

**KEPUASAN MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN PUSKESMAS: KAJIAN
KUALITATIF KULTUR MEDIS, STANDARISASI MUTU, KONSEP PUSKESMAS
DAN RELASI DOKTER PASIEN DI KABUPATEN JEMBER**

***The Satisfaction Of Public Health Services: The Qualitative Study Of Medical Culture,
Quality Standardization, Concept Of
Public Health Anddoctor-Patient Relation In Jember***

Isa Ma'rufi¹, Abu Khoiri², dan Reny Indrayani³, Heri Prasetyo⁴
¹²³⁴Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Email : isa_marufi@yahoo.com

Abstract

The public's satisfaction ratings of the health center services can be seen from the performance or perceived outcome compared with expectations. The general objective of this study is to assess people's satisfaction of health center services. Method is a qualitative research approach. This research was conducted in all districts in Jember, by taking 25 informants as samples for indept interview. The sampling technique to informants by using purposive sampling and snowball sampling, qualitative research instrument of this study is the researchers themselves by holding on to an open questionnaire guidelines, technical analysis is descriptive. The results of the study describe that the majority of informants (80%) say the public satisfied of the services at the health center, the issue then the people do not know what standards they are supposed to get from the service. Service to customers is a service that can be justified and balanced. In this context, services in health centers should transparently explain the standard of service flow and what will be done by the medical waiter, so the patient know about what kind of service that they would be received. The issue of quality of service is the most important thing to increase confidence in the health centers, for example in terms of service time, the average time to get a queue number about three minutes. Then the waiting time to be called about ten to thirty minutes. While the time to see a doctor about five minutes. And the time to stand in line to take drugs in about thirty minutes. With the size of this time, the average patient takes about one to one and a half hours in a health center.

Keywords: *The satisfaction of the public, health center services, medical culture and standardization quality.*

Abstrak

Penilaian kepuasan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas dapat dilihat dari kinerja atau hasil yang **dirasakan** dibandingkan dengan harapannya. Tujuan umum penelitian ini adalah mengkaji kepuasan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas. Metode pendekatan penelitian adalah kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di seluruh kecamatan di Jember, dengan mengambil sampel untuk *indept interview* sebanyak 25 informan. Teknik pengambilan sampel untuk informan yaitu dengan teknik *purposive sampling* dan bersifat *snowball sampling*, Instrumen penelitian kualitatif dari penelitian ini adalah peneliti sendiri dengan berpegangan pada pedoman kuesioner terbuka (*guide questioner*), teknik analisis adalah deskriptif. Hasil penelitian tampak bahwa sebagian besar informan (80%) mengatakan masyarakat puas terhadap pelayanan di Puskesmas, persoalannya kemudian masyarakat tidak mengetahui standart apa yang seharusnya mereka dapatkan

1. *Isa Ma'rufi adalah Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*
2. *Abu Khoiri adalah Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*
3. *Reny Indrayani adalah Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*
4. *Heri Prasetyo adalah Dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember*

dari pelayanan. Pelayanan pada konsumen merupakan pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan dan berimbang. Dalam konteks ini, pelayanan pada puskesmas hendaknya secara transparan menjelaskan alur pelayanan dan standart apa yang akan dilakukan oleh pelayan medis, sehingga pasien mengetahui pada batasan apa dirinya mendapat pelayanan. Persoalan mutu pelayanan merupakan hal terpenting untuk meningkatkan kepercayaan pada puskesmas, contoh dari segi waktu pelayanan, rata-rata waktu untuk mendapatkan nomer antrian sekitar tiga menit. Lalu waktu tunggu untuk dipanggil sekitar sepuluh sampai dengan tiga puluh menit. Sementara waktu untuk diperiksa dokter sekitar lima menit. Dan waktu untuk antri mengambil obat sekitar tiga puluh menit. Dengan ukuran waktu tersebut, rata-rata pasien membutuhkan waktu sekitar satu hingga satu setengah jam dipuskesmas.

Kata Kunci : *Kepuasan masyarakat, pelayanan puskesmas, kultur medis dan standarisasi Mutu*

PENDAHULUAN

Sejalan dengan upaya Pemerintah Daerah dalam membangun tata pemerintahan yang memuaskan (*good governance*), salah satu faktor yang diberi aksentuasi kuat adalah penataan pelayanan *public*. Hal ini dirasa sangat mendesak karena faktor pelayanan *public* bukan hanya berkaitan langsung dengan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan *public*, tetapi juga bisa berdampak pada daya saing investasi. Dalam mengukur kinerja pemerintah khususnya pelayanan publik pemerintah telah mengeluarkan beberapa regulasi yang berkaitan dengan pelayanan publik. Beberapa diantaranya adalah KEPMENPAN No. 63/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan, KEPMENPAN No.25/2004 tentang Indeks Kepuasan Masyarakat, KEPMENPAN No.26/2004 tentang Transparansi dan Akuntabilitas Pelayanan, dan sebagainya.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas

teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat.¹

Fungsi Puskesmas adalah sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, Pusat pemberdayaan masyarakat, serta pusat pelayanan kesehatan strata I yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan & pelayanan kesehatan masyarakat. Sebagai sebuah unit pelaksana teknis di dinas kesehatan, Puskesmas didorong untuk selalu meningkatkan kinerja sesuai dengan fungsi yang diembannya. Salah satu bentuk untuk mengevaluasi kinerja bidang kesehatan terutama Puskesmas yaitu dengan melihat tingkat kepuasan masyarakat terhadap Puskesmas.

Kepuasan masyarakat di bidang kesehatan merupakan tujuan yang harus

diberikan oleh pemerintah daerah melalui Puskesmas, agar kepuasan masyarakat ini baik maka diperlukan kerja keras dan pemenuhan segala fasilitas maupun SDM yang dibutuhkan. Kepuasan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Jadi kepuasan atau ketidakpuasan adalah kesimpulan dari interaksi antara harapan dan pengalaman sesudah memakai jasa atau pelayanan yang diberikan.^{2,3}

Menurut Budijanto dan Suharmiati (2007),⁴ sampai saat ini, sedikitnya ada 3 konsep yang bisa dipakai untuk mengukur tingkat kepuasan terhadap pelayanan jasa, yaitu konsep teori SERQUAL,⁵ Linder Plet,⁶ dan Karakteristik individu.⁷ Kepuasan adalah sesuatu yang dirasakan oleh seseorang melalui pengalaman yang dapat memenuhi harapannya. Kepuasan mempunyai tingkatan yang berbeda pada setiap orang. Jika performa sebuah pelayanan kesehatan melebihi apa yang diharapkannya, maka performa tersebut sangat memuaskan. (*fully satisfied*). Apabila performa sebuah pelayanan kesehatan sama dengan harapan pasien, maka performa tersebut memuaskan (*satisfied*). Tetapi apabila performa sebuah pelayanan kesehatan dibawah harapan pasien, maka performa tersebut tidak memuaskan (*dissatisfied*). Untuk memahami tingkat kepuasan terhadap pelayanan kesehatan, terlebih dulu kita harus memahami apa harapannya terhadap sebuah pelayanan kesehatan. Harapan dibuat berdasarkan pengalaman sebelumnya atau situasi yang sama, pernyataan yang dibuat oleh orang lain, dan pernyataan yang dibuat oleh penyedia jasa pelayanan kesehatan (*Health Care Organization*).

