakit Umum Daerah ataupun Kabupaten atau Kota, hal ini di perkuat oleh pernyataan dari informan 8, dimana menurut informan permasalahan ini tidak akan hilang begitu saja.

#### Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“ pengemis gelandangan dan orang terlantar itu bisa saja bukan dari daerah asal sini, bisa jadi kena razia dari Jakarta di buang kesini, dari Bandung atau daerah-daerah perbatasan, karena itu merupakan permasalahan tiap daerah”.*

Informasi yang didapatkan oleh peneliti, jumlah pasien PGOT di RSUD Kab. Bekasi selama periode Mei 2011- hingga Agustus 2012, selama 3 bulan tersebut terdapat 14 pasien PGOT yang meninggal ataupun sehat. Ini menggambarkan bahwa dalam 1 bulan dapat terjadi 4 sampai 5 pasien PGOT yang di tangani oleh pihak Rumah Sakit. Jika masalah ini terus di biarkan maka dalam 1 bulan dapat terjadi 4 sampai 5 kali penguburan atau 4 sampai 5 kali penundaan pemulangan pasien, sehingga terdapat 4 sampai 5 pasien yang membutuhkan perawatan tetapi tidak dapat dirawat dikarenakan tempat tidur masih di gunakan oleh PGOT yang belum di ambil oleh Dinas Sosial.

Sedangkan data yang diperoleh dari BAPPEDA dalam buku Dinas Sosial Kabupaten Bekasi Kabupaten Bekasi Dalam Angka 2011 yang dimiliki oleh RSUD Kab. Bekasi. Untuk data tahun 2009 anak balita terlantar sejumlah 1.129, anak terlantar sejumlah 3.269, wanita rawan sosial ekonomi sebesar 656, lanjut Usia Terlantar sebesar 6.419, dan Penyandang cacat sebesar 5.445

Dari ketiga informasi tersebut diketahui jumlah PGOT pada Kabupaten Bekasi dan untuk jumlah PGOT pada RSUD Kabupaten Bekasi selama residensi 3 bulan adalah 14 pasien PGOT, hal ini menjelaskan bahwa pengemis Gelandangan dan orang terlantar jumlah nya meningkat pada RSUD kabupaten Bekasi, maka dari itu, peneliti menyimpulkan bahwa jika tidak segera di atasi permasalahan ini dapat menjadi besar dan dapat mengganggu stabilitas dan kinerja RSUD Kab. Bekasi. Permasalahan ini juga dapat berimplikasi pada extra pengeluaran biaya non perawatan.

PGOT merupakan bagian dari masyarakat Kabupaten Bekasi, karena berada pada wilayah kabupaten Bekasi. Dalam mengatasi permasalahan mengenai pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan pihak RSUD Kabupaten Bekasi harus memahami dan memiliki kriteria mengenai PGOT. Peneliti mendapatkan informasi mengenai pemahaman pihak RSUD Kab. Bekasi mengenai PGOT, dan peneliti memperoleh jawaban sebagai berikut :

informan 1 dalam wawancara mendalam

*“Salah satu Pasien, atau kunjungan kerumah sakit tanpa identitas, beberapa kali atau sering datang pasien atau jenazah yang di antar pihak kepolisian atau warga tanpa ada identitas”*

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Pasien yang tidak jelas asal usulnya dan tidak tau alamatnya, kalau masalah pelayanan sudah tertangani oleh jamkesda”*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Pengemis gelandangan dan orang terlantar, pengemis fakir miskin yang masih mempunyai tempat tinggal, gelandangan orang miskin berkeliling, orang terlantar masih punya keluarga tapi tidak ada yang mengurus”*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Anggota masyarakat yang tidak di ketahui keluarganya, tempat tinggalnya, dan akses ke kesehatan sulit”.*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Pasien yang datang ke RSUD kab. Bekasi, yang tidak mampu dan tidak memiliki alamat tetap sehingga menggelandang, kalau sudah sehat bingung pulangannya kemana”*

Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Pokoknya orang yang ga mampu deh yang dateng ke RSUD mau dateng sendiri atau di anter polisi, dan ga ada keluarganya”*

Dari hasil wawancara di temukan fakta bahwa belum adanya kriteria dan pemahaman yang serupa antara para informan, informasi yang didapatkan masih berupa hasil pemahaman diri sendiri.

Untuk mendapatkan informasi dari para staff peneliti melaksanakan FGD kepada para staff dan pemahaman para staff mengenai kriteria dan pemahaman mengenai PGOT adalah

Hasil FGD dengan para staff

*“pasien yang tidak jelas asal usulnya, tetap dilakukan pelayanan sebagaimana yang di haruskan, tetapi terkadang menjadi masalah saat akan di pulangkan”*

Sedangkan dalam Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia nomor : 80/HUK/2010 mengenai Pengemis, Gelandangan dan orang terlantar merupakan penyandang masalah sosial yang harus dapat di tangani oleh Dinas Sosial daerah Tersebut, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Pengertian pengemis, gelandangan dan orang terlantar, dalam keputusan Kementerian Sosial tersebut adalah:

1. Pengemis adalah orang-orang yang mendapat penghasilan meminta-minta di tempat umum dengan berbagai cara dengan alasan untuk mengharap belas kasih orang lain.
2. Gelandangan adalah orang-orang yang hidup dalam keadaan tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak dalam masyarakat setempat, serta tidak mempunyai pencaharian dan tempat tinggal yang tetap dan mengebara di tempat umum.
3. Untuk terlantar terdapat 3 kriteria :
  1. Anak balita terlantar adalah anak yang berusia 0-4 tahun karena sebab tertentu orang tuanya tidak dapat melakukan kewajibannya karena beberapa kemungkinan : miskin/ tidak mampu, salah seorang sakit, salah seorang atau kedua-duanya meninggal, anak balita sakit, sehingga terganggu kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangannya baik secara jasmani, rohani dan sosial.
  2. Anak terlantar adalah anak berusia 5 – 18 tahun yang karena sebab tertentu orang tuanya tidak dapat melakukan kewajibannya karena beberapa kemungkinan seperti miskin atau tidak mampu, salah seorang atau kedua-duanya sakit, salah seorang atau kedua-duanya meninggal, keluarga tidak harmonis, tidak ada pengasuh/ pengampu, sehingga

tidak dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya dengan baik secara jasmani, rohani dan sosial.

3. Lanjut usia terlantar adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial.

Dari informasi hasil wawancara peneliti mendapatkan fakta yang terdapat di RSUD Kabupaten Bekasi bahwa sudah terdapat kesepahaman umum mengenai arti dari pasien PGOT yaitu pasien yang tidak memiliki alamat, tanpa identitas, tidak di ketahui keluarganya, tidak memiliki kemampuan finansial, tidak jelas asal-usul. Akan tetapi dalam suatu kebijakan dan identifikasi masalah, arti dan kriteria harus dapat dijelaskan dengan terinci dan detail, sehingga dapat diketahui seberapa luas masalah yang dihadapi secara spesifik dan memudahkan pelaksana kebijakan atau protap tersebut dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan di RSUD Kab. Bekasi.

Kriteria dari Kementerian kesehatan tersebut dapat digunakan sebagai kriteria PGOT pada RSUD Kab. Bekasi, jika ingin melakukan kerjasama Lintas sektoral dengan dinas terkait di bawah Kementerian Sosial, yaitu Dinas Sosial, hal ini dimaksudkan agar terdapat persamaan persepsi antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Sosial dalam menangani masalah yang sama yaitu di RSUD adalah pemulangan PGOT dan di Dinas Sosial adalah penyaluran PGOT sebagai penyanggah masalah sosial ke dalam panti sosial.

#### **6.4.1.2 SDM (Sumber Daya Manusia)**

Sumber daya manusia atau SDM merupakan faktor yang sangat penting dalam sebuah organisasi seperti Rumah Sakit Umum Daerah. Sumber Daya manusia dalam Rumah Sakit dimulai dari tingkatan tertinggi yaitu direktur Rumah Sakit hingga pegawai pelaksana. Dalam pelaksanaan pemulangan dan penguburan pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar, salah satu yang berperan penting pada proses ini adalah Sumber Daya Manusia pada RSUD Kab. Bekasi.

Peneliti mendapatkan informasi mengenai permasalahan utama pada SDM sehingga dapat ditemukan akar dari permasalahan pada SDM. Apakah permasalahan pada SDM terdapat pada belum adanya kerjasama antar instansi, atau sebenarnya karena kurangnya Sumber Daya pada Rumah Sakit atau

ketidakhahaman SDM tentang Standar Prosedur Tetap sehingga timbul permasalahan tersebut.

Informasi yang didapatkan pada penelitian ini adalah berupa pandangan atau penilaian dari perawat yang berhubungan langsung dengan PGOT dan pihak manajemen mengenai jumlah SDM yang berperan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT, apakah dengan jumlah SDM yang ada pada bagian umum yaitu pak Yamin untuk pemulangan dan berhubungan dengan Dinas Sosial dan pak Cahyono dari bagian Umum yang berhubungan dengan penguburan sudah mampu mengatasi masalah yang timbul dalam pemulangan dan penguburan PGOT pascaperawatan.

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Kalau untuk SDM kita sudah cukup kok ada yang menangani khusus di bagian umum, tetapi kendala mungkin di pemulangan ya, soalnya orang Dinas nya gonta ganti terus, jadi tidak berkesinambungan”.*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Kalau SDM kita cukup ya saya rasa, untuk penguburan di bagian umum pak cahyono, untuk pemulangan ada pak yamin. Tetapi mungkin lebih baik untuk pemulangan ada tim khusus ya agar ga di pingpong, dan yang paham betul bekerja sama dengan dinas”*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Kita punya keterbatasan dalam hal SDM maupun kemampuan dalam koordinasi dengan lintas terkait, juga ya dalam mengatasi ini, terkadang tidak tahu harus kemana dan bagaimana, makanya baru menjdai kendala ya”*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“SDM sih kita cukup mbak, masalahnya itu kerjasama RSUD sama Dinas Sosial supaya kerjasamanya berkelanjutan, kalau perlu dari Dinas Sosial ada SDM yang stay di sini.”*

Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Enggak sih kalau orang kayanya sudah cukup banyak, asal aturannya jelas”*

Dari hasil wawancara peneliti mendapatkan informasi bahwa kendala yang terjadi bukan berdasarkan ketidakcukupan SDM pada proses tersebut. SDM yang berhubungan dengan pemulangan dan penguburan PGOT terdapat 2 orang staff

dari bagian umum, menurut para informan kedua staff tersebut sudah cukup untuk melaksanakan tugas dalam proses Pemulangan dan Penguburan Pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi dan menurut hasil wawancara kendala yang ditemukan adalah , kerjasama yang tidak berkesinambungan antara RSUD dengan Dinas Terkait, terjadi ping pong atau ketidak jelasan birokrasi di Dinas Sosial, tidak tahu prosedurnya harus kemana,dan dari Dinas Sosial yang sering berganti kepengurusan.

#### Hasil FGD dengan Staff

*“Enggak sih kalau orang kayanya sudah cukup banyak, asal aturannya jelas, kan yang sering jadi masalah itu orang yang ngurusin di Dinas Sosialnya itu gonta – ganti, makanya susah kerjasamanya mulai dari awal lagi”*

Informasi dari FGD tersebut menguatkan hasil wawancara mendalam bahwa masalah dan kendala yang timbul justru timbul dari luar RSUD Kab. Bekasi atau berhubungan dengan kerjasama antara Dinas Terkait.

Menurut data kejadian pemulangan dan penguburan di RSUD kabupaten Bekasi, untuk penguburan sendiri pada lampiran pada laporan jenazah tanpa identitas atau ebih dikenal dengan Mr.X/ Mrs.X yang sudah dimakamkan di TPU Wanajaya Kabupaten Bekasi Januari 2011 sampai desember 2011. peneliti menemukan fakta bahwa dalam bulan Januari 2011 terdapat 1 penguburan pasien PGOT, bulan Februari 2011 tidak terdapat penguburan, bulan Maret hingga Mei 2011 terdapat masing-masing 1 penguburan, Juni tidak terdapat penguburan tetapi pada bulan Agustus terdapat 3 penguburan dan bulan Desember 4 penguburan. Dari data yang peneliti dapatkan ini peneliti melakukan wawancara dengan informan 7, mengenai kurang atau tidaknya SDM dalam mengatasi penguburan Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar.

#### Informan 7 dalam wawancara mendalam

*“kalau selama ini sih ga ada masalah ya,kalau untuk penguburan sih beres ya, SDM juga cukup kok kita udah kenal sama polisi, dana juga sudah ada, yah paling itu kalau ga ada kepala atau identitas, yang mandikan, kafan segala macem udah siap”*

Sumber daya manusia pada bagian umum yang mengurus permasalahan mengenai penguburan terdapat 1 orang dan pada bagian pemulangan pasien

pengemis gelandangan dan orang terlantar juga terdapat 1 orang. Pada bagian umum kedua pegawai ini selain menangani masalah pemulangan dan penguburan juga melaksanakan tugas dari Kasubag Umum jadi tidak secara khusus menangani permasalahan pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar.

#### Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Kalau Standar prosedur tetap sih untuk mempermudah SDM mbak tapi terkadang dalam pelaksanaannya, karena ga ada evaluasi, jadi ga ada yang di perbaiki, makanya menjadi masalah di SDM”*

#### Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Sebetulnya kendala kendala itu itu dapat mbak di buat mudah kalau manajemen dan dinas melakukan kerjasama, jadi kita staff tu tinggal fokus merawat, kendalanya di kita itu mbak biasanya susah menghubungi Dinas Sosial, iya iya saja tapi tidak ada penjemputan, jadinya bingung siapa yang anter atau nyari panti sosial, sedangkan saya di sini juga banyak tugas mbak”*

Hal ini di perkuat dalam FGD yang dilakukan bersama dengan staff masalah dan kendala yang SDM rasakan selama melakukan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT, peneliti mendapatkan informasi bahwa kendala yang sering timbul adalah ketika pelaksanaan kerjasama lintas sektoral antar Rumah Sakit dengan Dinas Sosial, dimana RSUD sudah mengurus surat menyurat dengan Dinas Sosial sesuai dengan standar tetap prosedural yang di tanda tangani Direktur, akan tetapi belum jelasnya kerja sama dengan Dinas Sosial membuat kendala tersendiri bagi SDM RSUD.

#### Hasil FGD dengan Staff

*“Dinas Sosial itu yang ACC aja, yang nyari mah kita sendiri, makanya sering kebingungan. Kerjasama lintas sektoralnya belum jalan. Kalau administratif sih beres. Pernah mbak ada kasus pasien sudah sembuh, kita bawa ke Dinas Sosial, Dinas Sosialnya menolak mbak, ada itu bolak balik, udah dikirim ke dinas, dibalikin, dikirim lagi, di balikin lagi.”*

#### **6.4.1.3 Kebijakan**

Kebijakan yang dimaksud oleh peneliti dalam penelitian ini adalah Kebijakan yang sudah terdapat dalam RSUD kabupaten Bekasi maupun yang



belum ada pada RSUD Kabupaten Bekasi dapat berupa Prosedur Tetap ataupun formulir yang terdapat pada lampiran 24 implementasi kebijakan, yang di tetapkan dan dilaksanakan oleh pihak Rumah Sakit mengenai Pemulangan atau penguburan PGOT pascaperawatan .

Peneliti mendapatkan informasi dengan prosedur analisis dari teori Dunn , dimana peneliti mengajukan pertanyaan secara empiris, valuatif dan normatif pada informan agar mendapatkan informasi dengan jelas mengenai kebijakan pada RSUD Kab. Bekasi.

Peneliti mendapatkan informasi mengenai keberadaan kebijakan di dalam RSUD Kab. Bekasi dengan mengajukan pertanyaan kepada pihak manajemen dan direktur mengenai kebijakan internal Rumah Sakit pada pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar pada RSUD kabupaten Bekasi.

Informan 1 dalam wawancara mendalam

*“kalau untuk kebijakan Rumah Sakit Sudah paham ya, saya kayanya waktu itu sudah menandatangani deh SPO nya sedangkan kalau untuk keluar, Sudah ada tupoksi masing masing dinas, sudah ada perdanya mengenai tugas masing-masing”.*

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“kalau didalam rumah sakit ada yang namanya prosedur tetap, di tanda tangani oleh direktur, coba di minta ke ibu Rahayu”*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“kita baru ada beberapa ya, untuk penguburan jenazah terlantar, pembiayaan pasien PGOT, tapi kalau pemulangan kita belum ada sampai kesana ya soalnya baru juga”.*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“kita tu pernah ketemuan bareng ya direksi untuk membicarakan ini, waktu itu masih sama dr. irine yabagian pelayanan, tapi saya kurang tau, bagaimana tindak lanjutnya, kayanya sudah ada SPO nya deh, saya belum pegang”.*

Berdasarkan informasi dari informan 2 peneliti melakukan observasi dalam mencari prosedur tetap mengenai penanganan pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar. Peneliti mendapatkan beberapa

Protap yang terdapat pada halaman lampiran . Protap yang ada yang berhubungan dengan pemulangan dan penguburan pasien PGOT antara lain adalah:

1. Dokumen 01.01.07, terbit 18 April 2011 mengenai Pembiayaan Pengobatan PGOT.
  - a. Pengertian : Pembiayaan Pengobatan PGOT adalah Pasien yang status pembayarannya bukan termasuk pasien Jamkesda/ Jamkesmas/Askes/ Karyawan RSUD/PGOT/Bukan pasien PT.
  - b. Kebijakan : Hak istimewa Direktur
  - c. Prosedur : Petugas UGD/ Ranap melaporkan ke Tim Jamkesmas RSUD, Tim jamkesmas membuat Surat Keterangan PGOT yang akan di Tanda tangan Direktur, dengan stempel RSUD, dan berdasarkan surat keterangan tersebut, bagian keuangan mengurus rekomendasi dari Dinas Sosial Kab. Bekasi. Berdasar Surat rekomendasi tersebut bagian keuangan mengurus kartu Jamkesmas dan SKP ke loket Askes RSUD.

Protap ini menjelaskan mengenai pembayaran atas perawatan PGOT yang dibayarkan melalui Jamkesmas. kebijakan ini juga secara tidak langsung menegaskan bahwa Pasien PGOT termasuk kedalam Jamkesmas biarpun dalam kebijakan pendahulunya PGOT bukan termasuk dalam Jamkesmas. Dalam proses pelaksanaan kebijakan ini pihak RSUD menyiapkan draft surat keterangan dan stempel yang menegaskan bahwa pasien tersebut adalah PGOT.

Evaluasi diperlukan pada pelaksanaan kebijakan ini, apakah pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien tanpa penjamin atau PGOT di bebaskan kepada Jamkesmas atau kepada pihak manajemen, karena pasien dalam perawatan. Adanya point mengenai pemenuhan kebutuhan sehari-hari diharapkan dapat mengatasi kendala pada SDM dimana uang pribadi dari perawat atau kas perawat sering digunakan dalam melaksanakan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Pada kebijakan ini terdapat kerjasama lintas sektoral dengan Dinas Sosial dimana Dinas Sosial memberikan rekomendasi kepada RSUD agar RSUD dapat melakukan penagihan Jamkesmas bagi pasien PGOT. Kebijakan ini dinilai berlangsung dengan baik dikarenakan dalam hal pembiayaan pelayanan sudah

dapat teratasi dengan kebijakan ini, diharapkan di adakan evaluasi terhadap kebijakan ini agar dapat dilakukan pembaruan sehingga lebih efektif dan efisien.

2. Dokumen 01.01.12, terbit – mengenai Penanganan Pasien Meninggal Tanpa Ada Keluarga.

- a. Pengertian : Pasien yang meninggal tanpa diketahui atau tidak ada keluarga yang bertanggung jawab.
- b. Kebijakan : Pasien meninggal yang terlantar harus dikelola dengan baik.
- c. Prosedur : Pasien dinyatakan meninggal oleh dokter, dokter membuat Surat Keterangan Kematian atau formulir Keterangan penyebab kematian bila perlu, dibuatkan bukti serah terima bila perlu, dll.

Protap ini menjelaskan mengenai penguburan pasien tanpa identitas atau tanpa keluarga, contohnya pengemis gelandangan dan orang terlantar. Kebijakan ini dapat dilaksanakan dengan baik, staff pelaksana sudah mengerti akan tugasnya dan pendanaan sudah ada, sehingga kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik. Akan tetapi seperti yang informasi yang didapatkan pada wawancara mendalam bahwa tidak adanya pendingin mayat membuat suatu permasalahan tersendiri, pada poin 14 dari prosedur bahwa Sub.Bagian Umum berkoordinasi dengan Dinas Sosial untuk proses penguburan, peneliti merasa seharusnya berkoordinasi dengan Dinas Pertamanan, mengenai tanah makam, karena jika bertambah jumlah jenazah yang di urus oleh pihak RSUD maka kedepannya dibutuhkan lahan pemakaman yang khusus unuk pasien PGOT. Kerjasama lintas Sektoral harus mulai di bangun oleh pihak Rumah Sakit dan pendelegasian wewenang kepada Dinas Terkait sehingga, masalah ini tidak timbul di kemudian hari.

3. Dokumen 01.01.13, terbit – mengenai Penitipan Jenazah Terlantar.

- a. Pengertian : Penitipan jenazah terlantar adalah penitipan sementara jenazah pasien yang meninggal tanpa diketahui identitas dan tidak adanya keluarganya.
- b. Kebijakan :-

- c. Prosedur : Pasien dinyatakan meninggal oleh dokter, dokter UGD memeriksa kepastian meninggal, selanjutnya petugas kamar jenazah melengkapi administrasinya,

Protap ini memiliki kekurangan pada tidak adanya keterangan waktu untuk penitipan jenazah, Dikhawatirkan terjadi permasalahan di waktu yang akan datang mengenai klaim jenazah oleh pihak keluarga yang mencari. Pada poin prosedur alangkah lebih baik ditambahkan bahwa harus dilakukan penyebaran informasi melalui media radio atau koran bekerjasama dengan kepolisian dan waktu yang ditentukan, sehingga RSUD bebas dari segala tuntutan yang dapat dibebankan kepada pihak RSUD kab. Bekasi.

4. Dokumen 01.01.14, terbit – mengenai Penanganan Pasien Kabur.

- a. Pengertian : penanganan pasien kabur/ pulang tanpa diketahui oleh petugas ruangan atau perawat jaga.
- b. Kebijakan : Peningkatan penanganan pasien kabur
- c. Prosedur : Perawat yang bertugas mencatat nama pasien yang kabur dan melaporkan kepada kepala ruangan dan petugas keamanan, dll.

Protap ini dapat digunakan pada pasien dengan penjamin atau alamat yang jelas ataupun di gunakan untuk pasien PGOT dimana jika pasien sudah merasa sehat, terkadang tanpa sepengetahuan perawat pasien meninggalkan Rumah Sakit. Peneliti menilai di perlukannya evaluasi untuk kebijakan ini apakah di perukannya penambahan khusus untuk poin PGOT dengan kondisi tertentu atau melakukan kerjasama dengan pihak Dinas Sosial.

5. Dokumen 01.01.15, terbit – mengenai Penanganan Terhadap, Pasien Rawat Yang Sudah Tidak Ada Indikasi Rawat.

- a. Pengertian : Penanganan pasien rawat yang sudah tidak ada indikasi rawat adalah setiap pasien rawat yang sudah di perbolehkan untuk pulang atau berobat jalan (hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dengan hasil baik) tetapi karena bukan alasan medis pasien/ keluarga pasien yang tidak menghendaki untuk keluar dari perawatan .

- b. Kebijakan : Peningkatan tertib administrasi dan pelayanan  
 c. Prosedur : Pada halaman lampiran

Protap ini dapat juga di sertakan PGOT di dalamnya atau dibuat prosedur tetap untuk pasien PGOT yang tidak segera di ambil oleh Dinas Sosial, sehingga penanganan PGOT yang sudah tidak ada indikasi rawat tetapi tetap berada ada ruang perawatan secara jelas dapat dilaksanakan, karena akan menyangkut pendanaan kelangsungan hidup dan pemulangan.

Guna menyempurnakan protap mengenai penguburan jenazah PGOT peneliti melakukan telaah dokumen yang peneliti rangkum dalam tabel 6.1 di bawah. Kebijakan yang sudah ada dapat dijadikan contoh atau masukan dalam proses penguburan pasien PGOT dimana ditemukan fakta bahwa pada beberapa daerah dilakukan kerjasama lintas sektoral yang terpadu.

