

DINAMIKA KEWARGANEGARAAN
KELOMPOK SOSIAL DI PERKOTAAN

Kasus Kelompok Pekerja Profesional Bidang Kesehatan



DINAMIKA KEWARGANEGARAAN
KELOMPOK SOSIAL DI PERKOTAAN

Kasus Kelompok Pekerja Profesional Bidang Kesehatan

Oleh :
Nyayu Fatimah
Rohmawati
Suprihadi
Sukri Abdurahman

Editor :
Nyayu Fatimah



L I P I

Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

2010 Indonesia Institute of Sciences (LIPI)
Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan*

Katalog dalam Terbitan

Dinamika Kewarganegaran Kelompok Sosial di Perkotaan (Kasus
Kelompok Pekerja Profesional Bidang Kesehatan / Nyayu Fatimah,
Rochmawati, Suprihadi, Sukri Abdurachman - Jakarta, 2012.

iv hlm + 199 hlm.; 14,8 x 21cm

ISBN : 9 78-602-2 21-146-4

1. Dinamika Sosial - Perkotaan

303.44

Diterbitkan oleh:

PT. Gading Inti Prima (anggota IKAPI)

Jl. Hibrida Raya Blok PD 14 No. 7

Kelapa Gading

Jakarta 14250

Telp: (021) 4508142



L I P I

*Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha Lt. VI dan IX,
Jalan Jenderal Gatot Subroto No. 10
Jakarta, 12710
Telp.: 021-5701232 Fax.: 021-5701232

KATA PENGANTAR

Penelitian tentang Dinamika Kewarganegaraan Kelompok Sosial di Perkotaan ini adalah salah satu bagian dari kegiatan penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan-Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PMB-LIPI). Penelitian tentang Dinamika kewarganegaraan merupakan sebuah penelitian yang cukup kompleks, karena menyangkut banyak aspek dalam kehidupan masyarakat di perkotaan. Salah satu aspek yang dapat diangkat sebagai sebuah kajian tentang permasalahan dinamika kewarganegaraan dan menjadi fokus penelitian pada tahun 2011 adalah pada aspek pekerjaan, khususnya pada pekerjaan profesional bidang kesehatan. Karena membangun bangsa harus dimulai dengan membangun SDM yang berkualitas dan bertanggung jawab. Untuk itu pula penelitian bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai dinamika kewarganegaraan, modal sosial, dan gejala eksklusi sosial kelompok-kelompok sosial perkotaan yaitu kelompok pekerjaan profesional di bidang kesehatan. Buku ini merupakan hasil penelitian tahun kedua dengan mengambil lokasi penelitian di dua daerah yaitu Provinsi Sulawesi Utara (Kota Manado) dan Provinsi Jawa Timur (Kota Surabaya).

Penelitian dapat terselenggara dengan baik dan lancar berkat adanya kerjasama yang baik dengan berbagai pihak dan kalangan, baik pada tingkat pemerintah di daerah, maupun dengan instansi pemerintah atau lembaga pemerintah dan swasta, terutama juga dengan masyarakat di daerah penelitian. Atas semua kerjasama dan bantuan, kami menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya. Tidak lupa pula disampaikan penghargaan setinggi-tingginya pada staf administrasi di lingkungan PMB-LIPI atas jerih payah dan kerja kerasnya, khususnya terima kasih kami sampaikan pada saudara Djoko Kristijanto yang telah membantu kami untuk *melayout cover dan setting laporan ini.*

Hasil penelitian telah dibahas secara mendalam pada seminar hasil penelitian PMB-LIPI, yang diselenggarakan pada bulan Desember 2011. Meskipun demikian, kami menyadari bahwa buku ini tidak lepas dari kelemahan-kelemahan baik dalam metode pendekatan maupun pada substansinya, oleh karena itu berbagai masukan berupa saran dan kritik akan sangat membantu kami guna penyempurnaan buku ini di masa mendatang.

Jakarta, Desember 2011

Kepala Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan
Kebudayaan-LIPI

Ttd

Drs. Abdul Rachman Patji, MA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii

BAB I

PENDAHULUAN.....1

Oleh: Nyayu Fatimah

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Lingkup dan Alur Pikir Penelitian	12
Daftar Pustaka	16

BAB II

DINAMIKA KEWARGANEGARAAN KELOMPOK KERJA BIDANG KESEHATAN

DI KOTA MANADO..... 19

Oleh: Nyayu Fatimah dan Rochmawati

2.1 Dimensi Sosial Budaya Daerah Penelitian	19
2.2 Gambaran Umum Kebijakan Kesehatan di Kota Manado	24
2.2.1 Kebijakan Umum Kesehatan	26
2.2.2 Kebijakan Khusus	30
2.3 Dinamika Sosial Kelompok Pekerja Kesehatan	33
2.3.1 Wadah Aktifitas Pekerja Tenaga Kesehatan	33
2.3.2 Profil Sarana Kesehatan di Kota Manado: Kasus RSUD Prof. Dr. V.L. Ratumbuang Kota	35
2.3.3 Profil Pekerja Profesional bidang Kesehatan	43
2.3.3.1 Gambaran Umum Kelompok Pekerja dan Latar Historis Pembentukannya	43
2.3.3.2 Latar Belakang dan Sejarah Pembentukan Kelompok Kerja	44
2.3.3.3 Kelompok Profesi Dokter	44
2.3.3.4 Kelompok Profesi Perawat	53
2.3.3.5 Kelompok Profesi Bidan	59

2.4	Dinamika Kewarganegaraan dalam Kaitannya dengan Modal Sosial	64
2.4.1	Jaringan Sosial dan Partisipasi Kelompok Pekerja Kesehatan	66
2.4.2	Sikap Kebersamaan (Kolaborasi), Keterikatan sebagai Anggota Kelompok	75
2.4.3	Pranata Sosial (<i>Social Institutions</i>) di bidang Kesehatan	82
2.5	Kesimpulan	85
	Daftar Pustaka	86

BAB III
KEBIJAKAN KESEHATAN LOKAL DAN NASIONAL
DALAM PRESPEKTIF KELOMPOK PEKERJA
KESEHATAN DI KOTA SURABAYA 89

Oleh: Sukri Abdurrachman

3.1	Pendahuluan	89
3.2	Profil Kesehatan Kota Surabaya	92
3.3	Kebijakan Kesehatan Kota Surabaya	100
3.4	Pandangan Terhadap Kebijakan Kesehatan Lokal dan Nasional	124
3.5	Kesimpulan dan Saran	153
	Daftar Pustaka	166

BAB IV
DINAMIKA KEWARGANEGARAAN KELOMPOK
SOSIAL PEKERJA KESEHATAN DI PERKOTAAN:
KASUS KOTA SURABAYA 169

Oleh Suprihadi

4.1	Pendahuluan	169
4.2	Profil Kota Surabaya dan Pembangunan Bidang Kesehatan	170
4.3	Jaringan Sosial dan Pranata Sosial Kelompok Pekerja Kesehatan	175
4.4	Faktor Pendorong dan Penghambat Realisasi Kewarganegaraan	193
4.5	Kesimpulan	197
	Daftar Pustaka	198

BAB I

PENDAHULUAN

Oleh: Nyayu Fatimah

1.1 Latar Belakang

Kecenderungan umum di kota-kota dunia termasuk kota di Indonesia, sebagai daerah perkotaan memiliki heterogenitas penduduk, baik dari segi etnik, kelas sosial, status, jenis okupasi atau pekerjaan, dan latar belakang pendidikan. Keragaman dapat dilihat sebagai peluang untuk saling belajar dari kultur masing-masing komunitas, memodifikasi atau bahkan mengadopsinya untuk perbaikan peluang hidup (*life chances*) komunitas yang bersangkutan. Pada sisi lain, kondisi ini juga merupakan hal yang rentan dari muncul dan berkembangnya ketidakteraturan sosial seperti munculnya kerusuhan sosial sebagaimana terjadi di beberapa daerah di Indonesia.

Kerusuhan sosial di beberapa daerah baik di Indonesia maupun di luar memiliki akar dan permasalahan sosial yang relatif sama yaitu karena adanya kesenjangan sosial ekonomi yang paralel dengan identitas kultural dan kelas pekerja warga komunitas di perkotaan. Di tengah ketidakadilan yang dirasakan oleh warga kota, sementara pemerintah setempat tidak banyak berkontribusi dalam perwujudan masyarakat yang adil di mana kemakmuran dan gemerlap kota-kota tersebut dapat dinikmati oleh komunitas-komunitasnya secara *fair*. Banyak kebijakan yang dinilai terlalu didorong oleh keuntungan ekonomi dalam manajemen perkotaan dan lebih berpihak pada yang punya kuasa maupun uang. Penataannya menjadi sangat bersifat ekonomistis dan kurang mempertimbangkan aspek keseimbangan ekosistem, sosial budaya, kelembagaan sosial dan penataan norma sosial yang dibangun dari nilai-nilai bersama (*shared values*) warga kota secara keseluruhan. Situasi sosial dan kondisi wilayah terfokuskan atas pengembangan perekonomian demikian merupakan suatu hal yang tidak sehat dalam pembangunan dan pengembangan wilayah perkotaan.

Tentunya akan berdampak pula terhadap sikap dan pengembangan kehidupan sosial dari komunitas pendukungnya.

Dalam konteks demikian itulah, penelitian mengenai dinamika kewarganegaraan dan relevansi modal sosial komunitas/kelompok sosial perkotaan menjadi sangat penting dan bermanfaat karena dapat menghasilkan pengetahuan mendalam mengenai dinamika isu penting tersebut. Selain itu, penelitian ini secara praktis dapat berkontribusi pada formulasi kebijakan sosial agar pengembangan wilayah dan komunitas perkotaan secara bertahap produktif dengan menghasilkan pembangunan wilayah dan kualitas kehidupan sosial yang kohesif secara berkelanjutan.

Memang terdapat beberapa studi tentang komunitas/kelompok sosial di berbagai daerah di Indonesia yang pernah dilakukan, di antaranya yang dilakukan oleh Wahono dkk. (1997); atau Maunati (2004), Haba (2005), Ardhana (2005), tetapi kajian tersebut belum secara komprehensif menjelaskan keterkaitan dimensi kewarganegaraan, modal sosial, kontradiksi proses sosial *gesellschaft* dan *gemeinschaft* dan eksklusi sosial khususnya di perkotaan. Hasil penelitian tersebut masih terbatas pada dinamika aktifitas kelompok sosial yang ada di perkotaan. Sementara studi dinamika kewarganegaraan dan relevansi modal sosial ini masih belum dilakukan pada studi sebelumnya. Demikian juga penelitian penelitian tentang kewarganegaraan masih berkisar pada adanya dualisme kewarganegaraan, seperti misalnya antara penduduk asli dan penduduk pendatang, atau antara penduduk asli Indonesia dengan penduduk yang terbentuk karena proses kawin campur antar negara¹. Padahal masalah kewarganegaraan tidak hanya sesederhana itu, karena di dalamnya juga menyangkut berbagai kepentingan. Untuk itu pula masalah ini telah menjadi semakin penting tidak hanya dalam konteks kehidupan nasional (karena sudah terbitnya UU No. 12/2006 tentang Kewarganegaraan), tetapi juga regional maupun global.

¹<http://27.123.194.35/search/srpcache?ei=UTF-8&p=>

Berangkat dari latar belakang permasalahan tersebut, maka penelitian bertujuan *pertama* adalah untuk memperoleh pengetahuan yang mendalam dan menyeluruh mengenai dinamika kewarganegaraan, modal sosial, dan gejala eksklusi sosial kelompok-kelompok sosial perkotaan dalam hal ini yang berkaitan dengan bidang pekerjaannya, kedua adalah untuk menganalisis saling pengaruh kondisi sosial budaya, demografi, politik dan ekonomi yang merupakan faktor kontekstual kelompok pekerja tersebut dengan perilaku kewarganegaraan dan situasi modal sosialnya, dan ketiga adalah untuk menjelaskan dan mengonseptualisasikan hubungan antara kesempatan merealisasikan hak-hak kewarganegaraan dengan identitas kelompok pekerja berdasarkan pekerjaannya.

Sejauh ini fenomena gejala sosial, konflik kekerasan dan kerusuhan di perkotaan menunjukkan lemahnya realisasi kewarganegaraan (*citizenship*) sebagai basis normatif negara kesejahteraan serta resistensi modal sosial komunitas/kelompok sosial tertentu terhadap norma dan hukum positif yang berlaku, di samping kurangnya upaya revitalisasi norma-norma kehidupan sosial yang humanis, solider, ekuil dan toleran. Fenomena tersebut mengindikasikan bahwa faktor-faktor kultural dan struktural memainkan peran sangat penting, dan karenanya perlu diteliti secara empiris. Secara teoritis dapat diasumsikan bahwa hal itu terjadi karena apa yang disebut sebagai modal sosial komunitas belum berkembang dalam kehidupan masyarakat perkotaan, di samping secara struktural, tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*)² juga belum terealisasi benar (Kymlica dan Norman, 2000).

²Konsep *good governance*, memiliki dimensi relasional karena ia merupakan sekumpulan relasi antara masyarakat sipil dan pemerintah yang melakukan praktik-praktik untuk memaksimalkan kebaikan bersama (*the common good*). Beberapa karakter yang harus ditegakkan meliputi: transparansi (*transparency*), keefektifan (*responsiveness*), keterbukaan (*openness*), ketundukan pada aturan hukum, penerimaan pada keanekaragaman (pluralisme) serta akuntabilitas.

Kewarganegaraan yang menjadi isu sentral dalam penelitian ini berasal dari kata *civitas* yang digunakan pada masa Roman *civitas*. Dalam terminologi Prancis dikenal juga *Citoyen* (*dari cit'e*), kemudian *citaine* (abad 12) dan *comcitiien* (abad 13 M) yang berarti sekumpulan warganegara yang mendapatkan hak-hak terbatas dalam konteks kota (*city*) bukan *town*, karena yang terakhir lebih berarti sekumpulan rumah di perkotaan. Kedekatan *city* dengan *citizen* dapat dimengerti karena kota memang memainkan peran penting dalam perkembangan pemikiran filsafat sosial mengenai kebebasan, individualitas dan keadaban (Weber, 1966:233). Kota memang berkonotasi positif sebagai pusat peradaban. Untuk pergi ke kota meninggalkan kampung dianggap sebagai proses *civilization* (pengadaban, peradaban). Baru pada abad ke-19, kota sering ditulis sebagai pusat korupsi sosial dan dekadensi moral. Oleh karena itu, kemudian muncul suatu keinginan untuk hidup kembali dalam tatanan pedesaan (*country life and rural practises*).

Terlepas dari kontradiksi makna kota, konsep kewarganegaraan merupakan resultan dari pergumulan antara absolutisme monarki dengan gerakan masyarakat sipil yang menginginkan kebebasan, persetujuan dan kontrak sosial dalam kehidupan sosial politik. Dalam konsep kewarganegaraan seperti diproposisikan oleh Marshall (1965),³ terdapat tiga dimensi hak yang terkandung di dalamnya yaitu hak sipil, politik dan sosial. Hak sipil berkaitan dengan isu-isu dasar seperti kebebasan berbicara dan hak untuk memperoleh akses dan perlakuan yang adil dalam sistem hukum. Hak politik tidak hanya menyangkut hak-hak dalam pemilu tetapi juga akses yang lebih besar pada lembaga-lembaga politik untuk mengartikulasikan kepentingan-kepentingannya. Sedangkan hak sosial berkaitan dengan akses pada sistem pengaman sosial (*social security system*), di mana tiap warga berhak memperoleh tingkat kesejahteraan dasar yang harus dipenuhi oleh negara dalam kondisi menganggur,

³Marshall adalah sosiolog yang memproposisikan bahwa masyarakat kapitalis sebagai *'hyphenated society'* yaitu adanya ketegangan yang tidak terelakkan antara ekonomi kapitalis, negara kesejahteraan dan persyaratan negara modern.

sakit atau tertimpa kemalangan. Walaupun dikatakan dalam konsep Marshal tersebut ada kekurangan dalam salah satu aspek yaitu aspek budaya yang tidak menjadi satu perhatian khusus karena dalam konteks itu Marshal melihat pada contoh negaranya (Inggris) yang relatif homogen dari segi etnik, dan tidak demikian dengan keadaan di Indonesia yang multikulturalis. Dengan demikian hak budaya (yang didalamnya menyangkut identitas kultural, agama, bahasa dan adat-istiadat). mungkin akan menjadi salah satu faktor penentu karena konteks kewarganegaraan tentunya hak sebagai warga negara pun akan kompleks dan heterogen sifatnya. Sebagaimana yang dapat ditelusuri dari salah satu pengertian tentang kewarganegaraan yang menyatakan bahwa kewarganegaraan berarti penduduk sebuah negara atau bangsa yang berdasarkan keturunan, tempat kelahiran, dan sebagainya mempunyai kewajiban dan hak penuh sebagai seorang warga dari negara itu. Tentang hal ini juga telah tertuang dalam Pasal 1 angka 2 Undang undang No. 12 tahun 2006 menyebutkan bila kewarganegaraan Republik Indonesia adalah segala hal ihwal yang berhubungan dengan warga negara, yang menyangkut di dalamnya adalah hak dan kewajibannya sebagai warga negara.

Tentu saja konsep kewarganegaraan tidak selamanya terealisasi dengan baik betapapun ia telah menjadi basis normatif negara kesejahteraan di berbagai negara termasuk Indonesia. Dalam dunia riil, perjuangan antar kelompok terutama kelompok pekerja dalam masyarakat perkotaan merupakan hal yang senantiasa hadir. Dalam hubungannya dengan konteks pekerjaan, secara konseptual pekerjaan dapat diartikan sebagai suatu usaha manusia dalam mengenal, mengembangkan dirinya secara penuh. Di mana dalam proses pengembangan diri itu selalu muncul pergulatan antara harapan dan kenyataan yang dihadapinya dalam kesehariannya. Untuk itu pula dalam menyikapi pekerjaannya itu, orientasinya pun akan menunjukkan hal yang berbeda dan tidaklah sama. Dalam pada itu bisa saja ia bekerja dengan dengan tujuan untuk menjadi kaya sehingga orientasinya terhadap faktor ekonomi “uang” yang bakal didapat menjadi tuntutan utamanya, atau karena sifat-sifat melankolis kemanusiaan, telah

membuat ia menjadi seorang yang sangat humanis sehingga pekerjaan yang digelutinya itu menjadi lebih bersifat sosial atau pada lingkungan sosialnya yang didominasi oleh hubungan interpersonal/loyalitas manusia, atau bahkan karena aspek psikologis di mana pekerjaan itu adalah untuk mengembangkan diri dan memenuhi kebutuhannya dari pekerjaan yang dilakukannya itu. Dalam hal ini Marx membaginya pada tiga hal penting mengenai pekerjaan yaitu, *pertama*, tindakan pekerjaan merupakan sesuatu yang hanya ada pada manusia sebagai makhluk sosial yang bertidak dalam kerangka sebagai obyek kehendak dan juga kesadarannya, *kedua*, tindakan pekerjaan menjadi sarana manusia untuk merealisasikan apa yang ada dalam pikirannya, dan *ketiga* pekerjaan menjadi jembatan sosial antar manusia karena hasil pekerjaannya itu dapat dipergunakan oleh orang banyak (Marx). Dalam perkembangan sistem kapitalis, pekerjaan dapat dibedakan atas pekerja terlatih yang digaji atau pekerja terdidik dan dikenal sebagai “*white collar*” dan pekerja yang tidak memiliki keterampilan khusus yang sering disebut sebagai pekerja kasar atau “*blue collar*”. Dua tipe pekerjaan yang dikaitkan dengan keterampilan atau keahlian tersebut dapat ditemukan kebijakan atau praktik yang mendorong adanya eksklusi sosial (*social exclusion*) terhadap salah satu pihak pekerja tersebut, dan hal itu yang mencederai ketidakadilan dan ketidakmerataan pembangunan dan hasil-hasilnya.

Masalah ketidak-adilan dan ketidak-merataan pembagian hasil pembangunan yang ada itu, secara makro, berimplikasi pada gejala terbentuknya sejumlah kecil warganegara yang secara eksklusif mendapat manfaat besar dari peningkatan kegiatan di sektor ekonomi, sementara sebagian besar anggota masyarakat justru telah mengalami proses pemiskinan. Hal ini ditunjukkan antara lain semakin bertambahnya jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan dari tahun ke tahun terutama di daerah perkotaan. Fenomena ini secara umum terjadi di berbagai sektor kehidupan, tidak terkecuali dari salah satu sektor pekerja yang berbasiskan pada keahlian atau keterampilan yang dimiliki seorang individu karena atas usaha yang telah dilakukannya, seperti halnya pekerjaan yang bersifat

profesional di bidang kesehatan. Bidang pekerjaan ini diisi oleh berbagai jenis dan tingkatan keahlian di mana masing-masing keahlian tersebut sudah tertata sedemikian rupa sehingga satu sama lain akan saling melengkapi dan mendukung bidang pekerjaannya tersebut. Tentu saja prinsip saling melengkapi ini dapat menjadi pengikat bagi kelangsungan dan keharmonisan dari suatu kegiatan bersama, namun demikian adakalanya terjadi suatu hirarki kewenangan dalam menjalankan kegiatan itu. Pada saat seperti itu pula pihak yang dominan baik dari segi *skill* atau profesi akan menjadi kelompok yang menentukan dan berperan lebih besar dibandingkan kelompok lainnya yang selalu menjadi kelompok yang domine'e (yang terekslusi). Masalah eksklusi ini masih didominasi oleh cara berpikir komunitarian dan primordial dalam masyarakat, di mana terjadinya eksklusi sosial dari suatu kelompok masyarakat tertentu, merupakan suatu proses yang tampaknya akan terus berlangsung. Pada sisi lain, hal itu akan bermakna juga pada adanya kelompok-kelompok masyarakat yang merasa tidak mendapat akses terhadap pelayanan publik yang seharusnya menjadi hak setiap warganegara. Sebagaimana yang sedang menggejala dewasa ini, lembaga-lembaga pendidikan demikian juga lembaga kesehatan yang semakin bersifat komersial dan kurang memperlihatkan fungsi sosialnya, dari segi pendidikan dewasa ini dengan biaya SPP yang cukup tinggi, tidak mungkin dapat diakses oleh anak-anak keluarga yang tidak mampu, sekalipun mereka memiliki tingkat kecerdasan yang cukup tinggi. Demikian pula di bidang kesehatan yang cenderung *profit oriented* akan menjadi batu sandungan bagi kelompok kurang mampu dalam mereka mengharapkan mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan tersebut. Keadaan itu tentunya merupakan suatu implikasi dari kebijakan pemerintah yang kurang mendukung pengembangan usaha yang inklusif dapat dilakukan terutama oleh kelompok kurang beruntung.