Melalui penelitian yang berbasis pada etnografi dengan metode kualitatif, isu

yang ditampilkan akan mendapatkan penekanan yang berbeda. Khususnya berkaitan dengan bagaimana informan direpresentasikan pada gesture atau bahasa tubuh yang kontekstual. Informasi yang didapatkan oleh peneliti memiliki kompleksitas tersendiri sehingga interpretasi informasi atau analisis tidak hanya berfokus pada persoalan yang secara faktual dibicarakan oleh informan, tetapi lebih mengedepankan kedalaman pada konteks dan kompleksitas informasi. Melalui asumsi ini, persoalan isu penelitian yang berkaitan dengan kultur yang disadari sebagai yang normal dan sebagaimana adanya, akan menarik untuk dibicarakan dan dinarasikan sebagai bentuk kesadaran subjektif yang secara konstruktif mampu membentuk strategi pengembangan pelayanan kesehatan.

Secara nasional, konsep puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu : Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya; Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya; Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas; Memelihara dan meningkatkan kesehatan per orang, keluarga, dan masyarakat, serta lingkungannya⁸. Artinya puskesmas menjadi sebagai salah satu pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai tugas pokok memberikan pembinaan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar. Persoalannya kemudian bagaimana aplikasi dari misi nasional tersebut pada konteks masyarakat lokal, khususnya Jember?

Untuk membicarakan pelayanan kesehatan yang dilakukan di puskesmas

Jember, tentunya akan berkonsekuensi pada bagaimana struktur masyarakat Jember dikonstruksikan. Dalam pengertian ini Jember seringkali dilekati dengan konsep masyarakat Pandalungan. Yakni bentuk masyarakat yang secara sosial terbentuk pada dinamika kultural, baik dalam bentuk pembagian kerja, pembagian wilayah, pembagian ruang kebudayaan yang kemudian membentuk masyarakat yang plural. Pluralitas masyarakat yang ada di Jember menjadi tantangan tersendiri bagi pewujudan Indonesia Sehat.

Pluralitas masyarakat Jember yang secara konseptual dirujuk pada dua sistem kebudayaan besar yang saling berhadapan dan membentuk struktur yang dominan. Yakni struktur kebudayaan Jawa yang berorientasi pada pembentukan masyarakat yang harmonis dan struktur kebudayaan Madura yang berorientasi pada pembentukan masyarakat yang berbasis pada penghargaan pada status sosial. Konsep tersebut mengalami persoalan, yakni pada bagaimana keduanya mempertahankan karakter kebudayaan ditengah persoalan migrasi tenaga kerja dan diversifikasi pembagian kerja. Yang kemudian berkonsekuensi pada bagaimana Jember menjadi wilayah yang secara historis berkembang dengan adanya pluralitas kebudayaan dan sekaligus pluralitas manusia, sehingga kesadaran akan diri, lingkungan dan kesehatan tampak bergerak dalam persoalan struktur sosial masyarakat.

Masyarakat Jember yang pluralis mengandalkan adanya struktur nilai dan kepercayaan masyarakat yang masih terus dihidupi dan secara berdampingan ada di dalam kesadaran masyarakat. Seperti bagaimana menjalani keseharian atau hidup dalam kebiasaan yang secara turun temurun menjadi perilaku kolektif dan membentuk batasan-batasan antara

dirinya dengan apa yang ada di luar dirinya. Kondisi inilah yang kemudian tampak menjadi penghalang dalam menjalankan Indonesia Sehat, jika tidak dapat dikelola secara dialogis dan konstruktif.

Tujuan umum penelitian ini adalah mengkaji kepuasan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas, dengan tujuan khusus adalah pertama mengkaji secara mendalam kultur medis: Kondisi Faktual dan Segregasi Kewilayah. Kedua, Standarisasi Mutu: Persoalan Humanitas Pelayanan Kesehatan. Ketiga, Konsep Kesehatan: Keterjaminan Akses Kesehatan dan Keberpihakan Kebijakan. Keempat, Puskesmas sebagai Ruang Publik. Kelima, Relasi Dokter Pasien: Posisi Sosial dan Ketokohan Dokter. Keenam, Membangun Komunitas Sebagai Strategi Penguatan Modal Sosial.

METODE PENELITIAN

Metode pendekatan penelitian adalah kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di seluruh kecamatan di Jember, dengan mengambil sampel untuk *indept interview* sebanyak 25 informan. Teknik pengambilan sampel untuk informan yaitu dengan teknik *purposive sampling* dan bersifat *snowball sampling*, dimana peneliti menentukan responden yang diwawancarai berdasarkan keahliannya dibidang kesehatan, pelayanan *public* dan sosiologi masyarakat.

Instrumen penelitian kualitatif dari penelitian ini adalah peneliti sendiri dengan berpegangan pada pedoman kuesioner terbuka (*guide questioner*), dimana wawancara terhadap informan dilakukan secara langsung melalui tatap muka dengan dipandu kuesioner yang dipersiapkan secara terbuka. Teknik analisis data adalah dengan teknik deskriptif analitik dengan memakai

pendekatan *verstehen*, dimana peneliti berusaha menggambarkan dan menjelaskan secara mendalam mengenai tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kultur Medis: Kondisi Faktual dan Segregasi Kewilayah

Penekanan pada kesehatan yang menjadi salah satu elemen dalam menggerakkan pembangunan berkelanjutan, seringkali berhadapan dengan persoalan bagaimana pemerintah dengan segala kebijakan yang disusun menjadi tumpul ketika mendapati situasi yang berbeda dengan imajinasi arah kebijakan. Persoalan ini juga diperuncing oleh tidak memadainya pengetahuan akan kompleksitas masyarakat, sehingga masyarakat dan pemerintah berjalan dengan logikanya masing-masing. Masyarakat berjalan dengan alur kebiasaan yang secara kultural menjadi standart normatif dalam menjalani hidupnya. Sementara pemerintah mengedepankan standart normatif yang administatif dan terbirokrasi.

Mempertemukan kedua hal tersebut, memerlukan adanya kesadaran dari kedua belah pihak untuk saling membicarakan dirinya dan kepentingannya, sehingga memungkinkan adanya ruang dialog antara masyarakat yang pluralis dengan arah kebijakan pemerintah. Pemerintah dengan seluruh aparatus birokrasinya tidak lagi ditempatkan sebagai yang mengetahui dan menguasai seluruh persoalan masyarakat. Tetapi menjadi pihak yang memfasilitasi, sekaligus membentuk kesadaran dan perilaku masyarakat, yang dalam konteks ini berkaitan dengan kultur medis.

Untuk mencapai sasaran tersebut, persoalan tentang gambaran faktual yang terjadi dimasyarakat hendaknya telah dipahami adanya. Baik oleh pelaku sistem birokrasi dan mereka yang secara legal formal melakukan tindakan medis pada masyarakat. Pengertian ini berkonsekwensi pada bagaimana mengintergrasikan antara mereka yang mendapati dirinya terjangkiti gejala penyakit atau yang sedang mendapati dirinya sebagai sasaran program pemerintah, dengan keberadaan pemerintah dan aparatus medisnya. Dalam pengertian lain, warga negara dengan seluruh isu medisnya, merupakan bagian dari kepentingan negara sebagai urusan didalam ruang publik. Sebagaimana pernyataan dokter sebagai berikut

"Kalau tiap kelahiran itu bukan masalah ibunya sendiri, tapi masalah kita semu; ya urusannya saya, ya urusannya pak camat, ya urusannya kepala desa, urusannya bupati juga. Dia harus berpikir begitu, kalau kamu hamil bukan urusan kamu saja. Itu urusannya saya, pa kades, kadernya anda harus tahu".

Pernyataan lain dari seorang bapak,

"Gak sudah Mas biar perempuan-perempuan aja yang ngurusi"

Pernyataan ini dikemukakan ketika peneliti mewawancarai seorang bapak yang berada diruang tunggu puskesmas, sementara istri dan anaknya yang sedang sakit diperiksa oleh dokter.