Tabel 6.1 Kebijakan mengenai penguburan PGOT

No	Kebijakan	Bab, pasal dan ayat	Penjelasan
1.	UU RI no. 28 tahun 2009 Mengenai Pajak Daerah dan Retribusi Daerah	1. Bab 1 pasal 1 ayat 3- 9	Menjelaskan mengenai artian dari pemerintah daerah dan peraturan nya
		2. Bab 1 pasal 1 ayat 64-66	Pemerintah dalam melaksanakan pemerintahannya dapat memungut retribusi yang nantinya di ubah menjadi jasa yang dapat inikmati oleh masyarakat
		3. Bagian kedua, pasal 110 ayat d dan pasala 114	Menjelaskan mengenai retribusi pelayanan pemakaman dan pengabuan mayat.
		4. Pada Bab vii pasal 156	Menjelaskan bahwa retribusi dapat diberikan

		pasal 4	keringanan, pengurangan dan pembebasan dalam hal-hal tertentu di lihat dari kemampuan wajib retribusi.
		5. Pasal 161 ayat 1 dan 2	Menjelaskan mengenai pemanfaatan dari retribusi diutamakan untuk mendanai kegiatan yang berkaitan langsung dengan penyelenggaraan pelayanan.
UU RI no 28 tahun 2009 ini dapat digunakan dalam proses penguburan, dimana retribusi untuk PGOT sesuai kebijakan pemerintah pusat dapat dihapuskan atau di tiadakan, ataupun hasil dari retribusi yang lain dapat dimanfaatkan dalam membangun fasilitas pelayanan seperti lahan pemakaman milik pemda dan pembuatan panti penyandang masalah sosial.			
2.	PP nomor 18 tahun 1981 mengenai Bedah mayat klinis dan bedah mayat anatomis serta trasnplantasi alat atau jaringan tubuh manusia	1. Bab II pasal 2 ayat c	Bedah mayat klinis dapat dilakukan tanpa persetujuan penderita atau keluarga terdekat apabila dalam waktu 2x24 jam tidak ada keluarga yang datang ke Rumah Sakit.
		2. Bab viii pasal 17,18,19	Bahwa dilarang memperjual belikan alat atau jaringan tubuh manusia keluar atau di dalam negeri, akan tetapi pasal ini gugur jika diperlukan sebagai keperluan penelitian ilmiah
PP ini memberikan kekuatan hukum bahwa mayat tak dikenal tidak boleh di perjual belikan kecuali untuk kepentingan penelitian ilmiah, dimana mayat terlantar harus di inapkan 2x 24 jam dan dilakukan penginformasian terlebih			

dahulu sebelum dilakukan pemulasaraan atau guna bedah mayat medis ataupun anatomis.			
3.	Perda kota Surabaya No 9 th 2012 Mengenai pelayanan kesehatan pada RSUD Bhakti Dharma Husada	1. Bab 1 pasal 1 ayat 20	Pelayanan ambulance adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan
		2. Bab vii pasal 15 ayat 1	RSUD wajib memenuhi sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit sesuai standart
		3. Bab xiii pasal 23	Jenis pelayanan yang dikenakan retribusi, pelayanan pemulasaraan jenazah an pelayanan trasnportasi pasien dan transportasi jenazah
		4. Bagian 10 pasal 39 ayat 1	Pelayanan pemulasaraan jenazah/ perawatan jenazah meliputi, perawatan jenazah , konservasi jenazah , bedah mayat (otopsi) dan penguburan mayat tak di kenal identitas
		5. Bagian 10 pasal 39 ayat 2	Untuk kepentingan bidang kedokteran mayat tidak dikenal atau tidak di urus keluarganya dapat dijadikan bedah mayat anatomis.
		6. Bagian 10 pasal 39 ayat 3	Biaya penguburan mayat tak di kenal menjadi tanggung jawab pemerintah daerah
Perda kota Surabaya menjelaskan RSUD wajib memenuhi sarana dan prasarana			

sesuai kelasnya, dan transportasi ambulance di kenakan tarif, bahwa mayat tanpa identitas dapat dilakukan bedah anatomis, selain dilakukan penguburan dan biaya penguburan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.			
4.	Perda Tangerang No 17 th 1994 mengenai ketentuan pemakaman umum	1. Bab ii pasal 2, ayat 1,2	Setiap jenazah yang akan di makamkan harus sepengetahuan Dinas Kesehatan, Dinas Kebersihan, pertamanan dan Pemakaman.
		2. Bab iii pasal 14	Pejabat daerah menetapkan tempat dan pelaksanaan pemakaman jenazah orang terlantar/ tidak di kenal dan biaya di tanggung oleh pemerintah daerah
Pada perda ini jelas di atur mengenai kerjasama lintas sektoral, perda ini dapat di jadikan contoh agar dapat terlaksana kerjasama lintas sektoral.			
5.	PP No.28 tahun 2012 Mengenai pelaksanaan UU No.43 tahun 2009 mengenai Kearsipan	PP ini mengulas lebih dalam mengenai pemerintah dan badan usaha milik pemerintah wajib membuat arsip, menjaga arsip dan menyimpan arsip. Pasal ini dapat diaplikasikan pada Kabupaten Bekasi antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Sosial agar terdapat arsip yang sesuai dan sinergis.	

Peneliti menggali informasi mengenai kebijakan di RSUD Kab. Bekasi selain dari prosedur tetap dan mendapatkan informasi mengenai implementasi dari protap tersebut, bagaimana dengan hubungan lintas sektoral dengan Dinas terkait mengenai pemulangan dan penguburan PGOT. Peneliti mendapatkan gambaran bahwa suatu kebijakan lintas sektoral dalam mengatasi proses ini sangat diperlukan agar terjadi perlindungan atas setiap tindakan dan efektifitas.



Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Kebijakan tiga dinas itu sangat penting ya, kalau tupoksinya ada tapi kebijakannya gak ada dan yang ngejalanin beda2 terus makanya susah ya”.*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“MOU minimal, karena kita belum ada, biasanya kita membicarakan case per case., jadi belum ada mou yang benar benar mengikat masalah ini”.*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Kebijakan kerja sama masing-masing instansi yang terkait ya, supaya kami para SDM ga bingung bagaimana melaksanakannya, jangan lupa di sosialisika”*

Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Kebijakan antara Rumah Sakit dan Dinas Sosial yang jelas trus ga brubah-berubah, agar kami ga bingung musti hubungin kemana”.*

Informasi dari wawancara tersebut menggambarkan secara jelas mengenai kerjasama yang ada antara Dinas terkait, kepolisian dengan pihak RSUD Kab.Bekasi. Prosedur Tetap dan Tupoksi dari Dinas Terkait belum dapat mengatasi masalah mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT. Karena jika tidak teratasi dengan baik maka diperlukan suatu kebijakan antara instansi yang berkesinambungan sehingga proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT menjadi jelas dan terarah mencapai tujuan.

Informan 1 dalam wawancara mendalam

*“Sudah baik ya, mungkin masalahnya orangnya berganti dan kurang, kalau pasien belum di ambil biasanya saya langsung telpon ke dinas sosial”.*

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Menurut saya cukup memberatkan rumah sakit ya seharusnya ada kerjasama 3 dinas, lintas sektor, rumah sakit dinas sosial, dinas pertamanan untuk mengatasi ini semua”.*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Kalau hanya rumahsakit sifatnya hanya horizontal ya, kita tidak punya kekuatan untuk mempush, minimal MOU yang di bicarakan bersama, harus ada kebijakan untuk melindungi MOU sehingga MOU nya dapat di jalankan”.*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Kita tu perlu koordinasi untuk pascaperawatan ya, mungkin musti terus menerus, orang yang sama, biar paham. Jalur pastinya belum ada, mungkin perlu ada kebijakan ya, dari pemerintah daerah, atau aturan”.*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Perlu tu mbak kebijakan yang jelas, antara manajemen dengan dinas terkait, jadi jelas tugas masing-masing”.*

Informasi pada saat wawancara mendalam penulis gunakan untuk mendapatkan informasi mengenai siapa sajakah yang patut terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut, agar kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik dan berkesinambungan.

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“harusnya kebijakannya, yang rumah sakit ngurus yang sakit aja, dinas sosial ngurus yang sehat jadi kerja samanya berkesinambungan”*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Polres, polsek, dinas sosial, dinas pertamanan, kalau di kabupaten, dilindungi kebijakan bupati, saya berharap kita melibatkan BAPPEDA, karena sudah saatnya punya panti sosial sendiri”*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Idealnya duduk bersama, kebijakan kebijakan masing- masing dinas yang sudah ada itu apa, trus kita merancang ke depan ni, biar kebijakan yang keluar itu bisa mencakup lintas sektor dan bisa di laksanakan ya”.*

Hal ini diperkuat melalui FGD yang dilakukan dengan para staff banyak sekali informasi yang didapat pada saat melakukan FGD salah satunya adalah pernyataan bahwa :

Hasil FGD dengan staff

*“menurut kami sih ya mbak yang sering kita ketemukan tu kerjasama dengan kepolisian, dinas sosial tu, paling ya itu, kalau duduk bareng bikin kesepakatan kan enak, siapatau dari dinas sosial bisa nengok kesini 3 hari sekali kek, biar cepet ditangani”*

Dari informasi yang di dapat, yang harus bekerjasama dengan RSUD Kab. Bekasi adalah Kepolisian, Dinas Sosial, dinas pertamanan, BAPPEDA. Dimana

instansi tersebut merupakan perwakilan daerah yang harus bahu-membahu dengan RSUD dalam memberikan pelayanan terhadap PGOT dalam hal pemulangan dan penguburan.

dari wawancara mendalam, FGD, Observasi dan telaah dokumen, peneliti tidak menemukan satupun keterangan atau dokumen mengenai proses pemulangan PGOT. Hal ini merupakan hal yang sangat penting dimana pasien setelah dilakukan perawatan harus segera keluar dan tempat tidur dapat digunakan oleh pasien lain. Pasien PGOT merupakan warga negara Indonesia dan klien dari Dinas Sosial. Kebijakan publik ataupun internal Rumah Sakit sangat diperlukan guna mengatasi permasalahan ini.

Dalam pelaksanaan kebijakan internal pada RSUD Kab. Bekasi, pihak manajemen RSUD Kab. Bekasi belum melaksanakan evaluasi terhadap kebijakan penguburan pasien PGOT, sehingga penilaian dalam mengatasi permasalahan belum dapat dilakukan.

Saat melakukan observasi, ditemukan bahwa kebijakan dalam penguburan sudah cukup dipahami oleh pelaksana, akan tetapi evaluasi dari pihak RSUD sendiri sangat perlu dilakukan. Dalam proses pemulangan PGOT permasalahan dan kendala semakin jelas terasa karena dari Internal RSUD sendiri belum mempunyai kebijakan yang mengatur langsung proses pemulangan PGOT dan kerjasama Lintas Sektoral, perlu adanya komunikasi yang baik antara manajemen dengan staf pelaksana dalam mengagendakan kebijakan tersebut.

#### **6.4.1.4 Keuangan**

RSUD Kabupaten Bekasi telah menjadi BLUD, dimana sudah secara mandiri RSUD Kabupaten Bekasi mencari pemasukan untuk memutar roda pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar di RSUD Kabupaten Bekasi sudah dijamin melalui JAMKESDA, tetapi yang menjadi permasalahan di RSUD adalah ketika pasien PGOT sudah sembuh ataupun bahkan meninggal dunia.

Menurut observasi peneliti selama melakukan penelitian di RSUD kabupaten Bekasi, pasien PGOT yang sembuh ataupun meninggal seringkali menjadi problematika tersendiri, untuk masalah pendanaan atau keuangan, untuk pasien PGOT meninggal sudah tertangani, dikarenakan pihak Rumah Sakit

mempunyai anggaran untuk penyelenggaraan jenazah dan peti jenazah sebesar Rp. 72.000.000,- hal ini dapat dilihat pada halaman lampiran pada “Realisasi Kegiatan pengadaan perlengkapan rumah tangga Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi tahun 2011”.

Informan 1 dalam wawancara mendalam

*” Kalau meninggal sudah ada APBD jadi bukan menjadi masalah, kalau misalkan jatahnya 15, misalkan ada lebih biasanya di atasi oleh rumah sakit karena kita sudah BLUD ada anggaran tak terduga untuk PGOT.”*

Informan 7 dalam wawancara mendalam

*“ kalau meninggal itu catatan dan pengeluaran keuangannya ada mbak di saya, itu sudah jelas di ambil dari mana, kalau yang sehat di pak Yamin, tapi setau saya ga ada ya disana”*

Keterangan ini di perkuat dengan hasil dari FGD dengan staff terkait dimana untuk permasalahan penguburan perda sudah menjelaskan sumber pendanaan dari mana dan pemerintah bersedia menanggungnya.

Hasil FGD dengan Staff terkait

*“kalau meninggal uangnya ada di pak Cahyono tu mbak bagian umum selama ini sih ga ada masalah ya, kalau pasiennya melebihi kuota, ya pake uang dr pos mana dulu, baru tahun depannya di lebihkan untuk permohonan dana”*

Disini peneliti membatasi penelitian hingga kecukupan dana dalam penyelenggaraan pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar. Pada data yang diperoleh dapat dilihat pemakaian dana penguburan untuk tahun 2011 digunakan untuk 14 orang dan untuk tahun 2012 dari Januari hingga April terdapat 8 pasien. Total pemakaian keuangan tahun 2011 untuk biaya pemakaman sebesar Rp. 18.000.000,- pada tahun 2011 dikenakan biaya sebesar Rp. 1.200.000,-/ jenazah, sedangkan untuk biaya pemakaman pasien PGOT yang meninggal tahun 2012 terjadi peningkatan sebesar Rp. 90.000,- menjadi Rp. 1.290.000,-.

Berdasarkan informasi dan data yang diperoleh peneliti menyimpulkan bahwa dana yang disediakan oleh APBD dinilai cukup dalam proses penguburan pasien PGOT dikarenakan jika terjadi pemakaman yang melebihi batas RSUD

dapat dianggarkan untuk tahun berikutnya, sehingga untuk penguburan tidak ditemukan permasalahan dari segi kecukupan dana dinilai dari informan pelaksana.

Pada pasien PGOT yang sehat di RSUD Kabupaten Bekasi, terdapat 2 permasalahan utama mengenai anggaran untuk proses pemulangan PGOT yang ditemukan oleh peneliti pada saat peneliti melakukan wawancara dan FGD. Pertama adalah tidak adanya anggaran khusus untuk pemulangan pasien PGOT sehingga saat pasien sudah sembuh dan Dinas Sosial tidak kunjung menyalurkan PGOT sehat ke panti sosial maka pihak RSUD akan mengantar dan mencari panti, dan ambulance RSUD menggunakan dana operasional dari bagian umum. Yang kedua adalah untuk sanitasi pasien selama dirawat seperti memandikan, baju untuk di pakai saat sehat makanan dan kebutuhan lain, biasanya menggunakan uang pribadi dari perawat atau sumbangan dari masyarakat rumah sakit.

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Kalau untuk SDM kendala mungkin di pemulangan ya, soalnya orang Dinas nya gonta ganti terus, jadi tidak berkesinambungan. Menurut saya malah kendalanya di penyediaan kebutuhan sehari-hari, itu yang nyediain perawat, makanya banyak yang komplain ya karena dananya tidak ada khusus”.*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*” Kalau untuk jenazah, tidak masalah karena ada biaya penguburan, ada di umum. Kalau yang hidup, sangat memberatkan, misalnya gila, bagaimana memulangkannya, kalau yang tidak sakit jiwa, kalau yang gelandangan, bagaimana baju ganti dan lain2 itu tidak ada dana yang mengcover”*

Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Kalau sehat biasanya saya buat surat kedinas jadi mereka yang ambil pasiennya, tapi kalau gak di jemput-jemput ya terpaksa pake ambulance RSUD, uangnya di bebanin ke mana saya juga kurang tau”*

Dari informasi yang didapat peneliti menyimpulkan bahwa anggaran untuk pemulangan dan prosesnya belum di anggarkan khusus oleh pihak RSUD di karenakan pasien sehat seharusnya merupakan klien penyanggah masalah sosial dan merupakan klien dari Dinas Sosial. Pendanaan mengenai pemulangan ini seharusnya terdapat pada bagian Dinas Sosial dalam pengantaran pasien PGOT hingga panti yang bersangkutan. hal ini diperkuat dengan keterangan dari FGD.

#### Hasil FGD dengan staff

*“ yang repot kaya kita mbak di bagian pelayanan, kadang uang buat sehari-hari itu ngeluarin kocek (uang) pribadi, atau kita sampe buat uang kas, jadi make uang kas terus di reimburs deh ke manajemen, tunggu di ganti aja “*

Untuk permasalahan penguburan pasien PGOT dana terdapat pada bagian umum dari dana APBD yang sudah dianggarkan secara khusus dan sudah terdapat protap yang jelas sehingga proses pengeluaran uang dapat dilakukan dengan mudah dan sesuai dengan prosedur yang ada dan jika jenazah yang ada melebihi batas dari RSUD maka RSUD dapat menganggarkan di anggaran berikutnya.

#### **6.4.1.5. Sarana dan Prasarana**

Menurut pedoman teknis sarana dan prasarana Rumah Sakit Kelas C yang di keluarkan oleh Departemen Kesehatan RI Sekretariat Jendral tahun 2007, sarana merupakan suatu benda fisik yang dapat tervisualisasi mata maupun teraba oleh panca indra dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu gedung ataupun bagian dari gedung itu sendiri. Sedangkan prasarana adalah jaringan atau instalasi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

RSUD Kabupaten Bekasi merupakan Rumah Sakit pemerintah tipe C, untuk mendapatkan informasi mengenai sarana dan prasarana dalam menunjang pemulangan dan penguburan pasien PGOT peneliti berdasarkan pedoman teknis sarana dan prasarana Rumah Sakit Kelas C yang di keluarkan oleh Departemen Kesehatan RI Sekretariat Jendral tahun 2007 membuat daftar tilik dan dan melakukan observasi.

Dari hasil tersebut didapatkan bahwa standar tetap prosedur mengenai pemulangan dan penguburan pasien PGOT tidak terdapat di setiap instalasi kecuali pada Instalasi Gawat Darurat, di karenakan pada Instalasi Gawat Darurat adalah pintu utama masuknya pasien PGOT, baik dalam keadaan hidup ataupun meninggal dunia.

Pada instalasi pemulasaraan jenazah ruangan yang tersedia tidak sesuai dengan ketentuan sarana dan prasarana, dan RSUD tidak mempunyai lemari pendingin, sehingga mayat yang ditemukan meninggal akan langsung di kuburkan tanpa menunggu klaim dari kerabat, karena langsung dianggap sebagai mayat

tanpa identitas dan alamat, hal ini sangat menghawatirkan dikarenakan jika ternyata mayat yang ditemukan masih memiliki sanak saudara dikhawatirkan pihak keluarga dapat menuntut pihak Rumah Sakit.

#### Hasil FGD

*“pernah mbak ada mayat yang udah meninggal 3 hari kemudian ada keluarganya nyari, berdasarkan ciri-cirinya, untung aja mereka ga marah mbak, kekurangan kita ya kita ga punya frezer mayat, jadi paling nggak bisa di taro berapa hari, kalo ga ada yang ngaku baru di kubur”*

Peneliti mencoba melakukan silang informasi dengan pihak manajemen mengenai perlu atau tidaknya ada lemari pendingin mayat di RSUD Kabupaten Bekasi, mengingat insiden terjadinya penguburan jenazah sebanyak 18 orang pada tahun 2011.

#### Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Sudah saatnya RSUD mempunyai frezer jenazah.”*

#### Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Ruang jenazah gak standar ya Cuma muat 1 orang, jadi ya mau ga mau jenazah harus segera di kuburkan, kita sih membangun di gedung yang baru ya. Tapi ya itu upaya rumah sakit”.*

Pada gedung baru RSUD yang belum digunakan memang ada ruang untuk pemulasaraan jenazah, akan tetapi fasilitasnya belum di lengkapi sehingga belum terlihat apakah ruangan tersebut dapat berfungsi maksimal sesuai dengan peruntukannya.

Sedangkan dari observasi untuk sarana dan prasarana pasien pulang sehat untuk Kabupaten Bekasi sendiri belum mempunyai Panti sentral Penyandang Masalah Sosial. Di harapkan dengan adanya panti ini pasien yang telah sehat dapat menuju panti dan mendapatkan sandang papan dan pangan yang layak.

#### **6.4.2 Faktor Proses**

Protap yang ada pada RSUD Kab. Bekasi seperti yang di jelaskan pada temuan sebelumnya pada pelaksanaan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT masalah yang cenderung terjadi atau dirasakan oleh informan datang dari luar RSUD yaitu pada pelaksanaan kerjasama dengan pihak terkait seperti Dinas Sosial seperti lamanya waktu penjemputan, atau sulitnya berkoordinasi secara

sinergis dengan Dinas Sosial dikarenakan pergantian tampuk kepemimpinan ada Dinas Sosial sehingga berubah pula pola kerjasama yang sudah terjalin.

Informasi didapat oleh peneliti mengenai bagaimana pihak rumah sakit melakukan suatu proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi, kendala apa saja yang sering timbul dalam proses pelaksanaan prosedur tetap yang telah ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit.

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Masih lempar-lemparan ya seharusnya kan langsung ya sesuai dengan tugas masing masing, dari dinas sosial juga responnya lama, ya lebih baik ada aturan yang mengikat lah kesepahaman.”*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Seperti yang saya bilang kalau surat menyurat RSUD selalu membuat, nah karena tidak ada kebijakan yang melindungi, saat kepala dinas sosial berganti kita harus memulai dari awal lagi dalam mengatasi masalah ini, dari dinas sosial juga kurang sekali”*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Kalau merujuk ya selama ditemani oleh dinas sosial biasanya RS welcome, yang jadi masalah tu ketika pasien di rujuk dan RS rujukan tidak mau menerima”.*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Biasanya kita sudah melapor ke Dinas Sosial bahwa pasien sudah dapat diambil, tapi di jemputnya bisa 3 hari sampe seminggu lagi., trus ga ada evaluasi mbak jadi ya yang jadi masalah tetep jadi masalah”.*

Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Masalah sih paling di penjemputan ya, kalau ga di jemput ya kita yang nyari panti sampe bulak kapal, ini ni kalau ga ada aturan yang jelas jadinya mau ga mau kita yang ngerjain”.*

Hal ini diperkuat pada saat peneliti melakukan FGD permasalahan yang sama dikemukakan juga pada saat berdiskusi.

Hasil FGD dengan Staff

*“kalau yang sehat sih sama pak yamin dan Dinas Sosial ya paling lama jemputnya dan pasien lain ga bisa masuk, kalau meninggal ya langsung dikubur, kalau ada 2 mayat ya nunggu, lha wong tempatnya aja sempit soalnya disini ga*



*ada pembeku mayat mbak makanya harus langsung di kubur, liat aja deh dibelakang Cuma buat 1 mayat”.*

Dari observasi yang dilakukan, Kendala yang dialami selama proses oleh pihak rumah sakit antara lain adalah masalah birokrasi sehingga respon dari Dinas Sosial terkesan lamban, penjemputan pasien yang lama sehingga menumpuknya pasien yang sakit, tidak adanya payung hukum kebijakan dalam proses pemulangan pasien PGOT.

### **6.4.3 Faktor Keluaran**

#### **6.4.3.1. Rekomendasi**

Rekomendasi pemulangan dan penguburan pasien pengemis, gelandangan dan orang terlantar membuahakan informasi relevan dengan kebijakan tentang manfaat atau biaya dari berbagai alternatif. Rekomendasi juga merupakan berbagai buah pikir yang dihasilkan pelaku pada suatu instansi sehingga menghasilkan suatu saran yang sesuai dengan lingkungan RSUD kabupaten Bekasi.

##### Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Harus ada mou antara rumah sakit, dinas sosial, dinas pemakaman, jadi berbagi peranan sesuai porsinya Ada peraturan bupati tentang ini baru setelah itu perda.”.*

##### Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Kita berharap di fasilitasi, agar dapat berkomunikasi dengan dinas yang terkait, karena seperti dinas sosial berhubungan dengan pemulangan, kalau dinas pertamanan berhubungan dengan pemakaman, dan BAPPEDA untuk pembiayaanya”.*

##### Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Kita tu pengennya gini, ketika polisi menemukan gelandangan yang meninggal, seharusnya sudah mengerti jangan di bawa kemari rame- rame tetapi di bawa ke rumah sakit yang lebih besar, koordinasi-koordinasi seperti itu. Dari dinas sosial adalah bantuan dalam menangani ini, misalkan seperti ditampung dulu di rumah singgah”*

Adapun keinginan dari pada staff RSUD Kabupaten Bekasi memperkuat statemen dari setiap informan pada wawancara mendalam.

Hasil FGD dengan staff

*“Penting ada suatu kebijakan yang ngayomi ini semua. Dari dinas sosial dan kepolisian kerjasama dengan Rumah Sakit, kalau perlu ya bikin kesepakatan mbak dilindungi sama pemerintah apa gmana gt, dan ada kulkas mayat yang bisa digunakan, dari polisi ada pemberitahuan kepada masyarakat umum jika ada yang meninggal. Hasil FGD*

Mengenai kerjasama lintas sektor peneliti menggali informasi dari para informan seberapa pentingnya sebuah kerjasama lintas sektor antara RSUD Kab Bekasi dengan Dinas Terkait.

Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“Paling penting 3 dinas itu, rumah sakit, dinas sosial, dinas pemakaman, kalau untuk bappeda bisa untuk melindungi kebijakan yang ada ya*

Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Ya itu tadi ya paling penting kepolisian, kapolsek, dinas sosial, dinas pertamanan dan BAPPEDA karena ini merupakan masalah bersama ya”*

Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Lebih sering berkoordinasi dengan kepolisian ya minimal soalnya biasanya yang mengantar itu polisi, seharusnya kan di bagi dengan rumah sakit kota atau swasta ya, jadi membagi beban sama rata”*

Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“perlu mbak adanya kerjasama lintas sektoral, apalagi kalau dilindungi kebijakan tu mbak jadi kan jelas mbak fungsi masing-masing dan harapannya Dinas Sosial lebih cepat menjemput ya”*

Hasil FGD dengan staff

*“Waa penting banget mbak itu mah, kan jadinya kesulitan-kesulitan kaya gini kan teratasi mbak, jadi polsek, dinas dan Rumah sakit tu mudah, kadang sih agak susah, jadi suka lempar-lemparn”*

Informasi mengenai rekomendasi dapat digunakan oleh pihak RSUD sebagai agenda dalam penyelesaian masalah mengenai pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi.

## 6.4.4 Umpan Balik

### 6.4.4.1. Keluaran dari Proses

Kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem sekaligus sebagai masukan bagi proses kebijakan. Merupakan penilaian terhadap pelaksanaan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi dan juga berupa masukan mengenai perbaikan selama terjadinya proses.

#### Informan 2 dalam wawancara mendalam

*“ selama ini saya nilai masih baik ya, karena kami masih mencari panti sendiri jika belum di jemput oleh Dinas, Pembagian peran antara rumah sakit, dinas sosial dengan dinas pemakaman itu harus jelas agar tidak terjadi lempar-lemparan dan masalah seperti ini dapat di hindari”.*

#### Informan 3 dalam wawancara mendalam

*“Kalau dari kami sih memang untuk evaluasi belum dilaksanakan ya, yang berguna agar dapat segera menemukan solusinya”*

#### Informan 4 dalam wawancara mendalam

*“Harus ada kerjasama lintas sektor ya, kalau kasus berat bisa langsung ke RSCM atau ke Hasan Sadikin ya, selama ini semua masih di rumah sakit diharapkan ada lah kebijakan , karena penduduk itu tumbuhnya pesat lho, agar bisa di jadikan sebagai preventif”*

#### Informan 5 dalam wawancara mendalam

*“Yah manajemen sebaiknya melakukan evaluasi jadi masalah ini bisa di selesaikan, dan bisa mempush Dinas Sosial”*

#### Informan 6 dalam wawancara mendalam

*“Yah baiknya sih yang ada sekarang lebih di tingkatkan deh kerjasamanya”*

Evaluasi menyeluruh mengenai pelaksanaan proses kebijakan di perlukan dalam RSUD Kab. Bekasi sehingga didapatkan informasi yang berguna dalam memperbaharui kebijakan yang ada. Kerjasama dengan Dinas Sosial perlu dilakukan evaluasi dikarenakan dalam proses pemulangan pasien PGOT pascaperawatan sudah menjadi tanggung jawab dari Dinas Sosial dikarenakan PGOT merupakan penyandang masalah sosial dan merupakan klien dari Dinas Sosial.

## 6.4.5 Faktor Stakeholders

### 6.4.5.1 Hasil Wawancara Mendalam dengan Stake Holder

Dalam proses menggali informasi peneliti melakukan *indepth Interview* dengan Dinas Sosial mengenai Kebijakan mengenai pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan dengan Dinas Sosial selaku stakeholder.