Eksklusi sosial dalam hal ini dapat didefinisikan sebagai suatu proses di mana sejumlah individu atau kelompok tersisihkan baik sebagian maupun secara keseluruhan untuk ikut berpartisipasi dalam kehidupan sosial di mana mereka berada. Eksklusi sosial dapat

dikatakan sebagai kebalikan dari integrasi sosial yang mencerminkan persepsi pentingnya untuk turut menjadi bagian dari suatu bangsa (de Haan, 1996). Selanjutnya de Haan mengatakan bahwa konsep eksklusivitas sosial memiliki dua ciri utama. *Pertama*, konsep ini bersifat multidimensional, individu atau kelompok dapat tersisih dari hak atas sumber kehidupan, kesempatan kerja, penghasilan, kepemilikan, pendidikan, tempat tinggal, konsumsi minimum, kewarganegaraan, hubungan personal dan penghargaan. *Kedua*, konsep ini terfokus pada sifat multidimensi dari deprivasi, karena dalam kenyataan suatu kelompok masyarakat sering terdeprivasi atau tersisihkan sekaligus dalam berbagai hal, baik secara sosial budaya, ekonomi, sosial, dan politik. Tersisihkan dari akses terhadap fasilitas umum atau manfaat yang bisa diperoleh orang lain jelas merupakan kekurangan yang memiskinkan kehidupan yang dapat dinikmati oleh sejumlah individu atau suatu komunitas. Selain *good will* dari rezim perkotaan untuk mengatasi eksklusivitas sosial tersebut, terdapat hal lain yang menentukan terrealisasinya gagasan normatif kewarganegaraan yaitu modal sosial komunitas/kelompok-kelompok masyarakat.

Dalam penelitian ini, konsepsi Putnam mengenai dua sisi ekuilibrium dalam proses sosial di perkotaan tampak relevan. Menurutnya, terdapat dua lingkaran yaitu lingkaran kebajikan (*virtues circle*) dan lingkaran setan (*vicious circle*). Lingkaran kebajikan merupakan satu sisi ekuilibrium sosial yang ditandai dengan tingginya kerjasama, saling percaya, resiprositas, keterlibatan warga (*civic engagement*) untuk kebaikan bersama. Kondisi inilah yang dapat dikatakan sebagai situasi yang mendukung pergaulan sosial yang diwarnai keadaban (*civility*). Sebaliknya, situasi sosial yang ditandai oleh pengkhianatan, ketidak-saling percaya, pengingkaran, eksploitasi, kekacauan, isolasi, dan kemunduran merupakan indikasi dari situasi sosial yang tidak beradab. Unsur-unsur ini saling memperkuat dan melahirkan situasi yang resisten pada pengembangan kewarganegaraan yang demokratis (*democratic citizenship*). Dapat dikatakan bahwa kerjasama kolektif antar berbagai komunitas di perkotaan pada umumnya hanya akan terjadi dalam masyarakat yang

diwarnai *virtues circle*. Konsepsi Putnam mengindikasikan signifikansinya kesamaan derajat di depan hukum, berfungsinya norma sosial, terjalinnya kerjasama, saling percaya, berjalannya resiprositas dan keterlibatan aktif setiap komunitas untuk mendapatkan hak-haknya sebagai warga negara (*citizenship*) dalam kerangka pencapaian kebaikan bersama. Kerangka konseptual dari Putnam ini bermanfaat untuk pengkajian hubungan fungsional modal sosial dengan realisasi kewarganegaraan yang demokratis atau kewarganegaraan multikultural seperti dikatakan Kymlica (1995).

Modal sosial di sini dapat dianggap sebagai *resources* komunitas yang memiliki seperangkat nilai sosial dan budaya yang tidak saja penting dalam menentukan ikatan kerjasama internal kelompok tetapi juga secara eksternal dapat menjalin kerjasama dengan kelompok lain (*bridging social capital*). Persistensi modal sosial eksternal diindikasikan dengan sikap penghargaan pada pentingnya kerjasama guna mencapai kemajuan dan perkembangan sesuai keinginan bersama. Suatu komunitas tidak cukup hanya mengandalkan bantuan dari luar untuk mengatasi kesulitan ekonomi, tetapi juga harus secara bersama-sama memikirkan dan melakukan langkah-langkah terbaik guna mengatasi masalah tersebut dengan mengerahkan segenap potensi dan sumberdaya yang dimiliki. Dengan demikian, modal sosial komunitas/kelompok sosial akan menekankan perlunya kemandirian dalam mengatasi masalah sosial dan ekonomi, sementara bantuan dari luar dianggap sebagai pelengkap guna memicu inisiatif dan produktivitas yang muncul dari dalam masyarakat sendiri. Modal sosial merupakan pendekatan yang semakin intensif digunakan dalam mengatasi masalah sosial gejala *urban decay*⁴, ketidakadilan lintas kelas dan etnik, protes sosial, kemiskinan.

Berangkat dari hasil kajian Putnam tentang modal sosial (Putnam 1993), menyimpulkan modal sosial yang berwujud norma-

⁴*Urban decay* (pembusukan kota) adalah proses di mana sebuah kota atau bagian dari kota yang sebelumnya berfungsi, jatuh ke dalam kerusakan dan keruntuhannya.

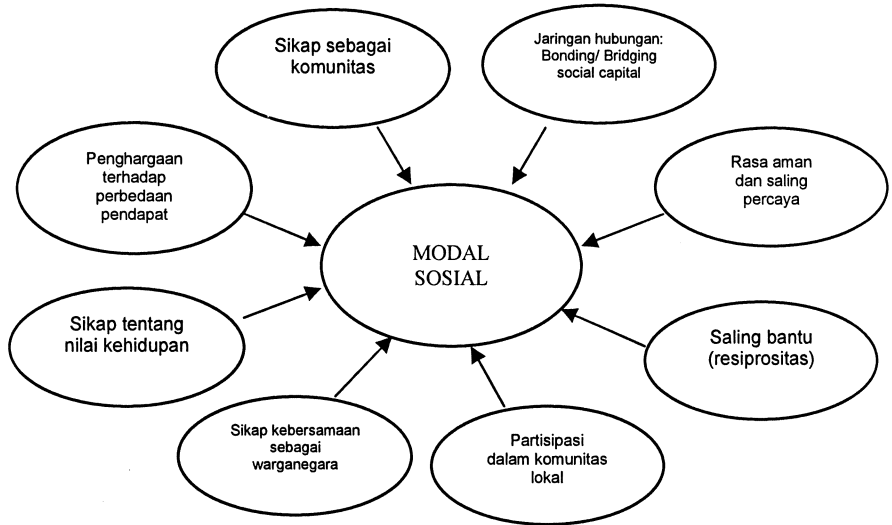
norma dan jaringan keterkaitan merupakan prakondisi bagi perkembangan ekonomi. Selain itu juga merupakan prasyarat yang mutlak diperlukan bagi terciptanya tata pemerintahan yang baik dan efektif. Ada tiga alasan penting bagi Putnam untuk mengatakan demikian. *Pertama*, adanya jaringan sosial memungkinkan terjalinnya koordinasi dan komunikasi yang akhirnya dapat menumbuhkan rasa saling percaya di antara sesama anggota masyarakat. *Kedua*, kepercayaan (*trust*) memiliki implikasi sangat positif dalam kehidupan bermasyarakat. Hal ini dibuktikan dengan suatu kenyataan bagaimana keterkaitan orang-orang yang memiliki rasa saling percaya (*mutual trust*) dalam suatu jaringan sosial memperkuat norma-norma mengenai keharusan untuk saling membantu. *Ketiga* berbagai keberhasilan yang dicapai melalui kerjasama pada waktu sebelumnya dalam jaringan ini akan mendorong bagi keberlangsungan kerjasama pada waktu selanjutnya. Dapat disimpulkan bahwa dalam rangka memberi landasan pengetahuan bagi upaya peningkatan kualitas kehidupan sosial di perkotaan, pemahaman mendalam akan kondisi modal sosial masyarakat amat diperlukan, karena hal inilah yang akan menjadi titik tolak bagi pembangunan kembali komunitas (*community rebuilding*) dan revitalisasi pranata sosial.

Modal sosial memiliki sejumlah indikator yang dapat diturunkan ke dalam berbagai variabel sebagai alat pengukurnya. Seperti terlihat dalam bagan di bawah terdapat delapan unsur yang dapat dijadikan indikator tingkat keberadaan modal sosial yang ada dalam sebuah masyarakat. Dalam hal ini termasuk: (1) Adanya sikap kebersamaan dan keterikatan sebagai anggota suatu komunitas, (2) Jaringan hubungan intra komunitas (*bonding social capital*) dan antara komunitas (*bridging social capital*) yang dimiliki, (3) Rasa aman dan saling percaya (*mutual trust*), (4) Keinginan untuk saling membantu, baik dalam komunitas sendiri maupun dalam kelompok yang lebih luas, (5) Kepedulian dan partisipasi dalam urusan yang menyangkut komunitas sendiri, (6) Sejauh mana adanya nilai-nilai yang dianggap penting sebagai pegangan hidup, (7) Kemampuan untuk menghargai

perbedaan pendapat, dan (8) Sejauh mana adanya solidaritas sesama warga negara (Putnam 1993: Syahra, 2007).

Dengan persistensi modal sosial dan basis yang kuat mengenai kewarganegaraan, komunitas dapat memiliki kemampuan untuk bernegosiasi memperjuangkan kepentingannya masing-masing di samping kepedulian pada kepentingan bersama antar kelompok. Selanjutnya, masyarakat dengan komitmen pada kewarganegaraan dapat dilihat dalam kehidupan sosial di mana adanya transaksi komunikasi yang bebas oleh komunitas-komunitas, karena di arena ini terjamin berlangsungnya tindakan dan refleksi yang mandiri, tidak terkungkung oleh kondisi kehidupan material dan jaringan kelembagaan politik resmi. Jadi di sini memungkinkan terjadinya negosiasi-negosiasi untuk kebaikan bersama seraya tetap mematuhi hukum yang berlaku (Hikam (1996:3).

Seperti terlihat pada Bagan 2 di bawah (Syahra, 2007), tingkat modal sosial yang dimiliki suatu kelompok masyarakat tercermin dari keberadaan delapan unsur penunjangnya. Mulai dari seberapa jauh seseorang masih bersikap sebagai bagian dari suatu komunitas primordial, baik berupa kelompok etnik maupun kelompok keagamaan, yang dianggap sebagai sumber utama identifikasi dirinya, sampai pada seberapa jauh pula ia memiliki rasa kebersamaan sebagai bagian dari kelompok yang lebih besar, warga bangsa Indonesia. Pada masyarakat dengan ikatan primordial yang kuat, rasa kebersamaan sebagai bangsa tidak mungkin tumbuh apabila identitasnya tidak terlebih dahulu mendapat pengakuan dari pihak lain. Pengembangan modal sosial dari suatu komunitas dengan penekanan pada pengakuan terhadap nilai-nilai sosial budaya sebagai identitas yang mereka miliki.



Bagan: Indikator Modal Sosial

Sumber: Syahra, 2007

Secara teoritis, modal sosial komunitas/kelompok sosial di perkotaan dalam konteks Indonesia yang plural ini diperlukan untuk kohesi dan toleransi antar komunitas, yang pada gilirannya menentukan tingkat kohesi dan toleransi masyarakat Indonesia sebagai suatu bangsa. Dalam konteks inilah temuan empiris mengenai kewarganegaraan dan modal sosial komunitas serta gejala eksklusi sosial di berbagai daerah dengan *setting* sosial dan kultural yang berbeda, tampak penting untuk dilakukan.

1.2 Lingkup dan Alur Pikir Penelitian

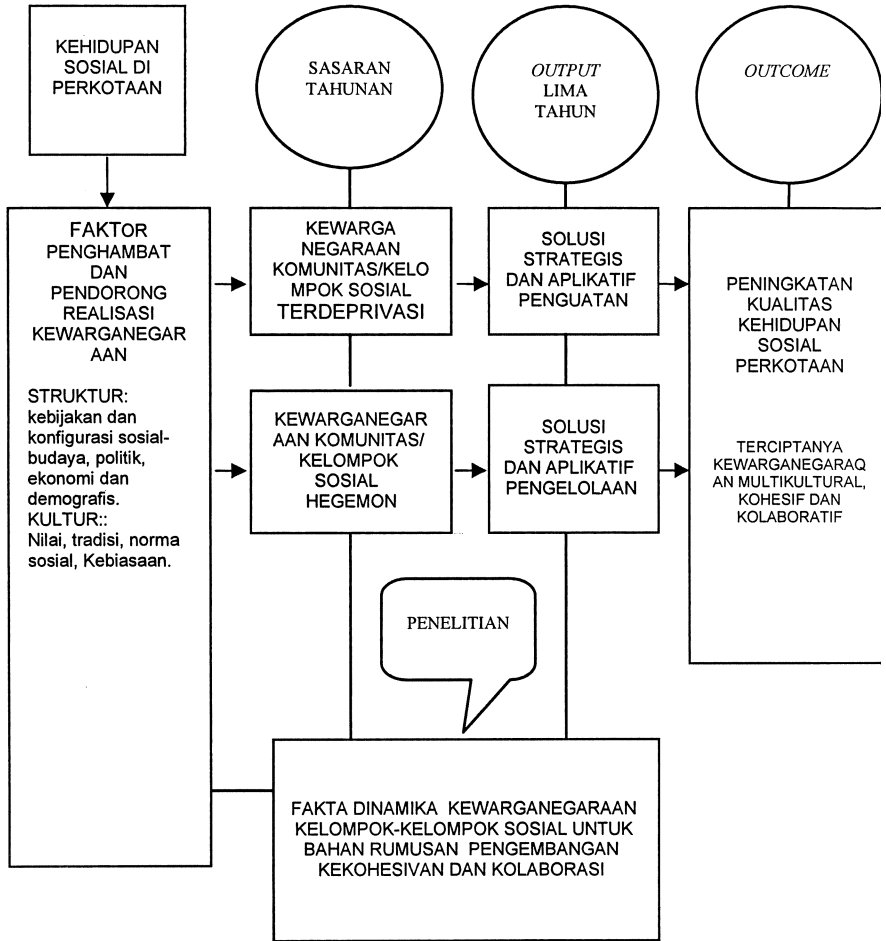
Penelitian ini hanya membatasi lingkup permasalahannya pada dinamika kewarganegaraan dan relevansi modal sosial komunitas pekerja di perkotaan. Kewarganegaraan diukur dari sejauhmana komunitas itu secara kualitatif aktif, kurang aktif atau pasif untuk merealisasikan hak-hak kewarganegaraan baik sipil, sosial maupun aspek lainnya. Sedangkan relevansi modal sosial dilihat dari delapan

indikatornya yaitu sikap sebagai komunitas, jaringan hubungan sosial, rasa aman dan saling percaya, resiprositas, partisipasi dalam komunitas, rasa kebersamaan sebagai warganegara, penghargaan terhadap perbedaan dan sikap tentang nilai kehidupan sosial.

Kedelapan indikator modal sosial ini akan dilihat kategorinya di dalam komunitas-komunitas pekerja kesehatan di daerah penelitian. Asumsinya adalah bahwa kepemilikan modal sosial tersebut mempengaruhi peluang hidup komunitas yang bersangkutan; semakin persisten modal sosial komunitas yang bersangkutan, maka peluang hidup tersebut akan lebih baik. Dinamika Kewarganegaraan juga akan mengkaji ada tidaknya gejala eksklusi sosial dari komunitas pekerja tersebut.

Alur pikir seperti tersusun dalam Bagan 1 berikut ini menggambarkan keterkaitan fungsional faktor-faktor yang mendorong dan atau menghambat bagi terwujudnya kewarganegaraan bagi kelompok pekerja di bidang kesehatan.

Bagan 1. Alur Pikir



Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif ini diharapkan dapat mendeskripsikan dan menjelaskan dinamika kewarganegaraan, modal sosial dan eksklusi sosial pada lokalitas tertentu. Melalui pendekatan kualitatif, kedalaman sikap dan perilaku mereka akan lebih terobservasi. Dengan metode pengumpulan data statistik dan historis untuk melihat perkembangan dan proses pembentukan komunitas/kelompok pekerja tersebut, sebagai langkah pendalaman materi maka dilakukan metode observasi, dan wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan penelitian yang terdiri atas tokoh dan warga kelompok pekerja dari berbagai lapisan yang ada, seperti dokter, bidan, perawat, apoteker, detailer, aparat pemerintah di instansi terkait, dan tokoh pers.

Lokasi penelitian dilakukan di Manado (Sulawesi Utara) dan Surabaya (Jawa Timur). Kedua kota dipilih karena terdapat berbagai kelompok sosial berbasis pekerjaan yang artikulatif memperjuangkan kepentingan masing-masing seperti Asosiasi Buruh/Pekerja, Federasi Serikat Pekerja, Asosiasi Kesehatan seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Perawat Indonesia, Asosiasi Pengobat Tradisional (Aspetri), juga Asosiasi Pengusaha Indonesia (Apindo) yang membuat hubungan industrial di kedua kota ini relative berkejolak.

Metode pengumpulan data dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan data historis dan statistik, untuk melihat latar belakang perkembangan dan proses pembentukan komunitas/kelompok pekerja. Langkah selanjutnya dilakukan Wawancara mendalam pada informan penelitian yang terdiri atas tokoh dan warga kelompok pekerja. Karena begitu luasnya kelompok pekerja yang ada, maka dengan alasan metodologis dari aspek waktu dan kedalaman pemahaman, maka kelompok pekerja yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah dari jenis pekerjaan profesional yang erat kaitannya dengan kebutuhan dasar manusia yaitu bidang kesehatan yang mungkin saja berbeda dalam menyikapi tentang kewarganegaraan dalam kaitannya dengan modal sosial dari setiap level pekerjaan yang diembannya. Dengan demikian sampling pekerja adalah pada mereka yang terdiri dari para tenaga medis/kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat, serta tenaga non

medis yang bergerak di bidang kesehatan seperti para tenaga menejerial dari rumah sakit, apoteker, detailman, dan teknisi. ndengan tingkatan (level) yang ada pada jenjang pekerja di sektor kesehatan tersebut. Selanjutnya penentuan yang dilakukan secara *purposive* tersebut bertumpu pada profesi pekerjaan tersebut. Isu yang menjadi bahan wawancara ini adalah variable-variabel empiris kewarganegaraan, modal sosial dan eksklusi sosial. Wawancara mendalam dipandu dengan suatu pedoman wawancara. *Wording* dari pedoman wawancara yang disesuaikan dengan kondisi dan situasi masyarakat di mana wawancara dilakukan. Akhirnya, data hasil pengamatan, wawancara mendalam diolah, dan dianalisis untuk mendeskripsikan kondisi kewarganegaraan dan modal sosial, proses terbentuk serta dinamikanya. Kesemuanya itu disajikan secara eksposisi-analitis.

Penelitian melalui pendekatan kualitatif ini diharapkan dapat mendeskripsikan data empiris berdimensi sosial budaya di mana dinamika kewarganegaraan dan relevansi konsep modal sosial dari kelompok pekerja tersebut relatif terobservasi secara jelas dan valid. Selain itu juga dapat menjadi suatu strategi agar kondisi sosial kewarganegaraan dapat direproduksi secara lebih adil serta dapat meningkatkan kualitas pembangunan kehidupan sosial di perkotaan.

Daftar Pustaka

- Bruner, E.M. 1974. "The Expression for Ethnicity in Indonesia".
Dalam A. Cohen (peny.) *Urban Ethnicity*. London: Tavistock.
Hal. 251-288
- Coleman, James. 1993. "The Rational Construction of Society."
American Sociological Review, Vol 58 (February), pp. 1-15.
- de Haan, Arjan. 1996. "Social Exclusion: Enriching the Understanding
of Deprivation" (makalah internet)
- Dundin Zaenuddin (ed). 2010. *Dinamika Kewarganegaraan Kelompok
Sosial di Perkotaan*, Jakarta: LIPI Press.

- Edwards, Bod dan Michael Foley. 1997. "Social Capital and the Political Economy of Our Discontent," *American Behavioral Scientist*, Vol. 40, No. 5.
- Fenemo, M dan Tillie, J. 1999. "Political Participation and Political Trust in Amsterdam: Civic Communities and Ethnic Networks". *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 25 (4), 703-726.
- Fukuyama, Francis, 1995. *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: The Free Press.
- Fukuyama, Francis, 1999. "Social Capital and Civil Society" (Makalah pada Pertemuan IMF Conference on Second Generation Reform, 1 Oktober).
- Hikam, MAS. 1996. *Demokrasi dan Civil Society*. Jakarta: LP3ES.
- Isham, Jonathan dan Satu Kähkönen, 1999. *What Determines the Effectiveness Of Community-Based Water Projects? Evidence from Central Java, Indonesia* (Working Paper No. 14, Social Capital Initiative, The World Bank).
- Kukathas, B. 1992. "Are They any Cultural Right?" *Political Theory*, 20:105-139.
- Kymlica. W. 1995. *Multicultural Citizenship: A Liberal Theory of Minority Rights*. Oxford: Oxford University Press.
- Kymlica, W dan Norman, W. eds. 2000. *Citizenship in Diverse Societies*. Oxford: Oxford University Press.
- Marshall, T.H. 1963. *Sociology at the Crossroads*. London: Heinemann Educational Books.
- 1965. *Social Policy in the Twentieth Century*. London: Hutchinson.
- Portes, Alejandro, 1998. "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology," *Annual Review of Sociology*, Vol. 24, pp. 1-24.