Kedua pernyataan tersebut secara kontradiktif merepresentasikan bentuk kesadaran yang membedakan posisi sosial, kerangka berfikir tentang apa itu kesehatan. Meskipun dokter yang menyatakan keinginannya untuk mengintergrasikan kelahiran menjadi

bagian dari yang sosial dan terbirokrasi, tetapi kondisi tersebut berkebalikan dengan kultur madura yang menghendaki adanya pembagian ruang-ruang sosial dan pembagian peran secara difinitif. Kondisi inilah yang dinyatakan oleh bapak pasien, yang berusaha membagi peranan dan membagi posisi sosial yang tegas.

Ketika bapak tersebut memposisikan anak dan istrinya, dirinya sedang memposisikan bahwa kerja merupakan ruang publik baginya, yang memberikan kebanggaan pada dirinya sebagai seorang lelaki sekaligus seorang kepala keluarga. Sementara perempuan atau sang istri berada pada sektor privat, yang mengurus anak dan mengurus rumah tangga. Justru ketika sakit, yang seharusnya menjadi bagian dari perhatian bersama, bapak tetap memposisikannya sebagai bagian dari urusan istri yang artinya sakit merupakan bagian dari yang privat. Urusan privat menjadi domain istri, karenanya dirinya akan bertanggung jawab penuh pada suami dan pada yang sosial.

Sementara dokter menghendaki adanya masyarakat yang secara dinamis mengintergrasikan dirinya pada yang sosial dan pada sistem birokrasi. Apa yang dilakukan ini kemudian mengandaikan adanya sistem birokrasi yang secara integral menjadi bagian dari masyarakat. Sistem pemerintahan yang berkembang didalam dan melalui masyarakat, sehingga keberjarakan yang secara elitis dipertahankan untuk menempatkan keistimewaan seorang pemimpin akan ditanggihkan adanya. Gagasan ini mengandaikan sistem elitsitas birokrasi mampu berjalan diantara yang privat sekaligus yang publik, mampu mengendalikan kepentingan publik dan mengontrol kepentingan privat.

Kedua informasi tersebut didapatkan pada daerah Jember utara yang didominasi oleh kultur Madura. Persoalannya kemudian bagaimana gagasan untuk menciptakan pemerintahan yang organis dan berakar menjadi bagian dari kondisi faktual di wilayah tersebut? Hal ini menjadi penting untuk dibicarakan, mengingat segregasi kewilayahan yang ada di Jember akan berkonsekwensi pada bagaimana pelayanan kesehatan dilakukan.

Segregasi kewilayahan lain yang muncul dalam penelitian ini ialah, adanya ruang bagi yang didominasi kultur Jawa dan ruang kebudayaan yang menampilkan karekteristik perkotaan. Dalam ruang yang didominasi kultur Jawa, isu yang muncul mengandaikan adanya konsepsi diri pasien yang menempatkan dirinya sebagai orang kecil dan tidak tahu apa,

"Mboten wonten. Lugu Mas tiang tani (Tidak ada. Petani itu orang yang lugu Mas)".

Jawaban tersebut diutaran informan ketika ditanyakan mengenai ada tidaknya kejadian yang dirasa kurang sesuai dengan harapan pelayanan dari puskesmas.

Meskipun sama-sama petani dengan informan sebelumnya, tetapi mereka memiliki karakteristik yang membedakan, petani yang hidup dalam struktur masyarakat jawa menjadi fatalis atau menerima semua kondisi yang dihadapinya dan berserah diri pada kuasa ilahi. Konsep ini menjadi cara bagaimana mereka membatasi dirinya dengan lingkungan sosialnya. Dan menempatkan diri secara terpisah dengan dunia yang tidak menjadi kesehariannya. Secara lebih spesifik petani melihat pelayanan puskesmas sebagai yang sudah begitu adanya dan

dirinya menerima apa adanya. Dalam kultur petani Jawa, pembatasan ini merupakan bentuk rasa bersukur atas apa yang telah didapatkannya, dan apa yang dirasa kurang sesuai dianggapnya sebagai ujian atas kesabaran. Fatalistik merupakan cara untuk menempatkan diri secara inferior dan membatasi diri dalam menjaga menjaga harmoni sosial. Sementara petani dengan kultur Madura yang dalam memori kolektifnya selalu berhadapan dengan situasi alam yang keras, menempatkan dirinya sebagai yang harus mendapatkan hak seperti yang diharapkan, seperti merokok diruang pelayanan kesehatan. Kategori sosial yang berbasis pada mata pencaharian ini, tidak dimaksudkan hanya sebagai data untuk melihat persoalan pelayanan kesehatan bagi petani, tetapi untuk melihat bagaimana kultur yang berbasis pada relasi kerja yang tradisionalistik menjadi basis dari perkembangan karakter dan kesadaran akan diri dari masyarakat yang berkarakter perkotaan.

Karakter perkotaan dalam pengertian ini tampak pada bagaimana puskesmas yang berada didaerah kota, memiliki kecenderungan memperlakukan pasien secara teradministratif. Sebagaimana dikisahkan oleh Pak Wiwin seorang pendamping yayasan permata yang bergerak dibidang pendampingan penderita kusta, sekaligus orang yang pernah menderita kusta.

Pak Wiwin bercerita pada sekitar tahun 2010-an dirinya hendak menempelkan brosur dari menkes yang berisi himbauan untuk tidak memberikan pelayanan pada pasien kusta. Untuk puskesmas yang berada di daerah Jember selatan, beliau tidak mengalami permasalahan, sebagaimana pengalaman beliau ketika melakukan tindakan yang serupa di RS di Surabaya. Tetapi untuk puskesmas dan RS di daerah Jember

kota, beliau dimintai surat pengantar, surat permohonan, dan harus menunggu adanya keputusan rapat pimpinan. Lalu beliau berkeluh kesah, kenapa himbauan ini harus menghadapi persoalan yang administratif ini. Padahal hanya ingin menempelkan himbauan menkes dan himbauan tersebut berlaku secara nasional dan untuk dipraktekan diseluruh tingkatan pelayanan kesehatan.

Perkotaan disisi lain merupakan ruang bagi berkembangnya sistem ekonomi jasa yang mengandaikan setiap orang akan tampil pada ruang kerjanya dan menawarkan jasa terbaik untuk mendapatkan penilaian dari publik. Bentuk penilaian ini berupa banyaknya konsumen dan pengguna jasa. Untuk jasa pelayanan yang berupa pelayanan yang menjadi kewenangan negara dan aparaturnya, menjadi kontradiktif ketika pelayanan yang berorientasi pada sistem yang akuntabel dan transparan, serta memberikan kesempatan partisipasi pada publik untuk menawarkan gagasannya yang berkaitan dengan peningkatan mutu layanan. Tetapi dibentuk secara terstruktur hingga pada tataran terbawah harus terkontrol dan mengandalkan keputusan-keputusan yang tersentral.

Praktek pelayanan tersebut, berkonsekwensi pada pelayanan yang harus mengejar pada standart dan membentuk masyarakat sebagai yang tunggal. Ketunggalan yang membuat pluralitas kepentingan medis ditiadakan asal-usulnya dan kesemuanya akan menjadi persoalan yang subjektif dihadapan standarisasi pelayanan.