Peneliti menanyakan mengenai bagaimana kerjasama antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Sosial selama ini dalam mengatasi pemulangan dan Penguburan pasien PGOT pascaperawatan.

#### Informan 8 dalam wawancara mendalam

*"kalau di kami, kami menyebut pasien ini sebagai klien ya, karena berarti dia tidak mempunyai tempat tinggal atau menggelandang, yang memang itu merupakan tugas kerja saya ya, ya yang terdapat dalam tupoksi tersebut, kalau kerjasama dengan RSUD saya nilai baik ya selama ini tidak ada masalahselama ini".*

#### Informan 8 dalam wawancara mendalam

*" setau saya selama tahun kemaren kasus ini cuma ada 3 kasus ya yang dilaporkan oleh pihak rumah sakit, untuk disalurkan ke panti yang ada."*

Menurut data yang peneliti dapatkan untuk tahun 2011 dari Mei hingga Desember 2011 untuk pasien yang sembuh dan di pulangkan terdapat 17 kasus pasien tanpa alamat terdiri dari lansia, separuh baya dan anak-anak.

Menurut informan 6 mengenai jumlah pasien dalam proses pemulangan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi berjumlah 32 orang.

#### Informan 6 dalam wawancara mendalam

*"tahun lalu itu jumlah kasus total ada 32 kasus,itu ada yang pulang sehat,meninggal trus dikuburkan,atau ada alamat tapi bukan tempat tinggalnya kita titipin sama rt/rw setempat aja, kalau untuk laporannya kita selalu bersurat sama Dinas Sosial, tapi kadang kita juga yang nyariin atau anterin ke panti"*

Disini peneliti menganalisis bahwa terjadi perbedaan informasi yang di dapatkan di Dinas Sosial dan yang terdapat di RSUD Kab. Bekasi. Dinas sosial sebagai aparatur negara seharusnya dapat bekerjasama dan berkolaboratif dengan

rumah sakit secara berkesinambungan sehingga tidak terjadi perbedaan informasi. Hal ini diperkuat dalam peraturan Bupati Bekasi Nomor 24 tahun 2011 pada Bab II mengenai Kewenangan, Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi pada bagian kesatu mengenai kewenangan, yaitu “Kerjasama Bidang Sosial : Penyelenggaraan kerjasama bidang sosial skala kabupaten”

Peneliti menanyakan mengenai kebijakan mengenai proses tersebut, adakah suatu kerjasama lintas sektoral atau kebijakan yang di buat dalam proses pemulangan klien tersebut.

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“kalau kebijakan saya rasa pasti ada ya,itu kan tergantung dari bupati, mau action atau tidak,tapi saya rasa saya belum melihat wujudnya tu, kalau secara tupoksi memang kami menangani masalah itu”*

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“selaku kasie rensos saya menjalani apa yang menjadi tugas saya, tertulis dalam tupoksi tersebut.”*

Pada waktu wawancara peneliti meminta kebijakan mengenai pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan yang sudah di sahkan secara tertulis ternyata informan tidak dapat memberikan karena tidak mempunyai kebijakan tersebut, tetapi informan menyarankan untuk meminta pada bagian Tata Usaha Dinas Sosial mengenai tupoksi bidang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial.

Dalam peraturan Bupati Bekasi Nomor 24 tahun 2011 pada Bab II mengenai Kewenangan, Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi pada bagian kesatu mengenai kewenangan dijelaskan bahwa dalam menyelenggarakan pelaksanaan tugas, Dinas mempunyai kewenangan sebagai berikut :

*“Kebijakan Bidang Sosial : Penetapan kebijakan bidang sosial skala kabupaten mengacu pada kebijakan provinsi dan/atau nasional”*

Pada pernyataan mengenai kebijakan Bidang Sosial jelas, bahwa suatu dinas sosial dapat membuat suatu kebijakan yang di tetapkan oleh kepala dinas guna melaksanakan tugas pokok dan fungsinya sebagai dinas sosial.

Jenis kebijakan ini dapat disebut juga sebagai kebijakan teknis operasional ,dimana kebijakan ini menjadi acuan dalam pencapaian sasaran-sasaran tertentu

dalam rangka pelaksanaan kebijakan pemerintah pada umumnya. Bentuk dari kebijakan teknis dapat berupa Peraturan Dirjen, Keputusan Dirjen, Instruksi Dirjen serta Buku Pedoman dan Petunjuk Teknis (SANKRI).

Kebijakan mengenai pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar tidak dapat peneliti temukan untuk daerah kabupaten bekasi, karena itu peneliti mengharapkan di buat suatu kebijakan yang didalamnya secara jelas mengatur mengenai pemulangan dan penguburan pasien pengemis geandangan dan orang terlantar pascaperawatan.

Menurut peraturan Bupati Bekasi Nomor 24 tahun 2011 bab II mengenai kewenangan, kedudukan, tugas pokok dan fungsi salah satunya adalah ” Penyediaan sarana dan prasarana sosial skala kabupaten”. Sarana dan prasarana yang harus disediakan oleh kabupaten salah satunya adalah panti sosial untuk kriteria umur, kendaraan untuk menjemput pasien dari Rumah sakit setelah dilakukan pelayanan kesehatan, agar masyarakat tidak menjadi penyandang masaah sosial dan tinggal di jalan.

Peneliti mencoba menggali informasi mengenai keberadaan panti sosial yang biasanya menjadi tempat penitipan pasien yang telah sehat dari Rumah Sakit.

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“yaitu masalah di kabupaten Bekasi, kita mempunyai banyak panti yang bekerjasama dengan dinas sosial, tetapi untuk kepemilikan kabupaten sendiri kita tidak punya, beda dengan Bandung yang walikotanya sudah dapat membuat PMKS”*

Peneliti mencoba menggali informasi mengenai kendala yang dialami oleh Dinas Sosial mengapa waktu penjemputan bisa memakan waktu hingga seminggu.

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“kita kalau menerima laporan cepat kok mbak responnya, ya paling lama sehari lah mbak, gak ah gak pernah sampe seminggu”.*

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“ya paling kendala utamanya kendaraan dinas saja kita ga ada gmana untuk menjemput atau nganter klien kita (penyandang masalah sosial),ya kan rumah*

*sakit punya ambulance jadi bisa di antar kan lah, atau kadang kita langsung menghubungi panti untuk menjemput”.*

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“seperti yang mbak lihat ini, kita tu hanya ada 7 orang dalam 1 bagian,kita kekurangan SDM sehingga kinerjanya tidak maksimal jadi mungkin kalau ada keterlambatan ya palingan 1 hari itu tadi.”*

Peneliti menggali informasi lebih dalam mengenai perlunya MOU dalam proses pemulangan dan penguburan pengemis gelandangan dan orang terlantar pascaperawatan.

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*“menurut saya kayanya ga diperlukan deh MOU antar instansi, kita kan berada dalam lingkup yang sama satu SKPD jadi ngerti tugas masing-masing sajalah”*

Peneliti menggali informasi kepada informan apakah saran yang diberikan dalam kebijakan yang berlangsung di RSUD dapat berlangsung dengan baik dan dapat berkesinambungan dengan Dinas Sosial.

Informan 8 dalam wawancara mendalam

*”memang kalau dalam pemerintahan ini merupakan suatu kelemahan dari birokrasi, setelah di koordinasi mau apa, di telpon ditindak lanjuti, staffnya ada tapi sibuk atau tidak, jadinya ya menunggu di RSUD, dan memang nuansa politisasinya tinggi, kalau dari pihak rumah sakit sudah cukup baik, tetapi yang harus d ingat jika memiliki keluarga tidak bisa kesini ya, memang di Dinas itu seringkali, biaya pengiriman ada tapi tidak di imbangi dengan sarana, terkadang sudah dikirim ke panti sosial, eh berapa bulan keluar lagi, jadi masalah lagi, karena masalah seperti ini tidak bisa di hapuskan ya, pasti menjadi masalah di setiap kota atau kabupaten, semua tergantung kebijakan yang di ambil oleh pimpinan jika bupati bergerak dan mau meniru kota bandung, kabupaten Bekasi bisa mempunyai panti sentra penyandang masalah kesenjangan sosial.”*

Dalam penelusuran peneliti mengenai produk Hukum dari Kementrian Sosial Republik Indonesia Nomor :80/HUK/2010 mengenai Dinas Sosial Kabupaten peneliti menemukan Standar Pelayanan Minimal Bidang Sosial Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten Kota.Peneliti akan mencoba menguraikan SPM dari Dinas Sosial Kabupaten, yaitu :

1. Pada Bab I pendahuluan dijelaskan bahwa Dinas Sosial memiliki 4 jenis pelayanan Dasar, pelaksanaan program atau kegiatan di bidang sosial, penyediaan sarana dan prasarana sosial, penanggulangan dan pelaksanaan pengembangan jaminan sosial. Keempat jenis pelayanan dasar ini memiliki 7 indikator dan nilai yaitu, salahsatunya adalah penyediaan sarana dan prasarana panti sosial, penyediaan sarana dan prasarana pelayanan di luar panti.
2. Pada Bab I halaman 9-12 terdapat Definisi mengenai Penyandang masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) pada perbub nomor 24 tahun 2011 tidak menjelaskan definisi tersebut, sedangkan menurut peneliti ini sangat diperlukan untuk mengetahui sasaran dari masyarakat yang dituju dalam memberikan pelayanan bidang sosial.
3. Pada Bab II Pelayanan Dasar Bidang Sosial, tujuannya adalah mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar bagi penyandang cacat, gelandangan, pengemis, blita terlantar, anak terlantar, lanjut usia terlantar dan lain-lain. Di sini jelas bahwa setiap Dinas Sosial kabupaten mempunyai kewajiban dalam memenuhi kebutuhan dasar, dan salah satunya adalah menyalurkan pasien PGOT dari Rumah Sakit menuju Panti Sosial agar terpenuhi kebutuhannya.
4. Dalam penyediaan sarana dan prasarana panti sosial terdapat berbagai persyaratan, keputusan Kementerian Sosial ini peneliti sertakan sebagai lampiran sehingga dapat dijadikan acuan bagi Dinas Sosial dalam mengambil keputusan dan sebagai informasi bagi pihak RSUD Kab. Bekasi akan hak dan wewenang instansi masing-masing.

## 6.5 Pembahasan

Penelitian menggunakan metode kualitatif pada penelitian evaluasi kebijakan ini mempunyai tingkat kesulitan tersendiri, dimana peneliti mengalami kesulitan dalam mencari informan, dan adanya informan yang tidak bersedia untuk di wawancarai, tetapi hal tersebut tidak mengurangi niat dan kualitas data yang peneliti peroleh untuk mendapatkan hasil evaluasi mengenai Kebijakan Pemulangan dan Penguburan pada Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar pascaperawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi.



Dalam pembentukan suatu kebijakan publik harus ditemukannya akar permasalahan yang menjadi agenda utama dalam pembuatan kebijakan publik ataupun kebijakan kesehatan. Hambatan atau permasalahan yang ada berupa argumentasi, logika, fakta, tekanan dan dinamika politik, dan kedudukan dari pemilik hambatan berada pada posisi apa (Legge, -).

Pada penelitian ini hambatan-hambatan dalam suatu proses Pemulangan dan penguburan pasien pengemis gelandangan dan orang terlantar di lingkungan RSUD Kabupaten Bekasi. Suatu kebijakan publik atau intervensi dari pemerintah diharapkan terjadi, agar dapat dicapai satu tujuan yang sama yaitu mensejahterakan masyarakat Kabupaten Bekasi. Intervensi dari pemerintah yang salah satunya dapat berupa kebijakan publik, di harapkan dapat menjembatani 2 instansi yaitu RSUD Kabupaten Bekasi dengan Dinas Sosial sehingga dalam pelaksanaan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan dapat berlangsung secara berkesinambungan, efektif dan efisien.

Dalam mengidentifikasi masalah yang terjadi dalam proses pelaksanaan kebijakan pada RSUD Kab. Bekasi pada siklus masukan-proses-dan keluaran peneliti menggali informasi mengenai identifikasi dari masalah kebijakan menurut (Quade, 1982) suatu permasalahan diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

*1. Source and Background of the Problem.*

Sumber dan latar belakang dari hambatan atau kendala yang ditemukan dalam proses ini adalah belum adanya kejelasan mengenai hubungan dan kewajiban antar instansi dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT pascaperawatan.

- a. Pada proses pemulangan pasien yang tidak segera disalurkan ke panti sosial oleh Dinas Sosial menjadi permasalahan karena bed yang seharusnya dapat digunakan oleh pasien yang sakit tidak dapat digunakan karena masih terdapat pasien PGOT yang sehat dan belum dilayani oleh Dinas Sosial.
- b. Pada penguburan evaluasi dari kebijakan yang ada harus dilakukan agar dapat diperbaiki dan makin efisien dan efektif dalam pelaksanaannya.

2. *Reasons for Attention*

- a. Tempat tidur rumah sakit yang seharusnya dapat digunakan untuk melayani orang sakit tidak dapat digunakan karena masih ada pasien PGOT jika terjadi pembiaran akan berdampak pada kinerja Rumah Sakit.
- b. Jumlah dari PGOT yang meningkat dari tahun 2011 ke 2012, memerlukan penanganan secara efektif dan efisien, dan prosedur kerjasama yang jelas.

3. *Groups or Institutions Toward Which Corrective Activity Directed*

- a. RSUD Kabupaten Bekasi dan Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Pertaman, Kepolisian merupakan instansi yang terkait langsung dengan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT
- b. Pemerintah Kabupaten BAPPEDA ataupun DPRD merupakan sarana pengeksekusi terakhir dalam menyelesaikan masalah ini.

4. *Beneficiaries and Losers*

- a. Kebijakan publik yang dihasilkan dalam mengatasi masalah ini akan memiliki keuntungan bagi Masyarakat ada umumnya, RSUD Kabupaten Bekasi dan Dinas Sosial pada khususnya, dan dapat menurunkan resiko kerugian dari RSUD Kab. Bekasi dari segi waktu keuangan dan pelaksanaan secara efektif dan efisien.

5. *Programs and Activity*

- a. Protap RSUD dalam mengatasi masalah ini belum menyangkut mengenai hak dan kewajiban instansi terkait lainnya dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT
- b. Belum adanya protap pemulangan PGOT atau pengantaran ke Panti Sosial.

6. *Goals and Objectives*

Mengetahui akar permasalahan kebijakan dan memberikan rekomendasi kerjasama lintas sektoral antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Terkait sehingga proses pemulangan dan penguburan PGOT dapat secara efektif dan efisien.

Dalam menentukan akar dari masalah kebijakan, dalam suatu evaluasi harus dapat diberikan suatu penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assesment*). Evaluasi berhubungan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat dari hasil kebijakan, akan tetapi jika kebijakan tersebut belum ada, evaluasi dapat digunakan sebagai informasi guna membuat kebijakan baru (Dunn,2003)

#### 6.4.6 Evaluasi

Pada kerangka konsep Masukan-Proses-Keluaran- Umpan Balik, terdapat 5 dokumen kebijakan yang sudah dibuat oleh RSUD Kab. Bekasi peneliti menggunakan kriteria Evaluasi Kebijakan milik William Dunn, untuk menemukan akar dari masalah pada proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi yaitu :

Tabel 6.2 Evaluasi kebijakan William Dunn

<b>Tipe Kriteria</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>hasil</b>
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan dengan adanya protap telah dicapai?	Untuk penguburan sudah berjalan dengan baik Untuk pemulangan PGOT kerjasama dan protap belum ada
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	Untuk penguburan pendanaan terdapat pada APBD Untuk pemulangan usaha yang diperlukan RSUD sangat beragam.
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan dalam memecahkan masalah?	Efektifitas dari protap dalam pelaksanaan kerjasama lintas sektoral belum dirasakan sepenuhnya.
Perataan	Apakah manfaat dapat didistribusikan secara merata pada unit-unit yang berbeda?	Manfaat belum dirasakan bersama, karena permasalahan timbul pada rawat inap umumnya.

<b>Tipe Kriteria</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>hasil</b>
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai?	Protap yang ada belum dapat memuaskan kebutuhan yang ada, diperlukannya suatu protap tambahan atau kebijakan lintas sektoral.
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?	Agar terjadi efektif dan efisien kebijakan tersebut sangat diperlukan oleh pihak RSUD kab. Bekasi.

Kebijakan merupakan sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab. Dalam membahas suatu kebijakan yang terdapat di dalam suatu institusi atau disini adalah RSUD Kab. Bekasi, peneliti harus dapat memahami dengan jelas *Actor* (Pelaku), *Content* (isi), *context* (konteks), *Policy* (Kebijakan), *policy Elites* (Elit Kebijakan), *Policy makers* (Penyusun Kebijakan), *Policy process* (proses Kebijakan).

1. *Actor* (Pelaku) pelaku kebijakan di RSUD Kabupaten Bekasi adalah Direktur RSUD Kab. Bekasi, bagian Manajerial, Perawat, staff bagian umum dan yang berhubungan dengan pemulangan dan penguburan PGOT pascaperawatan.
2. *Content* (isi) isi dari kebijakan yang ada di RSUD Kab. Bekasi, Dokumen 1 sampai 5 mengenai pembiayaan pasien PGOT, penguburan, penitipan jenazah, pasien kabur, pasien tanpa indikasi rawat, tetapi belum ada mengenai pemulangan pasien PGOT.
3. *Context* (konteks), faktor- faktor kontekstual yang terdapat dalam kelima dokumen diatas adalah ,
  - c. Situasional : PGOT menjadi permasalahan pascaperawatan, pemulangan dan penguburan mempunyai kendala tersendiri dalam proses pelaksanaannya dan memerlukan penanganan.

- d. Struktural :Peranan Dinas terkait mengenai pemulangan dan penguburan dirasakan belum efektif, diperlukannya kerjasama lintas sektoral yang dituangkan dalam kebijakan.
  - e. Budaya : fakir miskin dan orang terlantar dipelihara oleh negara, dan sudah dituangkan dalam keputusan Kementerian Sosial mengenai penanganan Pengemis, Gelandangan dan Orang terlantar.
4. *Policy* (Kebijakan) Keputusan yang diambil guna mengatasi masalah pemulangan dan penguburan PGOT, terdapat dalam Dokumen 1-5.
  5. *Policy Elites* ( Elit Kebijakan) adalah pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi, dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda, pada RSUD Kab. Bekasi yang disebut sebagai Elit kebijakan adalah Direktur RSUD. Kab. Bekasi,
  6. *Policy makers* (Penyusun Kebijakan) pada RSUD Kab. Bekasi pembuat Kebijakan adalah pihak manajemen dengan Direktur RSUD
  7. *Policy process* (proses Kebijakan) proses pembuatan kebijakan di RSUD Kab. Bekasi adalah dengan ditemukannya masalah pada bagian perawatan, lalu di bahas antara staff dan manajemen pelayanan dikembangkan oleh bagian pelayanan, dibuatkan prosedur tetap lalu di tanda tangani oleh Direktur RSUD Kab. Bekasi dan dilaksanakan.

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah dengan menggunakan apa yang di sebut “tahapan Heuristik” (sabatier dan Jenkins-Smith 1993). Yang dimaksud disini adalah membagi proses kebijakan menjadi serangkaian tahapan sebagai alat teoritis, suatu model dan tidak selalu menunjukkan ada yang ada di dunia nyata. Namun tahapan ini membantu untuk memahami penyusunan kebijakan dalam tahapan-tahapan yang berbeda:

1. Identifikasi masalah dan isu : menemukan bagaimana isu-isu yang dapat masuk kedalam agenda kebijakan.  
Pada RSUD kab. Bekasi pemulangan dan penguburan PGOT merupakan isu utama yang harus berada dalam agenda kebijakan.

2. Perumusan Kebijakan : menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan di hasilkan, disetujui dan dikomunikasikan.

Yang terlibat dalam perumusan kebijakan, staff dan perawat, pihak manajerial dan direktur, kebijakan dihasilkan dengan agenda-agenda penyusunan kebijakan, disetujui oleh Direktur dan dikomunikasikan dengan Dinas Terkait.

3. Pelaksanaan kebijakan : tahap ini merupakan tahapan penting sebab bila kebijakan tidak dilaksanakan, atau dirubah selama pelaksanaan, sesuatu yang salah mungkin terjadi, dan hasil dari kebijakan tidak seperti yang di harapkan.

Dalam pelaksanaan Direktur dan pihak Manajemen harus memperhatikan setiap faktor masalah yang timbul dalam pelaksanaan kebijakan tersebut.

4. Evaluasi kebijakan : temukan apa yang terjadi saat kebijakan di laksanakan, bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai dan apakah terjadi akibat yang tidak di harapkan. Tahapan ini merupakan saat dimana kebijakan dapat di ubah atau di batalkan serta kebijakan baru di tetapkan.

Model Kebijakan (*policy models*) adalah representasi sederhana mengenai aspek-aspek yang terpilih dari suatu kondisi masalah yang di susun untuk tujuan tertentu. Model kebijakan dapat dinyatakan sebagai konsep, diagram, grafik, atau persamaan matematika. Mereka dapat digunakan tidak hanya untuk menerangkan, menjelaskan, memprediksikan elemen-elemen suatu kondisi masalah melainkan juga untuk memperbaikinya dengan merekomendasikan serangkaian tindakan untuk memecahkan masalah- masalah tertentu. Seperti halnya masalah kebijakan, model kebijakan merupakan alat artifisial untuk menyusun secara imajinatif dan menginterpretasikan pengalaman kita tentang situasi masalah (dunn,2003)

Secara realitas model kebijakan harus bermanfaat sebagai ; Penyederhanaan sistem masalah (*messes*), membantu membedakan hal-hal yang esensial dan tidak esensial, mempertegas faktor dan variabel penting, model juga

dapat membantu dalam membuat asumsi eksplisit, model kebijakan bukan merupakan pilihan karena setiap orang menggunakan beberapa model.

Model kebijakan yang ada dan digunakan oleh RSUD Kabupaten Bekasi adalah model kebijakan prosedural dimana model ini menampilkan hubungan dinamis diantara variabel yang di yakini jadi ciri suatu masalah kebijakan. Prediksi dan solusi yang optimal diperoleh dengan menstimulasikan dan meneliti seperangkat hubungan yang tidak dapat diterangkan dengan baik.

Sesuai dengan data yang diperoleh pada hasil peneliti melakukan proses analisis kebijakan yang terjadi di internal Rumah Sakit menggunakan metode (Dunn,2003)

Tabel 6.3 Analisis kebijakan

<b>Tahap</b>	<b>Pembahasan</b>
Perumusan Masalah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum ada kerjasama lintas sektoral dalam hal pemulangan pasien PGOT.</li> <li>2. Belum adanya Protap/ aturan yang jelas mengenai pemulangan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi</li> </ol>
<i>Forecasting</i> (peramalan)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terjadi pembiaran mengenai permasalahan yang ada sehingga PGOT dapat menjadi permasalahan yang lebih besar bagi Daerah.</li> <li>2. Terjadi penumpukan pasien PGOT sehat pada RSUD yang belum di salurkan kepada panti terkait sehingga pasien yang sakit dan memerlukan penanganan tidak dapat di tangani RSUD, dan menurunkan performa RSUD</li> </ol>
Rekomendasi Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat kebijakan internal RSUD dapat berupa Protap dalam pemulangan dan penguburan PGOT, agar permasalahan dalam proses pemulangan dapat segera teratasi dan memiliki payung hukum</li> <li>2. Melakukan evaluasi berkala di tingkatan RSUD oleh manajemen sehingga permasalahan yang terjadi dapat segera di atasi.</li> <li>3. Membuat kebijakan lintas sektoral antara RSUD dengan Dinas Sosial dalam hal pemulangan pasien PGOT, agar terjadi kerjasama yang sinergis dan berkesinambungan sehingga proses dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien.</li> </ol>
Monitoring Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protap yang ada dan berlaku di RSUD dalam hal</li> </ol>

Tahap	Pembahasan
	<p data-bbox="679 277 1359 454">penguburan pasien PGOT , memiliki berbagai kekurangan, hal ini harus segera di perbaiki dan di perbaharui oleh pihak manajemen sehingga permasalahan yang terjadi dapat teratasi dan tidak terjadi pembiaran</p> <p data-bbox="635 461 1359 600">2. Jika permasalahan yang terjadi terus dilakukan pembiaran maka akan terjadi penumpukan pasien sehat pada RSUD Kab. Bekasi dan Pasien yang sakit tidak dapat di tangani.</p>
Evaluasi Kebijakan	RSUD Kab. Bekasi memiliki 5 dokumen kebijakan yang ada akan tetapi dalam pelaksanaan, kebijakan tersebut perlu di lengkapi dan dibuatkan kebijakan baru mengenai pemulangan pasien PGOT.

RSUD Kabupaten Bekasi membuat prosedur tetap yang merupakan suatu aksi dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi, dimana masalah yang dihadapi RSUD kab. Bekasi adalah poses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan. Pemerintahan Kabupaten Bekasi melalui Dinas Sosial yang bekerja sama dengan RSUD diharapkan dapat melakukan kerjasama dalam hal pemulangan pasien PGOT pascaperawatan agar RSUD Kab. Bekasi dapat berkonsentrasi dalam menyehatkan masyarakat, yang merupakan salah satu tujuan utama dari pembangunan Kabupaten Bekasi.

Kebijakan Kesehatan dapat meliputi Kebijakan Publik dan Swasta tentang kesehatan. Kebijakan Kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan.

Dari hasil wawancara peneliti, masalah yang ditemukan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT antara lain berupa:

1. Lamanya waktu penjemputan pasien yang telah sehat, sehingga pasien yang sakit tidak dapat dilakukan perawatan,
2. Sering bergantinya pengurus di Dinas Sosial sehingga RSUD Kabupaten Bekasi harus memulai kerjasama lagi dengan orang baru sehingga terjadi ketidak sinambungan
3. Tidak adanya evaluasi dari pihak manajemen, sehingga permasalahan yang timbul tidak dapat diberikan solusi yang pasti.



4. Belum adanya kebijakan lintas sektoral yang jelas sehingga tugas pokok dari Dinas Sosial terkadang masih dilaksanakan oleh pihak Rumah Sakit.
5. Sempitnya ruang pelulasaran jenazah dan tidak adanya lemari pendingin sehingga jenazah langsung dikuburkan.

Stakeholders merupakan salah satu aktor penting dalam kebijakan dimana penentu ada atau tidak, dilakukan atau tidaknya suatu kebijakan berada di tangan stake holder. Menurut peneliti stake holder yang seharusnya berperan dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT adalah Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Kepolisian.

Dinas Sosial berperan penting dalam proses ini dikarenakan pasien PGOT yang sehat setelah dilakukan pelayanan oleh RSUD merupakan klien dari Dinas Sosial yang tertera dengan jelas dalam keputusan Kementerian Sosial no 80/Huk/2010.