- Putnam, Robert, 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Putnam, Robert, 1993. "The Prosperous Community: Social Capital and Public RIN Life". *The American Prospect*, Vol. 13, pp. 35-42.
- Syahra, R. 2007. *Pengembangan Sistem Informasi Peringatan Dini Untuk Antisipasi Bencana Sosial*. Jakarta: LIPI Press.
- Sen, Amartya. 2000. "Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny" (Social Development Papers No. 1, Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank).
- Tim Nasional Reformasi Menuju Masyarakat Madani, 1999. *Transformasi Bangsa Menuju Masyarakat Madani*, Jakarta.
- Tonnies, Ferdinand. 1974. *Community and Association (trans)*. London: Routledge & Kegan Paul.
- 1974. "The Concept of Gemeinschaft" dalam W.J. Cahman dan R. Herberle, eds. *On Sociology: Pure, Applied and Empirical*. Chicago: University of Chicago.
- Turner, Bryan. S. 1990. "An outline of a Theory of Citizenship". *Sociology*, Vol. 24:3, Hlm. 89-217.
- Uphoff, Norman, 2000. "Understanding Social Capital: Learning from the Analysis and Experience of Participation" (Makalah pada Staff Seminar, Mansholt Institute, Wageningen, 13 September).
- Wahono, RI, et.al. 1997; "*Dinamika Sosial Budaya Masyarakat Perkotaan*". Jakarta: PMB-LIPI.
- Weber, M. 1966. *Status*. Milton Keynes: Open University Press.
- Woolcock, Michael. 1998. "Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework", *Theory and Society*, Vol. 27, No. 2, pp. 151-208

BAB II

DINAMIKA KEWARGANEGARAAN KELOMPOK KERJA BIDANG KESEHATAN DI KOTA MANADO

Oleh: Nyayu Fatimah dan Rochmawati

2.1 Dimensi Sosial Budaya Daerah Penelitian

Dilihat dari sejarahnya, Kota Manado ini pada waktu itu terletak pada suatu daerah yang oleh penduduk asli Minahasa disebut “Wanua Wenang”. Wanua wenang telah ada sejak abad XII dan didirikan oleh Ratu Ares yang bergelar Doyu Lolong Lasut bersama keturunannya. Baru pada abad ke 17 (1623) nama tersebut diganti menjadi Manado. Kata itu berasal dari kata daerah Minahasa asli yaitu “Manarou” atau “Manadoi” yang mempunyai arti “di jauh” dan menunjuk tempat sebagai Bandar dan pelabuhan tukar menukar barang, dan benteng loji. Makna “jauh” tersebut berkembang karena pada saat itu pusat pemerintahan bukanlah berada di dataran Minahasa tetapi berada di Pulau Manado Tua sekarang. Selain itu, ada juga pengertian lain yang merujuk pada kata Manado ini, yang berasal dari bahasa Tombulu Tua yaitu Manoir yang sepadan dengan Maharor Maerur atau Maherur, yang mempunyai arti berkumpul untuk berunding. Dan lokasinya dinamakan *Pahawinaroran ni Tasikela* sebagai tempat berkumpul orang-orang Spanyol, yaitu suatu tempat di mana orang Minahasa dan orang Spanyol bertemu dan berkumpul untuk mengadakan suatu perundingan di antara mereka. Selain itu, nama wilayah ini pernah disebut sebagai Mandolang atau lengkapnya Mandolang Amian (Mandolang Utara) untuk membedakannya dengan Mandolang Talikuran (Mandolan Barat), lokasi yang sekarang ini berada di arah barat daya Kota Manado. Kemudian kata Mandolang sendiri diambil dari bahasa Tombulu Tua yang mempunyai arti kunjung-mengunjungi, dan tempat atau wilayah ini sering dikunjungi oleh para pelaut yang datang dari luar wilayah Minahasa untuk

mengadakan hubungan dagang dengan cara tukar-menukar barang (barter) dengan masyarakat atau penduduk Minahasa. Dari beberapa pengertian tersebut dapatlah dikatakan bahwa Kota Manado sekarang ini terkait dengan arti bahasa daerahnya (Bahasa Tombulu Tua) yang mengandung arti adanya hubungan antara penamaan wilayah tersebut dengan dunia Perdagangan, maka nama Manado mulai dikenal oleh dunia luar seiring dengan ramainya kegiatan Perdagangan. Sejalan dengan itu masuklah pengaruh bahasa Melayu yang dibawa oleh para pedagang nusantara, dan ternyata bahasa tersebut sering digunakan, khususnya menjadi bahasa Melayu pasar yang sampai saat ini telah berkembang menjadi bahasa Melayu Manado.

Dalam perkembangannya kemudian, dengan deslit Gubernur Federal Hindia Belanda (yang pada waktu itu berkuasa) pada tanggal 1 Juli 1919 *gewest* Manado ditetapkan sebagai *Staats Gemeente* yang diketuai oleh walikota. Dan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 42/1953 yo PP No.15/1954, daerah bagian Kota Manado ini diubah statusnya menjadi daerah Kota Manado, dan sejak itu pula Manado menjadi daerah otonom yang berhak mengatur rumah tangganya sendiri sesuai PP No.45/1953 yo PP No. 56/1954.

Dalam perkembangan sejarahnya, setelah berstatus sebagai daerah Kotamadya (tahun 1959-1965) dan sesuai dengan UU No.29/1959 menjadi Daerah Tingkat II Manado, berdasarkan UU No 5 tahun 1974 tentang Pokok-pokok Pemerintahan di daerah, Kota Manado akhirnya menjadi Kotamadya, dan akhirnya melalui UU Otonomi Daerah 22/1999 menjadi Kota Manado (Kota Manado Dalam Angka, 2010: x).

Tanggal 14 Juli 1623 telah ditetapkan sebagai hari jadi atau kelahiran Kota Manado. Tampaknya hari jadi yang diambil tanggal 14 mempunyai momentum yang sangat berarti dan menjadi peristiwa besar bagi Kota Manado karena ada tiga peristiwa bersejarah yaitu *pertama*, tanggal 14 yang diambil dari peristiwa heroik yakni pengibaran bendera Merah Putih pada tanggal 14 Februari 1946, di mana putra daerah ini bangkit dan menentang penjajahan Belanda

untuk mempertahankan kemerdekaan Indonesia. *Kedua*, tanggal 14 Juli 1919, dalam dunia hukum ada peristiwa besar yaitu dikeluarkannya Besluit Gubernur Jenderal tentang penetapan Gewest Manado sebagai Staatgemeente. *Ketiga*, pada tahun 1623 yang diambil dari unsur sejarah di mana Kota Manado telah dikenal oleh orang-orang luar negeri dan digunakan dalam surat-surat resmi. Berdasarkan ketiga peristiwa penting tersebut, maka tanggal 14 Juli resmi menjadi hari jadi Kota Manado. Oleh karena itu, sejak saat itu sampai sekarang tanggal tersebut terus dirayakan oleh masyarakat dan pemerintah Kota Manado sebagai hari jadi Kota Manado.¹

Dewasa ini Kota Manado telah menjadi ibu kota provinsi (Sulawesi Utara). secara geografis Kota Manado yang berada di ujung utara pulau Sulawesi (utara) ini, di sebelah baratnya berbatasan dengan Teluk Manado/ Laut Sulawesi, di sebelah timur dengan kecamatan Dimembe, sebelah utara dengan kecamatan Woeu (Kabupaten Monahasa dan Teluk Manado, serta di sebelah selatan dengan kecamatan Pineleng. Selain itu, berbatasan pula dengan Philipina dan menghadap ke Asia Timur serta Pasifik.

Kota yang memiliki tektur tanah berombak ini (37,95%) dan 40,16% yang merupakan dataran landai memiliki daerah-daerah kepulauan yaitu Manado Tua, Siladen dan Bunaken. Pulau Bunaken merupakan salah satu pulau yang telah menjadi kebanggaan bangsa Indonesia umumnya dan khususnya penduduk setempat sebagai sumber daya pariwisata bahari yang sudah terkenal luas/mendunia.

Secara administratif Kota Manado terbagi atas 9 wilayah kecamatan (Malalayang, Sario, Wanea, Wenang, Tikala, Mapanget, Tuminting, Singkil, dan Bunaken) dan 87 kelurahan, Daerah terluas ada di kecamatan Bunaken (44,5830 km²) dan kecamatan Mapanget (58.2095 km²). Untuk lebih jelasnya tentang luas masing-masing wilayah kecamatan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

¹Profil Manado. Manadokota.bps.go.id/index.php/tentang-manado
Maret 2009.

Tabel 1
Kecamatan dan Luas Wilayah Kota Manado

No	Kecamatan	Kelurahan	Luas Wilayah (Km ²)
1.	Bunaken	8	44.5830
2.	Tuminting	10	4.3100
3.	Singkil	9	4.6775
4.	Wenang	12	3.6395
5.	Tikala	12	15.1180
6.	Sario	7	1.7525
7.	Wanea	9	7.8525
8.	Malalayang	9	17.1175
9.	Mapanget	11	58.2095
Jumlah		87	157.26

Sumber: Kantor Statistik Kota Manado, 2009

Dengan luas wilayah sebesar 157.26 Km², kota ini dihuni oleh sejumlah 439.000 jiwa (tahun 2009) terdiri dari 217.476 laki-laki dan 222.184 perempuan, dan tergabung pada 120.166 rumah tangga. Tingkat kepadatan penduduknya mencapai 2.796 jiwa/km². Secara umum jumlah penduduk laki-laki lebih sedikit dari penduduk perempuan dengan komposisi penduduk yang berada pada usia produktif relatif cukup besar lebih dari 50% merupakan penduduk yang berada pada usia produktif. Tentu saja kondisi ini dapat menjadi satu kekuatan SDM bagi kota ini, artinya tingkat ketergantungan usia non produktif dapat dinormalisasikan oleh mereka yang produktif. Namun demikian apabila dilihat dari komposisi keadaan dari setiap golongan umur, tampaknya umur balita dan anak-anak menduduki posisi teratas dibandingkan dengan penduduk usia produktif itu sendiri yaitu yang berumur antara 20 sampai 40 tahun. Ini artinya penduduk usia non produktif (terutama dari usia anak dan balita) yang dapat diayomi oleh besarnya jumlah yang produktif tersebut merupakan beban yang cukup besar. Untuk jelasnya keadaan penduduk Kota Manado dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2
Keadaan Penduduk Menurut Golongan Umur dan Jenis Kelamin
Tahun 2009

Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Jumlah	Prosentase
	Laki-laki	Perempuan		
0-4	19.774	18.944	38.718	8,81
5-9	20.702	19.513	40.215	9,15
10-14	18.283	18.051	36.334	8,26
15-19	20.650	21.575	42.225	9,60
20-24	17.064	18.666	35.730	8,13
25-29	20.645	20.725	41.379	9,41
30-34	15.525	15.606	31.431	7,08
35-39	19.818	21.282	41.100	9,35
40-44	13.672	13.273	26.945	6,13
45-49	12.769	15.475	28.244	6,42
50-54	13.830	13.695	27.525	6,26
55-59	8.946	8.494	17.440	3,97
60-64	6.238	3.531	9.769	2,22
65-69	4.505	5.097	9.606	2,18
70-74	2.461	2.815	5.231	1,19
75+	2.626	5.442	8.068	1,84
	217.476	xxx22.184	439.660	100

Sumber: Kota Manado Dalam Angka, 2010, hlm. 77.

Melihat keadaan penduduk yang relatif berada pada usia produktif tersebut tentunya dapat kita lihat pula bagaimana keadaan pekerjaan yang mereka geluti. Tampak bahwa dilihat dari jenis pekerjaan yang dijalani penduduk Kota Manado, bidang Perdagangan dan jasa merupakan pekerjaan yang paling banyak dijalani oleh penduduk Kota Manado. Hal itu dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3
Keadaan Penduduk Menurut Jenis Pekerjaan dan Jenis Kelamin
Tahun 2009

Uraian Jenis Pekerjaan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
Pertanian	7.803	1.706	9.500
Pertambangan	841	-	841
Industri	5.922	2.142	8.063
Listrik, gas dan air	1.104	220	1.324
Bangunan	15.743	359	16.102
Perdagangan, rumah makan & akomodasi	27.756	28.145	55.901
Transportasi, pergudangan, dan komunikasi	23.213	2.106	25.318
Keuangan, real estate, persewaan & jasa perusahaan	4.751	2.724	7.475
Jasa kemasyarakatan, sosial & perorangan	30.363	25.610	55.973
	117.495	63.012	180.507

Sumber: Kota Manado Dalam Angka, 2010, hlm. 83

Dari tabel tersebut tampak bahwa lebih dari 50% penduduk menggeluti dua bidang pekerjaan yang banyak tumbuh di perkotaan (jenis pekerjaan yang sudah mencirikan b jasa kemasyarakatan, sosial dan perorang; serta perdagangan, rumah makan dan akomodasi), semengntara ciri pekerjaan perdesaan sudah semakin tidak ada (kurang dari 1% saja).

2.2 Gambaran Umum Kebijakan Kesehatan di Kota Manado

Sejak tahun 2000, pemerintah Indonesia telah mencoba memberikan perhatiannya terhadap masalah kesehatan. Berbagai kebijakan yang berkaitan dengan masalah kesehatan telah dikeluarkan baik yang menyangkut tentang sarana dan prasarana kesehatan maupun dengan sumber daya manusia yang bergerak di bidang kesehatan, demikian juga dengan program-program kesehatan bagi masyarakat terutama bagi masyarakat miskin. Berbagai kebijakan itu tentunya

sesalu mengalami perubahan yang disesuaikan dengan permasalahan kesehatan yang juga berkembang. Permasalahan yang tidak hanya menyangkut pada sarana dan prasarana kesehatan itu sendiri, tetapi juga pada sumber daya manusia yang mendukung berlangsungnya berbagai jenis kegiatan kesehatan itu dapat berjalan. Berikut adalah pembahasan secara umum tentang ruang lingkup aktifitas kegiatan kesehatan yang berlangsung di sebuah sarana kesehatan yang disebut rumah sakit dalam hal ini sampel yang diambil dari penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. V.L. Ratumbuang di Kota Manado.

Sebelum sampai pada pembahasan tentang profil sarana kesehatan yang ada di Kota Manado ini, akan dibahas terlebih dahulu tentang kebijakan yang berkaitan dengan bidang kesehatan yang ada di Kota Manado khususnya dan umumnya di Indonesia.

Terdapat beberapa arah kebijakan di bidang kesehatan. *Pertama* adalah Kebijakan umum di bidang kesehatan pada dasarnya kebijakan tersebut diarahkan untuk meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga medis. Kebijakan tersebut diharapkan dapat saling mendukung dalam memberikan prioritas pada usaha atau upaya meningkatkan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi masyarakat, serta dapat memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan termasuk sarana dan prasarana dalam bidang medis dan tersedianya obat yang harganya dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, tanpa membedakan si kaya atau si miskin.

Kedua adalah kebijakan umum kesehatan yang dapat mendorong adanya upaya atau usaha menuju perbaikan terhadap pelayanan kesehatan dengan menerapkan kebijakan-kebijakan yang ada untuk mengatur standar mutu pelayanan kesehatan dan kondisi antarinstansi dalam penanggulangan keadaan gawat darurat, serta mendorong dan mendukung upaya-upaya perbaikan manajemen kesehatan menuju kemandirian lembaga-lembaga kesehatan agar dapat mengembangkan potensinya dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, serta mendukung upaya untuk memperbaiki dan

menambah sarana dan prasarana kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengurangi peran aktif masyarakat untuk mewujudkan pelaksanaan gaya hidup sehat sebagai cara pencegahan penyakit.² Kebijakan umum kesehatan tersebut, tampaknya berlaku untuk semua instansi terkait khususnya yang berada dibawah naungan Kementerian Kesehatan.

Kelompok Pembahasan mengenai kebijakan umum dan khusus ini akan difokuskan pada obyek pokok dalam penelitian tentang Dinamika Kewarganegaraan Kelompok Sosial Pekerja, dalam hal ini kelompok pekerja di bidang kesehatan. Untuk itu maka kebijakan-kebijakan yang akan dibahas dalam bab ini ini kebijakan yang berkaitan dengan pekerja di bidang kesehatan yang meliputi para tenaga medis termasuk di dalamnya adalah dokter, perawat, bidan, dan tenaga non medis yang ada korelasinya dengan lingkup kegiatan pekerjaan tersebut seperti aspek manajerial dari kegiatan kesehatan, dan tentunya juga dengan sarana penunjangnya yaitu rumah sakit tempat di mana para pekerja tersebut melakukan aktifitasnya.

2.2.1 Kebijakan Umum Kesehatan

Negara Indonesia sebagai daerah kepulauan telah menyebabkan semakin meluasnya kebutuhan akan pengadaan sarana dan prasarana seperti halnya di bidang kesehatan. Tidak pelak lagi kebutuhan tenaga medis pun menjadi satu masalah tersendiri. Bahkan sering terjadi keluhan dari masyarakat yang berada di wilayah atau daerah pinggiran dan pulau-pulau terpencil yang sangat kekurangan tenaga medis. Demikian pula dengan yang terjadi di Kota Manado, menurut pendapat salah seorang informan dari Dinas Kesehatan Kota Manado, menjamurnya sebuah lembaga pendidikan yang ada di daerahnya itu, sudah bukan merupakan sesuatu yang aneh. Apalagi banyaknya permintaan pendidikan di bidang-bidang tertentu seperti halnya pendidikan keperawatan atau kesehatan, telah menjadi ladang baru bagi sekelompok warga di republik ini untuk berkiprah. Oleh karena itu, pihak Dinas Kesehatan tidak membatasi didirikannya

²www.bappedajakarta.go.id/download/renstrada?RenstradaBab08.pdf.

lembaga-lembaga pendidikan di bidang kesehatan tersebut. Dikhawatirkan Jika Dinas Kesehatan membatasi rekomendasi pendirian lembaga - lembaga pendidikan tenaga kesehatan akan dapat menimbulkan komplain atau pengaduan dari masyarakat yang merasa tidak puas, untuk itu pula tidak heran jika di wilayah Kota Manado maupun di wilayah lain di lingkungan Provinsi Sulawesi Utara banyak bermunculan lembaga-lembaga pendidikan atau institusi kesehatan.

Dalam kaitannya dengan peningkatan mutu tenaga kesehatan melalui peningkatan pendidikan. Pendidikan tenaga kesehatan dewasa ini bukan lagi tanggung jawab dari Menteri Kesehatan. Pada waktu dulu pendidikan kesehatan bersifat kedinasan sebagai contoh ketika rumah sakit membutuhkan tenaga perawat, maka dengan sendirinya dapat mendirikan pendidikan institusi tenaga perawat dan pertanggung jawabannya melalui Dinas Kesehatan Provinsi atau melalui Kanwil dan langsung kepada Menteri Kesehatan melalui Badan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPSDM) kesehatan. Akan tetapi sesuai dengan perkembangan zaman tampaknya sekarang ini di manapun dan siapapun dapat mendirikan sebuah lembaga pendidikan tenaga keperawatan atau kebidanan dan bahkan pendidikan kesehatan secara umum, terutama bagi mereka yang memiliki modal cukup besar untuk membuat sebuah lembaga pendidikan. Pendirian lembaga pendidikan kesehatan hanya cukup dengan adanya sebuah surat rekomendasi saja dari dinas terkait dalam hal ini Dinas Kesehatan. Komersialisasi di bidang pendidikan pun menjadi sebuah realitas yang tak dapat dipungkiri lagi.

Walaupun demikian, dari segi kebijakan, kemunculan lembaga-lembaga atau institusi-institusi kesehatan tersebut tidak akan menjadi masalah serius selama lembaga tersebut berpatokan pada aturan yang berlaku di dunia pendidikan. Seperti halnya lembaga pendidikan kesehatan, untuk pengaturan kurikulum masih tetap berada dalam wewenang dan tanggung jawab dari Direktorat Pendidikan Tinggi (DIKTI), sedangkan untuk isi kurikulumnya diatur oleh Kementerian Kesehatan, dan harus berhubungan langsung dengan Program Pelayanan Kesehatan. Dalam hal ini jelas sekali walaupun

banyak bermunculan lembaga-lembaga atau institusi-institusi kesehatan, tetap saja intervensi dari Kementerian Kesehatan sebagai institusi yang bertanggung jawab langsung dalam melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap lembaga pendidikan tersebut.

Kermunculan lembaga-lembaga atau institusi-institusi tenaga kesehatan khususnya perawat dan bidan, tidak menutup kemungkinan untuk tetap menjaga kualitas serta memiliki sikap profesional dari tenaga perawat dan bidan sebagai actor langsung. Sebab jika hal tersebut tidak dijaga/tidak dipertahankan secara langsung akan memberikan pengaruh buruk atau memberikan citra buruk terhadap rumah sakit di mana tenaga kesehatan itu bekerja. Dan sebaliknya jika para tenaga kesehatan tersebut dapat memberikan pelayanannya dengan baik dan bersikap profesional dapat memberikan kepuasan kepada para pasiennya, sehingga pencitraan terhadap rumah sakit dan para tenaga medisnyapun menjadi baik. Oleh karena itu, pihak-pihak yang terkait dengan lembaga atau institusi yang mendirikan, harus tegas dalam menyeleksi SDMnya, mulai dari rekrutmen, kemudian seleksi dan penempatan, pembinaan serta pengembangan karir harus dikelola dengan baik, agar dapat memaksimalkan pendayagunaan tenaga perawat dan bidan atau tenaga medis lainnya. Sebab bagaimanapun juga pihak Dinas Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan masih bertanggung jawab atas keberlangsungan pendirian lembaga-lembaga atau institusi tersebut.

Dalam kaitannya dengan kebijakan umum kesehatan, tentu saja sebuah kebijakan akan muncul sesuai dengan kebutuhan masing-masing daerah namun demikian tidak juga mengurangi esensi dari kebijakan umum tersebut. Seperti misalnya kebijakan-kebijakan umum untuk peningkatan tenaga medis atau tenaga kesehatan di wilayah Provinsi Sulawesi Utara, selalu berlandaskan pada peraturan pemerintah tentang kesehatan serta peraturan Menteri Kesehatan tentang praktik tenaga kesehatan dan praktik kedokteran. Demikian juga dengan tenaga-tenaga kesehatan lainnya seperti perawat atau bidan. Namun demikian, untuk meningkatkan kompetensi tenaga medis telah pula dibentuk satu badan yang disebut Majelis Tenaga Kesehatan

Indonesia (untuk tingkat pusat atau nasional) disingkat MTKI, dan Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (di tingkat provinsi) yang disingkat dengan MTKP. MTKP ini tugasnya adalah untuk menjaring tenaga-tenaga kesehatan yang sesuai dengan kompetensinya masing-masing. Dengan demikian, MTKP ini bertugas untuk dapat memantau dan mengawasi para tenaga medis dengan cara melakukan uji kompetensi terhadap tenaga medis tersebut.

Dinas Kesehatan sebagai perpanjangan tangan dari Menteri Kesehatan, tidak mempunyai wilayah kerja hanya memiliki program dan kebijakan yang harus diturunkan dan harus dilaksanakan oleh mereka dalam hal ini pihak rumah sakit, puskesmas, baik di tingkat kabupaten maupun kota. Dinas Kesehatan hanya mengevaluasi hasil atau program kerja mereka dalam satu tahun, biasanya melalui Lakipnya masing-masing. Selain itu, Dinas Kesehatan memiliki "Box" yaitu semacam program pengadaan dan penyediaan tenaga kerja, yang fungsinya adalah siap untuk dipanggil secara berkala untuk dibina, dengan konsep "jemput bola" maka tenaga kerja kesehatan ini bekerja mencari masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Termasuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat dan melakukan penyuluhan program jamkesmas, jamkesda dan jampersal.