Standarisasi Mutu: Persoalan Humanitas Pelayanan Kesehatan

Persoalan mutu pelayanan tidak dapat dipungkiri menjadi hal terpenting untuk meningkatkan kepercayaan pada

puskesmas. Dari segi waktu pelayanan, rata-rata waktu untuk mendapatkan nomor antrian sekitar tiga menit. Lalu waktu tunggu untuk dipanggil sekitar sepuluh sampai dengan tiga puluh menit. Sementara waktu untuk diperiksa dokter sekitar lima menit. Dan waktu untuk antri mengambil obat sekitar tiga puluh menit. Dengan ukuran waktu tersebut, rata-rata pasien membutuhkan waktu sekitar satu hingga satu setengah jam dipuskesmas.

Dari persoalan waktu tersebut, persoalan yang kemudian menjadi menarik ialah membicarakan tentang bagaimana konstruksi arsitektural yang menempatkan pasien dan pelayanan kesehatan, terlebih hal ini dikaitkan dengan isu tentang standarisasi pelayanan dan humanitas pelayanan. Dari beberapa puskesmas yang menjadi objek penelitian ini, model yang diterapkan dalam menempatkan pasien, setidaknya dapat dikategorikan menjadi yang menggunakan model tradisional dan yang modern. Penggunaan sarana modern seperti di Kencong, dengan media televisi untuk menunjukkan urutan angka yang mendapatkan pelayanan. Sementara yang lain masih menggunakan cara tradisional, yakni dengan memanggil melalui pengeras suara atau berteriak memanggil nomor yang akan dilayani. Perbedaan tersebut berkonsekuensi pada bagaimana menempatkan pasien sebagai pengguna jasa ditempatkan secara teknologis.

Penggunaan televisi secara transparan dapat memposisikan keterlibatan publik atau pasien untuk menonton dan mengontrol nomor antrian, sehingga pasien dapat memperhitungkan perkiraan berapa lama waktu yang dibutuhkannya. Selain itu waktu dapat dihabiskan untuk bersosialisasi dengan pasien lain dan setidaknya dapat dihabiskan dengan membaca informasi

kesehatan yang banyak di puskesmas. Penggunaan media televisi sebagai sarana pelayanan, disisi lain akan membentuk masyarakat yang secara mandiri mengerti akan dirinya, akan hak dan tanggung jawabnya.

Secara sosiologis, khususnya pada bidang sosiologi media, penggunaan ragam media dapat membentuk kesadaran subjek, hal ini dikarenakan adanya kondisi yang membentuk subjek untuk fokus dengan informasi yang dihadapinya dan menjadi mawas untuk memperbandingkan informasi yang didapatkannya. Penggunaan media tidak bisa dipungkiri dapat membuat masyarakat menjadi lebih merasa mendapat kesempatan untuk dapat bersosialisasi dengan orang lain. Dalam bidang pelayanan, hal ini mempermudah petugas untuk mengatur dan mengkondisikan pasien untuk tertata pada nomor antrian, sehingga dapat menyiapkan diri ketika dipanggil.

Dalam konteks pelayanan, beberapa puskesmas telah memiliki standart ISO. Informasi dari dinkes, standart ISO ini berkaitan dengan pengembangan mutu manajemen pelayanan dan administrasi. Persoalannya kemudian ISO seringkali menjadi bagian dari pelayanan yang secara sosial tidak dapat diketahui korelasinya pada pelayanan, khususnya bagi masyarakat yang tidak mengerti arti pelayanan berstandart ISO.

"Iya sudah kita secara standarisasi kita sudah ISO. Tapi paling tidak walaupun secara sertifikat, tapi kita pernah ISO paling tidak kita secara sudah menjalankan ISO yang dulu itu walaupun tidak bersertifikat. Tetapi pola kerja kita sudah mulai aturan ISO. Keluhan ada, kalau ga ada keluhan namanya sempurna kalau ga ada keluhan berarti nilainya 100% kan ini kan

masih 80 berarti ini masih adalah ini orang perorang lah ini subjektif. Tetapi secara keseluruhan kita masyarakat kita dengan pelayanan kita sudah mendapatkan pelayanan.”

Pernyataan tersebut mengindikasikan adanya optimisme pelayanan yang berstandart ISO. Tetapi jika dipelajari secara kontekstual, pernyataan tersebut menandakan beberapa persoalan, antralin;

- a. Adanya standarisasi yang menjadi pokok pedoman kerja pelayanan.
- b. Adanya masyarakat yang secara konseptual diandaikan menjadi konsumen cerdas dan sadar kewajiban,
- c. Adanya kontrol data secara berkala tentang kepuasan konsumen sebagai media kontrol.

Dari data tersebut, masyarakat menyatakan kepuasannya pada pelayanan puskesmas dan hal ini diperkuat dengan data dari puskesmas yang secara kuantitatif berada pada kisaran 80%. Tetapi persoalannya kemudian apakah masyarakat mengetahui standart apa yang seharusnya mereka dapatkan dari pelayanan? Pelayanan pada konsumen merupakan pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan dan berimbang. Dalam konteks ini, pelayanan pada puskesmas hendaknya secara transparan menjelaskan alur pelayanan dan standart apa yang akan dilakukan oleh pelayan medis, sehingga pasien mengetahui pada batasan apa dirinya mendapat pelayanan.

Persoal standart manajemen hendaknya secara transparan dapat dipahami sebagai bagian dari penciptaan Indonesia Sehat. Artinya standart pelayanan

merupakan bagian dari cara untuk meningkatkan standart kesehatan dan menjadi bagian dari mengedukasi masyarakat, sehingga bukan hanya masyarakat atau konsumen mengetahui posisi dirinya dan mengetahui apa yang menjadi haknya. Sedangkan hasil penilaian yang menjadi pegangan dalam mengevaluasi kinerja, hendaknya menjadi milik publik atau dipublikasikan, sehingga masyarakat dapat mengetahui sampai sejauh mana pelayanan yang mereka dapatkan dipersepsikan oleh masyarakat dan yang terpenting bagaimana pelayanan dapat ditingkatkan.

Konsep Kesehatan: Keterjaminan Akses Kesehatan dan Keberpihakan Kebijakan

Kesehatan secara sosiologis berkaitan dengan bagaimana individu berada pada sosialitasnya atau berada pada bagaimana pengetahuan mengobjektivikasi bahwa dirinya sakit atau sehat. Konsep sosiologis dalam pengertian ini berusaha menjelaskan bagaimana individu tidak dapat dipisahkan dari yang sosial, karena yang sosiallah yang membentuk pengetahuan dan yang mengerakan pengetahuan sebagai sebuah kesadaran kolektif. Pengalaman individu ketika berhadapan pada situasi yang berbeda dari yang sosial atau berbeda dari pengalamannya, ia akan merujukan pengalaman barunya pada yang sosial. Melalui konsepsi inilah, sakit merupakan bagian dari yang sosial, yang komunal dan yang dikonstruksikan secara sosial.

Asumsi ini menjadi tidak dapat dilepaskan dari terminologi kesehatan, yang membagi persoalan sehat sebagai keseimbangan antara Host atau individu, Agen atau virus dan lingkungan. Dalam konsepsi tersebut memperlihatkan kompleksitas relasi yang menempatkan

individu sebagai bagian yang tidak dapat dipisahkan dengan lingkungannya, disaat bersamaan adanya virus, bakteri, kuman dan micro organisme lainnya berada pada diri individu dan berkembang dalam habitat yang sama. Dititik ini persoalan lingkungan merupakan bagian yang dihidupi dan membentuk habituasi individu, yakni seperangkat tatanan normatif yang merepresentasikan diri individu sebagai bagian dari sosialitasnya, komunitasnya dan struktur kebudayaannya.