Dinas Kesehatan merupakan salah satu stake holder penting dikarenakan RSUD Kabupaten Bekasi berada di bawah naungan Kementerian Kesehatan, apapun kegiatan yang dilakukan oleh RSUD Kab. Bekasi harus berkoordinasi dengan Keentrian Kesehatan.

Kepolisian dalam proses ini menjadi sangat penting dikarenakan merupakan suatu pengesahan legal action dari setiap tindakan terhadap masyarakat dan menjadi tanggung jawab bersama.

Atas dasar inilah peneliti menilai harus ada kerjasama yang sinergis dan berkesinambungan karena biar bagaimanapun PGOT merupakan anggota masyarakat yang dilindungi oleh pemerintah dalam UUD 45 dan setia instansi negara wajib mematuhi UUD 45 sebagai landasan negara. Agar diperolehnya suatu kebijakan yang yang merata seimbang, tepat guna dan jelas, diperlukannya agenda kebijakan yang disetujui oleh semua stake holder.

Dari hasil peneliti menyimpulkan bahwa diperlukannya suatu aturan jelas selain Tugas pokok antar instansi dalam melakukan kerjasama lintas sektoral dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi. Turan yang jelas tersebut di harapkan dapat menjembatani pihak RSUD dan Dinas Sosial dalam hal penanganan pemulangan pasien PGOT

secara khusus dan tidak terjadi keterlambatan penjemputan pasien PGOT yang telah sembuh.

Dalam suatu proses diperlukan adanya suatu evaluasi yang memberikan suatu informasi mengenai kinerja atau hasil dari suatu kebijakan, sehingga dapat dilakukan proses penyempurnaan suatu kebijakan dan pembaharuan, karena suatu kebijakan harus sesuai dengan masalah yang di hadapi.

Dalam suatu siklus masukan-proses-keluaran suatu umpan balik atau feed back sangat diperlukan guna memperbaharui suatu kebijakan dan pola penanganan suatu asalah sesuai dengan masalah yang di hadapi sehingga di dapayakan suatu solusi terbaik.

Dalam umpan balik yang peneliti dapatkan adalah berupa:

1. keinginan adanya suatu proses evaluasi sehingga permasalahan dapat dicarikan solusinya dengan baik dan sesegera mungkin.
2. Dilakukannya kerjasama yang berkseinambungan dengan Dinas Sosial guna mengatasi masalah yang ada.
3. Membuat kerjasama lintas sektoral sehingga permasalahan pemulangan dan penguburan pasien PGOT pascaperawatan dapat diselesaikan secara efektif dan efisien

Dalam analisis kebijakan publik menurut Dunn, suatu rekomendasi kebijakan memberikan informasi mengenai manfaat bersih dari setiap alternatif dan merekomendasikan alternatif kebijakan yang memberikan manfaat bersih paling tinggi.

Dari rekomendasi, peneliti menilai bahwa pihak RSUD kabupaten Bekasi menginginkan adanya kesinambungan kerja sama biarpun kepa bagian di Dinas Sosial yang mengurus pemulangan atau pengantaran ke panti sosial terus berganti.

Pengemis gelandangan dan orang terlantar yang berada di lingkungan Kabupaten Bekasi merupakan tanggung jawab bersama tiap instansi pada daerah Kabupaen Bekasi. Dalam melaksanakan kebijakan diperlukan adanya komitmen pemerintah daerah dalam pelayanan terhadap anggota masyarakat.

Pemerintah daerah baik Pemda ataupun Legislatif harus dapat melihat pentingnya permasalahan ini dan akar dari permasalahan proses pemulangan

pengemis gelandangan dan orang terlantar pada Kab. Bekasi. Pemerintah daerah dan legislatif merupakan pelayan masyarakat yang harus dapat mensejahterakan masyarakat.

Pembiaran terhadap masalah ini bukan saja berimbas pada pihak RSUD Kabupaten Bekasi dalam melaksanakan pelayanan paripurna pada masyarakat Kab. Bekasi. Pembiaran terhadap permasalahan ini sesungguhnya merupakan pembiaran atau penghilangan hak masyarakat untuk mendapatkan penghidupan yang layak, biarpun berada pada panti sosial, agar kelangsungan hidup dapat terjaga. Komitmen yang kuat dari pemerintah diperlukan dalam proses ini.

Pada suatu proses kebijakan peranan masyarakat sangat diperlukan, masyarakat dapat turut serta mengawasi proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT dan kerjasama lintas sektoral agar terjadi pelayanan yang efektif dan efisien.

Pada suatu kebijakan masyarakat yang tergabung dengan LSM atau pemerhati masalah kemasyarakatan dapat secara sinergis membantu pemerintah dalam menyelesaikan permasalahan ini. Diharapkan peran serta masyarakat dapat mendorong pemerintah dalam membuat kebijakan kerjasama lintas sektoral antara RSUD Kab. Bekasi dengan dinas terkait.

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan dari informasi yang didapatkan oleh peneliti kerjasama antar instansi tidak terbatas pada adanya SKPD (satuan Kerja Pemerintah Daerah) akan tetapi diperlukannya suatu kebijakan publik yang merujuk pada kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh negara atau pemerintah. Contohnya adalah PGOT pada saat sakit menjadi tanggung jawab Rumah Sakit atau Dinas Kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan secara paripurna akan tetapi jika PGOT sehat, merupakan penyandang masalah sosial yang terdapat dalam Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia nomor : 80/HUK/2010 dan menjadi kewajiban dari Dinas Sosial.
2. Antara RSUD dan Dinas terkait salah satunya adalah Dinas Sosial memerlukan suatu kebijakan kesehatan dimana mencakup tindakan yang mempengaruhi institusi, organisasi, pelayanan, dan upaya pendanaan sistem kesehatan. Kebijakan Kesehatan ini dapat dibuat oleh elit kebijakan, yaitu Direktur Rumah Sakit, kepala Dinas Sosial, Kapolsek, Kepala Dinas Kesehatan dan kemudian di serahkan kepada penyusun kebijakan. Mereka yang menyusun kebijakan harus dapat mengerti pentingnya suatu kebijakan dibuat.

Langkah suatu proses kebijakan adalah

1. Dalam mengawali pembuatan kebijakan harus diketahui akar dari permasalahan kebijakan yang dialami oleh RSUD Kab. Bekasi yaitu permasalahan kerjasama lintas sektoral dengan dinas terkait ,
2. Mengembangkan dan menyusun : setiap elit kebijakan harus duduk bersama dalam mengembangkan atau menyusun kebijakan, sehingga dapat dilaksanakan oleh pihak-pihak yang terkait.
3. Bernegosiasi :Setiap pembuat kebijakan harus dapat bernegosiasi mengenai permasalahan yang di terdapat di setiap instansi sehingga di dapatkan titik temu.

4. Mengkomunikasikan : setiap hasil dari kebijakan harus di komunikasikan kepada setiap instansi dan staff terkait dengan pelaksanaan kebijakan tersebut.
  5. Melaksanakan : untuk mengetahui tepat guna atau tidak dari suatu kebijakan adalah melaksanakan kebijakan tersebut sehingga dapat ditemukan hal yang harus di perbaiki
  6. Mengevaluasi kebijakan : dalam pelaksanaan kebijakan lintas sektoral diperlukan adanya evaluasi sehingga dapat diperbaiki kebijakan tersebut sehingga sesuai dengan yang diperlukan.
3. Akar dari permasalahan pada proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD Kabupaten Bekasi adalah kerjasama lintas sektoral yang belum sinergis, sehingga menimbulkan kendala kendala di RSUD Kab. Bekasi. Adapun kendala yang ditimbulkan adalah temat tidur yang di peruntukan untuk orang sakit tidak dapat digunakan dikarenakan masih digunakan oleh PGOT yang sudah sehat, tidak efektif dan effisienya proses pemulangan dan penguburan sehingga menimbulkan permasalahan pada bagian SDM, tidak adanya anggaran khusus pada RSUD Kab. Bekasi sehingga masalah pemulangan masih menggunakan pendanaan di bagian umum.
  4. Faktor-faktor penunjang pada proses pemulangan dan penguburan adalah pada proses penuburan sudah adanya protap yang jelas mengenai langkah yang harus di ambil. Pada proses pemulangan faktor penunjang masih berupa faktor penghambat, karena ambulance yang dignakan untuk mengantar sebetulnya peruntukannya bukan untuk mengantarkan, dalam pemenuhan kehidupan sehari-hari dana beum jelas sampai tiba waktu PGOT di jemput Dinas Sosial. Lamanya respon Dinas Sosial membuat perputaran tempat tidur di RSUD menjadi lama.
  5. Dibuatnya protap untuk pemulangan pasien PGOT yang bekerjasama dengan Dinas Sosial, dengan turut mengundang Dinas Sosial dalam pemuatan kebijakan tersebut, sehingga dalam pelaksanaan setiap instansi mengetahui tugas dan kewajiban masing-masing.

6. PGOT merupakan penyandang masalah sosial yang menurut Ketentuan Menteri Sosial merupakan klien dari Dinas Sosial, hal ini harus dipahami dengan baik bahwa Dinas Sosial harus secara interaktif menjemput kliennya yang berada di RSUD Kab. Bekasi untuk di salurkan pada panti sosial, sehingga masing-masing instansi dapat melakukan tugasnya dengan baik dan sesuai peraturan yang berlaku.
7. Suatu kebijakan yang jelas dapat berupa suatu aturan atau diperkuat oleh keputusan Bupati ataupun Perda, dimana secara jelas pada UU no 32 tahun 2004 bahwa Kabupaten Bekasi merupakan suatu daerah otonom dan mampu menyelenggarakan pemerintahannya sendiri. Dengan berpegangan pada keputusan Kementerian Sosial dan dan asas mensejahterakan kepentingan masyarakat, maka suatu pemerintahan daerah dapat melakukan tindakan turut campur dalam sebuah hubungan lintas sektoral antara suatu instansi di bawahnya.

## **8.2 Saran**

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian ini, peneliti berusaha mengkaji dan mencari saran terbaik bagi instansi yang berhubungan.

### **8.2.1 Rumah Sakit**

1. Pihak manajemen segera mengaggendakan untuk melaksanakan evaluasi terhadap 5 dokumen protap kebijakan internal mengenai penguburan PGOT agar diketemukan permasalahan dalam proses dan dapat disempurnakan.
2. Rumah Sakit mengagendakan pembuatan protap Kebijakan pemulangan PGOT untuk internal RSUD dan lintas sektoral sesuai dengan pembahasan pada penelitian ini.
3. Melakukan penginformasian data kepada BAPEDDA terkait agar BAPEDDA dapat membantu mencarikan solusi yang terbaik sehingga tercipta suatu kebijakan publik dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT.
4. Implementasi terhadap dokumen protap kebijakan 1-5 sehingga dapat diketahui dengan pasti kelemahan dari kebijakan tersebut dan dapat segera diperbaiki dan masuk kedalam agenda kebijakan.

5. Mengajak peran masyarakat atau LSM guna memberikan pengawasan kepada Dinas Sosial khususnya dalam menuntut komitmen Dinas Sosial dalam melaksanakan tugasnya.
6. Melaksanakan evaluasi pada proses implementasi pemulangan dan penguburan pasien PGOT, menetapkan nilai standar mutu, instrumen, indikator, pengontrol sehingga PGOT tetap mendapatkan pelayanan tanpa diskriminasi pada proses pemulangan dan penguburan.
7. Kamar jenazah dengan lemari pendingin di sesuaikan dengan ketentuan pemerintah, pendanaan didapatkan dari retribusi daerah .
8. Menetapkan kriteria yang jelas mengenai pengemis gelandangan dan orang terlantar yang dikomunikasikan dengan Dinas Terkait salah satunya adalah Dinas Sosial.
9. Mensosialisasikan kebijakan yang sudah ada dan di agendakan sehingga para staff paham bagaimana cara menghadapi dan menangani pemulangan dan penguburan pasien pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar sesuai protap.
10. RSUD Proaktif menginformasikan pasien PGOT yang telah ditangani sehingga Dinas Sosial dapat memahami seberapa besar dan pentingnya permasalahan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar Pascaperawatan pada RSUD Kab. Bekasi.
11. RSUD dan Dinas Sosial melakukan pengomunikasian dengan Pemerintahan Daerah, agar direncanakan dibuatnya Panti Sentral Penyandang Masalah Sosial sehingga PGOT berbagai umur dapat segera di tampung dan pasien yang sakit dapat segera dirawat.

### **8.2.2 Stake Holder**

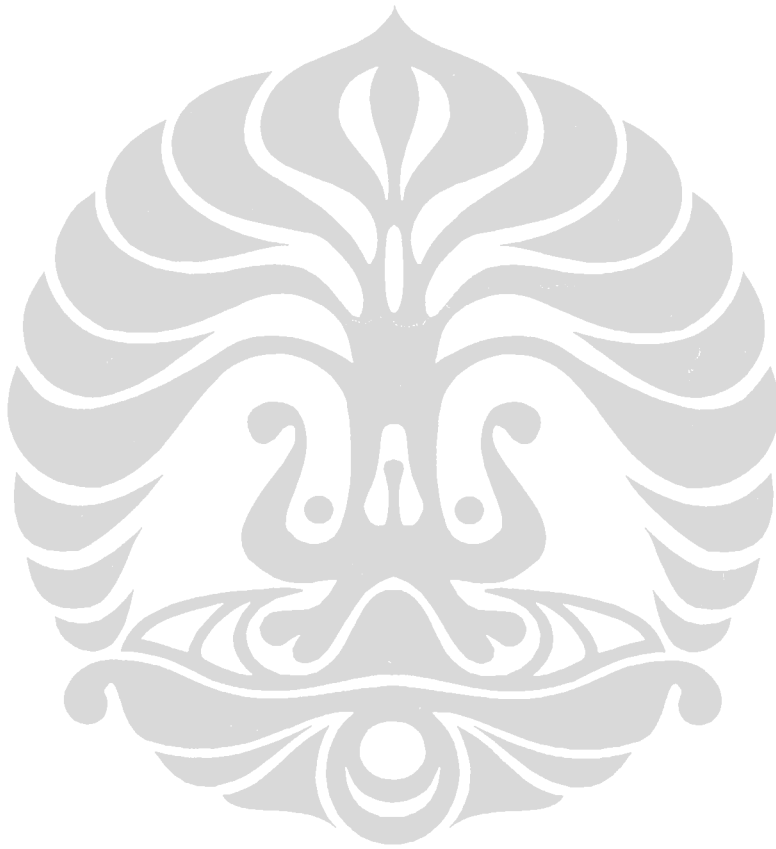
1. Peran dinas terkait dalam proses ini:
  - a. BAPPEDA : melakukan evaluasi implementasi kebijakan lintas sektoral pada pemulangan pasien PGOT dan mengagendakan untuk membuat kebijakan dalam proses penguburan PGOT, dan bekerjasama dengan Dinas Sosial dalam pembuatan Panti sosial penyandang masalah sosial yang terintegrasi.

- b. Dinas Sosial : Dinas Sosial melakukan evaluasi terhadap implementasi kebijakan yang sudah ada sehingga dapat di sesuaikan dengan keadaan yang terdapat di Kabupaten Bekasi dan menjadi masukan bagi perbaikan kebijakan tersebut.
  - c. Kepolisian : Melakukan pendataan, identifikasi dan penyebaran berita orang hilang atau telah ditemukannya mayat PGOT sehingga pihak RSUD mempunyai data resmi dari kepolisian.
  - d. Depkes : sebagai pengawas dan pelaksana, pada pemulangan dan penguburan pasien PGOT Pascaperawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi, sangat penting karena ini menyangkut hidup orang banyak dan kerjasama lintas sektoral yang sebaiknya dilindungi dalam bentuk sebuah kebijakan atau minimal MOU antara Dinas Terkait dengan Rumah Sakit.
  - e. Dinas Pemakaman : Menyediakan lahan pemakaman khusus bagi PGOT sehingga RSUD beberapa tahun ke depan tidak mengalami kesulitan dalam mencari lahan pekuburan.
2. Dinas Sosial segera melakukan pembenahan dalam pelayanan pemulangan PGOT menuju Panti Sosial .
  3. Dinas Sosial mengurangi lama waktu penjemputan PGOT yang telah sehat dari RSUD Kabupaten Bekasi.
  4. Sudah saatnya Dinas Sosial Kabupaten Bekasi mempunyai Panti Sosial milik pemerintah Kabupaten Bekasi Panti Sentral Penyandang Masalah Sosial
  5. Dinas Kesehatan Memberikan perhatian dan kerja sama dalam pemulangan pasien PGOT, karena jika terdapat PGOT pada RSUD maka pasien yang seharusnya dirawat tidak dapat di rawat.
  6. Dinas Sosial proaktif mencari data jumlah klien dan mengantarkan klien kepanti terkait sehingga tidak terjadi penelantaran klien di Rumah Sakit atau pusat pelayanan lain.
  7. Dinas Sosial melakukan pendataan tugas kerja sehinga pemasalahan seperti kekurangan staff, tidak adanya kendaraan penjemput seharusnya



dapat diatasi oleh dinas Sosial sehingga pegawai dapat bekerja secara efektif dan efisien,

8. Dinas Kesehatan mengatur Rujukan Antar Daerah, yang secara teknisnya diatur oleh masing, masing daerah terkait, Dinas Sosial dan Dinas kesehatan turut serta dalam proses Rujukan, agar pasien dapat dilakukan pelayanan secara efektif dan efisien.





## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. 2007. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta.
- Azwar, Azrul.1988. *Pengantar Administrasi Kesehatan edisi 2*, Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik.2010. *Berita Resmi Statistik*. No.45/07/ Th.XIII, 1 Juli 2010.
- BAPPEDA Kabupaten Bekasi.2011. *Kabupaten Bekasi dalam Angka,2011*.Pemda Kabupaten Bekasi.Cikarang
- Direktorat Bina Pelayanan Medik, 2007. *Standar Unit Gawat Darurat*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dunn, William.N.2003. *Analisis Kebijakan Publik*. Penerbit Gajah Mada University Press. Indonesia Jogjakarta.
- Easton, David.1953. *The Political System, NewYork:hal 129*.dilihat dari material kuliah Drs. Ulul Albab, MS dilihat di [http://www.unitomo.ac.id/artikel/ululalbab/public\\_polecy\\_4.pdf](http://www.unitomo.ac.id/artikel/ululalbab/public_polecy_4.pdf).
- Guwandi, 1991. *Dokter dan Rumah Sakit*, edisi 1. Penerbit Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Hardiyansyah,Dr.Msi.2011. *Kualitas Pelayanan Publik ; Konsep,Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Gava Media, Yogyakarta
- Indiahono,Dwiyanto, S.sos.M.Si.2009. *Kebijakan politik berbasis Dinamic Policy Analisis*.Gava Media. Yogyakarta.
- Iqbali, Saptono,- abstrak. *Studi Kasus Gelandangan-Pengemis (gepeng) di Kecamatan Kubu Kabupaten Karang Asem*. UNUD
- World Bank. 2010. *Indonesian expanding Horizon*
- Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa. Edisi Keempat. 2008. Departemen Pendidikan Indonesia. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Legge, David. Bahan Kuliah. *Public Health Policy, Policy Development*.
- Nawawi,Ismail, Prof.Dr.H,MPA,Msi.2009. *Public Policy: Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*.PMN press. Surabaya.
- Nugroho, Riant.2003. *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Elex Media Komputindo. Jakarta

- Perbub Kabupaten Bekasi No 25 tahun 2008 mengenai tugas pokok Dinas Sosial.
- Perda Kota Surabaya No 9 tahun 2012 mengatur mengenai pelayanan keehatan pada RSUD Bhakti Dharma Husada
- Perda Kota Tangerang no 17 tahun 1994 mengatur mengenai ketentuan pemakaman umum
- Permenkes no.228/Menkes/SK/III/2002
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi/Kabupaten sebagai Daerah Otonom
- PP No. 18 Tahun 1981 mengatur Bedah Mayat Klinis, Anatomis serta transplantasi alat atau jaringan tubuh
- PP No. 23 Tahun 2005 yang mengatur pengelolaan keuangan BLU
- PP No 28 tahun 2012 mengatur mengenai pelaksanaan UU no. 43 tahun 2009 mengenai kearsipan
- Quade.E.S.1982.*Analysis for Public Decisions.* Elsevier Science Publishing.co.inc.New York.
- Rafei,Uton Muchtar, Prof.Dr(HC)Dr,MPH.2007. *Health Politics: menjangkau yang tak terjangkau.* Health&hospital Indonesia. Jakarta.
- Ruby, Mahlil. 2005. *Perbaikan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin.* Jurnal MARSIS Nomor 1, Volume VI, 2005.
- Sjaaf, Amal C. 2001 *Bahan kuliah Politik dan kebijakan kesehatan.* Depok : Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Soekanto,Soerjono.1986.*Pengantar Penelitian Hukum.* Universitas Indonesia, Depok.
- Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 2008. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan medik Departemen Kesehatan RI.
- Suwandi,Made,DR.Msoc.sc.2010. *Review Hubungan Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah di Indonesia.* (Disampaikan dalam rangka seminar tentang pemerintahan daerah antara Indonesia dan Jepang di IPDN Jatinangor Sumedang 26-27 Oktober 2010)
- Subarsono, AG.,2005. *Analisis Kebijakan Publik : Konsep, teoti dan Aplikasi.* Pustaka Pelajar:Yogyakarta.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Republik Indonesia no. 28 tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah

Undang- undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

WHO, 2003. *Health Policy Development: A Handbook for Pasific Island Practitioners*. Developed by George Salmond&john Martin

WHO, 2004. *Enhancing Health Policy Development :A practical Guide to Understanding the Legislative Process*. Regional Office for Western Pasific

Wicaksono, Kristian Widya, 2006, *Administrasi dan birokrasi pemerintah*. Graha Ilmu. Yogyakarta

Weimer, David L & Aidan R Vinning.1992. *Policy analisis : concepts and practice*. prentice-Hall. New Jersey United States of America

Referensi internet

<http://www.docstoc.com/docs/36660525/TAHAPAN-PENYUSUNAN-KEBIJAKAN-PUBLIK> 26 maret 2012 13:54

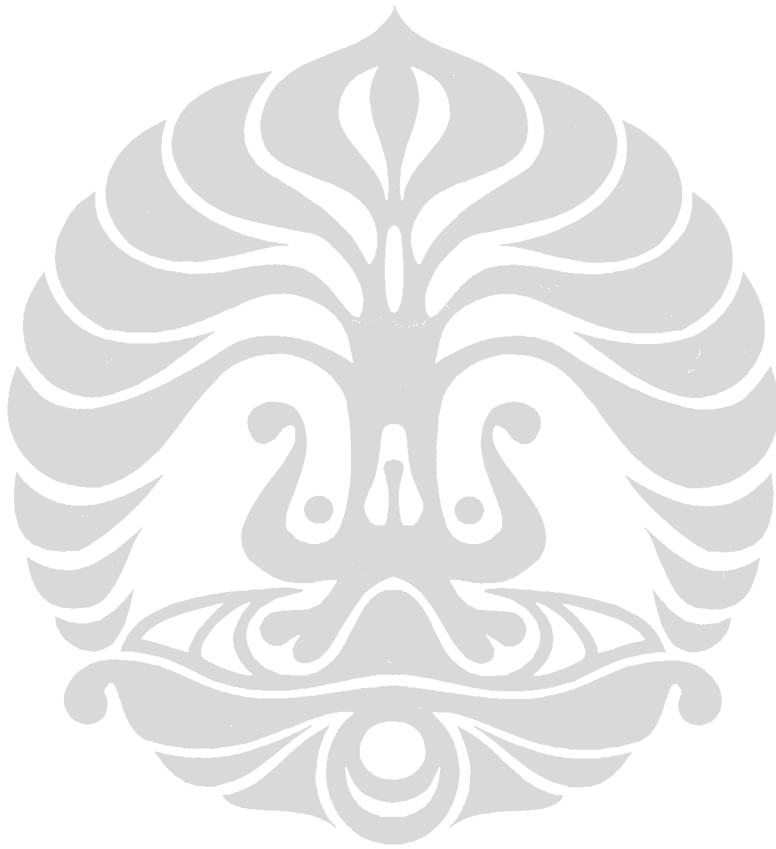
[http://www.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=QayKpFqlUwgC&oi=fnd&pg=PA135&dq=process+public+policy+ripley&ots=dgP7RFqHwa&sig=F1\\_b6acjlamrE2u0cuHZkuT7UN4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=process%20public%20policy%20](http://www.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=QayKpFqlUwgC&oi=fnd&pg=PA135&dq=process+public+policy+ripley&ots=dgP7RFqHwa&sig=F1_b6acjlamrE2u0cuHZkuT7UN4&redir_esc=y#v=onepage&q=process%20public%20policy%20) 26 maret 2012 14:10

Iqbali, saptono. Studi kasus Gelandangan-Pengemis (Gepeng) Di kecamatan Kubu, kabupaten karang asem .  
[ejournal.unud.ac.id/abstrak/3\\_%20naskah%20saptono%20iqbali.pdf](http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/3_%20naskah%20saptono%20iqbali.pdf)  
20 juni 2012 10:20

Hikmat,harry. Pemberdayaan Pranata Sosial pengalaman Empiris,  
<http://perencanaan.depsos.go.id/dtbs/slot/analisis/paparan/02035526920>

[07\\_ARTIKEL%204%20KETAHANAN%20SOSIAL.pdf](#) 20 juni  
201213:10

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 80/HUK/2010.  
[http://www.depsos.go.id/users/wendy/produkhukum/kepmen2010/Kepmensos\\_No\\_80\\_HUK\\_2010\\_Panduan\\_SPM.pdf](http://www.depsos.go.id/users/wendy/produkhukum/kepmen2010/Kepmensos_No_80_HUK_2010_Panduan_SPM.pdf)





**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 3707/H2.F10/PPM.00.00/2012  
Lamp. : ---  
Hal : Ijin penelitian, menggunakan data & wawancara

19 April 2012

Kepada Yth.  
**H. Suwarno, SKM, MM**  
**Direktur RSUD. Kabupaten Bekasi**  
Jl. Teuku Umar (Jl. Raya Cibitung – Cikarang)  
Kabupaten Bekasi

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM : 100674092  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Untuk melakukan penelitian, menggunakan data dan wawancara, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Evaluasi Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar Paska Perawatan Pada RSUD. Kabupaten Bekasi, Juli 2011 – April 2012*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dinomor telp. (021) 7864974.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI  
Wakil Dekan,

  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip





UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN  
Sekretariat : Departemen AKK FKMUI Gd. F.Lt.1 Depok 16424 Telp.7872977 Fax.7864974

Nomor : 104/H2.F10/PDP/Dept.AKK/2012  
Perihal : Permohonan pengambilan data

Jakarta, 23 April 2012

Kepada Yth.  
Direktur  
RS. Cipto Mangunkusumo  
Jalan. Diponegoro  
Jakarta Pusat

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami.