Pada tahun 2011³, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara pun telah membentuk Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP). Pembentukan majelis ini berdasarkan amanah dari Menteri Kesehatan yang pada intinya mengharapkan agar tenaga kesehatan dapat berfungsi dengan baik sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna. Selain itu, juga ada kebutuhan untuk perlunya meningkatkan tenaga profesional di bidang kesehatan dari

³Pada saat penelitian berlangsung, MTKP ini baru dalam proses pembentukan, belum berjalan baru akan disosialisasikan, karena terbukti belum semua tenaga kesehatan mengetahui akan adanya badan ini. Hasil wawancara dengan sekjen kesehatan, dan seorang mantan bidan yang sekarang bertugas di bagian administrasi (bagian pengawasan dan penelitian pengembangan).

seorang perawat atau bidan, terutama dalam kaitannya dengan kebijakan pemberian izin praktik mereka (perawat dan bidan). Unsur-unsur yang ada di dalam MTKP selain Dinas Kesehatan juga melibatkan organisasi profesi kesehatan khusus di bidang tenaga perawat dan bidan. Sebagai contoh adalah adanya pemberlakuan baru terhadap izin praktik seorang bidan. Di mana dalam peraturan baru tersebut mengharuskan adanya peningkatan pendidikan bagi seorang bidan yang selama ini hanya sampai D1/D2, kini harus sampai jejang pendidikan D3 setara S1. Sehingga bagi bidan yang selama ini masih mengantongi pendidikan D1 atau D2, apabila mereka berkeinginan untuk dapat membuka praktik kebidanannya diwajibkan untuk meningkatkan pendidikannya, karena tanpa pendidikan D3/D4 tersebut mereka (bidan) tidak dapat mengajukan izin praktik kebidanan.

2.2.2 Kebijakan Khusus

Seperti telah diuraikan di atas bahwa kebijakan yang ada di bidang kesehatan tidak hanya berdasarkan atas kebijakan umum yang diberlakukan juga secara umum bagi seluruh wilayah kerja Dinas Kesehatan. Namun demikian bagi daerah-daerah tertentu yang memiliki visi yang baik bagi daerahnya biasanya mereka pun akan mengeluarkan berbagai kebijakan daerah yang tujuannya demi kesejahteraan warga masyarakatnya. Dalam hal ini terdapat beberapa kebijakan terutama yang berkaitan dengan kinerja tenaga kesehatan di daerah tersebut.

Salah satu kebijakan yang sudah diberlakukan untuk daerah provinsi Sulawesi Utara ini adalah yang menyangkut mengenai disiplin kerja. Demi dapat meningkatkan disiplin kerjanya maka diberikan kompensasi berupa pemberian tunjangan penghasilan. Untuk semua pegawai negeri di lingkungan Provinsi Sulawesi Utara telah diberikan tunjangan tambahan penghasilan pegawai yang biasa disebut dengan TKD (Tunjangan Kinerja Daerah). Mengapa masalah ini kami angkat, karena tampaknya di dunia kesehatan hal ini juga pernah memunculkan sedikit ketidakpuasan atau bahkan konflik kecil di antara kelompok warga tenaga kesehatan di RSUD Ratumbuang ini. Terlebih lagi

untuk wilayah Kota Manado dan seluruh wilayah di Provinsi Sulawesi Utara, semua pegawainya khusus Pegawai Negeri Sipil (PNS) sudah mendapat Tunjangan Kinerja Daerah (TKD).

Berikut ini akan kami uraikan terlebih dahulu apa yang dimaksud dengan tunjangan tersebut. Dalam pemberian tunjangan meliputi beberapa kriteria, seperti kriteria kehadiran, absen, alpa, izin kerja.

Kriteria pertama yaitu tentang perhitungan persentase pemotongan tambahan penghasilan (TPP). Pemberlakuan terhadap TPP ini seperti yang tercantum di dalam Pasal 5 ditetapkan sebagai berikut:

- (a) Tidak hadir/tidak masuk kantor karena alpa setiap 1 (satu) hari kerja dipotong 3% dari jumlah TPP setiap bulan.
- (b) Tidak apel pagi (TAP) setiap 1 (satu) kali dipotong 1,5% dari jumlah TPP setiap bulan.
- (c) Tidak apel siang/sore (TAS) setiap 1 (satu) kali dipotong 1,5% dari jumlah TPP setiap bulan.
- (d) Izin tidak apel pagi atau apel siang/sore 1 (satu) kali dipotong 1% dari jumlah TPP setiap bulan.
- (e) Meninggalkan tempat kerja saat jam kerja tanpa izin dari atasan/pimpinan setiap 1 (satu) hari kerja dipotong 2%.
- (f) Tidak masuk kantor karena cuti, izin atau sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (6) setiap hari kerja dipotong 2%.

Kriteria kedua yaitu penerima tunjangan penghasilan pegawai (TPP). Pemberlakuan terhadap kriteria kedua ini sejak tahun 2011 diperuntukan bagi semua pegawai di lingkungan pemerintah daerah Kota Manado adalah berhak menerima TPP, termasuk pegawai Rumah Sakit Khusus Kejiwaan (RSKD). Namun demikian TPP di kalangan pegawai harus melalui aturan yang ada yaitu kriteria yang berlaku sehingga tidak secara langsung menerima melainkan harus melalui proses, di antaranya:

- (1) Pegawai Negeri Sipil Daerah (PNSD) yang menerima TPP harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

- (a) Mengikuti apel pagi dan apel siang/sore tepat waktu sesuai ketentuan yang berlaku.
 - (b) Masuk kantor dan melaksanakan tugas secara penuh sesuai tugas pokok dan fungsi.
 - (c) Melaksanakan tugas luar atau mengikuti diklat berdasarkan perintah tugas dari atasan atau pejabat yang berwenang.
- (2) PNSD yang tidak atau kurang memenuhi kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan pemotongan TPP dengan presentase pemotongan berdasarkan pada penilaian komponen disiplin.
 - (3) PNSD yang tidak masuk kantor karena alpa 10 (sepuluh) hari kerja atau lebih, baik secara terus menerus maupun berselang dalam masa waktu 1 (satu) bulan, tidak diberikan TPP.
 - (4) PNS dengan status titipan di lingkungan Pemerintah Kota dan PNSD dengan status titipan di instansi lain tidak diberikan TPP.
 - (5) PNSD yang tidak masuk karena alpa, cuti, izin dan sakit lebih dari 12 (dua belas) hari kerja dihitung secara kumulatif dalam masa waktu 1 (satu) bulan, tidak diberikan TPP.
 - (6) PNSD yang tidak masuk kantor karena alpa, cuti, izin dan sakit kurang dari atau sama dengan 12 (dua belas) hari kerja dihitung kumulatif dalam masa waktu 1 (satu) bulan, diberikan TPP dengan presentase pemotongan sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota ini.
 - (7) PNSD yang mengikuti pendidikan tugas belajar (pendidikan formal) tidak diberikan TPP terhitung mulai tanggal mengikuti pendidikan tugas belajar sampai selesai, kecuali jumlah hari kerja tidak masuk kantor pada bulan awal ketika mulai melaksanakan tugas belajar dan jumlah hari kerja tidak masuk kantor pada bulan akhir ketika selesai melaksanakan tugas belajar, perhitungan persentase pemotongan TPP disamakan dengan penilaian komponen disiplin tidak hadir/masuk kantor.

- (8) PNSD yang telah mencapai Batas Usia Pensiun (BUP) dan/atau tidak memegang jabatan struktural eselon II, tidak diberikan TPP⁴.

Dengan adanya pemberian TKD kepada para pekerja khususnya di RSKD dan pegawai negeri sipil (PNS) umumnya di wilayah Provinsi Sulawesi Utara, setidaknya telah menjadi faktor pendorong para pegawai tersebut untuk bekerja lebih giat lagi, sesuai dengan TUPOKSI (Tugas Pokok dan Fungsi) masing-masing. Begitu juga dengan para pekerja di lingkungan RSKD harus bekerja secara profesional, sebab walaupun bagaimana para pekerja ini telah diuntungkan, diberi TKD atau TPP, karena belum semua daerah/wilayah yang ada di Indonesia menerima tunjangan tersebut.

2.3 Dinamika Sosial Kelompok Pekerja Kesehatan

2.3.1 Wadah Aktifitas Pekerja Tenaga Kesehatan

Berdasarkan data tahun 2009, sarana kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan yang ada di Kota Manado, tidak hanya rumah sakit umum dan rumah sakit bersalin yang terletak di ibu kota, tetapi juga beberapa sarana kesehatan yang ditempatkan di wilayah-wilayah kecamatan dan desa atau kelurahan. Selain sarana kesehatan, terdapat juga sarana penunjang lainnya seperti balai pengobatan, apoteker, dan sebagainya. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel berikut.

⁴Peraturan Walikota Manado Nomor 05 Tahun 2011 Tentang Pemberian Tambahan Penghasilan Pegawai Negeri Sipil Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kota Manado, Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 4
Sarana Kesehatan di Kota Manado

Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
Rumah Sakit Umum	9
Rumah Sakit Bersalin	2
Puskesmas	15
Puskesmas Pembantu	51
Puskesmas Keliling	15
Puskesmas Perairan (speedboat)	2
Posyandu	294
Polindes/Poskesdes	7
Rumah Bersalin	3
Balai Pengobatan/Klinik	11
Apotik	53
Toko Obat	63
GFK	1
Praktik Dokter Perorangan	568
Praktik Dokter Bersama	172
Industri Kecil Obat Tradisional	14

Sumber: Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ratumbuang.

Pada tahun 2009 tenaga kesehatan pada Dinas Kesehatan beserta jajarannya (Puskesmas) sebanyak 448 orang, terdiri dari Tenaga Medis (Dokter Umum/Gigi) sebanyak 62 orang (17,95%), Tenaga Perawat dan Bidan sebanyak 275 orang (58,66%), Tenaga Farmasi sebanyak 37 orang (5,22%), Tenaga Gizi 26 orang (4,38%), Teknisi Medis 1 orang (0,42%), Tenaga Sanitasi sebanyak 31 orang (6,89%) dan Tenaga Kesehatan Masyarakat sebanyak 16 orang (5%).

Jumlah Sarana kesehatan yang ada di Provinsi Sulawesi Utara umumnya dan khususnya di Kota Manado tersebut, tampaknya masih dianggap jauh dari harapan, terutama yang ada di Kota Manado. Menurut seorang calon walikota Manado Dr. Richard Sualang dikatakannya bahwa tenaga kesehatan yang berada di tiap-tiap

puskesmas masih jauh dari harapan hal ini diperparah lagi oleh fasilitas kesehatan yang tidak memadai⁵

Seperti halnya yang tertuang dari tabel di atas, terdapat 9 buah rumah sakit umum yang terdapat di Kota Manado yang berjumlah 9 rumah sakit tersebut termasuk 3 buah rumah sakit swasta. Namun untuk keperluan penelitian ini kami hanya akan mengangkat kasus pada salah satu rumah sakit yang ada tersebut, yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Ratumbusang. Berikut adalah pembahasan tentang keadaan dan aktifitas tenaga kesehatan dari rumah sakit tersebut.

2.3.2 Profil Sarana Kesehatan di Kota Manado: Kasus RSUD Prof. Dr. V.L. Ratumbusang Kota

Sejak tahun 2000, pemerintah Indonesia telah mencoba memberikan perhatiannya terhadap masalah kesehatan. Berbagai kebijakan yang menyangkut pelayanan kesehatan telah dikeluarkan dan terutama bagi masyarakat tidak mampu yang disinyalir tidak dapat mengakses berbagai pelayanan kesehatan yang diinginkan. Salah satu sarana kesehatan yang ada dan tampaknya berperan cukup baik di Kota Manado adalah RSUD Prof. DR.. V.L. Ratumbusang Kota Manado.

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan, Bab 1, Pasal 1, ayat 2, yang dimaksud dengan sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sementara itu, dalam Pasal 1 ayat 3 disebut bila yang dimaksud dengan upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat. Dengan demikian, dapat dikatakan bila sebuah rumah sakit adalah sebuah tempat yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan kegiatan penyelenggaraan kesehatan di mana tempat tersebut dapat digunakan oleh semua warga masyarakat yang membutuhkan pemeliharaan dan peningkatan kesehatannya.

⁵<http://menado today.com/tenaga-kesehatan-di-kota-manado-masih-kurang>, diakses, 8 maret 2011.

Rumah sakit sebagai sebuah pranata sosial adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. RSUD Prof. Dr. V.L. Ratumbusang di Kota Manado sebagai Salah satu rumah sakit yang dijadikan sampel dalam penelitian ini merupakan sebuah Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) yang luas arealnya mencapai $\pm 3,88$ ha, berlokasi di Jalan Bethesda Nomor 77, termasuk ke dalam wilayah kelurahan Kleak Kecamatan Malalayang, Kota Manado. Rumah sakit ini pada awalnya adalah sebuah Rumah Sakit Jiwa yang didirikan sekitar tahun 1934 dengan nama "*Doorgangshuis Voor Krankzinnigen*" berlokasi di dua tempat yang berbeda di Manado yaitu untuk pasien laki-laki di Sario, sedangkan untuk pasien perempuan berlokasi di Wanea yang berjarak ± 2 km dari lokasi pertama, dengan kapasitas keseluruhan 46 tempat tidur (TT), masyarakat setempat lebih mengenalnya dengan nama "Rumah Putih" atau "*Witte Huis*", karena bangunannya yang berwarna putih.

Pada saat itu masyarakat lebih mengenal tempat ini dengan nama rumah putih atau "Witte Huis" yang tenaganya terdiri dari dokter tentara Belanda dibantu oleh para petugas dari Rumah Sakit Umum Manado. Tempat perawatan ini merupakan tempat penampungan sementara para penderita gangguan jiwa, karena sewaktu-waktu para pasien diangkut dan dipindahkan ke Rumah Sakit Jiwa Lawang.

Pada tahun 1945 sampai dengan tahun 1951 Rumah Sakit mengalami masa transisi dan status Rumah Sakit masih belum jelas. Baru kemudian pada tahun 1951, berkat hasil perjuangan Prof dr. V.L. Ratumbusang (psikiater pertama putra daerah Manado), kedua lokasi perawatan (laki-laki dan perempuan) digabungkan menjadi satu di Jalan Bethesda Manado dengan kapasitas 100 tempat tidur (TT) dan tempat ini menjadi lokasi tetap hingga saat ini. Rumah Sakit memperoleh status menjadi Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Manado dan Prof dr. V.L. Ratumbusang diangkat menjadi direktur pertama. Pada masa sentralisasi, Rumah Sakit ini memakai nama resmi Rumah Sakit Jiwa Pusat Manado Kelas "A", sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) milik Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI,

dengan kapasitas tempat tidur 250 TT. Sejak diberlakukannya Otonomi Daerah (OTDA), di mana sebagian kewenangan pemerintah pusat telah dilimpahkan ke daerah, maka RSJ Pusat Manado diserahkan ke Pemerintah Daerah dan menjadi salah satu unsur penunjang/lembaga teknis daerah di lingkungan Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara sekaligus berubah statusnya menjadi sebuah Rumah Sakit Umum.

Dengan meningkatnya jumlah pasien yang memerlukan perawatan rawat inap, maka pada tahun 1954 telah dilakukan perluasan gedung yang disertai dengan peningkatan kapasitas tempat tidur. Sementara itu, Untuk memenuhi kebutuhan para medis, pada tahun 1954 sampai dengan 1964, rumah sakit juga membuka tempat pendidikan Pembantu Perawat (PP), dan pada tahun 1964 telah diubah menjadi pendidikan Juru Kesehatan dan Penunjang Kesehatan "D" (PK). Sebagian besar lulusannya dipekerjakan di RSJ Manado untuk memenuhi kebutuhan Perawat Jiwa.

Dengan pemberlakuan Peraturan Pemerintah nomor 41 Tahun 2007 dan Perda nomor 4 Tahun 2008 (perubahan dari Perda No 15/2002 tentang Badan Pengelola RS Prof. Dr. V.L. Ratumbuang Provinsi Sulawesi Utara), maka Badan Pengelola Rumah Sakit Prof. Dr. V.L. Ratumbuang berubah nama menjadi Rumah Sakit Khusus Daerah Kelas A dengan tingkat Eselon II B sebagai Satuan Kerja Pemerintah Daerah dan direktur rumah sakit bertanggung jawab langsung terhadap Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi. Kemudian mulai tahun 2003 untuk menjawab tuntutan kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan, maka rumah sakit ini telah berupaya untuk mengembangkan pelayanan menjadi dua bagian besar yakni pelayanan kesehatan jiwa dan Napza serta pelayanan kesehatan umum⁶.

Sesuai tugas pokok dan fungsi rumah sakit, sarana dan prasarana pelayanan yang ada di Rumah Sakit khusus Daerah kelas A adalah meliputi: pertama adalah *Program Intramural* (di dalam rumah sakit) yang terdiri atas Pelayanan Kedaruratan, Pelayanan rawat jalan,

⁶<http://www.sulut.go.id/ratumbuang/status.html>

Pelayanan rawat inap, Pelayanan rehabilitasi pasien mental / psikososial, dan Pelayanan penunjang lainnya; kedua *Program Ekstramural* (di luar rumah sakit) seperti: Pelayanan kesehatan jiwa konsultatif di RSUD dan Puskesmas, penyuluhan kesehatan jiwa, kunjungan rumah (*home visite*), penjangkauan dan penanggulangan gelandangan psikotik, pendidikan pelatihan dan penelitian kesehatan jiwa, dan kerja sama lintas sektor.

Sementara itu, pelayanan kesehatan RSKD Kelas A ini mengacu pada program dan kegiatan pelayanan kesehatan berupa:

- (a) Upaya kesehatan perorangan dan rujukan
- (b) Upaya Pelayanan Kesehatan Rujukan
- (c) Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat
- (d) Upaya Pelayanan Penunjang Kesehatan

Sementara upaya pelayanan penunjangnya akan menyangkut beberapa bagian, seperti:

- Penunjang Diagnostik (Radiologi dan Laboratorium)
- Apotik / Farmasi
- Dapur Gizi
- Laundry
- Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
- Pemulasaran jenazah
- Pendidikan dan latihan di bidang kesehatan (khususnya bidang kesehatan Jiwa)
- Pelatihan Teknis Kesehatan Jiwa untuk tenaga kesehatan umum
- Pelatihan Untuk Pendidikan Tenaga Kesehatan.

Sesuai program kesehatan yang ada, maka berbagai tingkatan pelayanan kesehatan yang ada di RSKD ini diterapkan tidak hanya pada jenis pelayanan rawat inap tetapi juga pada pelayanan rawat jalan. Di mana untuk memfasilitasi masing-masing jenis tersebut mendapat perlakuan sama.

Beberapa jenis fasilitas yang ada pada kedua jenis pelayanan tersebut dapat diperinci berikut ini:

(1) Pelayanan rawat jalan, meliputi:

- Psikiatri dan Ketergantungan Napza
- Gigi dan Mulut
- Umum dan Spesialistik (Penyakit Dalam, Kebidanan & Kandungan, Anak, Saraf, THT, Bedah, Kulit & Kelamin dan Mata).
- Poliklinik Psikologi
- Poliklinik fisioterapi/Rehabilitasi Medik
- Gawat Darurat Psikiatri
- Gawat Darurat Umum

(2) Pelayanan rawat inap menyangkut:

- Kesehatan jiwa dewasa dan usia lanjut
- Kesehatan jiwa anak dan remaja
- Kesehatan jiwa gangguan mental organik
- Kebidanan dan Kandungan
- Perawatan Penyakit dalam
- Perawatan Bedah

Rumah sakit sebagai sebuah pranata sosial di bidang kesehatan, dalam kegiatannya akan melibatkan berbagai aspek yang berkaitan satu sama lain dan akan mendukung kinerjanya, dalam hal ini berkaitan dengan tenaga kerja kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah tentang Tenaga Kesehatan Bab I Pasal 1 dalam yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Sehubungan dengan tenaga kesehatan yang ada di RS Ratumbusang ini, terdapat sebanyak 268 orang tenaga kesehatan yang bekerja. Selain dokter umum sebanyak 23 orang, dilengkapi juga dengan sumber daya profesional lain yang telah memiliki keahlian spesialis di bidang kedokteran yaitu sebanyak 14 orang, yakni tenaga spesialis kandungan (3 orang), spesialis anak (2 orang), spesialis bedah (1 orang), anestesi (1 orang), spesialis gigi (1 orang), spesialis mata (1

orang), penyakit dalam (1 orang), spesialis anak (1 orang), spesialis jiwa (1 orang), radiologi (1 orang) dan spesialis kulit (1 orang). Selain itu, terdapat pula 2 orang dokter gigi, seorang psikolog, tiga orang apoteker dan 13 orang asisten apoteker/SMF, 7 orang nurse (bidan), dan empat orang dengan *back ground* sarjana keperawatan,

Sementara itu, keadaan sumber daya profesional yang ada di RS Ratumbuang terdapat 14 orang tersebut masih dirasa kurang oleh pihak rumah sakit, sehingga adakalanya mereka meminta bantuan dokter spesialis dari rumah sakit swasta lainnya yang ada di Kota Manado. Menurut kepala RS dan juga beberapa stafnya mengatakan bahwa dalam kaitannya untuk melakukan pelayanan yang optimal RS ini dirasakan masih ada keterbatasan tenaga dalam menangani rumah sakit tersebut. Untuk berjalannya semua aktifitas di rumah sakit ini dilakukan satu kebijakan dari rumah sakit untuk mendatangkan atau mengontrak dokter spesialis yang dibutuhkan dari rumah sakit lain, dan sebaliknya juga para dokter spesialis yang ada di rumah sakit inipun adakalanya mereka juga terikat kontrak kerja dengan rumah sakit swasta lainnya atau dengan rumah sakit sebuah perusahaan. Hal ini untuk mengadopsi semua keterbatasan yang ada di RS di Kota Manado. Untuk lebih jelasnya bagaimana kondisi tenaga kesehatan yang ada dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5
Kondisi Ketenagaan Kerja di Rumah Sakit

No	Tenaga	Jumlah	Keterangan
	Jumlah Keseluruhan	280	
1	Spesialis Jiwa	2	
2	Spesialis Syaraf	2	
3	Spesialis Anak	5	
4	Spesialis Obstetri & Ginekologi	3	
5	Spesialis Mata	2	
6	Spesialis Radiologi	1	
7	Spesialis Penyakit Dalam	1	
8	Dokter Umum	25**	
9	Dokter Gigi	2(1*)	

No	Tenaga	Jumlah	Keterangan
10	Psikolog	(1**)	
11	Apoteker	4	
12	Asisten Apoteker/SMF	13	
13	Magister Kesehatan	2(1*)	1 jabatan struktural
14	Magister Sains	3 (2**)	2 jabatan struktural
15	Magister Pendidikan	1	
16	Nurse	10	
17	Sarjana Keperawatan	5	
18	Sarjana Psikologi	2	
19	Sarjana Kesehatan Masyarakat	4	
20	Sarjana Hukum	2	1 jabatan struktural
21	Sarjana Ekonomi	3	2 jabatan struktural
22	Sarjana Ilmu Komunikasi	1	
23	Sarjana Sosial	6	3 jabatan struktural
24	Sarjana Pendidikan	1	
25	Diploma III Komputer	1	
26	Diploma III Teknik Elektro	2	
27	Diploma III Perbankan	1	
28	Diploma III Keperawatan	51	
29	Diploma III Kebidanan	9	
30	Diploma III Fisioterapi	3	
31	Diploma III Teknik Elektromedik	1	
32	Diploma III Ahli Gizi	7	
33	Diploma III Kesehatan Lingkungan	4	
34	Diploma III Analisis Kesehatan	1	
35	Sekolah Pendidikan Keperawatan	43	
36	Diploma I Perawat Jiwa (SPKSJ)	3	
37	Diploma I Kebidanan	1	
39	SPRB	1	
40	Sekolah Pendidikan Rawat Gigi	6	
41	SPAG	1	
42	Bidan	11	
43	Elektromedik	1	
44	Pembantu Paramedis	1	

No	Tenaga	Jumlah	Keterangan
45	Penjenang Kesehatan	1	
46	Pekarya Kesehatan	3	
47	SMA	22	
48	STM Listrik	2	
49	SKKA Tataboga	1	
50	KPAA	2	
51	SMP	2	

Sumber: Data Kepegawaian per- 31 Desember 2010

Tabel tersebut di atas cukup jelas menunjukkan bila tenaga kerja kesehatan terutama para spesialis kedokteran masih sedikit atau terbatas dan hal ini dianggap kurang memadai. Keterbatasan ini tentu saja dapat menghambat tindakan penyembuhan atau proses tindakan bagi pasien yang memerlukannya, sebagaimana yang telah diuraikan sebelumnya.