Persoalannya kemudian bagaimana habituasi ini memiliki tendensi sebagai ketetapan sosial yang baku dan berkerja secara turun temurun. Dalam pengertian ini apa yang telah menjadi kebiasaanya dan menjadi ketetapan sosial, akan mejadi rujukan dan membutuhkan proses panjang untuk memasukan pengetahuan baru sebagai kesadaran kolektif. Dalam penelitian ini, persoalan kesehatan tampak ketika peneliti bertemu dengan seorang pasien yang secara susah payah harus mendapatkan rujukan dari dinkes untuk mendapatkan akses kesehatan gratis. Beliau menceritakan dirinya yang tidak memiliki perkerjaan tetap dan akhir tahun 2013 terkena stroke, sehingga harus rawat inap di RS pemerintah.

Peneliti menanyakan bagaimana hal itu terjadi, dari informasi yang disampaikan pada peneliti, hal ini dimulai ketika dirinya mendapati tidak adanya kepastian akan akses kesehatan yang didapatkannya. Pergantian ASKES ke BPJS menurutnya membuat dirinya tidak mampu memperhitungkan kemungkinan pembiayaan yang harus dikeluarkan. ASKES menurutnya memberikan gambaran sebesar 40% dari total biaya yang akan ditanggung secara pribadi, sedangkan BPJS baginya menyulitkan dirinya untuk dapat mendapatkan akses kesehatan, karena dirinya harus

membayar secara rutin. Dan dana yang disetorkan pada BPJS hanya diperuntukan pada sarana kesehatan saja. Kondisi tersebut tampak bagaimana dirinya menempatkan kesadarannya sebagai orang yang tidak mampu dan tidak memiliki daya dalam memastikan kesehatan bagi dirinya.

Sakit stroke yang pernah dialami tersebut kemudian menyerang dan membuat keluarganya menguruskan surat keterangan miskin dari tingkat RT sampai dengan Kelurahan, dengan persyaratan yang cukup mendetail, hanya untuk mendapatkan kesempatan kesehatan gratis. Persoalannya bukan pada gratis tidaknya keterjaminan kesehatan yang didapatkan pasien, tetapi pada mengapa pasien membentuk konsep kesehatan tersebut? Kemiskinan tidak selalu menjadi sasaran untuk menstigma perilaku pasien, dalam kasus tersebut.

Kemiskinan secara sederhana dapat dirujukan pada konsep kemiskinan secara struktural dan kultural. Dalam konteks ini kedua konsep kemiskinan tidak dapat dipisahkan, yang artinya kemiskinan yang secara faktual akan menitik beratkan pada persoalan struktur masyarakat yang kemudian menempatkan pasien pada persoalan penghasilan. Di sisi lain kemiskinan berkonsekwensi pada relasi kultural dan kesadaran diri pasien. Artinya seorang yang miskin bertendensi hidup dengan kesadaran yang menempatkan dirinya secara inferior dihadapan tataran sosialnya. Untuk kesehatan misalnya, informanan menceritakan dirinya tidak berani dan enggan memeriksakan dirinya secara rutin, karena dirinya bukan hanya memikirkan kesehatan dirinya tetapi memikirkan stigma sosial ketika seorang miskin malah seringkali berobat.

Inferioritas pasien ini dipertajam pada bagaimana sarana kesehatan tidak memberikan kepastian informasi, kepastian keterjangkauan serta keberpihakan pada pasien, seperti yang diutarakan informan. Sebagai contoh, ketika informan bersusah payah mencari rujukan keterangan tidak mampu dari dinkes, dia ditemani oleh saudarnya. Ketika dihadapan loket, petugas menanyakan fotocopy surat-surat lampiran dengan nada suara yang cukup tinggi, meskipun didepan loket tersebut terdapat tulisan "*Bersikaplah ramah pada semua orang*". Sayangnya tulisan tersebut mengarah pada pasien, sehingga memberikan kesan bahwa tulisan itu ditujukan pada pasien saja. Dalam situasi tersebut, saudara pasien kebingungan untuk menjawab pertanyaan petugas loket. Dengan melihat pasien yang terpaksa duduk dibawah pohon karena tidak mampu menaiki tangga untuk mendekat ke loket. Pasien memberikan jawaban lirih pada saudaranya, dia berkata "*Iku nag mburie* (Itu dibagian belakangnya)". Sayangnya petugas loket tetap mempertegas pertanyaannya dan menunjukkan adanya dokumen yang kurang lengkap.

Dengan adanya petunjuk dari petugas, terpaksa pasien ditinggalkannya untuk mencari fotocopy. Kurung lebih sekitar 25 menit saudara pasien kembali dan menyerahkan fotocopy yang diminta petugas. Lalu diminta untuk kembali esok harinya untuk mengambil berkas tersebut. Situasi ini merepresentasikan adanya kemiskinan dan kesadaran yang berkelindan untuk menghadirkan sosok pasien, yang terpaksa dan memaksa diri untuk tidak melihat dirinya sebagai yang sehat dan tidak boleh banyak membebani orang lain.

"Kalau ngurus cepet, yang lama kan ngantrinya itu. Rata-rata orang desa itu ngurus BPJS pada

waktu sakit, rata-rata seperti itu. Memang orang seperti itu, kalau pas sehat ga mau ngurus kalau sakit baru ngurus. Jadi digunakan pada waktu sakit setelah sembuh mungkin ga dibayar lagi, sudah mungkin seperti itu. Ngurus BPJS itu gampang, tapi seandainya orang ngurus BPJS itu memang harus bayar untuk satu tahun tah, itu mungkin (orang) masih melihat. Sekarang ini kan beda ya, cuma satu bulan. Misalnya lima puluh ribu ambil yang kelas satu atau berapa gitu misalnya yang kelas 2, empat puluh dua ribu, sudah dipakai yang ratusan ribu, (untuk beroabat pasien) kan rugi BPJS nya. Setelah sembuh sudah ga dipakai lagi, ga bayar lagi sudah itu masalahnya. Karena ya itu tadi pengurusan BPJS itu paling gampang ga ada sulit sedikit. Sekarang minimal itu satu keluarga harus didaftarkan semua kali satu KK itu kali berapa orang aja, tapi yang daftar Cuma berapa orang aja. Misalkan yang sakit bapaknya tok bapaknya aja yang daftar lainnya tidak yaitu misalnya seperti itu. Kalau satu KK memang iya harus didaftarkan nanti bayarnya minimal apa 6 bulan atau berapa. Jadi misalkan satu KK terdiri dari berapa ya tinggal kalikan aja. Biar ga rugi nemen BPJS-nya itu".

Kebijakan yang disusun dengan berbasis pada pelayanan kesehatan yang terjangkau dimasyarakat, beberapa kali muncul dalam proses wawancara, sebagaimana pernyataan informan diatas yang menceritakan bagaimana BBS dan konsep keterjaminan kesehatan bagi masyarakat. Jika dicermati, konsep desa mengandaikan adanya sistem mata

pencaharian yang tidak tetap, petani atau nelayan misalnya, yang sangat tergantung dengan alam, sarana produksi dan berkonsekwensi pada ketidakpastian penghasilan. Hal ini yang kemudian ditampilkan dengan cara orang desa menempatkan BPJS. Sayangnya konsep BPJS cenderung mengandaikan masyarakat menjadi berpenghasilan dan tetap.