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM : 1006746092  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Untuk dapat memperoleh data dan informasi mengenai peraturan penanganan pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar. Data tersebut akan di jadikan sumber data dalam melakukan perbandingan dalam penelitian pada RSUD Kabupaten Bekasi mengenai, "Evaluasi Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar Paska Perawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi".

Selanjutnya jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi Irma Yudith di nomor 085693939385 atau 021-4249030.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terimakasih.

Ketua Departemen AKK

dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD  
NIP 19550317 198012 1 001



Lampiran 3 Surat ijin pengambilan data Dinas Sosial



UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN  
Sekretariat : Departemen AKK FKMUI Gd. F.Lt.1 Depok 16424 Telp.7872977 Fax.7864974

Nomor : 104/H2.F10/PDP/Dept.AKK/2012  
Perihal : Permohonan pengambilan data

Jakarta, 23 April 2012

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Sosial  
Kabupaten Bekasi  
Cikarang Pusat

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami.

Nama : Irma Yudith Ayu Puspita  
NPM : 1006746092  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Untuk dapat memperoleh data dan informasi mengenai peraturan penanganan pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar. Data tersebut akan di jadikan sumber data dalam melakukan perbandingan dalam penelitian pada RSUD Kabupaten Bekasi mengenai, "*Evaluasi Kebijakan Pemulangan dan Penguburan Pasien Pengemis, Gelandangan dan Orang Terlantar Paska Percawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi*".

Selanjutnya jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi Irma Yudith di nomor 085693939385 atau 021-4249030.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terimakasih.

Ketua Departemen AKK

dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD  
NIP 19550317 198012 1 001



Lampiran 4. Instrumen wawancara mendalam pimpinan

**Instrumen Wawancara**  
**Pedoman Wawancara Mendalam ( *Indepth Interview* )**  
**Untuk Pimpinan**

Nama Pewawancara : .....

Nama Pencatat : .....

Tanggal : .....

Tempat : .....

Nama dan Identitas Informan : .....

.....

**I. PETUNJUK UMUM**

1. Menyampaikan Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk di wawacarai.
2. Menjelaskan mengenai maksud dan tujuan dari wawancara.

**II. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM**

1. Wawancara dan Pencatatan dilakukan oleh peneliti sendiri.
2. Informan Bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar ataupun salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan di jamin kerahasiaannya.
6. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan direkam menggunakan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.

**III. PELAKSANAAN WAWANCARA**

**III.1. Perkenalan**

- a. Perkenalan dari pewawancara
- b. Menjelaskan Maksud dan tujuan kepada Informan
- c. Meminta kesediaan informan untuk di wawancarai

**III.2. Pokok Bahasan**

**1. PGOT (Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar)**

1. Menurut Anda apakah yang dimaksud dengan PGOT? Jelaskan?



(Lanjutan)

2. Bagaimana menurut pandangan anda mengenai PGOT dan proses penanganannya pada RSUD Kabupaten Bekasi?
3. Menurut anda bagaimana RSUD Kab. Bekasi menangani Pemulangan dan penguburan pasien PGOT, apa saja kendala yang di alami RSUD ?
4. Menurut anda apakah jumlah pasien PGOT yang selesai dilakukan perawatan dapat menimbulkan kendala bagi Rumah Sakit? Mengapa tolong di jelaskan?

## **2. SDM (Sumber Daya Manusia)**

1. Menurut anda bagaimana SDM RSUD Kab. Bekasi dalam melaksanakan pelayanan, pemulangan dan penguburan pada pasien PGOT ?
2. Menurut anda apakah terdapat kendala pada proses proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD Kab. Bekasi dari sisi sumber daya manusia? (tolong uraikan kendala-kendala tersebut)
3. Menurut anda apakah Standar Prosedur Operasional yang dibuat oleh rumah sakit telah di jalankan dengan baik oleh SDM Rumah Sakit? (sudut pandang apa yang anda gunakan dalam menilai SPO tersebut?)

## **3. Kebijakan**

1. Menurut Anda bagaimanakah kesesuaian visi dan misi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dengan pelayanan, pemulangan atau penguburan Pasien PGOT ? (jika sesuai jelaskan apakah kesesuaian tersebut, jika tidak sesuai mengapa ?)
2. Menurut anda kebijakan apa saja yang paling penting terdapat di suatu Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan terhadap Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar ?
3. Bagaimana menurut pendapat anda mengenai kebijakan daerah Perda atau Perbub yang anda ketahui mengatur mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT?
4. Bagaimanakah idealnya suatu kebijakan dalam struktur Rumah Sakit itu di susun? Siapa sajakah yang harus dilibatkan dalam penyusunan suatu kebijakan?



(Lanjutan)

**4. Keuangan**

1. Menurut anda apakah RSUD terbebani secara keuangan dengan adanya proses pemulangan dan penguburan PGOT? jika iya bagaimana dan jelaskan?

**5. Sarana dan Prasarana (Dilakukan dengan memeriksa daftar tilik)**

**6. Proses**

1. Bagaimana proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT paska perawatan yang anda ketahui selama ini?

**7. Rekomendasi**

1. Bagaimanakah sistem yang ideal guna menunjang kebijakan pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi?
2. Menurut anda siapa sajakah yang harus terlibat dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi? (dan bagaimana keterlibatannya yang baik)
3. Menurut anda kebijakan apa yang seharusnya ada dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT? (jelaskan)
4. Menurut anda bagaimanakah solusi yang sebaiknya dilaksanakan untuk meminimalkan kendala-kendala yang terjadi saat di lapangan?

**8. Umpan Balik**

1. Menurut anda apakah kebijakan SPO yang sekarang dilakukan oleh rumah sakit memberikan dampak apasaja bagi rumah sakit?
2. Bagaimanakah monitoring dan evaluasi terhadap Standar Prosedur Operasional yang di berlakukan?
3. Bagaimana menurut anda dengan hasil proses pemulangan dan penguburan yang terjadi saat ini?

**9. Stakeholder**

1. Menurut anda siapa sajakah yang berperan dalam proses pemulangan PGOT? jelaskan?
2. Menurut anda bagaimana kerjasama lintas sektor yang dapat dilakukan antara Rumah Sakit dan stakeholder tersebut?



Lampiran 5 Instrumen wawancara mendalam staff dan pelaksana

**Instrumen Wawancara**  
Pedoman Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)  
**Untuk Staff dan Pelaksana**

Nama Pewawancara : .....

Nama Pencatat : .....

Tanggal : .....

Tempat : .....

Nama dan Identitas Informan : .....

.....

**III. PETUNJUK UMUM**

1. Menyampaikan Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk di wawacarai.
2. Menjelaskan mengenai maksud dan tujuan dari wawancara.

**IV. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM**

1. Wawancara dan Pencatatan dilakukan oleh peneliti sendiri.
2. Informan Bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar ataupun salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan di jamin kerahasiaannya.
6. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan direkam menggunakan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.

**III. PELAKSANAAN WAWANCARA**

**III.1. Perkenalan**

- a. Perkenalan dari pewawancara
- b. Menjelaskan Maksud dan tujuan kepada Informan
- c. Meminta kesediaan informan untuk di wawancarai

**III.2. Pokok Bahasan**

**1. PGOT (Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar)**

1. Menurut Anda apakah yang dimaksud dengan PGOT?Jelaskan?



(lanjutan)

2. Menurut anda bagaimana Rumah Sakit menangani pemulangan dan penguburan PGOT paska perawatan?
3. Menurut anda apakah jumlah pasien PGOT yang selesai dilakukan perawatan dapat menimbulkan kendala bagi Rumah Sakit? Mengapa tolong di jelaskan?

## **2. Stakeholder**

1. Menurut anda siapa sajakah yang berperan dalam proses pemulangan PGOT? Jelaskan!
2. Menurut anda bagaimana kerjasama lintas sektor yang dapat dilakukan antara Rumah Sakit dan stakeholder tersebut?

## **3. Sumber Daya Manusia**

1. Menurut anda bagaimana SDM RSUD Kab. Bekasi dalam melaksanakan pelayanan, pemulangan dan penguburan pada pasien PGOT ?
2. Siapa sajakah yang berhubungan langsung dengan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD Kab. Bekasi?
3. Menurut anda apakah Standar Prosedur Operasional yang dibuat oleh rumah sakit telah di jalankan dengan baik oleh SDM Rumah Sakit? (Jika iya jelaskan mengapa, jika tidak jelaskan mengapa?)
4. Apa sajakah kendala yang anda temukan saat melaksanakan Standar prosedur Operasional mengenai pemulangan dan penguburan PGOT?

## **4. Kebijakan**

1. Menurut Anda bagaimanakah kesesuaian visi dan misi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dengan Kebijakan pelayanan, pemulangan atau penguburan Pasien PGOT ?
2. Menurut anda apakah sudah ada kebijakan di RSUD Kab.Bekasi yang mengatur mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT?(jika ada jelaskan, jika tidak ada apasajakah menurut anda yang harus ada kebijakan tersebut?)
3. Menurut anda apakah kebijakan yang sudah ada sekarang mengenai pelayanan pemulangan dan penguburan pasien PGOT sudah



(lanjutan)

memudahkan anda dalam memulangkan dan menguburkan pasien PGOT paskaperawatan ?

#### **5. Sarana dan Prasarana**

1. Bagaimana menurut anda apakah kelengkapan Sarana dan Prasarana RSUD Kab. Bekasi menunjang Kebijakan pemulangan dan penguburan pasien PGOT paskadilakukan perawatan?(jika iya bagaimana menunjangnya, jika tidak mengapa?)
2. Menurut anda Sarana dan Prasarana apa sajakah yang dapat meningkatkan pelayanan pemulangan dan penguburan Pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi? (sebutkan dengan jelas, barang dan jenis serta kegunaannya)

#### **6. Rekomendasi**

1. Menurut anda bagaimanakah sistem yang ideal dalam proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi?
2. Menurut anda siapa sajakah yang harus terlibat dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT pada RSUD kab. Bekasi?
3. Bagaimakah solusi yang sebaiknya dilaksanakan untuk meminimalkan kendala-kendala yang terjadi saat di lapangan?

#### **7. Umpan Balik**

1. Menurut anda apakah kebijakan SPO yang sekarang dilakukan oleh rumah sakit memberikan dampak bagi rumah sakit? (apa sajakah dampak yang anda rasakan dan mengapa?)
2. Bagaimanakah proses monitoring dan evaluasi pimpinan terhadap Standar Prosedur Operasional yang di berlakukan? (jika baik jelaskan mengapa, jika tidak apa saja yang perlu di perbaiki?)
3. Menurut anda, faktor-faktor apa saja yang menjadi kendala dalam pelaksanaan kebijakan dan standar prosedur operasional pada pemulangan atau penguburan PGOT? (menurut anda mengapa faktor tersebut menjadi kenda dalam pelaksanaannya?)
4. Bagaimana menurut pendapat anda dengan proses pemulangan dan penguburan yang terjadi selama ini, apa sajakah yang perlu diperhatikan dan diperbaiki?



Lampiran 6 Instrumen FGD

**PEDOMAN PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH TAHAP 1  
(*FOCUS GROUP DISCUSSION*)**

Dilakukan pada staff dan pelaksana

Hari / Tanggal : .....

Lama Waktu : .....

Jumlah peserta : .....

Fasilitator : .....

Pencatat : .....

No	Nama	Jabatan	Umur	Jenis Kelamin	Lama Bekerja	Lama Bekerja Dijabatan
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						



(Lanjutan)

**PEDOMAN PERNYATAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH  
PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH**

**1. PGOT (Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar)**

1. Menurut saudara-saudara apakah yang dimaksud dengan PGOT yang ada di RSUD kab. Bekasi?
2. Menurut saudara-saudara, bagaimana penanganan PGOT di RSUD Kab Bekasi?
  1. Probing : kalau setelah selesai dirawat bagaimana?

**2. Sumber Daya Manusia**

1. Menurut bapak ibu, sumber daya di RSUD kurang atau tidak dalam penanganan PGOT?
  1. Probing : Bagaimana hubungannya dengan pemulangan dan penguburan ?
2. Bagaimana masalah dan kendala yang dirasakan SDM selama melakukan proses pemulangan dan penguburan PGOT paskaperawatan di RSUD Kabupaten Bekasi?

**3. Kebijakan**

1. Dapatkah anda sebutkan standar prosedur operasional proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT?
2. apakah dengan adanya Prosedur Tetap dan Tupoksi dari Dinas Terkait, masalah mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT sudah dapat teratasi dengan baik. ?

**4. Keuangan**

1. Apakah masalah keuangan menjadi kendala dalam melaksanakan proses pemulangan dan penguburan PGOT?

**5. Sarana dan Prasarana**

1. Bagaimana menurut pendapat anda mengenai sarana yang dimiliki oleh pihak Rumah Sakit dalam menunjang proses tersebut?
  1. Apakah dengan ketidak adaan sarana tersebut menjadi masalah dalam menunjang proses?



(lanjutan)

## 6. Proses

1. Menurut anda adakah kendala selama melakukan SPO proses pemulangan dan penguburan PGOT pada RSUD kab. Bekasi?(jika ada apa saja, jika tidak ada mengapa?)
  1. Probing : Kalau mayatnya 2 bagaimana?
2. Menurut anda apa sajakah kendala yang dirasakan saat melaksanakan Standar prosedur Operasional mengenai pemulangan dan penguburan PGOT

## 7. Rekomendasi

1. Bagaimakah solusi yang sebaiknya dilaksanakan untuk meminimalkan kendala-kendala yang terjadi saat di lapangan?
2. Apakah menurut anda perlu dilakukan kerjasama lintas sektor antara Rumah Sakit Pemerintahan daerah, kedinasan yang terkait dan kepolisian? Mengapa?

## 8. Umpan Balik

1. Bagaimana menurut anda dengan hasil proses pemulangan dan penguburan yang terjadi saat ini?
2. Menurut anda, faktor-faktor apa saja yang menjadi kendala dalam pelaksanaan kebijakan dan standar prosedur operasional pada pemulangan atau penguburan PGOT?

## 9. Stake Holders

1. Menurut saudara-saudara siapa yang paling berperan dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT ini?
  1. Probing :a. Trus kira-kira siapa lagi pak bu?
    - b. Di kedinasan kan ada Tupoksi pak bu, tugas pokok instansi,dengan adanya itu masalah teratasi gak?
2. Menurut anda bagaimana kerjasama lintas sektor yang dapat dilakukan antara Rumah Sakit dan stakeholder tersebut?

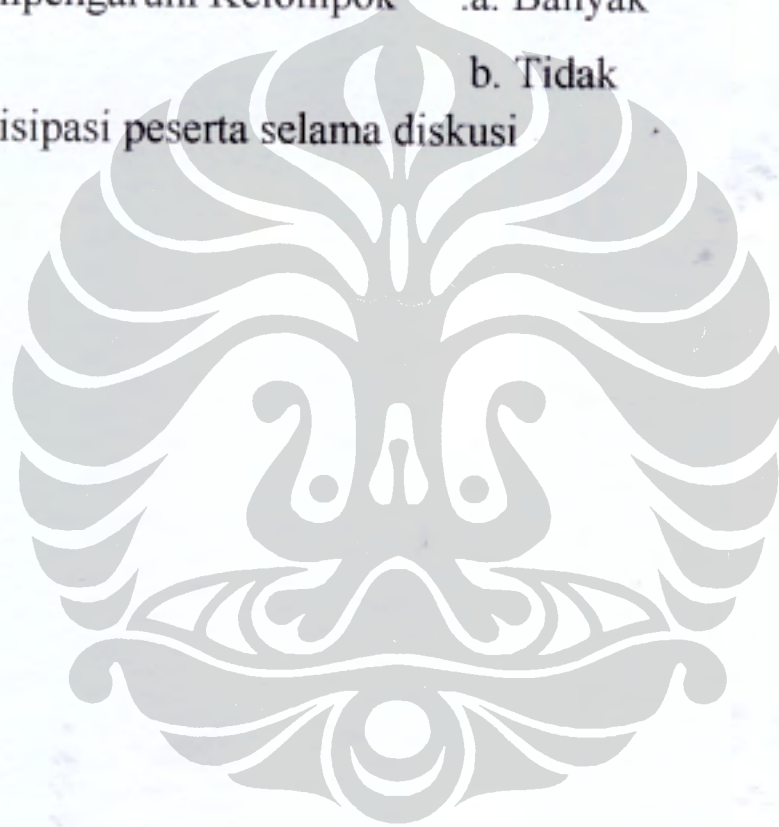
(lanjutan)

Catatan:

1. Dalam menggali informasi menggunakan kata-kata dan bahasa yang mudah dipahami dan di mengerti oleh informan.
2. Dalam menggali informasi diberikan kesempatan dan waktu yang cukup untuk tiap menjawab pertanyaan dan memberikan pendapat.
3. Mengajukan pertanyaan secara terarah dan menggunakan tempo yang sesuai dan tidak terlalu cepat.

**Keadaan Umum Selama Proses Diskusi :**

1. Peserta Dominan : a. Ada, Yaitu :  
b. Tidak ada
2. Mempengaruhi Kelompok : a. Banyak  
b. Tidak
3. Partisipasi peserta selama diskusi





Lampiran 7 Instrumen wawancara mendalam stakeholder

**Instrumen Wawancara**

**Pedoman Wawancara Mendalam ( *Indepth Interview* )  
Untuk Stake Holder**

**Nama Pewawancara** : .....

**Nama Pencatat** : .....

**Tanggal** : .....

**Tempat** : .....

**Nama dan Identitas Informan** : .....

.....

**V. PETUNJUK UMUM**

1. Menyampaikan Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk di wawacarai.
2. Menjelaskan mengenai maksud dan tujuan dari wawancara.

**VI. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM**

1. Wawancara dan Pencatatan dilakukan oleh peneliti sendiri.
2. Informan Bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar ataupun salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan di jamin kerahasiaannya.
6. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan direkam menggunakan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.

**III. PELAKSANAAN WAWANCARA**

**III.1. Perkenalan**

- a. Perkenalan dari pewawancara
- b. Menjelaskan Maksud dan tujuan kepada Informan
- c. Meminta kesediaan informan untuk di wawancarai



(lanjutan)

**PEDOMAN PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH  
PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH**

**1. PGOT (Pengemis Gelandangan dan Orang Terlantar)**

1. Bagaimana menurut pandangan anda mengenai PGOT yang terdapat di Kabupaten bekasi dan khususnya di RSUD Kab. Bekasi??
2. Bagaimana kerjasama yang ter jalin antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Sosial Mengenai masalah pemulangan PGOT atau penyaluran ke panti?

**2. Kebijakan**

1. Bagaimana menurut anda apakah, selama ini terdapat kebijakan, dalam proses pemulangan PGOT di RSUD Kab. Bekasi?
2. Bagaimana tupoksi yang ada pada Dinas Sosial, apakah dapat mengatasi masalah pemulangan PGOT?
3. Bagaimana dengan panti sosial? Apakah Dinas Sosial Kabupaten mempunyai Panti sosial yang terintegrasi dengan Dinas Sosial?
4. Menurut saudara apa saja kendala yang dialami oleh dinas sosial, yang berhubungan dengan penjemutan dan pengantaran pasien ke Panti Sosial?
  - a. Kalau untuk penjemputan sendiri kendala umum yang sering di rasakan oleh dinas sosial apa pak?
  - b. Kalau untuk personil bagaimana ak siapa yang menanggapi pemulangan dan pengantaran secara khusus?
5. Menurut bapak apakah diperlukan MOU dalam mengatasi masalah ini, antara Dinas Sosial Dengan Rumah Sakit?

**3. Saran**

1. Bagaimana saran anda mengenai proses hubungan antara Dinas Sosial dan RSUD kab. Bekasi, mengenai pemulangan dan pengantaran PGOT menuju Panti?



Lampiran 8 daftar tilik sarana dan prasarana

DAFTAR TILIK					
NO	Sarana dan prasarana	Kegunaan	Ada	Tidak	Keadaan
1.	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi Rawat jalan	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien		√	
2.	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi Gawat Darurat	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien	√		Baik dan dapat di baca, tetapi tidak di publikasikan di meja perawat.
3.	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi Rawat Inap	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien		√	
4	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi perawatan Intensif	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien		√	
5	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi kebidanan dan penyakit kandungan	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien		√	
6	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau		√	



DAFTAR TILIK					
NO	Sarana dan prasarana	Kegunaan	Ada	Tidak	Keadaan
	Instalasi bedah sentral	penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien			
7	Standar tetap prosedur pemulangan dan penguburan PGOT pada Instalasi pemulasaraan jenazah	Sebagai standar bagaimana dalam proses pemulangan atau penguburan pasien PGOT agar memberikan pemahaman dalam pelaksanaan secara efektif dan efisien		√	
8	Instalasi pemulasaraan jenazah :		√		Tidak sesuai dengan ketentuan
	1. Ruang Administrasi	Ruang dimana para petugas melaksanakan kegiatan administrasi dan personalia		√	
	2. ruang dekontaminasi dan pemulasaraan jenazah	Ruang tempat memandikan/ dekontaminasi serta pemulasaraan jenazah (pengkafanan untuk jenazah muslim dan pembalseman dan pemulasaraan lainnya untuk jenazah non muslim	√		Ruangan berukuran 3x5 m <sup>2</sup> Otopsi dilakukan di ruangan ini
	3. Laboratorium otopsi	Ruang tempat dokter forensik melakukan kegiatan otopsi jenazah		√	
	4. Ruang pendingin jenazah	Ruang pendingin jenazah. 1 lemari pendingin min 21 m <sup>2</sup> untuk 4 jenazah		√	



KETERANGAN

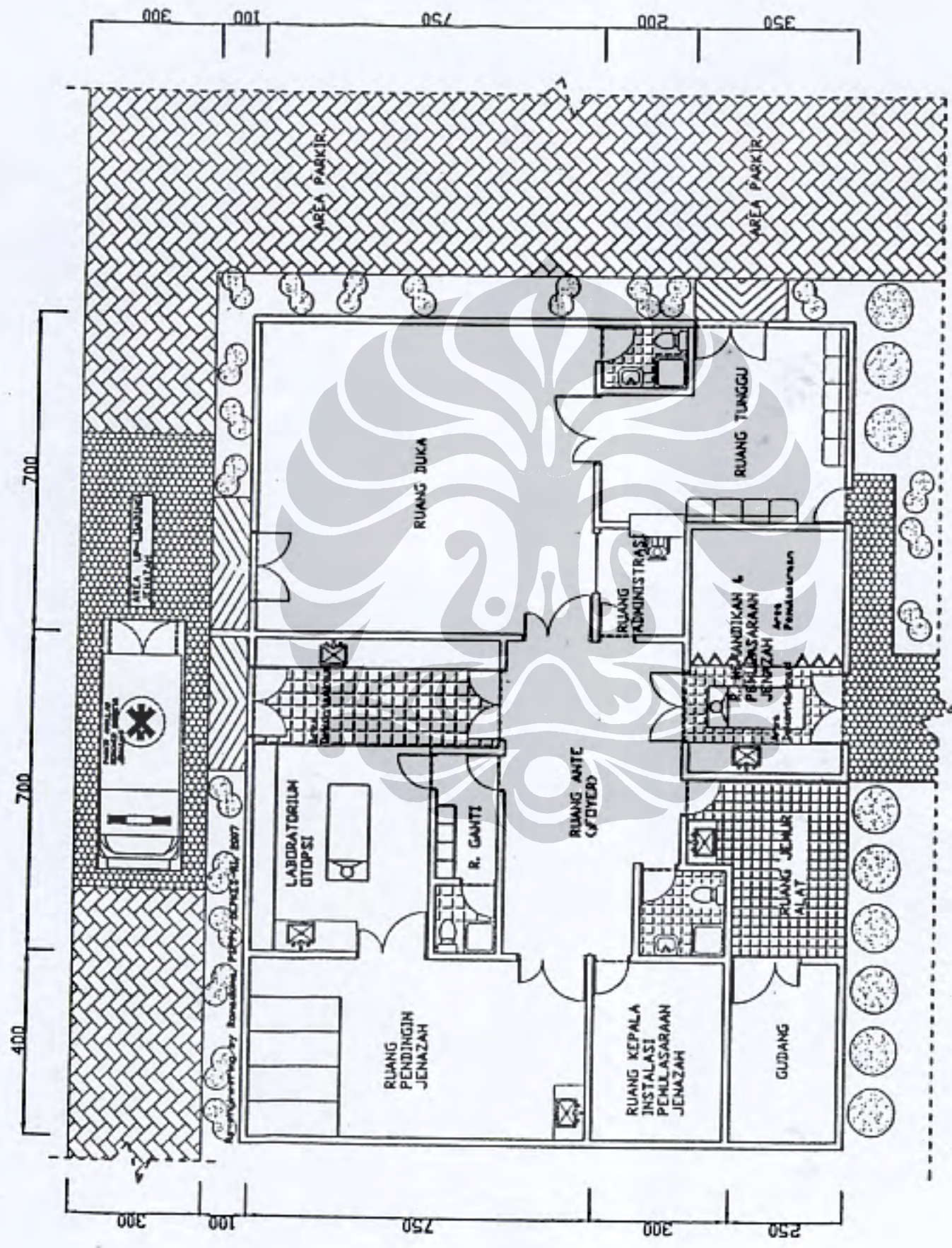
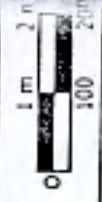
CONTOH MODEL GAMBAR UNTUK  
 BUKU PEDOMAN SARANA DAN  
 PRASARANA  
 RUMAH SAKIT UMUM KELAS C

JUDUL GAMBAR

CONTOH MODEL DENAH  
 INSTALASI PEMULASARAN  
 JENAZAH RSU KELAS C

GMBR NO.