Terlepas dari adanya keterbatasan SDM tenaga medis, tetapi aktifitas rumah sakit harus tetap berjalan. Sementara itu, tata kelola bidang kesehatan ini sejalan dengan visi misi dari kota ini yang tertuang dalam RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah) di mana disebutkan bahwa Visi Daerah adalah untuk menjadikan “Sulawesi Utara yang Berbudaya, Berdaya Saing, dan Sejahtera” dengan salah satu misinya untuk “Mewujudkan Masyarakat yang sehat dengan Usia Harapan Hidup yang Panjang”, maka Rumah Sakit Prof. Dr. Ratumbuang menerapkan Visi dan Misinya sebagai berikut:

‘Terwujudnya Rumah Sakit Terakreditasi Dan Mandiri’.

Melalui visi nya itu pula, maka dijabarkan pula beberapa misinya sebagai berikut:

- (1) Menjadikan Rumah Sakit unggulan dalam Pelayanan Kesehatan dan sebagai Pusat Rujukan di Bidang Pelayanan Kesehatan Jiwa dengan menata manajemen rumah sakit lebih efektif, efisien dan berdayaguna.

- (2) Melaksanakan pelayanan profesional dan berkualitas di bidang kesehatan dengan SDM yang terampil, produktif dan kompeten.
- (3) Menciptakan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman, damai, dan sehat serta mutu pelayanan yang baik dilengkapi dengan peralatan yang canggih dan akurat.

Sejalan dengan perubahan pemerintahan yang desentralisasi, maka daerah berkewajiban untuk dapat menghidupi daerah sendiri tanpa bantuan dari pusat yang selama ini terjadi. Berkurangnya kemampuan keuangan pemerintah untuk “mensubsidi” pelayanan kesehatan telah membuka kebijakan untuk menjadikan rumah sakit ini menjadi rumah sakit yang dapat membiayai dirinya sendiri. Melalui Kepres No 40/2001 memberikan opsi rumah sakit daerah menjadi BUMD. Status rumah sakit akan berubah menjadi BLUD. Rancangan bentuk badan hukum PT adalah kendaraan ekonomi yang dalam UUD 45 mengacu pada Pasal 33 dengan tujuan utama mencari keuntungan finansial. Padahal, rumah sakit bukanlah kendaraan ekonomi akan tetapi kendaraan kesejahteraan dan investasi sumber daya manusia Indonesia jangka panjang, yang mengacu pada Pasal 34 UUD 45, ayat 3 jelas menyebutkan bahwa “Negara bertanggung jawab atas fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak”. Perubahan fungsi RS dari fungsi sosial menjadi “*Industri jasa*”, kebijakan ini menggunakan asumsi yang tidak berbasis fakta bahwa bentuk PT akan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.

2.3.1 Profil Pekerja Profesional bidang Kesehatan

2.3.1.1 Gambaran Umum Kelompok Pekerja dan Latar Historis Pembentukannya

Rumah sakit sebagai sebuah pranata sosial yang berkecimpung di bidang kesehatan tentunya akan banyak melibatkan aspek keahlian di bidang kesehatan. Sebagai sebuah pranata ia akan terdiri atas perangkat-perangkat obyek dan aturan yang akan mengatur keberlangsungan pranata sosial kesehatan tersebut. Banyak unsur yang berperan dan mendukung berfungsinya secara operasional suatu

pranata kesehatan seperti sebuah RS. Salah satu unsur utama pendukung tersebut adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang padat karya dan berkualitas tinggi, disertai kesadaran akan penghayatan pengabdian kepada kepentingan masyarakat khususnya dalam pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan. Sebagai sebuah pranata sosial di dalamnya terbentuk satu kelompok warga yang akan dapat menjadi roda penggerak bagi jalannya kegiatan di rumah sakit tersebut. Interaksi yang terbentuk dalam praktik kerja di rumah sakit akan melibatkan berbagai kelompok. Warga kelompok yang ada tersebut dapat terdiri dari berbagai tipe kelompok yang disesuaikan dengan peran dan fungsi kerjanya di tempat tersebut. Untuk keperluan penulisan ini kelompok dimaksud akan lebih difokuskan pada kelompok profesional yang secara langsung bergerak di dunia kesehatan. Kelompok kesehatan ini dapat tergolong atas dua kelompok, yaitu kelompok tenaga medis dan non medis. Kelompok tenaga medis menunjuk pada bidang profesi yang digeluti dan berkaitan dengan dunia kesehatan, dalam hal ini terdapat kelompok profesi seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga teknis kesehatan lainnya. Sementara itu, kelompok non medis biasanya merupakan unsur penunjang jalannya kegiatan di bidang kesehatan yaitu seperti tenaga administrasi, tenaga keuangan, keamanan, dan lain-lain. Berikut adalah gambaran tentang tenaga medis di Rumah Sakit Ratumbusang Kota Manado.

2.3.3.2 Latar Belakang dan Sejarah Pembentukan Kelompok Kerja

Pada bagian ini akan dibahas tentang kelompok pekerja profesional di bidang kesehatan, yaitu profesi dokter, bidan dan perawat. Bagaimana sejarah dan latar belakang kelompok tersebut dalam dunia kesehatan. Berikut adalah paparan dari masing-masing kelompok tersebut.

2.3.3.3 Kelompok Profesi Dokter

Pada masa dahulu dikenal ada 3 macam dokter Indonesia, ada dokter Jawa keluaran sekolah dokter Jawa, ada Indische Arts keluaran

Stovia dan NIAS serta ada pula dokter lulusan Faculteit Medica Batvienis⁷. Namun dalam perkembangan selanjutnya ketiga macam dokter hasil pendidikan zaman kolonial tersebut sudah tidak lagi menjadi persoalan yang mengganggu jalannya aktifitas seorang dokter. Bagi seorang dokter, menjalankan kerja secara profesional adalah menjadi prioritas utama, sehingga tidak heran bila mendengar seorang dokter diibaratkan bagaikan sebuah mesin waktu yang tidak kenal henti.

Secara umum pada saat seorang dokter telah lulus dari institusi pendidikannya dia akan mendapat ijazah dan sertifikat kompetensi sebagai tanda lulusnya dan pengakuan kompetensinya sebagai individu dokter yang sesuai Undang Undang Pendidikan Nasional dan Undang Undang Praktik Kedokteran. Selain itu, juga ia berhak untuk mendapatkan surat tanda registrasi (STR) yang berlaku untuk waktu 5 tahun. Ia harus bertugas sesuai dengan salah satu dari falsafah tujuan dasar Undang Undang Praktik Kedokteran yakni melaksanakan praktik kedokteran yang memberikan perlindungan dan keselamatan pasien (UU No. 29 tahun 2004 Pasal 7 & 8)

Seorang dokter mempunyai tiga tugas pokok yaitu tugas manusiawi, tugas kemasyarakatan (*sivic mission*), dan tugas profesional. Tugas manusiawi adalah tugas-tugas membantu pasien yang sakit agar dapat terhindar dari penyakitnya dan dapat memaksimalkan kesehatan sebaik-baiknya. Tugas-tugas manusiawi itu adalah transformasi ilmu kedokteran bagi penyelamatan umat manusia. Tugas kemasyarakatan merupakan konsekuensi seorang dokter sebagai warga negara yang baik, turut mengemban dan melaksanakan apa-apa yang telah digariskan oleh bangsa dan negara lewat UUD 1945 dan GBHN. Adapun Tugas-tugas profesional dari seorang dokter yaitu meneruskan atau transmisi ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai lain yang sejenis yang belum diketahui dan seharusnya diketahui oleh pasien. Ketiga tugas dokter itu harus dilaksanakan secara bersama-sama dalam kesatuan organis harmonis dan dinamis. Seorang dokter

⁷http://id.wikipedia.org/wiki/Ikatan_Dokter_Indonesia

tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk untuk menyembuhkan penyakit saja tetapi seorang dokter juga harus mampu menjadi katalisator, motivator dan dinamisator pembangunan tempat di mana ia bertempat tinggal⁸. Melalui keahliannya, seorang dokter seharusnya mampu membantu pasiennya untuk meningkatkan daya tahan tubuh atau fisiknya sedemikian rupa sehingga mampu untuk turut serta secara aktif melanjutkan hidupnya bagi pengembangan dirinya.

Selain daripada itu, dokter sebagai individu yang hidup bermasyarakat, sudah tentu membutuhkan pengakuan dan perlindungan bagi kehidupannya. Untuk itu secara otomatis seorang dokter akan mencari tahu tempat di mana harus berpijak. Bagi seseorang yang telah menyelesaikan pendidikannya dari jurusan kedokteran, secara otomatis akan bergabung dalam sebuah organisasi profesi yang disebut IDI. IDI ini merupakan sebuah organisasi formal yang keberadaannya dianggap penting dalam masyarakat. Segera setelah seseorang menjadi anggota dari suatu organisasi formal seperti itu, ia mulai terikat dengan segala aturan yang berlaku dari organisasi tersebut.

IDI yang merupakan singkatan dari Ikatan Dokter Indonesia merupakan sebuah organisasi profesi pada bidang kedokteran, yang memiliki ADARTnya sendiri untuk dapat mengatur jalannya organisasi tersebut. Organisasi profesi IDI, merupakan salah satu unsur proteksi bagi para profesional dokter karena fungsi utama organisasi itu adalah untuk dapat mengayomi masing-masing anggotanya yang terdiri para dokter, baik dokter umum maupun dokter spesialis. Hal ini juga telah menjadi salah satu upaya negara baik di setiap negara maju maupun berkembang yang berusaha meskipun secara implisit untuk memproteksi 'jasa kedokteran/kesehatan' yang dianggap sebagai salah satu industri jasa strategis bagi negara masing-masing.

Dilihat dari sejarahnya, organisasi profesi kedokteran ini telah mulai terbentuk pada tahun 1911, awalnya bermula dari perhimpunan

⁸<http://www.scribd.com/doc/12777717/Dody-Firmanda-2006-008-Peran-Komite-Medik-Di-Rumah-Sakit-26-April-2006>.

yang bernama *Vereniging van Indische Artsen* dengan tokohnya adalah dr. J.A. Kayadu yang menjabat sebagai ketua dari perkumpulan ini, selain juga tercatat nama-nama tokoh seperti dr. Wahidin, dr. Soetomo dan dr. Tjipto Mangunkusumo yang bergerak di bidang sosial dan politik. Kemudian pada tahun 1926 perkumpulan ini berubah nama menjadi *Vereniging van Indonesische Geneeskundige* atau disingkat VIG. Dalam masa pendudukan Jepang (1943), VIG dibubarkan dan diganti menjadi Jawa Izi Hooke Kai⁹. Sampai tahun 1945, dokter-dokter Indonesia belum mempunyai kesempatan untuk mendirikan suatu wadah dokter di Indonesia yang berskala nasional. Baru kemudian pada tahun 1948 didirikan Perkumpulan Dokter Indonesia (PDI), yang dimotori kalangan dokter-dokter muda di bawah pimpinan dr. Darma Setiawan Notohadmojo. Pembentukan sebuah organisasi pada dasarnya adalah merupakan suatu upaya dari para anggotanya selain sebagai satu wadah yang dapat mengayomi anggotanya, organisasi itu juga terbentuk karena adanya satu visi yang sama dalam hal ini di bidang kedokteran. Adanya kriteria seperti adanya persamaan jenis kepentingan yang dikejar dan pentingnya hubungan-hubungan yang bersifat pribadi, maka organisasi jenis IDI pun dapat terbentuk.

Pada saat itu tujuan dibentuknya organisasi profesi ini adalah untuk memadukan segenap potensi dokter Indonesia, meningkatkan harkat, martabat dan kehormatan diri dan profesi kedokteran, mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, serta meningkatkan derajat kesehatan rakyat Indonesia menuju masyarakat sehat dan sejahtera. Dengan berjalannya waktu, tujuan pembentukan organisasi IDI pun berkembang luas, tidak hanya yang menyangkut masalah substansi kedokteran, tetapi juga menyangkut aspek sosial psikologis dari anggota organisasi, faktor kemanan dan juga masalah politik dalam arti peran serta dalam menentukan berbagai kebijakan yang beruang lingkup nasional.

⁹http://id.wikipedia.org/wiki/Ikatan_Dokter_Indonesia, diakses 22 Mei 2011

Selain memiliki tujuan seperti tersebut di atas, IDI juga memiliki visi dan misi. Visi IDI adalah untuk menjadikan IDI sebagai organisasi profesi kedokteran nasional yang berwibawa di tingkat Asia Pasifik pada tahun 2020. Dengan visi seperti tersebut, maka IDI mengemban misinya sebagai berikut¹⁰:

- (1) Mengupayakan peningkatan kemampuan profesional yang beretika.
- (2) Mengembangkan peranan yang bermakna dalam meningkatkan derajat kesehatan rakyat Indonesia.
- (3) Menyuarakan aspirasi, mengupayakan kesejahteraan dan memberikan perlindungan kepada segenap anggota.
- (4) Mengembangkan standar pelayanan profesi, standar etika dan memperjuangkan kebebasan profesi yang mampu menyelaraskan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat.

Sehubungan dengan itu pula adalah menjadi kewajiban seorang dokter apabila dia telah menyanggah gelar dokter untuk mengabdikan ilmunya bagi kemaslahatan umat di bidang kesehatan, yang mereka praktikkan melalui pelayanan kesehatan yang mereka lakukan baik di rumah-rumah sakit, atau klinik kesehatan dan bahkan di rumah masing-masing. Sebagaimana yang tertuang pada UU Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, sebagaimana tersimpul dari bunyi undang undang tersebut pada Pasal 1 dinyatakan bahwa Praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Setiap dokter yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki STR. STR berlaku untuk jangka waktu 5 tahun dan dapat di registrasi ulang setiap 5 tahun dengan tetap memenuhi persyaratan. Pemohon mengajukan permohonan ke KKI dengan melampirkan persyaratan yang diperlukan. KKI meneliti seluruh berkas dan

¹⁰<http://arvisajah2.blogspot.com/2010/11/organisasi-ikatan-dokter-indonesia-idi.html>

menerbitkan STR selambat lambatnya 3 bulan setelah permohonan diterima. Setiap dokter memperoleh satu STR asli dan 3 (tiga) lembar fotokopi STR yang dilegalisasi KKI, dikirim langsung ke pemohon dengan tembusan ke Biro Kepegawaian DepKes RI, DinKes Provinsi dan PB IDI. STR bisa didapatkan jika dokter aktif mengikuti seminar ilmiah, menjadi nara sumber diskusi ilmiah dan aksi sosial yang dilakukan.¹¹

Sebagai tenaga medis yang selalu dengan berbagai persoalan kehidupan manusia, tentu saja adakalanya terjadi suatu tindakan yang tidak tepat sehingga dapat merugikan baik bagi dirinya sendiri sebagai tenaga kesehatan maupun terhadap pasien yang ditangani. Untuk itu pula guna menjaga dan melindungi haknya sebagai warga negara, terdapat aturan hukum yang dapat mengayominya sebagai warga sipil. Mengenai hal itu yaitu mengenai hak dan kewajiban tenaga medis (dokter), telah diatur di dalam UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, pada Pasal 50 disebutkan adanya hak-hak dokter yaitu:

- Memperoleh perlindungan hukum sepanjang sesuai standar profesi (SP) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).
- Memberikan layanan medis menurut Standar Profesi (SP) dan Standar Operasional Prosedur (SOP).
- Memperoleh info yang jujur dan lengkap dari pasien atau keluarga pasien.
- Serta menerima imbalan jasa. Hak yang timbul akibat hubungan dokter dengan pasien yang pemenuhannya merupakan kewajiban pasien.

Sebaliknya, tidak hanya haknya saja yang dilindungi, tetapi juga kewajibannya sebagai seorang tenaga medis dokter, juga telah diatur dalam Pasal 52 UU NO 29 tahun 2004, yaitu memberi pelayanan medis sesuai standar profesi, spo serta kebutuhan pasien di antaranya yaitu, merujuk pasien tidak mampu, menjamin kerahasiaan pasien, memberikan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali

¹¹<http://palembang.tribunnews.com/26/04/2011/dokter-wajib-kantongi-str.>, diakses tanggal 6 April 2011.

bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu serta menambah/mengikuti perkembangan iptekdok.¹²

Sebagaimana yang tertuang pada aturan-aturan hak dan kewajiban seorang dokter, maka dalam menjalankan tugasnya, tetap dituntut untuk melaksanakan profesinya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya sebagai seorang dokter. Untuk itu pula, walaupun adakalanya seorang dokter harus melakukan praktiknya di beberapa tempat, namun demikian tanggung jawabnya harus tetap dijalankan. Adanya dokter yang berpraktik di beberapa tempat, tidak hanya karena adanya faktor “ekonomi” sebagaimana yang menggejala akhir-akhir ini. Jika diperhatikan pada awal mula terjadinya gejala praktik ganda tersebut, adalah karena adanya keterbatasan dokter yang ada di masing-masing daerah di Indonesia, sehingga membuka peluang terjadinya “overload” pekerjaan bagi seorang dokter yang melakukan pekerjaannya di beberapa tempat yang berbeda. Dalam kaitannya dengan pemberdayaan dan multi fungsi peran seorang dokter dalam pelayanan kesehatan fenomena ini tidak menjadi masalah yang mengawatirkan, bahkan untuk dapat mengapresiasi keterbatasan dokter di suatu daerah, akhirnya pemerintah juga telah mengeluarkan peraturan yang intinya memberikan peluang bagi seorang dokter untuk dapat melakukan praktik kedokterannya di beberapa tempat. Namun untuk menjaga kualitas dan efek negatif yang dapat ditimbulkan dari peraturan ini, maka dilakukan pembatasan izin praktik bagi seorang dokter.

Dalam kaitannya dengan izin praktik kedokteran sebagaimana yang tertuang dalam UURI No.29/2004 tentang Praktik Kedokteran tersebut, pada intinya berbunyi bahwa bagi seorang dokter, selain mereka secara hukum, memiliki status kepegawaiannya sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), tetapi mereka juga diperbolehkan untuk melakukan izin praktiknya di dua tempat lain di luar tempatnya sebagai PNS, yaitu di sebuah perusahaan atau rumah sakit swasta dan atau

¹²http://www.indolawcenter.com/index.php?option=com_content&view=article&id=701%3Ahak-dan-kewajiban-pasien-dan-tenaga-medis&catid=176%3Ahukum-keshatan-a-kedokteran&Itemid=237

bahkan dengan cara membuka praktik pribadi di suatu tempat (rumah tinggalnya atau di poliklinik). Dengan adanya fakta hukum tersebut, maka tampaknya hampir setiap dokter di Indonesia selalu melakukan praktik di beberapa tempat. Artinya dokter itu tidak hanya mereka berpraktik di tempat di mana mereka bekerja yang secara formal adalah *basecampnya*, seperti halnya sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang secara otomatis ditugaskan di masing-masing rumah sakit yang ada di Indonesia, tetapi juga mereka akan melakukan praktik dokternya di tempat lain di klinik swasta misalnya atau yang paling umum adalah di rumahnya masing-masing. Pada pasal lainnya dijelaskan pula bahwa untuk menjaga profesionalitas dan peningkatan mutu seorang dokter, mereka perlu mendapat pengawasan dan harus mengikuti aturan yang sudah berlaku secara umum bagi profesi seorang dokter.

Badan yang melakukan pengawasan disebut sebagai Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). KKI ini berfungsi sebagai badan yang mengatur para dokter dan dokter gigi, sebagaimana yang tertuang pada Pasal 6 yang menyatakan bahwa Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai fungsi peraturan, pengesahan, serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis.