Tidak dapat dipungkiri, BPJS sebagai amanat UUD yang mendorong kerja negara untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermartabat, tetapi disisi lain masih banyak persoalan yang tidak dapat dimengerti oleh masyarakat. Melalui wawancara dengan seorang bidan, dirinya ikut mempromosikan BPJS kepada pasien. Meskipun pasien yang dihadapinya tidak selalu melihatnya sebagai kewajiban, sehingga bagi masyarakat dapat berposisi dan berstrategi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dengan mendaftar dan membayar premi disaat sakit saja misalnya, merupakan cara strategis yang menjadi pilihan paling ekonomis bagi pasien. Dimana dirinya tidak diharuskan membayar secara keseluruhan jasa pelayanan kesehatan yang didapatkannya. Hal tersebut itunjang tidak adanya sistem evaluasi yang jelas pada proses pembayaran premi.

Dalam berbagai informasi, setiap calon pasien yang akan mendaftarkan sebagai peserta BPJS berkewajiban mendaftarkan keseluruhan anggota keluarganya, dengan hal tersebut maka setiap anggota keluarga yang sakit dapat ditanggung oleh BPJS. Muncul permasalahan kemudian, yang antara lain kemampuan masyarakat dan kemampuan negara dalam menyelenggarakan program ini. Dalam penelitian ini informan memilih untuk berstrategi dengan cara yang secara

sosiologis disebut dengan konsep "*safety first*" atau mendahulukan selamat. Konsep ini berkembang melalui kajian masyarakat pertanian yang memilih untuk menyelamatkan pertaniannya, yang menjadi identitas kultural dan mata pencaharian. Dengan berbagai cara, yang seringkali ditempuh dengan berhutang. Pilihan ini dianggap menjadi cara untuk memutus rantai persoalan secara cepat dengan tidak mengorbankan banyak hal, meskipun ketika ditelaah lebih lanjut akan terjadi sebaliknya.

Dalam konsep kesehatan, masyarakat yang tidak memiliki stabilitas pendapatan, pengetahuan yang memadai, didorong pada pengambilan keputusan yang cepat dan terjangkau, bertendensi memilih cara mendaftarkan diri pasien yang sedang sakit. Tanpa melibatkan seluruh anggota keluarga. Hitung-hitungan yang dilakukan tentunya akan berkonsekwensi pada banyaknya pengeluaran yang dirasakan akan menjadi beban. Terlebih dengan cara meminta membuka rekening dan premi akan dibayar secara autodebit. Yang tentunya menjadi sebuah sistem yang berada diluar habitus masyarakat.

Persoalan ini secara jangka panjang akan berkonsekwensi pada keraguan dari peyelenggara jasa kesehatan, seperti puskesmas untuk melakukan tindakan medis kepada pasien. Karena tidak adanya kepastian akan adanya pihak yang menanggung pengeluaran pasien. Meskipun secara UU pelayanan kesehatan harus didahulukan ketika terdapat pasien yang sakit.

Dalam kasus yang lain, seringkali pasien mendatangi puskesmas ketika dirinya memposisikan dirinya sakit yang terbilang parah, "*Emang pada awalnya gitu mas, diobati pakai cara orang tua dulu tapi kok lama sembunya jadi dibawa kesini*". Lalu seperti seorang petani yang terbiasa meminum jamu untuk menjaga

kesehatannya, *"Kalau saya tetap peduli masih mas, untuk olahraganya ya macul itu, supaya tidak capek saya konsumsi jamu kencur, kunir yang ditumbuk itu setiap hari mas, supaya tetap sehat"*. Disiplin akan diri menjadi bagian dari kultur yang berubah dalam salam setiap era. Cara pengetahuan dan disiplin diri yang diwariskan dalam kesadaran kolektif, meminum jamu sebagaimana diwariskan secara turun-menurun salah satunya.

Hal lain yang berkaitan dengan standarisasi mutu pelayanan, ialah pada bagaimana pasien sebagai konsumen jasa kesejatan, seringkali memiliki kesadaran kolektif yang ditampilkan sebagai identitasnya. Sebagai contoh, tidak adanya kesadaran untuk tidak merokok. Dalam penelitian ini, jamak dijumpai pria merokok dan hal itu menjadi dimaklumi. Dan yang cukup unik ialah, seorang bapak menggendong anaknya untuk buang air kecil di halaman depan puskesmas. Kesadaran akan diri dan pelayanan dalam konteks ini seringkali berjalan secara terpisah, sehingga masyarakat dan perangkat pelayan medis menjadi memaklumi, bahkan cenderung membiarkan. Selain permasalahan kultural yang dihadapi, standarisasi pelayanan seringkali berkonsekwensi pada ketegangan dengan pasein.

Puskesmas sebagai Ruang Publik

Puskesmas selain menjadi pusat pelayanan medis, secara sosial merupakan bagian dari ruang publik. Dimana setiap individu yang memiliki gejala, gangguan kesehatan akan membutuhkan pelayanan medis. Dalam UU puskesmas menjadi tempat dilakukannya skrining dan pusat pengembangan kesadaran akan kesehatan. Yang artinya puskesmas memungkinkan menjadi ruang bagi

individu dan masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses pelayanan kesehatan. Dalam pengertian tersebut, puskesmas membutuhkan persoalan akses atau keterjangkauan bagi pasein. Dari observasi yang dilakukan, dalam konteks keterjangkauan, puskesmas di Jember telah menjadi tempat yang sangat terjangkau, karena letaknya yang memungkinkan untuk diakses secara cepat, sehingga sarana transportasi warga dapat menuju puskesmas dengan mudah. Letak puskesmas yang sangat terjangkau, juga memungkinkan ambulance melaju dengan cepat ke RS untuk keperluan gawat darurat.

Pada konsisi tersebut, puskesmas menjadi ruang publik yang berimbas pada arah pemenuhan sarana ekonomi. Seperti menjadi tempat untuk mendirikan usaha warung atau kanti, tempat berjualan makanan kecil, kue dan minuman kemasan, tempat untuk pangkalan ojek, becak dan bentor. Tidak dapat dipungkiri hal itu menjadi efek samping dari perkembangan puskesmas akan membuat perekonomian masyarakat sekitar akan meningkat. Secara sosiologis hal ini menjadi penting untuk melihat bagaimana puskesmas dipersepsikan dan menghadirkan aktifitas sosial bagimasyarakat. Terlebih dengan adanya konsep pelayanan kesehatan yang berjenjang, mendorong masyarakat melihat puskesmas sebagai ruang dari aktifitas ekonomi.

Persoalannya kemudian ialah bagaimana mengontrol dan mensinergikan ruang publik dengan keseluruhan aktifitas didalamnya sebagai yang menunjang penciptaan visi puskesmas. Dalam konteks ini kerja sosial dan pembinaan masyarakat dalam bidang kegiatan ekonomi menjadi penting untuk dilakukan, sehingga pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan penciptaan komoditas makanan alternatif bergizi

menjadi dimungkinkan. Sebagaimana dilakukan oleh seorang bidan dengan kadernya yang aktif melakukan pelatihan pengembangan makanan dari talas, bahkan sampai meraih prestasi.

Menjadi penting ketika keberhasilan menciptakan komoditas makanan, kemudian ditunjang dengan penciptaan pasar, sehingga meningkatkan aktifitas ekonomi yang terkontrol dari segi kesehatan. Kantin di puskesmas hendaknya menjadi display dari keberhasilan masyarakat mengembangkan komoditas lokalnya. Dari display yang ada, memungkinkan masyarakat mencoba komoditas tersebut dan memungkinkan menjadi alternatif pilihan makan bergizi yang dapat dikembangkan di rumah dan di lingkungan tempat tinggal pasien.

Sebagai sebuah ruang publik, ketersediaan sarana penunjang tentunya menjadi syarat utama. Selain untuk menciptakan pelayanan yang bermutu juga menjadi cerminan dari bagaimana puskesmas menjadi contoh dari dijalankannya program menjaga kebersihan. Pada titik ini dari beberapa tempat yang diobservasi, tampak kurang terawatnya WC dan sarana lainya, seperti ruang tunggu bagi keluarga pasien rawat inap.