SKALA



**CONTOH MODEL DENAH INSTALASI PEMULASARAN JENAZAH  
 RUMAH SAKIT UMUM KELAS C**

LUAS : ± 200 M2 (tanpa area parkir)



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff					
No	Sub pokok	Variabel			
		Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3
01	PGOT	Menurut pandangan anda apakah yang dimaksud dengan PGOT?	Salah satu Pasien, atau kunjungan kerumah sakit tanpa identitas, beberapa kali atau sering datang pasien atau jenazah yang di antar pihak kepolisian atau warga tanpa ada identitas	Pasien yang tidak jelas asal usulnya dan tidak tau alamatnya, kalau masalah pelayanan sudah tertangani oleh jamkesda	Pengemis gelandangan dan orang terlantar, pengemis fakir miskin yang masih mempunyai tempat tinggal gelandangan orang miskin berkeliling, orang terlantar masih punya keluarga tapi tidak ada yang mengurus
		Bagaimana menurut pandangan anda mengenai PGOT dan proses penanganannya pada RSUD Kabupaten Bekasi?	Selama ini untuk yang meninggal sudah ada dana APBD mengcover dari pemerintah, jika sehat tetapi kurang waras kerjasama oleh dinas sosial biarpun terkadang ada waktu tunggu antara dinyatakan sehat dan di ambil	kalau yang meninggal sudah tercover ya, jadi masalah tu kalau sehat kembali, setelah sehat tu baru jadi masalah, lempar-lemparan dinas ga mau, kepolisian juga ga mau.	Dari RSUD tetap bersurat ke dinas terkait. Kalau pemulangan, kalau ada identitas terkait kami hubungi keluarga atau kita berhubungan dengan dinas sosial. Jenazah yang meninggal



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

		<p>Menurut anda bagaimana RSUD Kab. Bekasi menangani Pemulangan dan penguburan pasien PGOT, apa saja kendala yang di alami RSUD ?</p>	<p>1. Pada saat pasien sudah di nyatakan sehat tapi tidak kunjung di ambil dinas sosial tempat tidur yang ada tidak bisa di berikan kepada yang membutuhkan. 2. Jika ada pasien bayi, seperti yang kemarin ada bayi di buang, jadi masalah karena siapa yang mau mengurus bayi 24 jam, susunya dan lain-lain 3. Jadi kendala kalau pasien kurang waras, karena kebutuhan tempat tidur masih</p>	<p>Kalau meninggal datanya, untuk penyediaan jenasah dan lain lain anggarannya. Datanya ada di pak chayono Tapi yang jadi masalah tu yang sehat seharusnya bukan tanggung jawab kita.</p>	<p>biasanya dibuatkan surat laporan, ke kepolisian, dan sudah ada dana untuk pemakaman, Kadang dengan dinas sosial di pingpong, karena kabupaten belum mempunyai rumah singgah atau panti sosial, di bulak kapal itu punya kota Atau kadang saat kerjasama sudah berjalan dengan baik, kepala dinas sosial dipindah sehingga timbul masalah baru</p>
--	--	---	---	---	--



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

02	SDM	Menurut anda bagaimana SDM RSUD Kab. Bekasi dalam melaksanakan dan pemulangan penguburan pasien PGOT? kendala-kendala apakah yang terdapat dalam proses tersebut?	terbatas, dan belum memiliki bangsal khusus gangguan jiwa, kalau sudah meninggal tidak ada masalah Tidak Ditanyakan	Kalau untuk SDM kita sudah cukup kok ada yang menangani khusus di bagian umum, kendala mungkin di pemulangan ya, soalnya orang Dinas nya gonta ganti terus, jadi tidak berkesinambungan..	Kalau SDM kita cukup ya saya rasa, untk penguburan di bagian umum pak cahyono, untu pemulangan ada pak yamin. Tetapi mungkin lebih baik untuk pemulangan ada tim khusus ya agar ga di pingpong, dan yang paham betul bekerja sama dengan dinas.
		Menurut pandangan saudara apakah SPO yang telah di buat oleh pihak internal Rumah Sakit dapat mengatasi kendala yang ada?(jika sudah, bagaimana monitoring dan	Tidak di tanyakan	Sebetulnya bukan tanggung jawab rumah sakit tu, mestinya dari luar rumah sakit yang nanganin sehatnya, biar berbagi peran,	Monitoring dan evaluasinya belum dilaksanakan ya, kalau SPO di rumah sakit internal cukup



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

	<p>evaluasinya, jika belum, bagai mana seharusnya?)</p>		<p>rs ngurus yang sakit dinas ngurus yang sehat</p>	<p>jas ya, yang menjadi kendala ketika akan di pulangkan</p>
03	<p>Kebijakan</p>	<p>Menurut anda kebijakan apa saja yang penting dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT?</p>	<p>Kebijakan tiga dinas itu sangat penting ya, kalau tupoksinya ada tapi kebijakannya gak ada dan yang ngejalanin beda2 terus makanya susah ya</p>	<p>MOU minimal, karena kita belum ada, biasanya kita membicarakan case per case., jadi belum ada mou yang benar benar mengikat masalah ini</p>
	<p>Sepengetahuan saya belum ada kebijakan mengenai kerjasama lintas sektor dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT antar RSUD dan Dinas terkait, bagaimana pendapat anda mengenai ini?</p>	<p>Kalau kebijakan untuk rumah sakit sudah paham ya, saya kayanya waktu itu sudah menandatangani dehn SPO nya sedangkan kalau untuk keluar, sudah ada tupoksi masing-masing dinas, sudah ada perdanya mengenai tugas masing-masing.</p>	<p>Kalau di dalam Rumah Sakit ada yang namanya prosedur tetap, di tandatangani oleh direktur, coba di minta ke ibu Rahayu.</p>	<p>Kita baru ada beberapa ya untuk penguburan jenazah terlantar, pembiayaan asien PGOT, tapi kalau pemulangan kita belum ada sampai kesana ya soalnya baru juga.</p>
	<p>Menurut anda seberapa perlunya sebuah kebijakan dalam proses ini, ataukah</p>	<p>Sudah ada sih ya, selama ini kalau ada masalah baru</p>	<p>Yah di perkuat dengan perangkat hukum yang ebih</p>	<p>Kalau hanya rumahsakit sifatnya hanya</p>



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

	hanya berupa MOU antar instansi terkait?	dilakukan rapat antar dinas dan diungkapkan masalahnya	tinggi donk, itu kan penting	horizontal ya, kita tidak punya kekuatan untuk mempush, minimal MOU yang di bicarakan bersama, harus ada untuk melindungi MOU sehingga MOU nya dapat di jalankan.
	Menurut pendapat anda apakah SPO atau Protab sudah cukup dalam mengatasi kendala yang ada? (jika sudah, mengapa jika belum bagaimana idealnya?)	Sudah ya, mungkin masalahnya berganti orangnya dan kurang, kalau pasien belum di ambil biasanya saya langsung telpon ke dinas sosial.	Menurut saya cukup memberatkan Rumah Sakit ya Seharusnya ada kerjasama 3 Dinas, kintan sektor, Rumah Sakit Dinas Sosial, Dinas Pertamanan untuk mengatasi ini semua.	Belum cukup ya karena, jika tidak ada sistem atau alur penanganan yang jelas, maka masalah ini akan berulang kembali, dan jika di ganti dinasnya akan mulai dari awal lagi
	Menurut anda siapa sajakah yang terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut dan bagaimana idealnya kebijakan tersebut?	Tidak di tanyakan	harusnya kebijakannya, yang rumah sakit ngurus yang sakit aja, dinas sosial ngurus yang sehat jadi kerja samanya	Polres, polsek, dinas sosial, dinas pertamanan, kalau di kabupaten, dilindungi kebijakan bupati, saya berharap kita



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

				<p>melibatkan BAPPEDA, karena sudah punya sosial panti sendiri.</p>
04	Keuangan	<p>Menurut anda apakah RSUD terbebani dengan proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT? (jika tidak bagaimana pendapatannya, jika iya apa yang seharusnya dilakukan RSUD dalam mengatasi ini?)</p>	<p>Kalau meninggal sudah ada APBD jadi bukan menjadi masalah, kalau misalkan jatahnya 15, misalkan ada lebih biasanya di atasi oleh rumah sakit karena kita sudah BLUD ada anggaran terduga PGOT.</p>	<p>Kalau untuk jenazah, tidak masalah karena biaya ada penguburan, ada di umum. Kalau yang hidup, sangat memberatkan, misalnya gila, bagaimana memulangkannya, kalau yang tidak sakit jiwa, kalau yang gelandangan, bagaimana baju ganti dan lain2 itu tidak ada dana yang mengcover.</p>
	berkesinambungan			<p>1. Kalau untuk sdm kendala mungkin di pemulangan ya, soalnya orangDinas nya Gonta-Ganti terus, jadi tidak Berkesinambungan 2. Susahnya kalau gak sesuai dengan anggaran untuk penguburan ya memberatkan. 3. Menurut saya malah kendalanya di penyediaan kebutuhan sehari-hari, itu yang nyediain perawat, makanya</p>



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

05	Sarana dan Prasarana	Dengan daftar tilik, (tetapi jika dalam Indepth Interview terdapat jawaban yang keluar mengenai sarana, dituliskan)	Tidak di tanyakan	Tidak di tanyakan	Sudah saatnya RSUD mempunyai frezer jenazah.
06	Proses	Menurut anda, kendala-kendala apa yang terjadi saat proses pemulangan dan penguburan PGOT?	Tidak di tanyakan	Masih lemparan ya seharusnya langsung ya sesuai dengan tugas masing, dari dinas sosial juga responnya lama, ya ebih baik ada aturan yang mengikat ya, kesepahaman	Seperti yang saya bilang kalau surat menyurat RSUD selalu membuat, nah karena tidak ada kebijakan yang melindungi, saat kepala dinas sosial berganti kita harus memulai dari awal lagi dalam mengatasi masalah ini, dari dinas sosial juga kurang sekali
07	Rekomendasi	Menurut anda bagaimanakah sistem yang ideal dalam proses pemulangan dan	Sesuai dengan SPO ya, dan tupoksi masing masing saja	Harus ada mou antara rumah sakit, dinas sosial, dinas pemakaman, jadi	Kita berharap di fasilitasi, agar dapat berkomunikasi



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

				berbagi peranan sesuai porsinya. Ada peraturan bupati tentang ini baru setelah itu perda.	dengan dinas yang terkait, karena dinas sosial berhubungan dengan pemulangan, kalau dinas pertamanan berhubungan dengan pemakaman, dan BAPPEDA untuk pembiayaan ya
	penguburan PGOT?	Bagaimana mengatasi kendala yan terjadi selama ini dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT?	Dengan SPO saya rasa cukup membantu Rumah sakit ya karena kan jelas	Adanya sekarang itu kesepemahaman, kata sepakat itu belum ada jadi sering lempar-tugas makanya sering bingung	Kalau sekarang sih rumah sakit sudah membekali diri dengan SOP, tapi untuk urusan keluar itu harus ada MOU
	Menurut pandangan anda siapa sajakah yang berperan dalam proses ini dan mengapa?	Tidak ditanyakan	Paling penting 3 dinas itu, rumah sakit, dinas sosial, dinas pemakaman, kalau untuk bappeda bisa untuk melindungi kebijakan yang ada	Ya itu tadi ya paling penting kepolisian, kapolsek, dinas sosial, dinas pertamanan dan BAPPEDA karena ini	



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

				ya	merupakan masalah bersama ya
	Menurut anda apakah diperlukan tim khusus dalam proses ini?	Tidak perlu, sudah ada SOP seperti bagian umum itu pak cahyono yang mengatasi mr.x yang meninggal			Sebetulnya perlu ya, tapi kalau ada MOU yang jelas dan dilindungi oleh perbub, karena kan itu amanat uu fakir miskin dan orang terlantar dipelihara oleh negara.
08	Umpan Balik Bagaimana menurut anda dengan hasil proses dan pemulangan pasien PGOT yang ada selama ini, apa yang harus di perbaiki?	Tidak Ditanyakan	Selama ini saya nilai masih baik, ya, karena kami mencari panti sendiri jika belum di jemput oleh Dinas, Pembagian peran antara rumah sakit, dinas sosial dengan dinas pemakaman itu harus jelas agar tidak terjadi lempar-lemparan dan masalah seperti ini dapat dihindari		Kalau dari kami sih memang untuk evaluasi belum dilaksanakan ya, yang berguna agar dapat segera menemukan solusinya
09	Stake Holder Menurut anda dalam	Dinas sosial,	Dinas sosial, dinas		Kepolisian, polsek,



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

	<p>mengatasi pemulangan dan penguburan PGOT siapa saja yang turut berperan? (mengapa, instansi tersebut harus turut berperan?)</p>	<p>kepolisian, kita gak berhubungan dengan dinas kesehatan kalau baru puskesmas berhubungan.</p>	<p>pemakaman, selama ini rumah sakit sendiri yang mencari lahan pemakaman. Kalau pasien sehat, sering lempar-lemparan jadi dinas sosial sering susah. Kan seharusnya perannya rumah sakit mengurus yang sakit ya.</p>	<p>Dinas Sosial, Dinas Pertamanan, Bappeda, agar dibicarakan bersama, dan dapat dilaksanakan bersama</p>
	<p>Menurut pandangan anda apakah kerjasama lintas sektor yang ada sekarang ini dapat mengatasi permasalahan tersebut? (jika jawaban belum, bagaimana kerjasama yang sebaiknya di laksanakan? Jika sudah bagaimana untuk meningkatkannya?)</p>	<p>Sudah berjalan dengan baik, seperti kepolisian kalau ada jenazah temuan kriminal di minta langsung di kirim ke Kramat Jati, dinas sosial juga sudah berjalan dengan baik tapi mungkin karena orang nya berganti terus dan kurang orang kali ya. Jadi kalau ada masalah langsung rapat lintas sektor</p>	<p>Pada sering lempar-lemparan, dinas sosial ga mau repot, kepolisian juga ga mau repot, selama ini rumah sakit sendiri yang mengatasi.</p>	<p>Belum ya, karena masih sering di pingpong, dan akhirnya permasalahannya kembali ke rumah sakit, sedangkan rumah harusnya menangani yang sakit.</p>
	<p>Menurut anda cukup efektifkah kerjasama antara</p>	<p>Mungkin di dinas sosial kekurangan</p>	<p>adanya kesepakatan aja,</p>	<p>Belum efektif ya, karena masih ada</p>



Lampiran 9 Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan staff

	dinas sosial, dinas pemakaman, kepolisian dan BAPPEDA selama ini?	orang karena ada jeda waktu antara pasien yang sudah dinyatakan sehat dan di ambil rentang waktunya bisa 3 hari sampe 1 minggu	tapi mou belom ada tertulis, tapi karena sekarang sering ganti orang, makanya susah Cuma omongan pribadi aja. Kuat-kuatan adu omong aja siapa yang nanganin soalnya masih sering lama juga	pingpong, lebih efektif jika masalah pemulangan ini minimal ada MOU nya apalagi kalau dilindungi kebijakan
--	---	--	--	--



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff					
No	Variabel		Informan		
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
01	PGOT	Menurut pandangan anda apakah yang dimaksud dengan PGOT?	Anggota masyarakat yang tidak di ketahui keluarganya, tempat tinggalnya, dan akses ke kesehatan sulit.	Pasien yang datang ke RSUD kab. Bekasi, yang tidak mampu dam tidak memiliki alamat tetap sehingga menggelandang, kalau sudah sehat bingung pulangannya kemana	Pokonya orang yang ga mampu deh yang datang ke RSUD mau datang sendiri atau di anter polisi, dan ga ada keluarganya
		Bagaimana menurut pandangan anda mengenai PGOT dan proses penanganannya pada RSUD Kabupaten Bekasi?	Untuk pembiayaan pelayanan kesehatan sih tidak masalah, yang menjadi masalah adalah saat sudah meninggal dan sembuh, kalau meninggal menguburnya dimana, kalau sehat pulangannya kemana	Setelah sehat, itu rumah sakit bingung mau dipulangi kemana kalau tidak ada alamat jelas, kaya ini mbak lagi ada PGOT di rawat inap, belum di ambil Dinas Sosial	Surat menyurat ke Dinas Bagian Saya, kalau emulagan yang jadi masalah
		Menurut anda bagaimana RSUD Kab. Bekasi menangani Pemulangan dan penguburan pasien PGOT, apa saja kendala yang di alami RSUD ?	Saya sih sekali dua kali pernah denger komplain ya ketika mau pemulangan, apalagi saat pasien yang mau di pulangkan itu kurang waras, karena sulit di ajak komunikas	Kerjasama dengan dinasnya mbak masih bermasalah, kalau meninggal kita relatif punya hubungan baik dengan kepolisisan	Cukup baik, paling ya kalau kelamaan d perawatan, para perawat udah pada komplain aja belom di ambil-ambil
02	SDM	Menurut anda bagaimana SDM RSUD Kab. Bekasi dalam melaksanakan	Kita punya keterbatasan dalam hal SDM maupun kemampuan	SDM sih kita cukup mbak, masalahnya itu kerjasama RSUD sama Dinas Sosial	Enggak sih kalau orang kayanya sudah cukup banyak, asal aturannya



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff					
No	Variabel		Informan		
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
		<p>pemulangan dan penguburan pasien PGOT? kendala-kendala apakah yang terdapat dalam proses tersebut?</p>	<p>dalam koordinasi dengan lintas terkait, juga ya dalam mengatasi ini, terkadang tidak tahu harus kemana dan bagaimana, makanya baru menjdai kendala ya</p>	<p>supaya kerjasamanya berkelanjutan, kalau perlu dari Dinas Sosial ada SDM yang stay di sini..</p>	<p>jelas.</p>
		<p>Menurut pandangan saudara apakah SPO yang telah di buat oleh pihak internal Rumah Sakit dapat mengatasi kendala yang ada?(jika sudah, bagaimana monitoring dan evaluasinya, jika belum, bagai mana seharusnya?)</p>	<p>Biasanya ketika sulit ya kita berikan ke dinas sosial ya, dinas sosial sih relatif kooperatif ya, tapi ya biasanya perkasus ya, tapi tidak ada payung kebijakannya, sama kaya kalo merujuk, kan seharusnya kan di dampingi oleh dinas sosial, tapi ya tergantung the man behind the gun nya, karena kita gak punya standart baku yang menyangkut lintas sektor</p>	<p>Kalau SOP sih untuk mempermudah SDM mbak tapi terkadang dalam pelaksanaannya, karena ga ada evaluasi, jadi ga ada yang di perbaiki, makanya menjadi masalah di SDM</p>	<p>1. Sebetulnya kendala kendala itu itu dapat mbak di buat mudah kalau manajemen dan dinas melakukan kerjasama, jadi kita staff tu tinggal fokus merawat. 2. Kendalanya di kita itu mbak biasanya susah enghubungi Dinas Sosial, iya iya saja tapi tidak ada penjemputan jadinya bingung siapa yang anter atau nyari panti sosial, sedangkan saya disini jga banyak</p>



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff					
No	Variabel		Informan		
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
03	Kebijakan	Menurut anda kebijakan apa saja yang penting dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT?	<p>Sebetulnya kita sudah pernah mengadakan pertemuan dengan lintas terkait, tentang ini ya di lantai 1, saya kurang paham sebenarnya di dinas sosial sudah ada atau belum kebijakannya, jika sudah ada seharusnya di sosialisasikan.</p> <p>Kita tu perlu koordinasi untuk paska pelayanan ya, mungkin musti terus menerus, orang yang sama, biar paham. Jalur pastinya belum ada, mungkin perlu ada kebijakan ya, dari pemerintah daerah, atau aturan</p>	<p>Kebijakan kerja sama masing-masing instansi yang terkait ya, supaya kami para SDM ga bingung bagaimana melaksanakannya, jangan lupa di sosialisasikan</p> <p>Perlu tu mbak kebijakan yang jelas, antara manajemen dengan dinas terkait, jadi jelas tugas masing-masing</p>	<p>tugas mbak.</p> <p>Kebijakan antara Rumah Sakit dan Dinas Sosial yang jelas trus ga brubah-berubah, agar kami ga bingung musti hubungan kemana</p> <p>Saya kurang begitu tau ya, itu urusan manajemen</p>
		Sepengetahuan saya belum ada kebijakan mengenai kerjasama lintas sektor dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT antar RSUD dan Dinas terkait, bagaimana pendapat anda mengenai ini?	<p>Harusnya penting ya, karena kan kedepan cibitung ini kan jalur pantur, penduduknya mobilitasnya banyak,</p>	<p>Penting sekali biar jelas aturannya</p>	<p>Penting mbak</p>
		Menurut anda seberapa perlunya sebuah kebijakan dalam proses ini, ataukah hanya berupa MOU antar instansi terkait?			



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff		Variabel				
		Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
No						
			Menurut pendapat anda apakah SPO atau Protab sudah cukup dalam mengatasi kendala yang ada? (jika sudah, mengapa jika belum bagaimana idealnya?	banyak juga kaum PGOT, rasanya kedepan perlu juga, karena RS sudah BLUD jadi semua harus di perhitungkan.	Membantu sih,tapi kayanya harus lebih spesifik deh, saya sih belum lihat jelasnya mbak	Cukup membantu mbak, kan formulir surat suratnya sudah ada mbak
		Menurut anda siapa sajakah yang terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut dan bagaimana idealnya kebijakan tersebut?	Idealnya bersama, kebijakan masing-masing dinas yang sudah ada itu apa, trus kita merancang ke depan ni, biar kebijakan yang keluar itu bisa mencakup lintas sektor dan bisa di laksanakan ya.	duduk kebijakan masing-masing dinas yang sudah ada itu apa, trus kita merancang ke depan ni, biar kebijakan yang keluar itu bisa mencakup lintas sektor dan bisa di laksanakan ya.	Tidak ditanyakan	Tidak dtanyakan
04	Keuangan	Menurut anda apakah RSUD terbebani dengan proses pemulangan dan penguburan pasien	Dana sih enggak ya, biasanya tenaga, karena selama ini sih masih sedikit, tapi ketika nanti	Kalau sehat itu biasanya yang bingung mbak lempar-lemparan , ya terpaksa Rumah Sakit	Kalau sehat biasanya saya buat surat kedinas jadi mereka yang ambil pasiennya, tapi kalau gak	



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

No		Variabel				
		Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
<b>Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff</b>						
			PGOT?(jika mengapa, dan bagaimana pendanaannya, jika iya apa yang seharusnya dilakukan RSUD dalam mengatasi ini?)	banyak itu ya membebani juga.	harus mengeluarkan dana lebih.	di jemput-jemput ya terpaksa pake ambulance RSUD, uangnya di bebanin ke mana saya juga kurang tau
05	Sarana dan Prasarana	Dengan daftar tilik, (tetapi jika dalam Indepth Interview terdapat jawaban yang keluar mengenai sarana, dituliskan)	Ruang jenasah gak standar ya Cuma muat 1 orang, jadi ya mau ga mau jenasah harus segera di kuburkan, kita sih membangun du gedung yang baru ya. Tapi ya itu upaya rumah sakit.		Mungkin perlu ada kamar khusus, untuk menampung PGOT, kan kadang yang bayar risih juga, ga tau di gedung bau ada gak?	Tidak ditanyakan
06	Proses	Menurut anda, kendala-kendala apa yang terjadi saat proses pemulangan dan penguburan PGOT?	Kalau merujuk ya selama ditemani oleh dinas sosial biasanya RS welcome, yang jadi masalah tu ketika pasien di rujuk dan RS rujukan tidak mau menerima	Biasanya kita sudah melapor ke Dinas Sosial bahwa pasien sudah dapat diambil, tapi di jemputnya bisa 3 hari sampe seminggu lagi., trus ga ada evaluasi mbak jadi ya yang jadi masalah tetep jadi masalah	Masalah sih paling di penjemputan ya, kalau ga di jemput ya kita yang nyari panti sampe bulak kapal. ini ni kalau ga ada aturan yang jelas jadinya mau ga mau kit yang ngerjain	
07	Rekomendasi	Menurut anda bagaimanakah sistem yang ideal dalam proses pemulangan dan	Kita tu pengennya gini, ketika menemukan gelandangan yang	Ada kerja sama ya mbak lintas sektoral kalau menurut saya	Baiknya dari Dinas main kemari liat situasi, gimana bagusnya kerjasamanya	



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff				
No	Variabel		Informan	
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5 Informan 6
		penguburan PGOT?	<p>meninggal, seharusnya sudah mengerti jangan di bawa kemari rame-rame tetapi di bawa ke rumah sakit yang lebih besar, koordinasi-koordinasi seperti itu. Dari dinas sosial adalah bantuan dalam menanganinya ini, misalkan seperti ditampung dulu di rumah singgah. Kita tu perlu koordinasi untuk pelayanan setelah perawatan atau yang meninggal dunia</p>	<p>Yah kalau saya melaporkan saja sih ya mbak, kalau berat biasanya direksi yang urus</p>
		Bagaimana mengatasi kendala yang terjadi selama ini dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT?	<p>Ya sebatas di panggil, koordinasi, tapi ya gitu, kembali lagi ke masalah awal, ga ada berkesinambungan, jadinya masalah berulang</p>	<p>Kadang kalau ga dijemput-jemput direktur yang nelpon ke dinas atau dr irene</p>
		Menurut pandangan anda siapa saja yang berperan dalam proses ini	<p>Lebih sering berkoordinasi dengan kepolisian ya minimal</p>	<p>perlu mbak adanya kerjasama lintas sektoral, apalagi kalau dilindungi Dinas Sosial paling ya</p>



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff					
No	Variabel		Informan		
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
		dan mengapa?	soalnya biasanya yang mengantar itu polisi, seharusnya kan di bagi dengan rumah sakit kota atau swasta ya, jadi membagi beban sama rata.	kebijakan tu mbak jadi kan jelas mbak fungsi masing-masing dan harapannya Dinas Sosial lebih cepat menjemput ya	
		Menurut anda apakah diperlukan tim khusus dalam proses ini?	Kalau tim kayanya gak perlu ya, kerjasama lintas sektornya aja kayanya yang harus jelas.	Perlu sih ya mbak paling untuk ngurus kepulangan aja	Saya sih kalau di bantu lebih baik, tapi kayanya cukup
08	Umpan Balik	Bagaimana menurut anda dengan hasil proses dan pemulangan pasien PGOT yang ada selama ini, apa yang harus di perbaiki?	Harus ada kerjasama lintas sektor ya, kalau kasus berat bisa langsung ke RSCM atau ke Hasan Sadikin ya, selama ini semua masih di rumah sakit diharapkan ada lah kebijakan , karena penduduk itu tumbuhnya pesat lho, agar bisa di jadikan sebagai preventif	Yah manajemen sebaiknya melakukan evaluasi jadi masalah ini bisa di selesaikan, dan bisa mempush Dinas Sosial	Yah baiknya sih yang ada sekarang lebih di tingkatkan kerjasamanya
09	Stake Holder	Menurut anda dalam mengatasi pemulangan dan penguburan PGOT siapa	Dinas sosial, BAPPEDA, pekuburan, kepolisian. Harus duduk	Tidak di tanyakan	Tidak di tanyakan



Lampiran 10 matriks wawancara mendalam middle management dan staff

Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Top Management dan Middle Management dan Staff					
No	Variabel		Informan		
	Sub pokok	Pertanyaan	Informan 4	Informan 5	Informan 6
		saja yang turut berperan? (mengapa, instansi tersebut harus turut berperan?)	bersama dan merancang kedepan ya biar bisa mencakup semua lintas sektor dan pengawasan jelas.		
		Menurut pandangan anda apakah kerjasama lintas sektor yang ada sekarang ini dapat mengatasi permasalahan tersebut? (jika jawaban belum, bagaimana kerjasama yang sebaiknya di laksanakan? Jika sudah bagaimana untuk meningkatkannya?)	Belum ya seharusnya duduk bareng bersama mengatasi ini dan dilindungi kebijakan bupati itu ada ya untuk mengatasi ini. Dan menghasilkan kebijakan yang komprehensif dan tidak satu persatu, dan harus nge link	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan
		Menurut anda cukup efektifkah kerjasama antara dinas sosial, dinas pemukiman, kepolisian dan BAPPEDA selama ini?	Setau saya, saya tidak pernah dilibatkan dalam evaluasi, jadi saya kurang tau tingkat efektifitasnya, kekurangan di manajemen kita tu, kita jarang duduk bareng.	Tidak ditanyakan	Tidak ditanyakan



**PEDOMAN PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH TAHAP 1  
(FOCUS GROUP DISCUSSION)**

Dilakukan pada staff dan pelaksana

Hari / Tanggal : Senin - 23 - 4 - 2012  
 Lama Waktu : 2 Jam 10 menit  
 Jumlah peserta : 8 orang  
 Fasilitator : Irma Yudith Ayu .P.  
 Pencatat : Irma Yudith Ayu .P.