Karena sifat sosial yang ditunjukkan seorang dokter, pada masa dulu, seorang dokter sangat dihormati dan bahkan sangat didewakan, karena dianggap sebagai dewa penolong. Masyarakat yang masih awam dengan berbagai jenis penyakit sangat mengandalkan keberadaan seorang dokter. Bahkan pernah terbetik sebuah cerita tentang sikap ketergantungan yang tinggi terhadap dokter, penyakit sembuh bila sudah diperiksa dokter, walaupun sebetulnya obat yang diberikan hanyalah sejenis obat yang sifatnya untuk menenangkan saja. Dalam hal ini telah muncul efek psikologis terhadap kebutuhan dokter. Hal itu masih bisa dirasakan sampai dewasa ini, hanya saja sudah berbeda dalam menilai dan menghadapi seorang dokter. Sekarang dokter sudah dianggap mitra, kesetaraan di mana pasien dapat mengajukan komplain dan berhak mengetahui semua yang terjadi terhadap kesehatan tubuhnya. Sungguh berbeda dengan waktu dulu, semua dipercayakan

pada penanganan seorang dokter. Untuk itu pula, saat ini kompetensi seorang dokter sangat dituntut untuk dilakukan.

Menurut pendapat seorang ketua komite medik rumah sakit, adalah mudah menilai kompetensi seorang individu bila yang bersangkutan masih secara obyektif dari segi mutu dalam status peserta didik dokter (intenship) atau dokter spesialis karena telah ada parameter (kurikulum dan modul) untuk dapat dinilai diukur secara obyektif dari segi kualitas maupun kuantitas dalam satuan waktu tahap tertentu. Persoalan akan timbul bila seseorang akan re-sertifikasi kompetensi, karena di Indonesia belum ada standar profesi dan standar pelayanan medisnya. Uji kompetensi ini biasanya dilakukan secara nasional melalui MTKI (Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia) lewat organisasi profesinya masing-masing di mana tenaga kesehatan tersebut berada. Di mana dalam uji kompetensi tersebut kurikulum berasal dari Dikti dan isi kurikulumnya ada intervensi dari Kementerian Kesehatan yang disesuaikan dengan kompetensinya di bidang kesehatan.

Dalam kaitannya dengan kompetensi dan peningkatan mutu seorang dokter, salah satu tujuan dibentuknya organisasi profesi IDI adalah untuk menjadi tempat bagi anggotanya agar dapat saling berkomunikasi dan memberikan informasi dalam upaya mereka untuk meningkatkan mutu di bidang kesehatan. Salah satu kegiatan yang biasa diadakan oleh organisasi IDI adalah melakukan seminar-seminar yang berkaitan dengan kesehatan. Di situlah tempat mereka bersosialisasi dan berbagi ilmu pengetahuan. Biasanya pengurus IDI menyelenggarakan seminar-seminar dan bekerja sama dengan instansi terkait Dinas Kesehatan (sekarang: Kementerian Kesehatan). Melalui organisasi profesi IDI ini pula para tenaga kesehatan (dokter) dapat berkiprah bagi kemanusiaan, seperti melakukan bakti sosial, bantuan-bantuan terhadap kaum tidak mampu seperti pengobatan gratis atau lainnya. Yang biasanya dilaksanakan pada momen-momen tertentu seperti saat ulang tahun organisasi atau ulang tahun kemerdekaan, dan sebagainya.

2.3.3.4 Kelompok Profesi Perawat

Seperti kita ketahui bahwa tenaga medis yang ada di sebuah rumah sakit terdiri dari dokter, yaitu dokter umum dan dokter spesialis, perawat, bidan, tenaga farmasi, tenaga sanitasi serta tenaga kesehatan masyarakat. Selain itu, tenaga medis didukung pula oleh tenaga non medis lainnya. Berdasarkan data tahun 2009 tenaga kesehatan pada Dinas Kesehatan beserta jajarannya (Puskesmas) untuk tenaga perawat dan bidan berjumlah 275 orang (58.66%). Sedangkan jumlah tenaga kesehatan seluruhnya (dokter, perawat, bidan, tenaga farmasi, tenaga gizi, teknisi medis, tenaga sanitasi, dan tenaga kesehatan masyarakat) berjumlah 448 orang. Berdasarkan sumber: Data Kepegawaian RSKD Prof. Dr. V.L. Ratumbusang, per 31 Desember 2010 (sebagaimana tertuang dalam tabel 4) dapat dilihat bahwa jumlah perawat yang ada di RSKD Prof. Dr. V.L. Ratumbusang, tampaknya memperlihatkan jumlah cukup banyak, yakni tenaga Nurse/perawat berjumlah 10 orang, Sarjana Keperawatan 5 orang dan Diploma III Keperawatan berjumlah 51 orang, berarti tenaga perawat seluruhnya berjumlah 66 orang. Sementara itu, jumlah tenaga kerja keseluruhan yang ada di RSKD berjumlah 280 orang (Melihat jumlah tenaga perawat berdasarkan data yang ada baik di Dinas Kesehatan maupun di RSKD. Prof. Dr. V.L. Ratumbusang sama-sama memperlihatkan jumlah yang cukup banyak bahkan menduduki peringkat tertinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa tenaga perawat memang betul-betul penting dan sangat dibutuhkan keberadaannya karena mereka mempunyai peranan yang cukup besar dalam menangani para pasien dan membantu para dokter. Oleh karena itu, tenaga perawat perlu mendapat apresiasi serta diperhatikan kesejahteraannya, agar dapat bekerja secara optimal dan meningkatkan terus pelayanannya kepada para pasien.

Dalam hal ini tenaga perawat adalah seseorang yang telah menempuh serta lulus pendidikan formal dalam bidang keperawatan yang program pendidikannya telah disahkan oleh Pemerintah Republik Indonesia. Selain itu, tenaga perawat adalah individu yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1992). Seorang tenaga perawat dapat dikatakan profesional jika mempunyai ilmu pengetahuan, keterampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi. Sedangkan yang dimaksud dengan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio, psiko, sosiokultural yang komprehensif, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.¹³

Para tenaga perawat mempunyai hak yang sama dengan yang umumnya diberikan masyarakat. Akan tetapi pada umumnya tenaga perawat mempunyai hak profesional. Apa yang menjadi hak tenaga perawat, menurut Claire Fagin (1975) sebagaimana dikutip dalam tesis Supardi¹⁴, hak tenaga perawat adalah:

- (1) Hak memperoleh martabat dalam rangka mengekspresikan dan meningkatkan dirinya melalui penggunaan kemampuan khususnya dan sesuai dengan latar belakang pendidikannya.

¹³http://ppnikulonprogo.co.cc>>AD/ART,http://ppnikulonprogo.co.cc/?page_id=6

¹⁴Supardi, "Analisa Stres Kerja pada Kondisi dan Beban Kerja Perawat dalam Klasifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan", Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara, Medan, 2007.

- (2) Hak memperoleh pengakuan sehubungan dengan kontribusinya melalui ketetapan yang diberikan lingkungan untuk praktik yang dijalankan serta imbalan ekonomi sehubungan dengan profesi.
- (3) Hak mendapatkan lingkungan kerja dengan stres fisik dan emosional serta resiko kerja yang seminimal mungkin.
- (4) Hak untuk melakukan praktik-praktik profesi dalam batas-batas hukum yang berlaku.
- (5) Hak menetapkan standar yang bermutu dalam perawatan yang dilakukan.
- (6) Hak berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan yang berpengaruh terhadap perawatan.
- (7) Hak untuk berpartisipasi dalam organisasi sosial politik yang mewakili perawat dalam meningkatkan asuhan kesehatan.

Tenaga perawat selain memiliki hak-haknya juga mempunyai kewajiban-kewajiban yang harus ditaati, yaitu:

- (1) Perawat wajib mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan.
- (2) Perawat wajib memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan batas-batasnya.
- (3) Perawat wajib menghormati hak-hak pasien.
- (4) Perawat wajib merujuk pasien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, jika yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya.
- (5) Perawat wajib memberikan kesempatan kepada pasien untuk berhubungan dengan keluarganya, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang ada.
- (6) Perawat wajib memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalankan ibadahnya sesuai dengan agama atau kepercayaan masing-masing sepanjang tidak mengganggu pasien yang lain.
- (7) Perawat wajib berkolaborasi dengan tenaga medis yang lain dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien.

- (8) Perawat wajib memberikan informasi yang akurat tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien atau keluarganya sesuai dengan batas kemampuannya.
- (9) Perawat wajib meningkatkan mutu pelayanan keperawatannya sesuai dengan standar profesi keperawatan demi kepuasan pasien.
- (10) Perawat wajib membuat dokumentasi asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan.
- (11) Perawat wajib mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan atau kesehatan secara terus menerus.
- (12) Perawat wajib melakukan pelayanan darurat sebagai tugas kemanusiaan sesuai dengan batas-batas kewenangannya.
- (13) Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, kecuali jika diminta keterangan oleh pihak yang berwenang.
- (14) Perawat wajib memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat sebelumnya terhadap institusi tempat kerja¹⁵.

Kebutuhan pelayanan keperawatan adalah universal. Pelayanan profesional berdasarkan kebutuhan manusia, karena itu tidak membedakan kebangsaan, warna kulit, politik, status sosial dan lain-lain. Keperawatan adalah pelayanan vital terhadap manusia yang menggunakan manusia juga, yaitu perawat. Pelayanan ini berdasarkan kepercayaan bahwa perawat akan berbuat hal yang benar, hal yang diperlukan, dan hal yang menguntungkan pasien dan kesehatannya.

Selain itu, tenaga perawat mempunyai organisasi atau perkumpulan yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) didirikan pada tanggal 17 Maret 1974 yang mempunyai fungsi sebagai wadah tenaga keperawatan yang memiliki persamaan kehendak sesuai

¹⁵ Iswani, 2000, seperti dikutip dalam Supardi, "Analisa Stres Kerja pada Kondisi dan Beban Kerja Perawat dalam Klasifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan", Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara, Medan, 2007.

dengan jenis/profesi dan lingkungan kerja untuk mencapai tujuan organisasi, serta mengemban, mengamankan dan membela Pancasila serta berorientasi pada program pembangunan manusia seutuhnya tanpa membedakan. Demikian juga untuk menampung, memadukan, menyalurkan dan memperjuangkan aspirasi tenaga keperawatan serta mengembangkan keprofesian dan kesejahteraan tenaga keperawatan. Selain itu, tenaga perawat mempunyai kewajiban untuk menjunjung tinggi, mentaati dan mengamalkan sumpah Perawat, Kode Etik Keperawatan Indonesia, Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dan semua Peraturan serta keputusan PPNI. Selain itu, para tenaga perawat di antaranya mempunyai hak untuk mengajukan pendapat, usul atau pertanyaan baik lisan maupun tulisan kepada pengurus. Setiap anggota berhak mendapatkan kesempatan menambah atau mengembangkan ilmu dan ketrampilan keperawatan yang diselenggarakan organisasi sesuai program dan kemampuan organisasi serta memenuhi persyaratan. Dan yang terpenting adalah setiap anggota berhak mendapatkan perlindungan dan pembelaan dalam melaksanakan tugas organisasi dan profesi, apabila memenuhi ketentuan organisasi AD/ART, serta Kode Etik Keperawatan Indonesia, Standar Kompetensi, Standar Praktik, Peraturan dan Perundangan-undangan yang berlaku.¹⁶ Pelayanan kepada umat manusia merupakan fungsi utama tenaga perawat dan hal ini yang menjadi dasar adanya profesi keperawatan.

Jika kita lihat dari hak dan kewajibannya para tenaga perawat cukup berat. Tampaknya fungsi dari perawat ada pada posisi tertinggi sebab harus bertanggungjawab terhadap si pasien sejak dirawat sampai pulang. Demikian pula dengan kondisi para perawat di Rumah Sakit Khusus Kejiwaan (RSKD) Ratumbusang di Kota Manado ini, tenaga perawat dituntut untuk bekerja lebih baik sesuai dengan hak dan kewajibannya, hal ini disebabkan karena di RSKD Ratumbusang, mereka sudah mendapatkan tunjangan atau biasa disebut dengan Tambahan Penghasilan Pegawai atau biasa disebut dengan sebutan

¹⁶http://ppnikulonprogo.co.cc>>AD/ART.http://ppnikulonprogo.co.cc/?page_id=6

Tunjangan Kinerja Daerah (TKD) sesuai dengan instruksi atau berdasarkan Peraturan Walikota Manado Nomor 05 Tahun 2011 Tentang Pemberian Tambahan Penghasilan Pegawai Negeri Sipil Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kota Manado, Provinsi Sulawesi Utara.

Selain itu, pada saat sedang menjalankan tugas, fungsinya sebagai tenaga perawat kadang-kadang dihadapkan pada situasi yang memerlukan keputusan untuk mengambil tindakan. Tenaga perawat memberi asuhan kepada klien, keluarga dan masyarakat serta menerima tanggung jawab untuk membuat keadaan lingkungan fisik, sosio dan spiritual yang memungkinkan untuk penyembuhan dan menekankan pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan dengan cara penyuluhan kesehatan.

Adanya organisasi profesi tenaga perawat (PPNI), yang berfungsi sebagai wadah untuk dapat menampung keluhan dari para anggotanya termasuk aspirasinya. Maka berbagai persoalan yang menyangkut hak dan kewajiban seorang tenaga perawat akan dilindungi dan diatasi oleh organisasinya tersebut. Sebagai contoh pernah muncul adanya sedikit "kecemburuan" di RSKD, para perawat berusaha untuk menyampaikannya baik kepada pimpinan RSKD maupun kepada PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) RSKD sendiri. Karena setiap rumah sakit mempunyai PPNI yang bersifat internal, jika persoalan yang dihadapi para anggota tidak dapat diselesaikan baru persoalannya dibawa ke PPNI tingkat Kota Manado dalam hal ini PPNI pusat. Akan tetapi pada umumnya jika ada persoalan atau pemasalahan yang dihadapi dapat segera diatasi dipihak PPNI intern. Begitu juga dengan kondisi di RSKD mulai tahun 2010 sudah membawa perubahan terutama dalam hal kebijakan rumahsakit.

Seperti telah dijelaskan terdahulu bahwa para pegawai negeri sipil daerah (PNSKD) Dengan adanya pemberian TKD kepada para pekerja khususnya di RSKD dan pegawai negeri sipil (PNS) umumnya di wilayah Provinsi Sulawesi Utara, setidaknya telah mendorong para pegawai tersebut untuk bekerja lebih giat lagi, sesuai dengan tugas

pokoknya masing-masing dari institusinya. Begitu juga dengan para pekerja di lingkungan RSKD harus bekerja secara profesional, sebab walaupun bagaimana para pekerja ini telah diuntungkan, diberi TKD atau TPP, karena belum semua daerah/wilayah yang ada di Indonesia menerima tunjangan tersebut.

Sebagaimana yang diungkapkan oleh beberapa informan yang diwawancarai dan bekerja di RSKD (ada di antaranya yang sudah senior), mereka pada umumnya mengatakan hal yang sama ketika ditanya mengenai masalah hak dan kewajiban sebagai pegawai RSKD yang berlaku, sudah cukup puas bisa menikmatinya. Akan tetapi ternyata mereka tidak mempunyai kebebasan secara penuh karena segala sesuatunya sudah diatur oleh pimpinan yang pada akhirnya menerima saja. Namun demikian, tampaknya persoalan belum sepenuhnya tuntas, karena masih ada juga ketidakpuasan di antara para perawat tersebut. Hal itu terjadi karena para perawat dituntut untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sesuai dengan perkembangan zaman, namun dukungan terutama dukungan finansial tidak ada dari pihak rumah sakit. Dapat disebutkan ada beberapa kendala bagi perawat dalam usahanya untuk meningkatkan pendidikannya, yaitu, *pertama* tidak adanya dukungan finansial dari pihak rumah sakit, sehingga para perawat harus dapat mencari sendiri biaya pendidikannya yang dirasakan cukup berat. *Kedua*, pihak rumah sakit tidak pernah menyelenggarakan seminar-seminar yang berkaitan dengan dunia keperawatan. *Ketiga*, tidak pernah ada *in house training* atau sejenisnya untuk meningkatkan keterampilan para perawat.

Sementara itu, jika dilihat dari tupoksinya, tampak bahwa para perawat harus meningkatkan mutu asuhan keperawatan seperti memberikan servis pelayanan yang baik terhadap pasien dan harus didukung oleh sarana prasarana serta SDM.

2.3.3.5 Kelompok Profesi Bidan

Bidan merupakan salah satu profesi bidang kesehatan yang memiliki tugas yang berat dan harus dipertanggung jawabkan.

Membantu persalinan adalah salah satu tugas berat bidan. Karena berhubungan dengan nyawa bayi dan ibunya. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan¹⁷.

Seorang bidan merupakan sebutan bagi orang yang belajar di sekolah khusus untuk menolong perempuan saat melahirkan sampai perawatan pra persalinan. Menurut International Confederation Of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO), mendefinisikan bidan sebagai seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan¹⁸.

Sementara itu, sebuah organisasi yang menaungi para bidan yang disebut IBI (Ikatan Bidan Indonesia) telah mendefinisikan bidan sebagai seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Seperti halnya dokter yang memiliki organisasi profesi IDI, para anggota bidan juga dinaungi oleh sebuah organisasi yang akan mengayomi para bidan itu bila mereka mendapat persoalan yang disebut IBI. IBI berdiri tanggal 24 Juni 1951 dan merupakan anggota

¹⁷<http://www.facebook.com/pages/Bidan/109903902369125>

¹⁸*ibid*

KOWANI yang merupakan induk dari seluruh organisasi wanita di Indonesia sejak tahun 1951.

Berbeda dengan perawat, seorang bidan dapat melakukan praktik kebidanannya. Hal ini tidak jauh beda status kepegawaiannya dengan seorang dokter, seorang bidan pun dapat menjalankan praktiknya baik dilakukan di rumah sakit atau dengan cara buka praktik sendiri. Seorang bidan pun dapat menjadi pegawai negeri atau tidak. Dengan dasar hukum Kepmenkes RI No 900/Menkes/SK/VII/ 2002 tentang registrasi dan praktik bidan, seorang bidan dapat mengantongi izin praktik kebidanannya. Izin praktik ini berupa sebuah bukti tertulis yang diberikan kepada Bidan untuk menjalankan praktik bidan dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun. Izin praktik ini diproses oleh Dinas Kesehatan, dengan ada pertimbangan dari organisasi profesinya yaitu IBI. Apabila selesai masa berlaku dari surat izin tersebut, maka dapat diperpanjang lagi dengan proses yang hampir sama dengan pengajuan perizinan awal.

Adapun syarat-syarat pengajuan izin praktik seorang bidan, adalah sebagai berikut¹⁹:

- (1) Rekomendasi dari organisasi profesi (IBI)
- (2) Fotocopy surat penugasan
- (3) Fotocopy ijazah Bidan
- (4) Fotocopy Izin Bidan
- (5) Fotocopy Surat Keterangan Masa Bakti
- (6) Fotocopy SK terakhir (PNS/Polri/TNI)
- (7) Surat Pernyataan dari bidan yang menjalankam praktik
- (8) Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat
- (9) Surat pernyataan kesanggupan menangani standar pelayanan kebidanan
- (10) daftar obat-obatan sesuai dengan kepmenkes Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002
- (11) Denah lokasi praktik
- (12) Denah ruang praktik

¹⁹ http://www.sukabumikota.go.id/perizinan/Izin_Praktik_Bidan.asp

(13) Pas Photo ukuran 4x6 sebanyak 2 Lembar

Dari persyaratan tersebut jelas adanya rekomendasi dari organisasi profesi menduduki urutan pertama. Hal itu menunjukkan bagaimana pentingnya organisasi tersebut bagi seorang bidan. Secara otomatis pula seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan di bidang kebidanan akan masuk sebagai anggota organisasinya. Tanpa dia memasuki organisasi profesinya itu, seorang bidan tidak dapat mengajukan izin praktiknya. Hal itu dianggap tidak akan ada organisasi atau badan yang dapat bertanggung jawab terhadap sikap dan aktifitas bidan tersebut, sehingga sulit untuk memantaunya bila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan. Selain itu, pula IBI sebagai sebuah organisasi turut mengatur juga akan hak dan kewajiban serta penghargaan dan sanksi bagi bidan yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan.

Adapun yang menjadi hak dari seorang bidan dapat disebutkan sebagai berikut:

- (a) Bidan berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- (b) Bidan berhak untuk bekerja sesuai dengan standar profesi pada setiap tingkat jenjang pelayanan kesehatan.
- (c) Bidan berhak menolak keinginan pasien/klien dan keluarga yang bertentangan dengan peraturan perundangan, dan kode etik profesi.
- (d) Bidan berhak atas privasi / kedirian dan menuntut apabila nama baiknya dicemarkan baik oleh pasien, keluarga ataupun profesi lain.
- (e) Bidan berhak atas kesempatan untuk meningkatkan diri baik melalui pendidikan maupun pelatihan.
- (f) Bidan berhak memperoleh kesempatan untuk meningkatkan jenjang karir dan jabatan yang sesuai.
- (g) Bidan berhak mendapatkan kompensasi dan kesejahteraan yang sesuai.

Sementara itu, terdapat juga beberapa yang menjadi wewenang dari seorang bidan, sebagai berikut:

- (a) Pemberian kewenangan lebih luas kepada bidan untuk mendekatkan pelayanan kegawatan obstetric dan neonatal.

- (b) Bidan harus melaksanakan tugas kewenangan sesuai standar profesi, memiliki kemampuan dan ketrampilan sebagai bidan, mematuhi dan melaksanakan protap yang berlaku di wilayahnya dan bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dengan mengutamakan keselamatan ibu dan bayi.
- (c) Pelayanan kebidanan kepada wanita oleh bidan meliputi pelayanan pada masa pranikah, termasuk remaja puteri, pra hamil, kehamilan, persalinan, nifas, menyusui, dan masa antara kehamilan.

Berdasarkan hak dan kewajibannya itu dapatlah kita ketahui betapa mulia dan penuh tanggung jawab dari seorang bidan, sehingga cukup jelas bila organisasi bidan telah begitu memperhitungkan semua itu. Dan melalui organisasi itu pula seorang bidan dapat meningkatkan keahliannya di bidang reproduksi. Jelas bahwa tujuan organisasi IBI ini untuk membantu anggotanya. Karena sebagai sebuah organisasi yang memiliki AD/ART, sudah tentu pula memiliki tujuan-tujuan tertentu sesuai dengan profesinya. Tujuan dari IBI adalah *pertama* meningkatkan persatuan dan kesatuan; *kedua* meningkatkan profesionalisme bidan; *ketiga* meningkatkan peran dalam pelayanan kesehatan; dan *keempat* adalah meningkatkan citra bidan²⁰.