Ruang publik mengandalkan adanya kesadaran dari pasien untuk memilih mendapatkan pelayanan kesehatan yang seperti apa, dengan vasilitas yang seperti apa dan keramahan seperti apa. Hal ini menjadi penting terutama pada beberapa kasus, ada seorang pasien yang berasal dari daerah lain tetapi memilih untuk mendapatkan pelayanan dari puskesmas tertentu. Persoalan ini tidak dapat dilepaskan dari lingkungan puskesmas, keterjangkauan dan kualitas SDM yang melayani, sehingga perlu adanya evaluasi terkait datangnya pasien yang kemudian

dikomparasi dengan indeks kepuasan pelayanan kesehatan.

Dari segi kualitas, kesadaran pasien untuk memilih tidak dapat dipersalahkan. Hal ini terkait pada bagaimana kepercayaan yang dibangun oleh pasien pada pelayanan medis yang diterimanya. Tetapi ketika sistem keterjaminan kesehatan ditata secara bertingkat dilaksanakan secara konsisten, hal ini akan menimbulkan pelayanan. Disaat yang bersamaan, kondisi pasien yang lebih memilih untuk mendapatkan pelayanan di puskesmas lain, menjadi bagian untuk melihat dan mengevaluasi bagaimana puskesmas di daerah si pasien dijalankan.

Relasi Dokter Pasien: Posisi Sosial dan Ketokohan Dokter

Dokter dengan status sosial dan hak medis yang melekat padanya, menjadi bagian penting dari pelayanan kesehatan. Disisi lain hal ini tidak dapat dipisahkan dengan adanya penyedia jasa kesehatan lainnya, seperti; mantri, bidan, tukang gigi keliling, dukun anak, dll. Secara difinitif dokter merupakan individu yang telah menempuh jenjang pendidikan kedokteran dan berpengalaman untuk mendiagnosa dan melakukan tindakan medis. Dari konsepsi tersebut, beban ekonomi yang dilalui untuk dapat meraih jenjang dokter, sering kali diperhitungkan olehnya. Sebagaimana beberapa kasus yang jamak ditemui dan ditemukan dilapangan, dokter menginginkan kesejahteraan atas diri dan keluarganya.

Dengan kata lain dokter menjadi status yang cukup bernilai dan dinilai oleh masyarakat. Hal ini membuat dokter memilih untuk melakukan beberapa pekerjaan sekaligus, semisal menjadi kepala puskesmas dan praktek di beberapa tempat. Menjadi wajar ketika hal itu dapat dilakukan secara

profesional, artinya dokter menjadi status sosial yang penuh dengan pertanggung jawaban, baik secara moral, etika dan sosial. Sebagaimana dikeluhkan oleh informan dalam penelitian ini, katanya dokter pada siang hari sudah tidak ada dipuskesmas. Cukup wajar dikarenakan jadwal dipuskesmas yang buka sampai dengan pukul 12.00-an. Bagi informan hal ini menjadi tidak wajar, dikarenakan dokter yang merangkap sebagai kepala puskesmas secara ideal hendaknya berada di wilayah tugasnya. Dan faktanya dokter tersebut sering berada diluar wilayah kerjanya.

Seorang dokter bisa melakukan pelayanan di beberapa tempat, hal ini yang sempat diperdebatkan beberapa waktu yang lalu, yaitu muncul wacana untuk membatasi tempat praktek dokter. Sebuah wacana yang cukup kompleks konsekwensinya. Terlebih pada bagaimana permintaan dokter dan tenaga medis di beberapa tempat, khususnya diluar Jawa yang sampai saat ini masih minus. Disisi lain dokter yang berada di Jawa, khususnya di Jember cukup banyak ditemui. Hal ini mendorong terbentuknya persaingan pasar jasa untuk melakukan pelayanan kesehatan. Imbas dari hal ini ialah terbentuknya klinik dan RS dan penyedia jasa medis yang dikelola secara swasta, yang menyediakan dokter pribadi dan dokter spesialis.

Persoalan tersebut kemudian menciptakan kesenjangan sosial. Sebagaimana ditemui di beberapa tempat, pasien lebih memilih untuk mencari puskesmas yang memiliki pelayanan yang ramah, berimpati dan mendiagnosis secara tepat. Jika dibayangkan dari sisi dokter yang menuntut kesejahteraan, tentunya perlu diperhitungkan antara kualitas dan kemampuan dokter dalam melakukan pelayanan dipuskesmas dengan

pelayanan ditempat praktek lain. Kemudian juga perlu memperhitungkan kemampuan untuk meng-*update* pengetahuan medis dan kerja rangkap yang menjadi tanggung jawabnya.

Celah antara profesionalitas yang idel dengan pluralitas konsumen ini kemudian menciptakan kesenjangan antara dokter dan bidan. Dari pengalaman seorang informan yang kebetulan seorang bidan. Dirinya pernah dituduh sebagai provokator karena membuat pasien banyak memilih rawat inap ditempatnya, daripada dipuskesmas. Patut direfleksikan situasi tersebut, pertama bagaimana ketersediaan dan kualitas layanan puskesmas, kedua pada bagaimana dokter dan pasien membangun *trust* dan berempati pada kondisi pasien.

Dari perhitungan waktu yang dilakukan dalam penelitian ini, pernah terjadi kasus seorang pasien yang rata-rata membutuhkan waktu sekitar lima menit untuk dipriksa, tetapi lama waktu yang diperlukan mencapai lebih dari 10 menit. Dokter yang memeriksa lebih memilih asik untuk menelpon seseorang dan membiarkan pasien didepannya menunggu. Disisi lain dokter hendaknya memperaktekan konsep "*Anamnesis*", yakni pengenalan secara personal untuk mendapatkan informasi sedetail mungkin mengenai pasien. Lalu apakah memungkinkan dilakukan dalam waktu sesingkat itu? Selain itu melalui konsep tersebut, dokter dapat melakukan dialog untuk mengedukasi pasien.

Keterbatasan kondisi sarana dan tenaga medis menjadi kendala utama dalam melakukan relasi dokter pasien yang ideal. Sebagaimana disampaikan oleh staff dinkes, yang antara lain bermula dari keterbatasan formasi untuk dapat membuka lowongan dokter. Hal ini terkait persoalan keberpihakan pemerintah daerah melalui pembagian

anggaran. Disisi lain, persoalan yang tak kalah peliknya, berkaitan dengan kebijakan pemerintah pusat yang mencoba melakukan profesionalisasi pendidikan dibawah dikti, sehingga memunculkan sekolah-sekolah yang berorientasi mencetak tenaga medis. Tetapi tidak diimbangi dengan penyiapan kurikulum yang berbasis pada penguasaan pengalaman dan tidakkan medis. Menjadi serius ketika dinkes menyatakan dirinya sebagai pengguna lulusan, tetapi disaat yang bersamaan lulusan yang mendaftar tidak memiliki cukup pengalaman.

Profesionalisme menjadi konsep yang cukup kabur dilapangan, karena yang kemudian banyak menjadi pertimbangan pasien adalah kemampuan memberikan empati, mensugestif, dan membangun *trust*. Dengan kata lain dokter menjadi figur yang berakar dan hendaknya cair pada pasiennya. Berbeda dengan mantri, bidan, dan tukang gigi misalnya, yang seringkali berhasil menciptakan suasana dialogis dan tidak berjarak dengan pasien, selain karena harga jasa yang terjangkau tentunya.