No	Nama	Jabatan	Umur	Jenis Kelamin	Lama Bekerja	Lama Bekerja Dijabatan
1						
2	Umar Iskandar	Koordinator	45	L	6	2.13th
3	Cahyono	Staff	40th.	L	6th.	5Blu
4	Tini R	Plifex	46th	P	22th	
5	Anifah	UGD	31th	P	3 th.	4 Blu
6	Ana. R	Anak	31th	P	6	6 th.
7	Fadmi - Y	Perum	38th	L	6	4 bln
8	Lin	Buruh	30th	P	3,5 th	4th
9	Maafun	Dalam	28 th	L.	6th.	4 bln.



Lampiran 12 matriks wawancara FGD

No	Variabel		Hasil FGD
	Sub pokok	Pertanyaan	
01	PGOT	Menurut saudara-saudara apakah yang dimaksud dengan PGOT yang ada di RSUD kab. Bekasi?	pasien yang tidak jelas asal usulnya, tetap dilakukan pelayanan sebagaimana yang di haruskan, tetapi terkadang menjadi masalah saat akan di pulangkan
02	SDM	Menurut saudara-saudara, bagaimana penanganan PGOT di RSUD Kab Bekasi? Probing : kalau setelah selesai dirawat bagaimana? Menurut bapak ibu, sumber daya di RSUD kurang atau tidak dalam penanganan PGOT? Probing : 1. Bagaimana hubungannya dengan pemulangan dan penguburan	<p>Kalau pas perawatan sih di tangani dengan baik ya, yang susah kalau ga ada barangnya di sini, rujuknya sering susah, kan ga semua RS mau tu nerima, Kalau sehat tu kita masih sering bingung mau di taro kemana, kan ga etis juga kalau di lepas di jalan. Ya pokoknya itu mah sama pak Yamin, hubungan sama Dinsos deh</p> <p>Enggak sih kalau orang kayanya sudah cukup banyak, asal aturannya jelas, kan yang sering jadi masalah itu orang yang ngurusin di Dinas Sosialnya itu gonta -ganti, makanya susah kerjasamanya mulai dari awal lagi.</p> <p>1. Kalau pemulangan biasanya kita ke pak yamin, tapi ya itu kadang pak yamin kesulitan untuk nyari rumah singgahnya, kalau penguburan langsung ke pak cahyo ini.</p> <p>Dinas Sosial itu yang ACC aja, yang nyari mah kita sendiri, makanya sering kebingungan. Kerjasama lintas sektoralnya belum jalan. Kalau administratif sih beres. Pernah mbak ada kasus pasien sudah sembuh, kita bawa ke Dinas Sosial, Dinas Sosialnya menolak mbak, ada itu bolak balik, udah dikirim ke dinas, dibalikin, dikirim lagi, di balikin lagi</p>
03	Kebijakan	Dapatkah anda sebutkan standar prosedur operasional proses dan pemulangan	adaa protab tentang penguburan tu mbak tapi kalau pemulangan setau saya belum ada ya mbak, di tempat saya sih ada tapi di beberapa tempat belum punya ya, malah belum tau saya



Lampiran 12 matriks wawancara FGD

No	Variabel		Hasil FGD
	Sub pokok	Pertanyaan	
		<p>penguburan pasien PGOT?</p> <p>apakah dengan adanya Prosedur Tetap dan Tupoksi dari Dinas Terkait, masalah mengenai proses pemulangan dan penguburan pasien PGOT sudah dapat teratasi dengan baik. ?</p>	<p>menurut kami sih ya mbak yang sering kita ketemukan tu kerjasama dengan kepolisian, dinas sosial tu, paling ya itu, kalau duduk bareng bikin kesepakatan kan enak, siapatau dari dinas sosial bisa nengok kesini 3 hari sekali kek, biar cepet ditangani</p>
04	Keuangan	<p>Apakah masalah keuangan menjadi kendala dalam melaksanakan proses pemulangan dan penguburan PGOT?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. kalau meninggal uangnya ada di pak Cahyono tu mbak bagian umum selama ini sih ga ada masalah ya, kalau pasiennya melebihi kuota, ya pake uang dr pos mana dulu, baru tahun depannya di lebihkan untuk permohonan dana</li> <li>2. kalau sehat itu biasanya untuk pemenuhan sehari ya dari dompet pribadi ikhlas, yang repot kaya kita mbak di bagian pelayanan, kadang uang buat sehari-hari itu ngeluarin kocek (uang) pribadi, atau kita sampe buat uang kas, jadi make uang kas terus di reimburs deh ke manajemen, tunggu di ganti aja</li> </ol>
05	Sarana dan Prasarana	<p>Bagaimana menurut pendapat anda mengenai sarana yang dimiliki oleh pihak Rumah Sakit dalam menunjang proses tersebut?</p> <p>1. Apakah dengan ketidakadaan sarana tersebut menjadi masalah dalam menunjang proses?</p>	<p>Kita tu ga ada lemari pendingin mayat mbak,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pernah mbak ada mayat yang udah meninggal 3 hari kemudian ada keluarganya nyari, berdasarkan ciri-cirinya, untung aja mereka ga marah mbak, kekurangan kita ya kita ga punya freezer mayat, jadi paling nggak bisa di taro suu berapa hari, kalo ga ada yang ngaku baru di kubur</li> </ol>
06.	Proses	<p>Menurut anda adakah</p>	<p>kalau yang sehat sih sama pak yamin dan Dinas Sosial ya</p>



Lampiran 12 matriks wawancara FGD

No	Variabel		Hasil FGD
	Sub pokok	Pertanyaan	
		<p>kendala selama melakukan SPO proses pemulangan dan penguburan PGOT pada RSUD kab. Bekasi?(jika ada apa saja, jika tidak ada mengapa?)</p> <p>Probing :</p> <p>1. Kalau mayatnya bagaimana?</p> <p>2</p>	<p>paling lama jempunya dan pasien lain ga bisa masuk, kalau meninggal ya langsung dikubur, kalau ada 2 mayat ya nunggu, lha wong tempatnya aja sempit soalnya disini ga ada pembeku mayat mbak makanya harus langsung di kubur, liat aja deh dibelakang Cuma buat 1 mayat</p>
07.	Rekomendasi	<p>Menurut anda apasajakah kendala yang dirasakan saat melaksanakan Standar Operasional mengenai pemulangan dan penguburan PGOT</p> <p>Bagaimakah solusi yang sebaiknya dilaksanakan untuk meminimalkan kendala-kendala yang terjadi saat di lapangan?</p>	<p>1. Paling susah itu bagian pengadaan, kadang butuh wire,pen, gitu2, kalau secara administrasi sih kita memenuhi tergantung di bagian pengadaan</p> <p>2. Kadang kaya pampers gt susah lho mbak, suka dari swadaya aja gitu mbak, buat makan kalau udah sembuh, kadang mandiin juga</p> <p>Penting ada suatu kebijakan yang ngayomi ini semua. Dari dinas sosial dan kepolisian kerjasama dengan Rumah Sakit, kalau perlu ya bikin kesepakatan mbak dilindungi sama pemerintah apa gmana gt, dan ada kulkas mayat yang bisa digunakan, dari polisi ada pemberitahuan kepada masyarakat umum jika ada yang meninggal.</p> <p>Waa penting banget mbak itu mah, kan jadinya kesulitan-kesulitan kaya gini kan teratasi mbak, jadi polsek, dinas dan Rumah sakit tu mudah, kadang sih agak susah, jadi suka lempar-lemparan</p>
08	Umpan Balik	<p>Apakah menurut anda perlu dilakukan kerjasama lintas sektor antara Rumah Sakit Pemerintahan daerah, kedinasan yang terkait dan kepolisian? Mengapa?</p> <p>Bagaimana menurut anda dengan hasil proses</p>	<p>Kalau perawatan kita sudah paripurna, tapi ya kalau untuk pemulangan masih ada sedikit masalah, kalau yang ada</p>



Lampiran 12 matriks wawancara FGD

No	Variabel		Hasil FGD
	Sub pokok	Pertanyaan	
		<p>pemulangan dan penguburan yang terjadi saat ini?</p> <p>Menurut anda, faktor-faktor apa saja yang menjadi kendala dalam pelaksanaan kebijakan dan standar prosedur operasional pada pemulangan atau penguburan PGOT?</p>	<p>kaya patah tulang gt, pernah ada yang sampe 2 bulan sudah selesai belom di ambil-ambil juga</p> <p>Masih menghindar sih dinasnya, kalau yang dulu sih mudah yang sekarang menghindar</p>
09	Stake Holder	<p>Menurut saudara-saudara siapa yang paling berperan dalam proses pemulangan dan penguburan PGOT ini? Probing :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trus kira-kira siapa lagi pak bu?</li> <li>2. Di kedinasan kan ada Tupoksi pak bu, tugas pokok instansi,dengan adanya itu masalah teratasi gak?</li> </ol>	<p>1. menurut saya Dinsos tu musti dibikin aturan jelas jadi pasien kan ga terlantar</p> <p>2. manajemen juga harus di perbaiki mbak, jadi ada perhatian, kan selama ini pak yamin tu yang mondar-mandir, kalo dah ada aturan dan kerjasama yang jelas kan dia ga bisa menolak</p> <p>3. jadi kalau dinas ganti-ganti kepalanya, bawahannya tetep tau musti ke siapa, trus di taro kmana, ada sih beberapa kasus yang rumah singgahnya kita cari sendiri gara2 respon lama dr dinas</p>
		<p>Menurut anda bagaimana kerjasama lintas sektor yang</p>	<p>1. Kadang responnya lama dan pasien di taro di bangsal perawatan makanya pasien yang mau masuk ga bisa.</p>



Lampiran 12 matriks wawancara FGD

No	Variabel		Hasil FGD
	Sub pokok	Pertanyaan	
	dapat dilakukan antara Rumah Sakit dan stakeholder tersebut?	2. Baiknya sih duduk bersama, ngomongin ini bagian siap itu bagian siapa, kan kalau rumah sakit fokus ngurusin yang sakit, yang sehat di bantu dinas sosial lah.	

**Keadaan Umum Selama Proses Diskusi :**

1. Peserta Dominan  
: Pak Umar Iskandar, Ibu Tini, Bapak Yamin
2. Mempengaruhi Kelompok  
: Pak Cahyono, Pak Umar
3. Partisipasi peserta selama diskusi  
diskusi menjadi  
: Baik sekali, terjadi saling komentar dan menambahkan, suasana ruang hidup.



Lampiran 13 Matriks wawancara Stakeholder

No	Variabel		Informan 8
	Sub pokok	Pertanyaan	
01	PGOT	<p>Bagaimana menurut pandangan anda mengenai PGOT yang terdapat di kabupaten Bekasi dan Khususnya di RSUD Kab. Bekasi?</p> <p>Bagaimana kerjasama yang terjalin antara RSUD Kab. Bekasi dengan Dinas Sosial Mengenai Masalah Pemulagan PGOT atau Penyaluran Ke Panti?</p>	<p>pengemis gelandangan dan orang terlantar itu bisa saja bukan dari daerah asal sini, bisa jadi kena razia dari Jakarta di buang kesini, dari Bandung atau daerah-daerah perbatasan, karena itu merupakan permasalahan tiap daerah.</p> <p>setau saya selama tahun kemaren kasus ini cuma ada 3 kasus ya yang dilaporkan oleh pihak rumah sakit, untuk disalurkan ke panti yang ada</p> <p>"Kalau di kami, kami menyebut pasien ini sebagai klien ya, karena berarti dia tidak mempunyai tempat tinggal atau menggelandang, yang memang itu merupakan tugas kerja saya ya, ya yang terdapat dalam tupoksi tersebut,kalau kerjasama dengan RSUD saya nilai baik ya selama ini tidak ada masalahselama ini"</p>
02	Kebijakan	<p>Bagaimana menurut anda apakah, selama ini terdapat kebijakan, dalam proses pemulangan PGOT di RSUD Kab. Bekasi?</p> <p>Bagaimana Tupoksi yang ada pada dinas sosial, apakah dapat mengatasi masalah pemulangan PGOT?</p> <p>Menurut saudara apa saja kendala yang dialami oleh dinas sosial, yang berhubungan dengan penjemutan dan pengantaran pasien ke Panti Sosial?</p> <p>a. Kalau untuk penjemputan sendiri kendala umum yang sering di rasakan oleh dinas</p>	<p>kalau kebijakan saya rasa pasti ada ya,itu kan tergantung dari bupati, mau action atau tidak,tapi saya rasa saya belum melihat wujudnya tu, kalau secara tupoksi memang kami menangani masalah itu selaku kasie rensos saya menjalani apa yang menjadi tugas saya, tertulis dalam tupoksi tersebut</p> <p>yaitu masalah di kabupaten Bekasi, kita mempunyai banyak panti yang bekerjasama dengan dinas sosial, tetapi untuk kepemilikan kabupaten sendiri kita tidak punya, beda dengan Bandung yang walikotanya sudah dapat membuat PMKS</p> <p>a. kita kalau menerima laporan cepat kok mbak responnya, ya paling lama sehari lah mbak,</p>

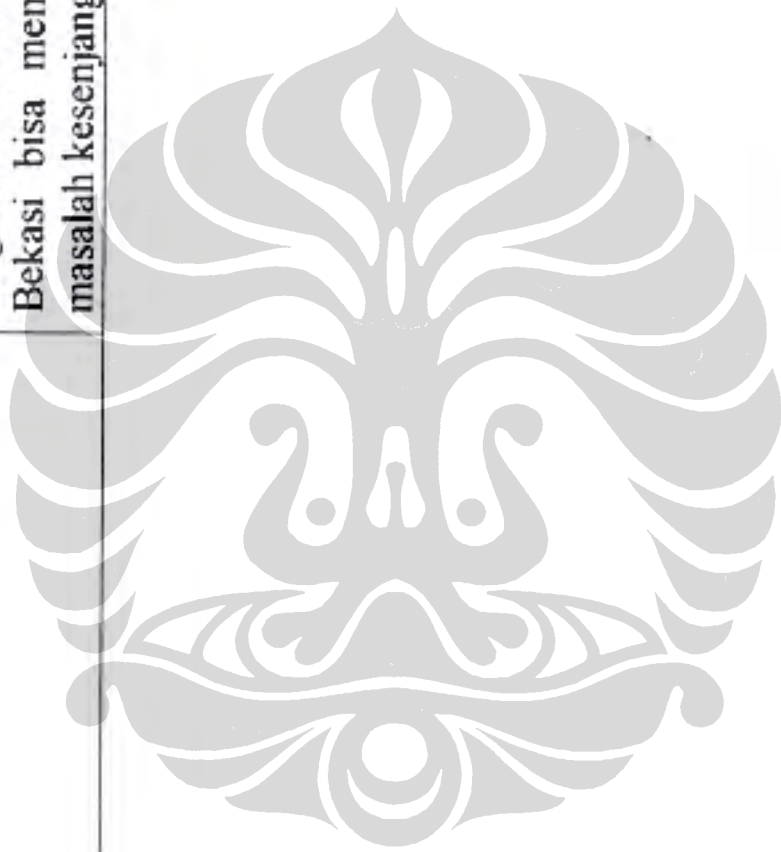


Lampiran 13 Matriks wawancara Stakeholder

No	Variabel		Informan 8
	Sub pokok	Pertanyaan	
		<p>sosial apa pak?</p> <p>b. Kalau untuk personil bagaimana ak siapa yang menanggapi pemulangan dan pengantaran secara khusus?</p>	<p>gah gak pernah sampe seminggu</p> <p>b. ya paling kendala utamanya kendaraan dinas saja kita ga ada gmana untuk menjemput atau nganter klien kita (penyandang masalah sosial),ya kan rumah sakit punya ambulance jadi bisa di antar kan lah, atau kadang kita langsung menghubungi panti untuk menjemput</p> <p>c. seperti yang mbak lihat ini, kita tu hanya ada 7 orang dalam 1 bagian,kita kekurangan SDM sehingga kinerjanya tidak maksimal jadi mungkin kalau ada keterlambatan ya palingan 1 hari itu tadi</p>
		<p>Menurut bapak apakah diperlukan MOU dalam mengatasi masalah ini, antara Dinas Sosial Dengan Rumah Sakit?</p>	<p>menurut saya kayanya ga diperlukan deh MOU antar instansi, kita kan berada dalam lingkup yang sama satu SKPD jadi ngerti tugas masing-masing sajalah</p>
03	Saran	<p>Bagaimana saran anda mengenai proses hubungan antara Dinas Sosial dan RSUD kab. Bekasi, mengenai pemulangan dan pengantaran PGOT menuju Panti?</p>	<p>memang kalau dalam pemerintahan ini merupakan suatu kelemahan dari birokrasi, setelah di koordinasi mau apa, di telpon ditindak lanjuti, staffnya ada tapi sibuk atau tidak, jadinya ya menunggu di RSUD, dan memang nuansa politisasinya tinggi, kalau dari pihak rumah sakit sudah cukup baik, tetapi yang harus d ingat jika memiliki keluarga tidak bisa kesini ya, memang di Dinas itu seringkali, biaya pengiriman ada tapi tidak di imbangi dengan sarana, terkadang sudah dikirim ke panti sosial, eh berapa bulan keluar lagi, jadi masalah lagi, karena masalah seperti ini</p>

Lampiran 13 Matriks wawancara Stakeholder

No	Variabel		Informan 8
	Sub pokok	Pertanyaan	
			<p>tidak bisa di hapuskan ya, pasti menjadi masalah di setiap kota atau kabupaten, semua tergantung kebijakan yang di ambil oleh pimpinan jika bupati bergerak dan mau meniru kota bandung, kabupaten Bekasi bisa mempunyai panti sentra penyandang masalah kesenjangan sosial</p>





Lampiran 14 Data pemulangan dan penguburan pasien PGOT selama residency

No	Tanggal	Nama Pasien	No Surat	Pembayaran	Alamat	Paska Perawatan
1	31 Mei 2011	Hadi dermawan	445/420/RSUD/2011	Jamkesmas	-	Diabetes Melitus Sehat
2	08 Mei 2011	Hasan	445/421/RSUD/2011	Jamkesda	Kampung Wates rt 05/05 Kedung Jaya Kabupaten Bekasi	UGD Sehat
3	08 Mei 2011	Sear binti kotun	445/422/RSUD/2011	-	Kampung Wates Rt 05/05 Kedung Jaya Kabupaten Bekasi	UGD Meninggal
4	13 Juni 2011	Hardi Dermawan	445/423/RSUD/2011	Jamkesmas	Kp. Cabang Kebon Kopi rt. 02/07 Karang Asih Cikarang utara	Diabetes Melitus Ulkus Sehat
5	13 Juni 2011	Sumiati	445/552/RSUD/2011	-	Kp. Selang cali Rt.08/013 Cibitung	Hemi Paresis Surat Dinsos Meninggal
6	20 Juni 2011	Endang	445/553/RSUD/2011	-	Stasiun Cibitung	PP/ HT Stasiun Cibitung Meninggal



No	Tanggal	Nama Pasien	No Surat	Pembayaran	Alamat	Paska Perawatan
7	14 Juli 2011	Bayi Ny Eka septi	445/554/RSUD/2011	-	-	Surat Dinsos Meninggal
8	15 Juli 2011	Mr.X	445/555/RSUD/2011	-	-	Fraktur Terbuka Surat Dinsos Belum paripurna
9	22 Juli 2011	Mrs.X Umur 50 tahun	445/556/RSUD/2011	-	Cibitung	UGD Struk Hemorhagi Meninggal
10	1 Agustus 2011	Mr.X 32 Tahun	445/557/RSUD/2011	-	-	DOA
11	24 Juli 2011	Miss X 12 tahun	445/558/RSUD/2011	-	Cikarang Utara (kepolisian)	UGD (trauma capitis) Meninggal
12	5 Agustus 2011	Miss X 60 Tahun	445/559/RSUD/2011	-	Cibitung	UGD Meninggal
13	5 Agustus 2011	Sukirman 75 Tahun	445/560/RSUD/2011	-	-	UGD Meninggal
14	5 Agustus 2011	Mr. X 80 Tahun	445/561/RSUD/2011	-	Cikarang	UGD Meninggal

Lampiran 15 Data APBD penguburan

REALISASI KEGIATAN PENGADAAN PERLENGKAPAN RUMAH TANGGA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI TA. 2011

KODE REKE NING	URAIAN	PAGU ANGGARAN	Kg											
			JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPT	OKTOBER	NOP	DES
5.2.2.01	Belanja Habis Pakai	11,700,000	450,000	1,125,000	900,000	899,751	450,000	450,000	450,000	450,000	500,000	500,000	953,515	500,000
5.2.2.01.08	Belanja Bahan Bakar Minyak / Gas				2,037,000	778,000		504,000	784,000	508,000	978,000	1,500,000	1,448,000	1,486,000
5.2.2.03.02	Belanja Air Isi Ulang	10,174,500												
5.2.2.03.14	Belanja Jasa Tenaga Kerja	72,000,000	1,200,000		1,200,000	1,200,000		1,200,000	1,200,000	3,600,000	1,200,000	1,200,000	24,000,000	4,800,000
	Penyelenggaraan Jenazah	72,000,000	9,600,000											
	Peti Jenazah													
5.2.1.01.02	Pemeliharaan	900,000												
5.2.1.03.01	Uang Lembur PNS	200,000			200,000									
5.2.1.03.02	Uang Lembur Non Pns	3,000,000						1,150,000						
	Jumlah Anggaran	169,974,500	11,250,000	1,125,000	4,137,000	3,075,751	2,880,000	954,000	2,434,000	4,658,000	3,576,000	2,700,000	28,401,515	6,796,000



Lampiran 16 Laporan Mr.x/mrs X yang sudah di makamkan

LAPORAN MR.X YANG SUDAH DI MAKAMKAN  
DI TPU WANAJAYA KABUPATEN BEKASI  
JANUARI 2011 SAMPAI DESEMBER 2011

ANGGARAN THN.2011	BULAN												TOTAL
	JANUARI	FEBUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
	1	0	1	1	1	0	1	3	1	1	0	4	14
1,200,000	1,200,000	-	1,200,000	1,200,000	1,200,000	-	1,200,000	3,600,000	1,200,000	1,200,000	-	4,800,000	18,000,000

LAPORAN MR.X YANG SUDAH DI MAKAMKAN  
DI TPU WANAJAYA KABUPATEN BEKASI  
JANUARI 2012 SAMPAI DESEMBER 2012

ANGGARAN THN.2012	BULAN												TOTAL
	JANUARI	FEBUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
	2	1	1	4									8
1,290,000	2,580,000	1,290,000	1,290,000	5,160,000									11,610,000

Bekasi, April 2012

Di buat Oleh



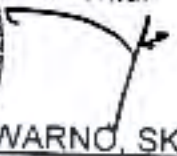
  
(CARYONO)













 <b>RSUD KAB. BEKASI</b>	<b>PENANGANAN TERHADAP PASIEN RAWAT YANG SUDAH TIDAK ADA INDIKASI RAWAT</b>		
	Dokumen 01-01-15	No. Revisi	Halaman 1 dari 2
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur  <b>H. SUWARNO, SKM, MM</b> NIP. 19570128 198003 1 001	
Pengertian	Penanganan pasien rawat yang sudah tidak ada indikasi rawat adalah setiap pasien rawat yang sudah diperbolehkan untuk pulang atau berobat jalan (hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dengan hasil baik) tetapi karena bukan alasan medis, pasien/keluarga pasien yang tidak menghendaki untuk keluar dari perawatan.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat tercapainya standar pengobatan yang telah ditetapkan oleh Komite Medis.</li> <li>2. Mendidik pasien agar dapat berobat secara mandiri.</li> <li>3. Sebagai antisipasi adanya komplikasi penyakit dari pasien lain.</li> <li>4. Pasien yang benar-benar memerlukan perawatan dapat tertampung, mengingat perawatan yang terbatas.</li> <li>5. Tata tertib perawatan dapat ditaati dan dilaksanakan.</li> </ol>		
Kebijakan	Peningkatan tertib administrasi dan pelayanan.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DPJP memberikan instruksi kepada pasien / keluarga berdasarkan hasil pemeriksaan pasien sudah tidak memerlukan perawatan serta ditulis dalam berkas rekam medis.</li> <li>2. Apabila pasien dan keluarga tidak mentaati intruksi tersebut, maka Kepala ruangan berkoordinasi dengan Dokter ruangan untuk memberikan penjelasan pada pasien/keluarga pasien, bahwa pasien sudah boleh pulang dan bisa rawat jalan.</li> <li>3. Setelah poin 2 dilaksanakan ternyata pasien masih tetap tidak mentaati, maka dikategorikan pasien indiscipliner dan perlu diberi sanksi berupa :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanksi pertama dari komite medis, mengurangi jam visite dokter, menjadi 1x/minggu.</li> <li>• Sanksi kedua berupa pemungutan biaya seharga pasien umum sesuai tarif yang berlaku di RSUD Kab. Bekasi.</li> <li>• Bila sanksi kedua tetap tidak dipatuhi, maka pihak RSUD (Subbag Umum) akan memulangkan pasien dengan cara mengantar pasien kerumah dengan beban biaya oleh pasien.</li> </ul> </li> </ol>		
Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekam medik</li> <li>2. Unit rawat inap</li> <li>3. Subbag Umum</li> <li>4. Komite Medik</li> </ol>		