Untuk meningkatkan kompetensi seorang bidan, maka bidan wajib melakukan uji kompetensi. Dalam kebijakan baru di bidang kebidanan telah pula mengecilkan peluang seorang bidan lulusan lama untuk dapat meningkatkan pekerjaannya. Karena dalam peraturan baru tersebut telah terjafi perubahan atas tingkat pendidikan seorang bidan, yaitu apabila dalam peraturan lama masih berlaku tingkat pendidikan D1 atau D2 untuk seorang bidan yang hendak melakukan praktik kebidanannya. Dalam peraturan baru telah ditetapkan bahwa seorang bidan dapat memperoleh izin praktik kebidanannya bila mereka adalah lulusan dari D3 kebidanan. Selama ini pendidikan bidan hanya sampai D1 dan D2 saja, tetapi untuk meningkatkan profesionalisme bidan maka bidan sekarang harus sudah lulus dari D3 baru mereka dapat menjalankan praktik kebidanannya. Karena adanya tuntutan wajib

²⁰<http://www.bidan-delima.org/profil.php>

lulus D3, maka bagi yang pendidikannya belum sampai D3, dan walaupun secara praktiknya dia memiliki pengalaman banyak di bidangnya tersebut, tetap saja tidak dapat melakukan praktik pribadi, statusnya disamakan dengan seorang perawat tapi khusus menangani masalah kebidanan.

Berdasarkan data terakhir di RSUD Ratumbusang ini terdapat sebanyak 11 orang bidan, yang membidangi bagian kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Di mana dalam menjalankan tugasnya bidan tersebut secara khusus mereka dapat secara personal langsung menangani pasiennya, tetapi dapat juga dia (bidan) ini membantu seorang dokter spesialis reproduksi dalam proses kelahiran. Pada saat itu pula ada terjadi perbedaan hak dan kewajiban kerja bagi mereka sebagai bidan, karena pada saat mereka secara bersama melakukan tindakan persalinan dengan seorang dokter spesialis kebidanan, posisinya berada di bawah dokter tersebut, ia (bidan) hanya menjadi “pelayan” dokter. Hal itu berbeda bila mereka melakukan tindakan sendiri di tempat praktiknya, maka peran dan tanggung jawab persalinan seratus persen berada pada kewenangannya sebagai bidan. Dia menjadi pribadi yang punya kebanggaan dan otoritas penuh terhadap pekerjaannya. Dalam kaitannya dengan hak dan kewajiban ini, seorang bidan juga mempunyai hak dan tanggung jawab terhadap bidangnya sebagaimana yang telah diuraikan sebelum ini.

2.4 Dinamika Kewarganegaraan dalam Kaitannya dengan Modal Sosial

Pembahasan berikut akan mengemukakan bagaimana dinamika kewarganegaraan dalam kaitannya dengan modal sosial dan gejala eksklusi sosial kelompok-kelompok sosial berdasarkan pekerjaan. Yang dimaksud dengan kewarganegaraan yang tertuang dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2006 Bab I, Pasal 1 (ayat 2) menyatakan bahwa kewarganegaraan adalah segala hal ihwal yang berhubungan dengan hak dan kewajiban warga negara. Sementara itu, dalam Pasal I (ayat 1), disebutkan bahwa warga negara adalah warga suatu negara yang ditetapkan berdasarkan peraturan

Perundang-undangan. Sementara yang dimaksud dengan hak adalah sesuatu yang mutlak menjadi milik kita (dalam pengertian warga negara) dan penggunaannya tergantung kepada kita sendiri. Contoh dari hak adalah Setiap warga negara yang sakit wajib mendapat pelayanan kesehatan yang memadai, di puskesmas atau di rumah sakit, atau setiap warga negara berhak juga mendapatkan perlindungan hukum. Sementara itu, kewajiban adalah sesuatu yang dilakukan dengan penuh tanggung jawab. Salah satu contoh dari kewajiban adalah bahwa setiap warga negara memiliki kewajiban untuk berperan serta dalam membela, mempertahankan kedaulatan negara Indonesia dari serangan musuh; wajib menghormati hak azasi orang lain demi kehidupan berbangsa dan bernegara. Dari pengertian tersebut tampak jelas bahwa sebagai warga negara wajib untuk bersikap dan bertindak laku sesuai dengan aturan yang berlaku dalam masyarakatnya sebagai perwujudan dari sebuah negara kesatuan.

Sementara itu, yang dimaksud dengan modal sosial sebagaimana yang telah dijelaskan dalam bab pendahuluan dalam hal ini modal sosial didefinisikan sebagai institusi sosial yang melibatkan jaringan (*network*), norma-norma (*norms*), dan kepercayaan sosial (*trust*) yang mendorong pada sebuah kolaborasi sosial (koordinasi dan kooperasi) untuk kepentingan bersama. Hal ini juga mengandung pengertian bahwa diperlukan adanya suatu *social networks (networks of civic engagement)*- ikatan/jaringan sosial yang ada dalam masyarakat dan norma yang mendorong produktifitas komunitas (Robert Putman, 1993).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut, maka terdapat beberapa unsur penting yang akan diangkat dalam pembahasan berikut ini yang akan menjelaskan dan mengonseptualisasikan hubungan antara kesempatan merealisasikan hak-hak kewarganegaraan dengan identitas kelompok pekerja berdasarkan pekerjaan yang dikaitkan dengan modal sosial, yaitu jaringan sosial dan partisipasi kelompok pekerja yang akan menyangkut (Resiprositas, Solidaritas, Partisipasi, Kerja sama/ Kolaborasi), Ekuualitas dan adanya sikap kebersamaan (kolaborasi), keterikatan sebagai anggota kelompok, serta pranata sosial (*social*

institutions) dari pranata kesehatan yang menyangkut pada tingkat kepatuhan pada nilai-nilai bersama, aturan dan hukum, pada sanksi-sanksi sosial dan hukum dari pekerja profesional yang menjadi kajian penelitian ini.

2.4.1 Jaringan Sosial dan Partisipasi Kelompok Pekerja Kesehatan

Secara umum dapat dikatakan bahwa dalam posisi kehidupan tenaga kesehatan akan sarat dengan dinamika sosial di antara lini-lini yang melingkupinya. Tenaga kesehatan yang biasanya berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan terdiri dari seperangkat tenaga medis dokter, perawat, bidan dan sebagainya, dan tenaga non medis yang menjadi roda penggerak jalannya aktifitas kegiatan kedokteran tersebut dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan.

Bidang pekerjaan ini diisi oleh berbagai jenis dan tingkatan keahlian yang masing-masing keahlian tersebut sudah tertata sedemikian rupa sehingga akan saling melengkapi dan mendukung bidang pekerjaan tersebut. Tentu saja prinsip saling melengkapi ini dapat menjadi pengikat bagi kelangsungan dan keharmonisan dari suatu kegiatan bersama, namun demikian adakalanya terjadi suatu hirarki kewenangan dalam menjalankan kegiatan itu. Pada saat seperti itu pula pihak yang dominan baik dari segi *skill* atau profesi akan menjadi kelompok yang menentukan dan berperan lebih besar dibandingkan kelompok lainnya yang selalu menjadi kelompok yang *domine'e* (yang terekslusi) baik karena *skill* ataupun aturan yang berlaku.

Tidak jauh berbeda dengan yang ada pada lingkup kegiatan dalam pekerjaan dari profesi tenaga kesehatan. Kondisi dan situasi saat ini telah menempatkan dokter dalam peran sebagai ujung tombak penyedia layanan jasa kesehatan di sarana-sarana kesehatan seperti rumah sakit misalnya. Dalam kaitan itu pula jaringan sosial yang terbentuk di antara pekerja profesional tersebut, terjadi suatu hirarki kewenangan di antara pekerja tersebut. Pola hubungan yang terjadi

dalam kegiatan pelayanan kesehatan yang ada selama ini selalu menempatkan tenaga kesehatan seorang dokter memiliki otoritas kewenangan dalam menjalankan aktifitas kerjanya. Seorang perawat selaku mitra kerjanya telah ditempatkan dalam satu jajaran sebagai “pembantu”, walaupun secara formal memang seorang perawat tugasnya adalah membantu pekerjaan seorang dokter. Namun bila dihadapkan pada payung hukum dari kode etik kedokteran dan juga kode etik perawat, tampaknya telah terdapat suatu pergeseran paradigma, di mana dokter bukan lagi dianggap sebagai dewa atau orang suci yang dapat mengatur segalanya, tetapi telah menjadi figur manusia biasa yang butuh pertolongan pihak lain juga. Hubungan antara dokter dan perawat yang dulunya menganut pola simbiostik berubah menjadi hubungan yang bersifat paternalistik. Sehingga, jasa perawatpun menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari seorang dokter yang praktik di rumah sakit.

Dalam hal ini dokter secara individu tidak bisa menjadi ahli untuk semua penyakit yang diderita oleh pasiennya, sedangkan perawatan tetap harus diberikan sehingga dalam grak langkah aktifitas perawatan membutuhkan bantuan dokter spesialis lain dan bahkan profesi kesehatan lain yang memiliki keterampilan khusus seperti perawat, ahli farmasi, fisioterapis, teknisi laboratorium, pekerja sosial dan lainnya. Jaringan hubungan yang terbentuk di antara pekerja kesehatan tersebut akan sangat menentukan berjalan atau tidaknya tindakan kesehatan yang akan mereka jalani.

Sebagaimana telah dijelaskan pada bagian terdahulu, setiap tenaga medis memiliki sebuah organisasi profesinya sendiri, di mana setiap organisasi itu berfungsi untuk dapat membantu anggotanya terutama yang berkaitan dengan aktifitas mereka sebagai tenaga kesehatan. Keterikatan yang terjadi antara anggota terhadap organisasinya menunjukkan keadaan yang begitu “mutualistik”. Tidak dapat dipungkiri pula bila organisasi itu yang dapat menjadi pintu keberhasilannya dalam pekerjaan. Organisasi itu membentuk suatu jaringan sosial dengan orang-orang yang terlibat di dalamnya.

Jaringan sosial biasanya akan diwarnai oleh suatu tipologi khas sejalan dengan karakteristik dan orientasi kelompoknya. Seperti kelompok sosial yang biasanya terbentuk secara tradisional atas dasar kesamaan garis keturunan (*lineage*), atau pengalaman-pengalaman sosial turun temurun (*repeated social experiences*) dan kesamaan kepercayaan pada dimensi ketuhanan (*religious beliefs*), kelompok tersebut cenderung memiliki kohesifitas tinggi, tetapi rentang jaringan maupun *trust* yang terbangun sangat sempit karena masing-masing kelompok sudah dengan sendirinya berada dalam satu sentimen yang sama terhadap kelompoknya. Sebaliknya pada kelompok yang dibangun atas dasar kesamaan orientasi dan tujuan dan dengan ciri pengelolaan organisasi yang lebih modern, akan memiliki tingkat partisipasi anggota yang lebih baik dan memiliki rentang jaringan yang lebih luas, karena cirinya yang heterogen telah meluaskan pilihan bagi kelompoknya. Pada tipologi terakhir akan lebih banyak menghasilkan dampak positif bagi kelompok maupun kontribusinya pada pembangunan masyarakat secara luas. Organisasi profesi semacam IDI, IBI ataupun PPNI ini merupakan suatu organisasi yang memiliki ciri ketiga ini. Biasanya juga eksistensi dari organisasi itu terbentuk oleh sekelompok orang yang dihubungkan oleh perasaan simpati dan kewajiban serta oleh norma pertukaran dan *civic engagement*. Hal ini merupakan Salah satu kunci keberhasilan dari kelompok semacam ini, erat kaitannya dengan adanya unsur *profit oriented* bagi anggotanya. Untuk dapat membangun modal sosial, terletak pada kemampuan sekelompok orang dalam suatu asosiasi atau perkumpulan untuk melibatkan diri dalam suatu jaringan hubungan sosial tersebut.

Bila konsep jaringan ini dikembangkan dalam bentuk partisipasi warga tentunya akan mencuat pada pemahaman warga terhadap konsep kewarganegaraan yang selama ini selalu mengedapankan tentang hak dan kewajiban seorang warga. Dalam pada itu konsep kewarganegaraan pada umumnya mengacu pada sebuah kondisi di mana kehidupan kolektif suatu masyarakat diwarnai oleh suasana kerja sama, saling percaya, saling menghormati perbedaan sebagai bagian dari perwujudan hak dan kewajiban warganegara dalam

rangka tujuan dan kebaikan bersama. Bagaimana setiap warga menerapkan tentang hak dan kewajibannya, dapat kita jumpai pada kehidupan kesehariannya sebagai warga negara.

Suasana kerja sama, saling percaya, dan saling menghormati itu sendiri tidak mungkin terwujud tanpa partisipasi atau keikutsertaan setiap warga negara di dalamnya, termasuk kelompok pekerja bidang kesehatan seperti dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat. Artinya, partisipasi dan dukungan segenap tenaga medis dan non-medis dalam mewujudkan terciptanya suasana kerja sama, saling percaya, dan saling menghormati perbedaan, sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di satu pihak, dan terwujudnya tujuan dan kebaikan bersama secara kolektif di pihak lain.

Dalam kaitan ini, partisipasi segenap tenaga medis dan non-medis di berbagai pranata sosial kesehatan, seperti rumah sakit, dituntut untuk benar-benar berorientasi pada kepentingan masyarakat tanpa memandang perbedaan di antara mereka, daripada kepentingan manajemen rumah sakit, ataupun kepentingan para dokter dan tenaga medis serta non-medis lainnya. Karena itu sikap dan tindakan membeda-bedakan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya kelompok masyarakat tidak mampu, pada dasarnya bertentangan dengan konstitusi dan tujuan kolektif bernegara pada umumnya.

Tuntutan partisipasi aktif untuk dapat menciptakan suasana kolektifitas kewarganegaraan di kalangan kelompok sosial pekerja tenaga profesional kesehatan ini dapat untuk terwujudnya tujuan pencapaian pelayanan kesehatan itu sendiri. Bagaimana dengan yang terjadi pada tenaga medis di rumah sakit yakni di Rumah Sakit Khusus Daerah Prof. Dr. VL. Ratumbusang yang menjadi fokus penelitian ini. Sebagaimana kita ketahui bahwa para pekerja di lingkungan rumah sakit di Manado ini, tenaga kesehatan yang ada tidak terbatas pada tenaga medis seperti dokter baik umum maupun dokter spesialis saja.

Tetapi masih ada pekerja lainnya seperti tenaga perawat, tenaga bidan, tenaga farmasi, tenaga sanitasi, tenaga kesehatan masyarakat serta tenaga non medis lainnya seperti tenaga atau pegawai yang ada di bagian kepegawaian, keuangan, dan lain lain.

Selain dukungan organisasi profesi yang mereka ikuti, tampaknya dukungan tempat di mana mereka bekerja juga sangat membantu bagi lancarnya kehidupan partisipatif di antara warganya. Dalam hal ini dukungan manajemen rumah sakit untuk terciptanya kerja sama, saling percaya, dan saling menghormati perbedaan, sangat diperlukan. Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Utara selaku pemilik rumah sakit harus benar-benar berpihak dan berorientasi pada terbentuk masyarakat yang sehat dan sejahtera khususnya di wilayahnya tersebut. Berdasarkan wawancara dengan berbagai pihak terutama dari pihak Dinas Kesehatan, dan rumah sakit menyatakan bahwa dukungan manajemen rumah sakit dan Pemda Provinsi Sulawesi Utara pada umumnya dapat dikatakan relatif meningkat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Komitmen berbagai jajaran rumah sakit akan terwujudnya kehidupan kolektif yang tidak membeda-bedakan latar belakang sosial-ekonomi dan kultural relatif sudah mulai tampak meskipun perlu ditingkatkan di masa-masa mendatang. Salah satu bentuk dukungan yang diberikan Pemerintah Kota Manado Provinsi Sulawesi Utara adalah dalam bentuk pemberian Tunjangan Kinerja Daerah bagi setiap PNS yang bekerja sebagai tenaga kesehatan di daerah ini.

Dukungan dan fasilitas yang diperoleh tenaga medis dan non-medis tersebut diharapkan dapat mendorong meningkatnya partisipasi kelompok sosial tenaga kesehatan dalam menciptakan suasana kerja sama, saling percaya dan saling menghormati perbedaan, baik di antara sesama tenaga kesehatan, maupun antara tenaga kesehatan dan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Terkait hal ini, partisipasi para pekerja kesehatan di RSKD Ratumbusang Kota Manado untuk mewujudkan pelayanan kesehatan bagi semua tanpa pandang bulu relatif sudah tampak meskipun masih ada kelompok-kelompok masyarakat, khususnya yang kurang mampu, belum

terjangkau oleh pelayanan kesehatan yang menjadi hak mereka sebagai warga negara.

Sebagaimana telah dijelaskan di atas, bahwa ada kasus terhadap kesenjangan perlakuan yang diberikan dari pihak dokter terhadap perawatnya. Pada umumnya perawat merasa mendapatkan beban pekerjaan berlebih daripada dokternya. Dokter sendiri beranggapan bahwa walaupun mereka hanya melakukan “visit” saja, tetapi kualitas tindakan yang diberikan memadai. Sementara itu, dari pihak mitra kerjanya yang melakukan semua tindakan dari sejak pemeriksaan tensi, dan kondisi pasien yang semuanya dilakukan oleh perawat, menilai bahwa porsi kerjanya lebih berat. Akibatnya muncul situasi yang tidak seimbang, artinya perawat menilai bila semua itu adalah tidak benar, karena seharusnya dokter juga harus melakukan pemeriksaan, tidak hanya mengandalkan hasil dari perawatnya, sementara sesuai “*job description*”nya, seorang dokter bertugas memantau hasil yang telah dilakukan oleh perawatnya.

Keadaan seperti itu adakalanya menimbulkan “ketidak harmonisan” dalam situasi kerja yang dibangun antara dokter dan perawat. Apalagi kondisi seperti itu dikaitkan dengan faktor ekonomi, maka akan dinilai tidak seimbang dan bahkan tidak adil. Secara makro, pendapatan yang diperoleh antara dokter dan perawat memang tidak sama bahkan cenderung jauh berbeda, dan semua itu yang dirasa tidak seimbang. Meskipun dengan kebijakan pemberian TPP atau TKD, hal itu masih dianggap tidak seimbang bahkan cenderung berat sebelah. Ironisnya para perawat selalu dituntut untuk bekerja lebih baik, bukan berarti terbatas kepada tenaga perawat saja melainkan semua pegawai RSKD tanpa kecuali tentu saja termasuk para dokternya. Namun dari pihak tenaga perawat merasakan ada perbedaan, dikhawatirkan keadaan itu dapat menimbulkan kecemburuan. Dari sisi perawat, mereka menilai bahwa beban pekerjaan tenaga perawat lebih banyak, dari sejak mengukur tensi pasien, mengukur suhu badan, memasang infus, memberikan obat-obatan, dan lain lain. Sementara tidak demikian bagi seorang dokter yang dinilai relatif lebih ringan. Bila ukurannya adalah waktu keterlibatan, hal itu dapat diakui, namun tentu

saja semua menjadi gugur bila semua itu dikaitkan dengan tingkat *skill* dari tenaga kesehatan tersebut, yang tentu saja memang tidak sama antara dokter dan perawat misalnya.

Secara visual, memang tampaknya beban pekerjaan dan tanggung jawab tenaga perawat lebih banyak namun dari perolehan jasa pelayanan mereka menilai bahwa para dokter lah yang lebih banyak menerima. Namun mereka lupa bahwa tanggung jawab secara medis jelas lebih besar berada di pundaknya seorang dokter, sebagai contoh bila seandainya adanya kesalahan pemberian resep obat dari dokter, yang akan dianggap sebagai “mall praktik”, dalam hal ini yang akan doimintai tanggung jawabnya adalah dokter bukanlah perawatnya yang dinilai tidak tahumenahu tentang resep obat tersebut. Dalam hal ini mungkin kecemburuan sosial terjadi karena lebih melihat pada sisi materi yang diperoleh tapi tidak pada aspek substansi dari pelayanan tersebut.

Seperti halnya status pegawai negeri pada umumnya, maka penerimaan pendapatan seseorang sangat ditentukan oleh tingkat atau jenjang fungsional yang dimilikinya. Lain dari pada itu juga tenaga kesehatan telah mendapatkan pula pendapatan lain yang dikaitkan dengan kompetensinya tersebut. Selain itu, juga kompetensi seorang dokter jelas lebih tinggi dari seorang perawat. Jadi sebetulnya dalam situasi seperti ini, yang menjadi persoalan adalah bukan pada kenapa mereka tidak mendapat hasil yang sama, tetapi lebih pada adanya ketentuan dari peraturan yang diberlakukan rumah sakit terhadap pegawainya. Beberapa kewajiban yang dituntut untuk dapat diikuti oleh tenaga kesehatan dari level perawat dan tenaga administrasi dan tidak untuk tenaga dokter. Seolah-olah ada “diskriminasi” perlakuan terhadap perawat dan pegawai lain seperti bidan dan tenaga administrasi yang berbeda dengan dokter. Hal itu sebetulnya lebih dikaitkan dengan tanggung jawab pekerjaan. Seorang dokter biasanya harus siap, “standby” setiap saat bila ada keadaan darurat untuk memberikan tindakan, yang biasanya disebut dengan “dokter *on call*”.

Sedikit berbeda dengan keberadaan bidan, kasus yang muncul adalah terhadap perlakuan untuk memberi tindakan bagi ibu melahirkan. Mereka merasa adanya ketidakadilan karena posisi mereka yang sesuai kompetensinya adalah untuk mengurus mengenai kebidanan, sekarang sudah tergeser oleh peran seorang dokter spesialis bidang kandungan (ginekolog). Jadi pasien-pasien yang hamil pada saat penanganan pra kelahiran pemeriksaan bisa dilakukan oleh para bidan saja, tetapi saat harus melahirkan pasien lebih memilih dokter daripada bidan. Hal ini yang telah menggeser posisi bidan di rumah sakit. Sekarang ini wewenang seorang bidan sudah bergeser dan berubah, tidak seperti zaman dulu yang menangani pasien melahirkan dari sejak pra dan post melahirkan. Saat ini mereka hanya menjadi asistennya dokter saja. Kerja sama antara bidan dan dokter hanya terjadi pada saat ada komplikasi pada pasien. Pada saat itulah terbentuk kerja sama yang saling mendukung pekerjaan tersebut. Bidan dan dokter akan melakukan pekerjaan saling mendukung demi untuk menyelamatkan pasiennya. Sebagaimana proposisi yang dikemukakan Marshal tentang kewarganegaraan, di mana setiap warga negara memiliki tiga dimensi yang terkandung di dalamnya yaitu hak sipil, hak politik dan hak sosial. Berdasarkan hasil yang tergambarkan tersebut, tampak bahwa dalam kaitannya dengan ketiga hak tersebut, pada satu sisi seorang bidan merasa dirinya tereksklusikan dalam haknya untuk berbuat sesuai dengan apa yang diketahuinya sebagai seorang bidan, namun demikian secara politik mereka mendapat tempatnya untuk mengapresiasi semua kehendaknya melalui organisasi yang mewadahnya yaitu IBI. Melalui IBI itulah semua aspirasi dari anggota dapat didiskusikan dan mencari jalan keluar pemecahannya. Semenntara secara sosial terdapat situasi yang menimbulkan kecemburuan karena dalam kaitannya dengan porsi yang akan didapat menjadi berkurang sehingga haknya sebagai warga menjadi terabaikan.