Seorang dokter gigi yang menjadi informan dalam penelitian ini menuturkan temuannya pada bagaimana masyarakat lebih memilih untuk menggunakan tukang gigi keliling dibandingkan harus pergi ke puskesmas. Ia menyesalkan tidak adanya tindakan proaktif untuk mensosialisasikan pada pasien tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi. Hasil penelitiannya yang lain ia menceritakan pengalamannya melihat data dipuskesmas yang tidak secara detail mencatat data pasien gigi dan jenis perawatan apa yang dilakukannya.

Relasi dokter dengan pasein dalam konteks ini menjadi relasi diruang publik yang hendak menyentuh hingga tatanan yang privat dan personal. Tetapi justru

pada konteks ruang publik ini terjadi tarikan beragam kepentingan dan kebijakan. Hal ini yang dikeluhkan ketika melihat keberhasilan pemerintah dan seluruh aparaturnya, mampu mensinergikan antara dukun bayi, bidan dan puskesmas. Sayangnya hal itu tidak dapat dilakukan pada drg dengan tukang gigi keliling. Persoalan menekan angka kematian bayi dan ibu hamil, memang menjadi agenda nasional, tetapi bagaimanakah dengan persoalan mengedukasi masyarkat tentang perlunya menjaga kesehatan gigi?

Sampai saat ini informan dan jaringan LSM belum mendapati agenda yang serius berkaitan dengan menggerakkan isu kusta. Informan menceritakan bahwa sekitar tahun 2004-an pernah dilakukan survey untuk mendata penderita kusta, lingkungan tempat tinggal penderita dan potensi persebaran kusta. Tetapi dengan kondisi yang hari ini dilihat oleh informan, yang menyayangkan tidak ada program-program tersebut secara berkala dari pemerintah.

Melalui konsep "*Lege Artis*", dokter dibayangkan memiliki kepekaan akan bentuk humanitas yang memiliki rasa empati dan selalu terbuka pada kemungkinan-kemungkinan baru untuk dapat membuat hidup pasien menjadi lebih berkualitas. Tak dapat dipungkiri, dokter menjadi orang yang menentukan tindakan medis dan resep yang bersangkutan dengan keberlanjutan hidup pasien. Kemampuan tersebut yang membuat posisi sosial dokter menjadi dihormati, ketika berjalan secara tepat, patut dan berkepentasan. Sebagaimana ungkapan informan "*Ya kalau disini kan manut kata dokter, orang sekarang kan cari cepat sembuhnya, penyakit parah minta sembuh cepat*". Harapan akan dokter menjadi cukup besar dari pasein selaku konsumen, hal ini yang membuat seorang pasien menghafalkan nama

dokter sebagai figur yang mensugesti dirinya untuk sembuh.

SIMPULAN DAN SARAN

Segregasi kewilayahan yang muncul dalam penelitian ini ialah, adanya ruang bagi yang didominasi kultur Jawa dan ruang kebudayaan yang menampilkan kultur madura. Dalam ruang yang didominasi kultur Jawa, isu yang muncul mengandaikan adanya konsepsi diri pasien yang menempatkan dirinya sebagai orang kecil dan tidak tahu apa-apa. Sedangkan kultur madura yang menghendaki adanya pembagian ruang-ruang sosial dan pembagian peran secara difinitif dalam setiap pelayanan kesehatan.

Dokter menjadi status yang cukup bernilai dan dinilai oleh masyarakat. Hal ini membut dokter memilih untuk melakukan beberapa pekerjaan sekaligus, semisal menjadi kepala puskesmas dan praktek di beberapa tempat. Tetapi hal yang tidak mampu memberikan kepuasan kepada masyarakat terkait sulitnya dokter memberikan waktu pelayanan kesehatan.

Hampir sebagian besar informan (80%) mengatakan masyarakat puas terhadap pelayanan di Puskesmas. Tetapi persoalannya kemudian masyarakat tidak mengetahui standart apa yang seharusnya mereka dapatkan dari pelayanan. Pelayanan pada konsumen merupakan pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan dan berimbang. Dalam konteks ini, pelayanan pada puskesmas hendaknya secara transparan menjelaskan alur pelayanan dan standart apa yang akan dilakukan oleh pelayan medis, sehingga pasien mengetahui pada batasan apa dirinya mendapat pelayanan.

Berdasarkan informasi dan data lapangan yang didapatkan, peneliti mencatat beberapa isu yang dapat dikembangkan lebih lanjut, antara lain;

1. Mini lokakarya, sebagai media kerjasama lintas sektor hendaknya digerakan secara lebih komperhensif. Dengan melibatkan element masyarakat yang memiliki kepentingan akan pembentukan sistem masyarakat yang sehat.
2. Diperlukannya komunitas yang secara kultural memiliki keterakaran pada masyarakat, sehingga dapat menjalankan program kerja yang telah disusun bersama dan dapat berjejaring dengan pihak eksternal untuk mempercepat arah pembentukan masyarakat sehat.
3. Diperlukannya sistem reward yang jelas dan tegas untuk mengembangkan kesadaran bersama. Tawaran akan hadiah laptop, TV dll, hendaknya diarahkan untuk menyasar penggiat komunitas yang secara terukur memiliki sumbangsih yang kongkrit pada pengembangan kualitas hidup masyarakat.
4. Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat, perlu kiranya dimulai dengan pemetaan isu kultur dan kewilayahan, sehingga dapat mempermudah melakukan penempatan elite dan masyarakat sebagai objek pengembangan sekaligus subjek pengembangan masyarakat yang berkesadaran untuk menciptakan masyarakat sehat.
5. Puskesmas arahkan dan dibentuk sebagai ruang pelayanan kesehatan yang sekaligus menjadi tempat display hasil penciptaan komoditas makanan bergizi, sehingga dapat

menciptakan efek peningkatan ekonomi pada masyarakat.

6. Dalam menciptakan sistem kesehatan yang berempati pada pasien dan berlandaskan semangat humanitas, diperlukan transparansi indeks kepuasan dan penciptaan strategi peningkatannya. Melalui transparansi yang ada, masyarakat dapat mengontrol dan turut serta berpartisipasi dalam proses tersebut.
7. Diperlukannya kerjasama dengan lembaga pendidikan yang secara strategis dapat meningkatkan skill pada penyelenggara pelayanan ditingkat puskesmas. Pengembangan strategi bersama yang secara strategis terintegrasi dengan tridarma perguruan tinggi. Sehingga cakupan isu yang menjadi sasaran tidak hanya terpusat pada isu nasional, tetapi dapat menyentuh pada level permasalahan lokal yang dihadapi masyarakat dan menjadikannya permasalahan bersama.
8. Pembentukan jejaring dengan pihak swasta menjadi penting, terutama dalam konteks penciptaan masyarakat yang teredukasi dan berkesadaran akan tanggung jawab sosial individu pada lingkungannya.

Rawat Jalan Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10 (2): 123 – 130.

5. Parasuraman, Zeithaml and Berry, "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research," *Journal of Marketing*, Fall 1985, pp. 41-50.
6. Krowinski, William J, and Steiber. 1996. *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, American Hospital Publishing Inc.
7. Gunarso, Singgih D. 1995. *Psikologi Perawatan*. Cetakan ke-2. Jakarta: Gunung Mulia.
8. Departemen Kesehatan RI .2003. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota*. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/Menkes/SK/X/2003. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. 2004. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
2. Kotler P. 2000. *Manajemen Pemasaran*. Jakarta: Prenhallindo.
3. wijono, Djoko. 2000. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan.surabaya* : airlangga university
4. Suharmiati. Budijanto, D. 2007. *Kepuasan Responden Pengguna*