 <b>RSUD KAB. BEKASI</b>	<b>PEMBIAYAAN PENGOBATAN "PGOT"</b>		
	Dokumen 01.01.07	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit 18 April 2011	 <p>Disahkan oleh Direktur H. SUWARNO, SKM, MM NIP: 19570128 198003 1 001</p>	
Pengertian	Pembayaran Pengobatan PGOT adalah Pasien yang status pembayarannya bukan termasuk pasien Jamkesda/Jamkesmas/Askes/Karyawan RSUD/PGOT/Bukan Pasien PT.		
Tujuan	Sebagai acuan dalam penanganan pembayaran "pasien khusus"		
Kebijakan	Hak Istimewa Direktur		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas UGD/Ranap melaporkan ke Tim Jamkesmas RSUD.</li> <li>2. Tim Jamkesmas membuat Surat Keterangan PGOT yang akan ditandatangani Direktur, dengan stempel RSUD.</li> <li>3. Dengan berdasar surat keterangan tersebut poin 2, bagian keuangan mengurus rekomendasi dari Dinas Sosial Kab. Bekasi.</li> <li>4. Berdasar surat Rekomendasi tersebut poin 3, bagian keuangan mengurus kartu Jamkesmas dan SKP ke loket Askes RSUD.</li> <li>5. Penagihan seperti penagihan Jamkesmas yang lain.</li> <li>6. Selama menunggu status yang jelas, Obat dan Alat/Bahan Habis Pakai tetap diberikan, diperhitungkan setelah jelas statusnya, diusahakan semaksimal mungkin memakai obat-obat sesuai aturan Kementerian Kesehatan.</li> <li>7. Untuk tindakan diluar kemampuan RS, dilakukan setelah jelas status pembayarannya.</li> </ol>		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subbag. Keuangan (dengan jajarannya)</li> <li>2. Bidang Pelayanan RSUD Kab. Bekasi</li> <li>3. Rekam Medik</li> <li>4. Unit Rawat Inap</li> <li>5. OK</li> <li>6. VK</li> <li>7. UGD</li> <li>8. Unit Rawat Jalan</li> <li>9. Bagian Penunjang (Lab, Radiologi, Farmasi, Fisioterapi, Gizi)</li> </ol>		



 RSUD KAB. BEKASI	<b>PENANGANAN PASIEN MENINGGAL TANPA ADA KELUARGA</b>		
	Dokumen 01.01.12	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur H. SUWARNO, SKM, MM NIP. 19570128 198003 1 001	
Pengertian	Pasien yang meninggal tanpa diketahui atau tidak ada keluarga yang bertanggung jawab.		
Tujuan	Sebagai pedoman untuk mengelola pasien yang meninggal tanpa diketahui / tidak ada keluarga.		
Kebijakan	Pasien meninggal yang terlantar harus dikelola dengan baik.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien telah dinyatakan meninggal oleh dokter.</li> <li>2. Dokter membuat Surat Keterangan Kematian dan atau Formulir Keterangan Penyebab Kematian bila perlu.</li> <li>3. Dibuatkan bukti serah terima antara petugas UGD/petugas ranap dengan petugas kamar jenazah dengan mengisi format yang telah disediakan</li> <li>4. Bila dijumpai pasien yang meninggal tersebut tak dikenal, dicatat dengan teliti identitas diri pasien, meliputi : perkiraan BB, TB, umur, jenis kelamin, warna rambut, bentuk rambut, panjang rambut, ciri-ciri khusus dan cacat tubuh serta bentuk, warna dari bahan pakaian yang digunakan.</li> <li>5. Barang-barang yang menyertai pasien diserahkan pada petugas satpam dengan tanda terima.</li> <li>6. Catat identitas pengantar pasien berdasarkan bukti identitas diri yang ada dan masih berlaku.</li> <li>7. Laporkan ke Bidang Pelayanan dan Sub bagian umum.</li> <li>8. Bila diduga kasus kriminal dan dibutuhkan VER lakukan sesuai prosedur Visum Et Repertum.</li> <li>9. Petugas membawa pasien meninggal tersebut ke kamar mayat untuk dimandikan.</li> <li>10. Petugas kamar mayat mengurus segala keperluan yang berhubungan dengan mayat.</li> <li>11. Pasien yang meninggal diurus sesuai dengan hukum agama yang dianutnya.</li> <li>12. Biaya pengurus jenazah ditanggung oleh Sub Bagian Umum Rumah Sakit.</li> <li>13. Sub Bagian Umum berkoordinasi dengan Kepolisian untuk izin penguburan.</li> <li>14. Sub Bagian Umum berkoordinasi dengan Dinas Sosial untuk proses penguburan.</li> </ol>		
Unit / Instalasi Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekam Medis</li> <li>2. UGD</li> <li>3. Kamar Jenazah</li> <li>4. Subbag Umum</li> <li>5. Bidang Pelayanan</li> <li>6. Dinas Sosial</li> <li>7. Kepolisian</li> </ol>		



 <b>RSUD KAB. BEKASI</b>	<b>PENITIPAN JENAZAH TERLANTAR</b>		
	Dokumen 01-01-13	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur H. SUWARNO, SKM, MM NIP. 19570128 198003 1 001	
Pengertian	Penitipan jenazah terlantar adalah penitipan sementara jenazah pasien yang meninggal tanpa diketahui identitas dan tidak ada keluarganya		
Tujuan	Sebagai pedoman untuk mengurus penitipan pasien yang meninggal (jenazah) tanpa diketahui identitas		
Kebijakan	-		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang telah diperkirakan meninggal langsung menuju kamar jenazah.</li> <li>2. Dokter UGD memeriksa untuk kepastian meninggal.</li> <li>3. Selanjutnya petugas kamar jenazah melengkapi administrasinya.</li> <li>4. Dicatat dengan teliti identitas pasien tersebut baik fisik maupun non fisik. Fisik meliputi perkiraan umur, BB, TB, bentuk muka, jenis kelamin, warna kulit, panjang rambut, warna rambut, bentuk rambut, panjang rambut dan ciri-ciri khusus (tatto, jaringan parut dll) serta cacat tubuh. Non fisik meliputi warna dan bahan pakaian yang dipakai pasien tersebut.</li> <li>5. Barang yang menyertai pasien diserahkan kepada petugas keamanan (satpam) rumah sakit dengan tanda terima.</li> <li>6. Catat identitas pengantar pasien berdasarkan bukti identitas diri yang ada dan masih berlaku. Jika diduga kasus kriminal/KLL dan dibutuhkan VER lakukan sesuai prosedur VER (visum et repertum)</li> <li>7. Buat berita acara serah terima penitipan jenazah antara pengantar dengan petugas Kamar jenazah, agar dapat diurus segala keperluan yang berhubungan dengan mayat.</li> <li>8. Biaya penitipan dan pengurusan jenazah ditanggung oleh Sub Bagian Umum rumah sakit.</li> <li>9. Sub Bagian Umum rumah sakit berkoordinasi dengan pihak kepolisian setempat guna izin penguburan dan dengan Dinas Sosial untuk proses penguburan</li> </ol>		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekam Medis</li> <li>2. UGD</li> <li>3. Sub Bagian Umum</li> <li>4. Bagian Keamanan</li> <li>5. Unit Pemulasaran Jenazah</li> <li>6. Kepolisian</li> <li>7. Dinas Sosial</li> </ol>		



 RSUD KAB. BEKASI	PENANGANAN PASIEN KABUR		
	Dokumen 01.01.14	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur H. SUWARNO, SKM, MM NIP: 19570128 198003 1 001	
Pengertian	Penanganan pasien kabur / pulang tanpa diketahui oleh petugas ruangan atau perawat jaga.		
Tujuan	Sebagai pedoman untuk menangani masalah pasien yang pulang tanpa diketahui oleh perawat jaga.		
Kebijakan	Peningkatan penanganan administrasi pasien kabur.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat yang bertugas mencatat nama pasien yang kabur dan melaporkan kepada kepala ruangan dan petugas keamanan</li> <li>2. Kepala ruangan menghubungi pihak keluarga pasien untuk informasi apakah pasien tersebut sudah pulang kerumah.</li> <li>3. Bila pasien sudah ada dirumah, kepala ruangan berkoordinasi dengan Subbag Keuangan.</li> <li>4. Subbag Keuangan menghubungi keluarga untuk menyelesaikan biaya administrasi.</li> <li>5. Kepala ruangan membuat berita acara yang menyatakan bahwa pasien yang bersangkutan pulang paksa atau kabur.</li> </ol>		
Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekam Medis.</li> <li>2. Rawat Inap.</li> <li>3. Subbag Keuangan.</li> <li>4. Bagian Keamanan.</li> </ol>		





**PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI**  
**RUMAH SAKIT DAERAH KABUPATEN BEKASI**  
Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
Telp. 021 88370449, 8830152 Fax. 021 8830152

**SURAT KETERANGAN PASIEN TERLANTAR**

**Identitas Pengantar Pasien :**

**Nama/Umur** : .....

**Pangkat/Jabatan** : .....

**Pekerjaan** : .....

**Alamat Rumah/Kantor** : .....

**No Telpon** : .....

**Foto copy KTP** : Ada / Tidak ada No. KTP : .....

**Telah mengantar pasien**

**Nama** : .....

**Umur** : .....

**Jenis Kelamin** : .....

**Alamat** : .....

.....

**No. KTP** : .....

**Sebab dan Tempat kejadian** : .....

**Ciri-ciri** : .....

.....

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan

sebagaimana mestinya.

Bekasi, ..... 20..

**Penerima**  
**Perawat UGD RSUD Kab. Bekasi**

**Pengantar Pasien,**

(.....)

(.....)

**Mengetahui:**  
**Dokter UGD RSUD Kab. Bekasi**

**D. YENI KURNIAH**  
(.....)

- Rangkap 2 lembar :
- Lembar depan : untuk file UGD
  - Lembar belakang : untuk pengantar pasien

**SURAT KEABSAHAN PESERTA JAMKI**  
Berlaku : 1 (satu) X Kunjungan

No. Kartu Jamkesri	: 465/035/0insos	No. SKP	: 1014R01003120000714
Nama Peserta	: MR.X/MEKAR WANGI	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal Lahir	: 01/07/1965	Asal Peserta	: Dalam Wilayah Kab/Kota
Identitas Kunjunga	: Lain		
Jenis Kunjungan	: Rawat Jalan		
Catatan Identitas	: PGOT		

Bekasi, 27 Maret 2012  
Petugas PPATRS PT.Askes

( Petugas RS )  
NPP. 00000

	<b>RUMAH SAKIT DAERAH</b> <b>KABUPATEN BEKASI</b> Jalan Teuku Umar-Cibitung Telp. (021)88370449 Fax.(021) 8830152	MR.2.2.01
	<b>NO. NIK 510405</b>	
	MR.X 01 Maret 1962 - Laki-laki	
<b>KARTU INI HARAP DIBAWA SETIAP BEROBAT</b>		

Tgl. Berobat Pertama : .....





# PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
Telp. (021) 88370449, 8830152 Fax. (021) 8830152

Nomor : 445 /04GL /2012

Lampiran : -

Hal : Permohonan Surat Jaminan Pelayanan

Kepada

Yth. Ka Dinas Sosial

Kabupaten Bekasi

Di Bekasi.

Dengan hormat,

Berhubung dengan adanya pasien Tidak mampu / Pasien Gelandangan Orang Terlantar (PGOT) :

Nama : MR X / MEKAR WANGI

Tempat/Tgl Lahir : 51 TAHUN

Alamat : CIKARANG BARAT

No Rekam Medis : 5104-03

Diagnosa : CXR ,GAGAL NAPAS

Yang bersangkutan betul dalam keadaan SAKIT dan di rawat di RSUD Kabupaten Bekasi terhitung mulai tanggal 26 Maret 2012 oleh karena tergolong orang tidak mampu ( sangat miskin ) dan termasuk orang terlantar , maka kami mohon untuk dikeluarkan Surat Keapsahan Peserta (SKP).

Demikianlah surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya,

Bekasi, 26 Maret 2012

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah  
Kabupaten Bekasi  
Ka. Bag. Tata Usaha



Dr. H. Irena Aurniza, M.KM

Pembina FK/IN/08

NIP.19620520 198903 2 005





# PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI DINAS SOSIAL

Komplek Perkantoran Pemda Kabupaten Bekasi  
Desa Sukamahi Kecamatan Cikarang Pusat  
Telp. 021-89970065, 021-89970129 Fax. 89970064  
BEKASI

Bekasi, 26 Maret 2012

Nomor : 465 / 035 / Binsos  
Sifat : Segera  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Rawat Inap Pasien  
Gelandangan Orang Terlantar (PGOT)

Kepada Yth :  
Direktur Rumah Sakit Umum  
Daerah Kabupaten Bekasi  
di  
Tempat

Memperhatikan Surat Keterangan dari Rumah Sakit Umum Daerah ( RSUD ) Kabupaten Bekasi Nomor : 445 / 04 GL / 2012 tanggal 26 Maret 2012, Tentang Pasien Gelandangan Orang Terlantar ( PGOT ) , dengan ini kami memberikan rekomendasi kepada :

Nama : An. Mr. X  
Tempat/Tgl.Lahir : 50 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pekerjaan :  
Alamat : Desa Mekarwangi

Sehubungan dengan hal tersebut, mohon kiranya dapat diberikan Pelayanan Rawat Inap Demikian agar maklum, atas bantuan serta kerjasamanya kami ucapkan terima Kasih.



A.n. KEPALA DINAS SOSIAL  
Kepala Bidang Pembinaan Sosial

Drs. H. MAIDAN FAHMI, MM. M.BA  
NIP. 19591207 198206 1 001

Tembusan disampaikan kepada :  
Yth. Bupati Bekasi (sebagai Laporan)  
Yth. Kepala Dinas Sosial Kab. Bekasi





# PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
Telp. (021) 88370449, 8830152 Fax. (021) 8830152

Nomor : 445 /04GL /2012

Lampiran : -

Hal : Permohonan Surat Jaminan Pelayanan

Kepada

Yth. Ka Dinas Sosial

Kabupaten Bekasi

Di Bekasi.

Dengan hormat,

Berhubung dengan adanya pasien Tidak mampu / Pasien Gelandangan Orang Terlantar (PGOT) :

Nama : MR X / MEKAR WANGI

Tempat/Tgl Lahir : 51 TAHUN

Alamat : CIKARANG BARAT

No Rekam Medis : 5104-03

Diagnosa : CXR ,GAGAL NAPAS

Yang bersangkutan betul dalam keadaan SAKIT dan di rawat di RSUD Kabupaten Bekasi terhitung mulai tanggal 26 Maret 2012 oleh karena tergolong orang tidak mampu (sangat miskin ) dan termasuk orang terlantar , maka kami mohon untuk dikeluarkan Surat Keapsahan Peserta (SKP).

Demikianlah surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya,

Bekasi, 26 Maret 2012  
An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah  
Kabupaten Bekasi  
Ka. Bag. Tata Usaha







**PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI**  
**RUMAH SAKIT DAERAH KABUPATEN BEKASI**  
 Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
 Telp. 021 88370449, 8830152 Fax. 021 8830152

**SURAT KETERANGAN PASIEN TERLANTAR**

Identitas Pengantar Pasien :

Nama/Umur : Wahyunto / APTU (021 88323550)

Pangkat/Jabatan : APTU - Kasi humas.

Pekerjaan : Polri

Alamat Rumah/Kantor : Pol sek Cikarang Barat.

No Telpn : 021 88323550.

Foto copy KTP : Ada / Tidak ada No. KTP : .....

Telah mengantar pasien

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

No. KTP : .....

Sebab dan Tempat kejadian : .....

Ciri-ciri : .....

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bekasi, .....20.....

Penerima  
 Perawat UGD RSUD Kab. Bekasi

Pengantar Pasien,

(.....)

Wahyunto.  
 APTU /

Mengetahui :

Dokter UGD RSUD Kab. Bekasi

Dr. Nafid Ul Totang  
 (.....)  
 BEKASI

Rangkap 2 lembar :

- Lembar depan : untuk file UGD
- Lembar belakang : untuk pengantar pasien





**PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
Telp. (021) 88370449, 8830152, Fax. (021) 8830152

**SURAT KETERANGAN KEMATIAN**

No. 28 / 03 /RSUD/2012.

Menerangkan bahwa :

Nama : Mr X  
 Jenis Kelamin :  L /  P  
 Tgl. Lahir / Umur : 51 th. / .....tahun  
 Agama : Islam  
 Pekerjaan : -  
 Alamat : RSUD

Telah meninggal dunia :

Jam : 05 WIB  
 Hari / Tanggal : Senin / 26 - 03 - 2012  
 Tempat : RSUD Fak Bekasi  
 Sebab Kematian : Gagal Nafas

Demikian surat keterangan kematian ini diberikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Bekasi, 26 / 03 / 2012.  
  
 NIP. ....



DINAS KESEHATAN KABUPATEN BEKASI  
PUSKESMAS DANAU INDAH

Jl. Raya Setu De Mekar Wangi Kec. Cibarusah Barat - BEKASI Telp. 82606127, 372-412-15

Bekasi, 24 - 5 - 2012

Nomor : 54 / PKM DE / IB / 2012  
Lampiran :  
Perihal : rujukan umum

Kepada : RSUD Kab  
Yth : Bekasi  
Di : Bekasi

Mohon Pemeriksaan dan tindakan pada pasien :

Nama :  
Umur :  
Alamat :

Diagnosa :

Therapi yang diberikan  
Keterangan/Riwayat

As di temukan oleh Aparat Bronspol dan  
Aparat RS. Merasa wasgi dan kondisi  
tidak sadar.

Atas Kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Dokter Pemeriksa,  
FELIA OCTAVIA N.M  
NRS 1921030 200212 2 002





**PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI**  
**KECAMATAN CIKARANG BARAT**  
**DESA MEKARWANGI**

Jl. Mekarwangi I No.

Telp.

Kode Pos. 17520

Nomor : 475 / III / Ekmasy/2012  
Lampiran :  
Perihal : **Permohonan Bantuan Pemekriksaan Medis**

Kepada Yth,  
Pimpinan Kepala RSUD Kab. Bekasi  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan ditemukannya orang tidak dikenal dalam Keadaan Sakit Parah tergelatak di pinggir Jalan Raya Setu, tepatnya di Kp. Rawa Banteng Rt. 001/01 Desa Mekarwangi Kecamatan Cikarang Barat Kab. Bekasi. Dengan identitas :

Nama : -  
Umur : 50 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Ciri-Ciri : - Kurus  
- Rambut kriting  
- Tinggi badan : 160 cm

Untuk itu kami mohon kepada Pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi (RSUD) untuk memberikan perawatan / perobatan kepada yang bersangkutan.

Demikian surat permohonan ini kami buat dengan sebenarnya. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Mekarwangi, 24 Maret 2012  
Kepala Desa Mekarwangi

M. SYAMSUKI





KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
RESOR KOTA BEKASI  
SEKTOR CIKARANG BARAT  
Jalan Imam Bonjol 17 Cikarang Barat 17488

Cikarang Barat, 26 Maret 2012

Nomor : B / 03 / VER / II / 2012 / Sek Cik bar  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Prihal : Pengambilan Mayat

Kepada

Yth . **DIREKTUR RSUD KAB BEKASI**

di

Cibitung

1. Rujukan Surat Permintaan Visum et Repertum Nomor : B / / VER / III / 2012 / Sek Cik Bar tanggal 24 Maret 2012 atas nama :

Nama : **Mr X**  
Tempat / tgl lahir : 51 Tahun  
Agama : -  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Pekerjaan : -  
Alamat :

2. Bahwa apabila pemeriksaan Luar maupun dalam atas jenazah tersebut diatas telah selesai dilakukan , mohon diserahkan kepada keluarganya untuk dikuburkan sebagaimana layaknya orang meninggal dunia.

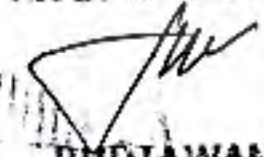
3. Adapun Petugas RSUD yang akan membawa jenazah tersebut adalah :

Nama : **CAHYONO**  
Tempat / tgl lahir : Tegal, 15-08-1969  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Pekerjaan : Honorer Pemda Bekasi  
Alamat : Perum Gramapuri Tamansari Blok 001 Rw 018 Kel Wanasari Kec Cibitung Kab Bekasi

4. Demikian untuk menjadi maklum.

  
(Cahyono)

**A II. KEPALA KEPOLISIAN SEKTOR CIBITUNG  
KA SPK REGU II**

  
**BDDIAWAN**  
**AIPDA NRP 69100266**





KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
RESOR KOTA BEKASI  
SEKTOR CIBITUNG  
Jalan Imam Bonjol 17 Cikarang Barat 17488

Cikarang Barat, 26 Maret 2012

Nomor : B/ 03 / VER / III / 2011 / Sek  
Cik bar  
Klafikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Prihat : Penyerahan Jenazah

Kepada

Yth. **DIREKTUR RSUD KAB BEKASI**

di

Cibitung

1. Rujukan Surat Permintaan Visum et Repertum Nomor : B / 03 / VER / III / 2012 / Sek Cibitung tanggal 24 Maret atas nama :

Nama : Mr X  
Tempat / tgl lahir : Sl Tahun  
Agama :  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Pekerjaan :  
Alamat :

2. Adapun Petugas RSUD yang diserahkan jenazah tersebut adalah :

Nama : CAHYONO  
Tempat / tgl lahir : Tegal, 15-08-1969  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Pekerjaan : Honorer Pemda Bekasi  
Alamat : Perum Gramapuri Tamansari Blok 001 Rw 018 Kel Wanasari Kec. Cibitung Kab Bekasi

4. Demikian untuk menjadi maklum.

**A B. KEPALA KEPOLISIAN SEKTOR CIBITUNG  
KA SPK REGU II**

**BUDIAWAN**

**AIPDA HRP 69100266**

No. \_\_\_\_\_  
 Telah terima dari Rend Cah Belani  
 Uang sejumlah 700.000,-  
 Untuk pembayaran Biaya Pemasaran Mr. X  
di TPU Wanggiji

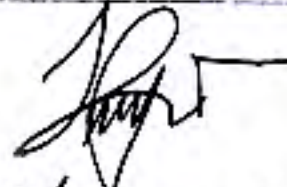
20 April 2012.



Rp. 700.000,-

No. \_\_\_\_\_  
 Telah terima dari Rend Cah Belani  
 Uang sejumlah 540.000,-  
 Untuk pembayaran Biaya Pemasaran jirumuh  
Mr. X

20 April 2012.

  
 (Cahyono)

Rp. 540.000,-



**KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA**  
**RESOR KOTA BEKASI**  
**SEKTOR CIKARANG**  
Jl. Gatot Subroto No. 2 Cikarang 17530  
 "PRO JUSTITIA"



**BERITA ACARA PENYERAHAN JENAZAH**

\_\_\_\_\_ Pada hari ini Jum'at tanggal 20 bulan April tahun dua ribu duabelas sekira jam 09.00 Wib.  
 Saya:-----

\_\_\_\_\_ : **SUPRIHANTO** : \_\_\_\_\_

Pangkat Aiptu Nrp 68110253 Jabatan Penyidik Pembantu yang dikerjakan pada kantor tersebut diatas, bersama sama dengan :-----

- 1. Nama, Pangkat, Nrp : SADIYO / AIPDA / 70050224 -----  
 -----2. Nama, Pangkat, Nrp : MADIYANTO, SE / BRIPTU / 76060865. -----

Masing-masing dari kantor yang sama, berdasarkan :-----

\_\_\_\_\_ 1. Permintaan Visum Mayat Nomor : B/44/VER/IV/2012/Sek Ckr tanggal 19 April 2012 -----

Telah menyerahkan seorang jenazah kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kab. Bekasi dengan identitas dengan ciri-ciri jenis kelamin laki-laki, usia sekitar 40 tahun, menggunakan celana panjang warna hitam, kaos hitam dan celana dalam dengan mengalami patah tulang pada punggung, kepala tersisa tulang rahang bawah dan pecahan tengkorak, seluruh tubuh terdapat belatung, perut membuncit.


Dengan disaksikan oleh :  
 -----1 Nama : HANIF MU'TASIMBILLAH .  
 ----- Umur : 28 tahun  
 ----- Pekerjaan : Polri  
 ----- Alamat : Aspol Cikarang Rt.06/03 Dess Karang Asih Kec. Cikarang Utara Bekasi.

Dalam perkara penemuan mayat tertabrak kereta api di Kp. Kaum Utara Rt. 01/01 Desa Tanjung Sari Kec. Cikarang Utara Kab. Bekasi pada hari Kamis tanggal 19 April 2012 Jam 10.00 wib. -----

\_\_\_\_\_ Demikian berita acara penyerahan jenazah ini dibuat dengan sebenarnya atas kekuatan sumpah jabatan kemudian ditutup dan ditanda tangani di Cikarang pada hari dan tanggal tersebut diatas

Yang menerima

  
 (CAHYONO)

  
 Penyidik pembantu  
 SUPRIHANTO  
 AIPTU NRP 68110253





KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
RESOR KOTA BEKASI  
SEKTOR CIKARANG  
Jl. Gatot Subroto No.02 Cikarang 17530

Nomor : B / 44 / VER / IV / 2012 / Sek. Ckr.  
Klasifikasi : Segera.  
Lampiran : 2 Lbr  
Perihal : Permintaan Visum Mayat

Cikarang, 19 April 2012

Kepada

Yth. Direktur RSUD. KAB. BEKASI

Di

Cibitung

1. Bersama ini dikirimkan 1 (satu) orang mayat dengan identitas sebagai berikut :

Nama : MR. X  
Tempat/Tgl Lahir : ---  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pekerjaan : ---  
Agama : ---  
Alamat : ---

2. Jenazah tersebut diketemukan di :

- Kp. Kaum Utara Rt. 01/01 Ds. Tanjungsari Kec. Cikarang Utara Kab. Bekasi.
- Pada Hari Kamis, Tanggal 19 April 2012, Jam 10.00 Wib

Kematian orang tersebut diduga : Tertabrak Kereta Api  
Dengan cara / jalan : ---  
Dengan menggunakan : ---  
Diduga : ---  
Sifat kematian : ---  
Keterangan lain-lain mengenai kematian : ---

Mohon diadakan Visum Mayat Luar/ Dalam / Otopsi atas jenazah tersebut dan dibuatkan Visum Etrepertum.

Yang Menerima  
Nama  
Jabatan  
Tanda tangan  
Jam / Tgl

dr. Mega Ayu Marissa  
KEPALA KEPOLISIAN SEKTOR CIKARANG  
WAKA  
U.b  
PADAL  
SAIFUL ANWAR  
INSPEKTUR POLIS SATU NRP. 71030023