Terutama bila hal tersebut dikaitkan dengan adanya usaha untuk meningkatkan pendidikannya yang terbentur oleh berbagai persyaratan yang adakalanya menyempitkkan ruang geraknya untuk dapat meraih apa yang dicita-citakannya. Peningkatan pendidikan itu

sangat dibutuhkan oleh seorang bidan karena sangat erat kaitannya dengan adanya uji kompetensi pada saat pengajuan sertifikasinya untuk melakukan praktik kebidanan. Pada saat pengajuan sertifikasi untuk uji kompetensi itu, selain keharusan pada jenjang pendidikan lulus D3, persyaratan lain yang juga dianggap berat dan tidak adil adalah keharusan untuk sudah melakukan proses persalinan sampai 50 kali. Hal terakhir itu cukup memberatkan bagi seorang bidan, apalagi adanya kecenderungan untuk berkompetisi dengan seorang dokter kandungan saat mereka harus melakukan persalinan. Bagi seorang idan terdapat keterbatasan dalam menangani persalinan di rumah sakit tempat mereka bekerja karena sudah diambil alih oleh seorang dokter spesialis ginekologi. Menurut mereka, dalam situasi seperti itu, tidak semua persalinan dapat mereka tangani langsung, mungkin hanya akan mendapat 15 paling banyak 20 persalinan saja dalam jangkang waktu satu tahun atau satu periode akreditasi. Dampaknya adalah pada proses pengajuan perizinan untuk praktiknya akan memakan waktu lebih lama lagi.

Kasus lain yang menyangkut mengenai “dana tambahan” dalam bentuk TKD (Tunjangan Kinerja Daerah). Pemberian tunjangan ini dimaksudkan untuk meningkatkan kinerja pegawai, jadi pemberian semacam uang perangsang bagi pegawai agar mereka dapat bekerja lebih rajin dan disiplin. Caranya adalah dengan berdasarkan dari faktor kehadiran tepat waktu. Praktiknya perlakuan ini tidak berlaku sama bagi pegawai di rumah sakit tersebut. Peraturan tersebut dinilai kurang adil, karena seolah-olah ada semacam dispensasi bagi tenaga medis “dokter”, terutama bagi dokter spesialis, dan tidak berlaku bagi pegawai lainnya. Contohnya adalah para pegawai di luar tenaga dokter diwajibkan baik pagi maupun sore untuk mengikuti apel dan jika tidak mengikuti akan dikenakan sanksi atau denda yaitu berupa pemotongan TKD. Sementara itu, di antara tenaga dokter ada yang “dibebaskan” dari rutinitas apel baik pagi maupun sore, seperti para dokter spesialis penyakit dalam, dokter jiwa, dan kandungan. Dispensasi ini diberikan karena dalam pekerjaannya itu para dokter tidak mengenal waktu, mereka bisa saja harus bekerja sampai tengah malam atau bila sewaktu-

waktu ada panggilan mendadak (baik pagi atau malam) yang bersifat *emergency* dan yang perlu penanganan segera terhadap pasien yang kritis, dan lain lain. Pada awalnya kecemburuan ini muncul hanya di antara tenaga yang bukan dokter dengan dokter saja akan tetapi kadang-kadang muncul juga di antara sesama dokter, yakni antara dokter spesialis dengan dokter umum, dan dianggap tidak adil. Hal ini terutama dirasakan oleh dokter jaga yang bertugas di Unit Gawat Darurat (UGD). Ketidakadilan tidak hanya dirasakan dalam hal penerimaan TKD tetapi juga terhadap dana insentif yang mereka terima sebagai dokter jaga dianggap tidak sepadan, bahkan tidak seimbang. Namun demikian, karena adanya keterbatasan tenaga dokter spesialis terutama dokter dalam, maka dispensasi dan perlakuan khusus yang diterima dokter spesialis sering mendapat tanda “excuse” dari tenaga lainnya. Hal itu dianggap cukup beralasan juga, karena seorang dokter spesialis mempunyai tugas lebih banyak dan lebih berat dari dokter umum yang secara kuantitaspun jumlah dokter umum lebih banyak dari dokter spesialis. Adanya keterbatasan dan banyaknya yang kebutuhan tenaga spesialis itu pula yang telah membuat dokter spesialis harus bekerja ekstra. Mereka tidak hanya harus bekerja “full” di tempat kerjanya di rumah sakit, tetapi juga adakalanya dibutuhkan oleh rumah sakit lain. Adanya kode etik kedokteran yang mendukung semua itu, mereka dituntut untuk dapat melayani kebutuhan tersebut.

2.4.2 Sikap Kebersamaan (Kolaborasi), Keterikatan sebagai Anggota Kelompok

Pada bagian ini akan dilihat bagaimana sikap kebersamaan di antara para tenaga kesehatan yang ada serta keterikatannya dalam kelompok. Dapat disebutkan bila tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit ini cukup heterogen. Dilihat dari segi etnik, tidak hanya dari etnik Manado yang memang dominan, tetapi juga, banyak dari etnik Jawa, Minang, Arab, dan Sunda. Dilihat dari latar belakang pendidikanpun tentu saja bidang pendidikan kesehatan, dan farmasi cukup dominan selain juga unsur lain yang dapat menunjang keberadaan sebuah rumah sakit seperti pendidikan keuangan, dan perbankan. Kemudian

dilihat dari tingkat ekonominya, terlihat adanya perbedaan yang cukup menonjol, tampak bahwa mayoritas dari kelompok tenaga medis dokter rata-rata termasuk pada golongan ekonomi menengah atas, berbeda dengan dari kelompok perawat, bidan ataupun tenaga non medis seperti tenaga laboratorium, dan sebagainya umumnya menengah bawah. Heterogenitas ini tentu saja merupakan hal yang umum terjadi di suatu komunitas perkotaan. Sudah tentu, untuk dapat menjalin suatu kerja sama yang di antara anggota komunitas itu diperlukan suatu adaptasi terhadap berbagai aturan yang diberlakukan bagi komunitas tersebut, dalam hal ini adalah komunitas RSKD Ratumbusang. Dalam hal ini aturan-aturan yang dapat mengikat anggota komunitasnya. Secara umum aturan yang berlaku adalah sesuai dengan aturan umum PNS, dan selebihnya adalah aturan tambahan dari rumah sakit itu sendiri, sebagaimana yang tertuang dalam pemberian insentif TKD tentang disiplin kerja dan pemberian insentif bagi pegawainya. Demikian pula dengan norma-norma yang berlaku dalam ruang lingkup kepegawaian di rumah sakit tersebut. Semua itu dapat mengikat anggotanya dalam suatu sikap kebersamaan (kolaborasi), dalam hal ini adanya sikap kebersamaan di antara dokter, perawat, bidan, ataupun dengan menejerial rumah sakit ini.

Menurut American Medical Assosiation (AMA), 1994, istilah kolaborasi didefinisikan sebagai proses di mana dokter dan perawat merencanakan dan praktik bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktik mereka dengan berbagai nilai-nilai dan saling mengakui serta menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat.

Selain itu, kolaborasi merupakan hubungan kerja sama antara anggota tim dalam memberikan asuhan kesehatan. Pada kolaborasi terdapat sikap saling menghargai antart tenaga kesehatan dan saling memberikan informasi tentang kondisi demi klien, demi mencapai tujuan (Hoffart & Wood, 1996: Wlls, Jonson & Sayler, 1998). Kolaborasi juga menyatakan bahwa anggota tim kesehatan harus bekerja dengan kompak dalam mencapai tujuan. Dan elemen terpenting

untuk mencapai kolaborasi yang efektif meliputi kerja sama, tanggung jawab, komunikasi, otonomi, dan koordinasi.²¹

Tim pelayanan kesehatan interdisiplin merupakan sekelompok profesional yang mempunyai aturan yang jelas, walaupun berbeda keahlian. Tim akan berfungsi baik jika terjadi adanya kontribusi dari anggota tim dalam memberikan pelayanan kesehatan terbaik. Anggota tim kesehatan terdiri dari: pasien, perawat, dokter, fisioterapi, pekerja sosial, ahli gizi, manager, dan apoteker. Oleh karena itu, tim berkolaborasi hendaknya memiliki komunikasi yang efektif, bertanggungjawab dan saling menghargai antarsesama anggota tim.

Selama ini, sikap kebersamaan inter kelompok pekerja telah tersalurkan dalam bentuk organisasi profesinya masing-masing, seperti IDI, IBI, PPNI, dan sebagainya. Organisasi ini sifatnya lebih khusus sesuai dengan tujuan profesinya masing-masing. Organisasi tersebut berfungsi untuk melindungi dan menjaga kompetensi dari anggotanya masing-masing sehingga masih dapat bertugas sesuai dengan kode etiknya masing-masing. Sementara itu, sikap kebersamaan yang bersifat intra kelompok, mereka terikat sebagai Pegawai Negeri Sipil yang mempunyai aturannya sendiri dan lebih bersifat umum.

Sebagai contoh yang dapat dilihat kolaborasi yang terbentuk antara dokter dengan tenaga perawat. Tenaga perawat dalam menjalankan tugasnya mempunyai peran yang cukup besar dan sangat penting dalam menjaga kesembuhan si pasien. Sementara tenaga perawat mempunyai nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang telah diyakini oleh para profesi keperawatan dalam melaksanakan tugasnya yang berhubungan dengan pasien dengan masyarakat (Berger dan Williams, 1999).

Tenaga perawat memfasilitasi dan membantu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari praktik profesi kesehatan lain. Tenaga perawat berperan sebagai penghubung penting antara pasien

²¹ <http://www.dostoc.com/docs/6579452/KOLABORASI-DALAM-KEPERAWATAN>

dan pemberi layanan kesehatan. Sedangkan tenaga dokter memiliki peran utama dalam mendiagnosis, mengobati dan mencegah penyakit. Antara perawat dan dokter merupakan satu tim yang harus bekerja sama satu sama lain dengan menjalin hubungan yang harmonis dan mempunyai rasa kekompakan. Walaupun bagaimana seorang dokter sangat membutuhkan kehadiran seorang tenaga perawat, mengingat tenaga perawat mempunyai kelebihan dari dokter yakni dalam hal menangani pasien mulai dari mengukur tensi sampai memberikan obat, dll. Dan hal ini yang tidak dilakukan oleh seorang dokter. Sedangkan kelebihan seorang dokter jelas dari segi pendidikan lebih tinggi serta kemampuan pengetahuannya yang belum tentu dimiliki seorang perawat. Oleh karena itu, melihat kelebihan dan kekurangan dari masing-masing, maka kedua tenaga medis ini saling membutuhkan, sehingga kebersamaannya dalam menangani pasien menjadi sangat penting.

Demikian juga dengan dokter, dia juga perlu berkolaborasi dengan anggota tim lainnya, dan melakukan konsultasi terutama saat dia harus menggunakan modalitas pengobatan seperti dalam hal membuat referral pemberian obat untuk pengobatan dan pembedahan.

Selain itu, jika dilihat dari kebersamaan antara tenaga perawat, dengan tenaga medis lainnya dalam hal ini khusus tenaga dokter di RSKD nampaknya memperlihatkan adanya kebersamaan. Jelas sekali bahwa tenaga perawat dengan dokter, tenaga medis serta tenaga non medis lainnya, merupakan suatu tim yang saling membutuhkan dan menjalin hubungan kerja secara bersama, serta ada ikatan keterkaitan dalam bekerja. Begitu juga kondisi di RSKD, antara dokter, perawat, tenaga farmasi, bidan juga tenaga non medisnya menunjukkan sikap kebersamaan dan mempunyai rasa keterikatan sebagai satu tim

Sedikit berbeda dengan dokter spesialis, dalam melakukan praktiknya, mereka sangat tergantung dengan tenaga medis lainnya. Hal itu disebabkan oleh karena adanya keterbatasan dokter spesialis. Keterbatasannya itu membuat mereka harus dapat menjalin hubungan kerja yang baik dengan timnya, karena bila tidak, dikhawatirkan pekerjaannya akan terbengkalai. Mengapa demikian, karena dokter

spesialis yang sangat terbatas itu banyak dibutuhkan tenaganya, sehingga mereka harus dapat membagi waktunya untuk melakukan pekerjaan di beberapa tempat sesuai dengan panggilan tugas kedokterannya. Untuk itu pula kebijakan yang dikeluarkan tentang praktik kedokteran (Undang-undang Praktik Kedokteran Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004), dan juga Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 916/Menkes/Per/VIII/1997, dan Permenkes No. 1419/Menkes/per/X/2005, yang telah memberi kelonggaran bagi praktik seorang dokter dan dokter gigi), telah membantu sebagai ligasi pekerjaannya. Perbedaannya adalah dokter spesialis tidak hanya boleh melakukan praktik di dua atau tiga tempat dengan tempat di mana dia terdaftar sebagai pegawai, tetapi juga dia dapat melakukan pekerjaannya tidak hanya di tempat dia bekerja apabila tenaganya dibutuhkan. Sebagai contoh bila dalam satu hari itu terdapat beberapa pasien yang harus ditangani dan tersebar di beberapa rumah sakit, maka penangannya akan disesuaikan dengan tingkat sakit penderita sehingga dokter spesialis tersebut secara maraton akan bergerak ke tempat pasien-pasien itu.

Adanya kebijakan ini sebagai jalan keluar dari kebutuhan tenaga dokter spesialis, dilihat dari sisi praktisnya, dapat mengatasi adanya keterbatasan kebutuhan dokter spesialis. Tetapi dari segi kemanusiaan adalah tidak manusiawi. Karena walau bagaimana pun mempunyai keterbatasan (fisik dan mental), sehingga adanya “eksploitasi” tenaga dokter spesialis itu dikhawatirkan dapat berdampak pada kinerjanya. Namun demikian, upaya “kerja rangkap” itu secara sosial lebih menguntungkan bagi sang dokter karena dari aspek ekonomis dia mendapat penghasilan lebih, namun secara fisik dan mentalnya, tentunya dia akan merasa kelelahan yang dikhawatirkan dapat mengurangi kualitas kerjanya.

Keberpihakan ini sebetulnya dapat menimbulkan keadaan yang kurang kondusif, akan tetapi dengan adanya campur tangan pihak pemerintah dengan mengeluarkan peraturan yang dapat melegasi situasi tersebut mengurangi friksi yang mungkin timbul. Dalam hal ini pihak manajemen juga cukup bertanggung jawab untuk mengapresiasi

semua keluhan yang ada di lingkungannya. Salah satu cara adalah melakukan sosialisasi terhadap para pegawai tenaga kesehatan di lingkungannya dengan cara melakukan rapat dengan seluruh pegawai. Pada saat itu pula persoalan dapat diselesaikan, karena melalui pertemuan itu semua pihak dapat lebih mengetahui posisinya masing-masing. Adanya proses pertemuan itu merupakan salah satu alat untuk terbentuknya sikap kebersamaan semakin lebih kuat, karena satu sama lain dapat menghargai dan sadar bahwa mereka tidak dapat bekerja sendiri, tetapi perlu terjalin hubungan yang kolaboratif.

Mungkin saja kasus di atas tidak jauh berbeda dengan kasus TKD dan TPP di atas. Namun menurut beberapa responden yang kami wawancarai, mengenai masalah dokter spesialis itu mereka dapat memakluminya karena untuk menjadi dokter spesialis tidaklah mudah. Sementara itu, pendapat mereka terhadap masalah TKD dan TPP ini, dinilai sudah cukup puas bisa menikmatinya. Namun bila dikaitkan dengan hak dan kewajiban, mereka merasa tidak/belum mempunyai kebebasan secara penuh karena segala sesuatunya sudah diatur oleh pimpinan yang pada akhirnya menerima saja semua keputusan yang ada. Dan nampaknya pihak RSKD sudah bisa menyikapi masalah tersebut dengan cara mengadakan dialog atau pertemuan dengan seluruh pegawainya. Sehingga semua pihak bisa mengerti dan memahami kebijakan yang dikeluarkan pihak RSKD, sebab RSKD sendiri mengacu kepada peraturan daerah wilayah Provinsi Sulawesi Utara.

Tampaknya sikap kebersamaan intra kelompok sudah terjalin cukup baik, dan semua itu juga dilandasi oleh sikap kebersamaan intern kelompoknya. Sebagaimana sikap kebersamaan yang ditunjukkan di antara sesama tenaga perawat, terlihat jelas sekali mereka sangat kompak. Hal ini terlihat ketika di antara mereka ada yang mempunyai persoalan baik di dalam maupun luar RSKD, satu sama lain saling membantu memecahkan persoalan tsb. Apalagi tenaga perawat mempunyai wadah yang disebut dengan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), mereka bisa mengeluarkan semua keluhan atau ketidakpuasan dalam urusan pekerjaan, dll. Seperti kita ketahui juga

bahwa selain PPNI di tingkat pusat, di intern RSKD juga memiliki PPNI sehingga memudahkan para tenaga perawat untuk menyampaikan semua aspirasinya, dan pada umumnya PPNI intern bisa menyelesaikan secara intern dan bersifat kekeluargaan.

Hal itu juga tampak pada saat RSKD pernah mengalami kesulitan dengan air, akibat ada kerusakan pada saluran air, akibatnya kegiatan di rumah sakit menjadi terganggu. Dengan sikap kebersamaan yang ditunjukkan para tenaga perawat dengan cara mengambil air secara beramai-ramai, padahal jika dilihat dari jarak tempuh agak jauh. Akan tetapi para tenaga perawat melakukannya dengan rasa suka cita. Hal ini telah menunjukkan kepeduliannya sesama warga, harus saling tolong menolong dan bahu membahu satu sama lain. Sebagai warga negara yang baik dan patuh kepada peraturan yang berlaku harus memiliki jiwa seperti itu. Walaupun ada di antara mereka yang mengeluh, sebab apa yang mereka lakukan sebetulnya bukan tugasnya, tetapi jika tidak ikut menangani mereka jugalah yang akan merasakan akibatnya.

Selain itu, kebersamaan dan keterikatan tenaga perawat dengan tenaga medis lainnya seperti bidan, tenaga farmasi, serta tenaga non medis lainnya, menunjukkan hal-hal positif. Sebab para tenaga perawat selalu melaksanakan pengabdianya senantiasa berpedoman kepada tanggung jawab yang bersumber dari adanya kebutuhan akan keperawatan individu, keluarga dan masyarakat. Juga tenaga perawat berusaha menjaga keharmonisan di lingkungan tempat bekerja dengan menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari individu, keluarga serta masyarakat. Tenaga para perawat berusaha menjalin hubungan kerja sama dengan sesama tenaga perawat, bidan, tenaga farmasi, dll, serta tenaga non medis lainnya, baik dalam mengambil prakarsa maupun dalam mengupayakan agar memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara baik, sesuai dengan tupoksinya.

2.4.3 Pranata Sosial (*Social Institutions*) di bidang Kesehatan

Dalam kehidupan masyarakat banyak ditemukan pranata sosial yang turut membantu pelaksanaan terwujudnya kebutuhan masyarakat, seperti misalnya pranata untuk kebutuhan akan kehidupan kekerabatan (*khinsip Institution*), pranata untuk kebutuhan pendidikan (*education institutions*) atau pranata untuk keperluan kesehatan (*somatic institutions*). Adapun yang dimaksud dengan pranata sosial adalah merupakan suatu jaringan proses-proses hubungan antarmanusia dan antarkelompok sosial yg berfungsi utk memelihara hubungan-hubungan itu serta pola-pola yg sesuai dengan minat dan kepentingan manusia dalam kelompok (Leopold van Wilse dan Becker). Dengan demikian, suatu pranata sosial adalah hubungan yang timbul dikarenakan adanya aktifitas sosial di antara manusia atau kelompok sosial tertentu, yang masing-masing memiliki tujuan yang sama. Pranata sosial yang berkaitan dengan bidang kesehatan termaktub di dalamnya adalah sebuah sarana kesehatan seperti rumah sakit. Di mana dalam rumah sakit ini terbentuk suatu hubungan yang terjadi dari masing-masing anggotanya karena memiliki tujuan yang sama yaitu untuk memberikan pemeliharaan kesehatan bagi warga masyarakat yang ada di sekitarnya.

Sebagai sebuah rumah sakit yang dimiliki pemerintah daerah, dalam hal ini pemerintah daerah Provinsi Sulawesi Utara, maka RSKD Prof Dr VL Ratumbusang dalam praktiknya dituntut untuk berorientasi pada pelayanan kesehatan masyarakat tanpa memandang latar belakang sosial ekonomi dan budaya pasien. Karena bagaimana pun biaya operasional rumah sakit beserta segenap tenaga medis dan non-medis yang bekerja di dalamnya berasal dari APBD yang tidak lain merupakan dana publik yang bersumber dari pajak masyarakat. Konsekuensi daripada hal ini adalah keharusan bagi setiap unsur rumah sakit, mulai dari manajemen hingga tenaga medis dan non-medis, untuk mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat tanpa memperhitungkan kemampuan sosial ekonomi dan latar belakang budaya ataupun politik pasien yang memerlukan layanan kesehatan.

Hanya saja orientasi rumah sakit ini mulai bergeser karena rumah sakit akan dijadikan sebagai rumah sakit yang berorientasi BLU. Artinya rumah sakit diharuskan untuk dapat mencari dana sendiri. Hal ini telah membuat pihak manajemen rumah sakit kadang-kadang mencari dana, sementara secara operasional mereka belum siap untuk menjadi BLU tersebut. Bagaimana mencari dana untuk operasional rumah sakit, akhirnya dibebankan pada pasien. Biaya rumah sakit mulai mahal, terutama biaya obat-obatan, operasi dan rawat inap. Itu sebabnya para tenaga medis juga mulai berorientasi pada “profit oriented”.

Akibatnya dalam realitasnya, orientasi pelayanan RSKD Prof Dr VL Ratumbuang belum sepenuhnya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya sebagai pranata sosial kesehatan yang dibiayai oleh dana publik, sehingga kadang-kadang kalangan masyarakat tidak mampu masih mengalami hambatan atau kesulitan jika dihadapkan pada keharusan membayar biaya perawatan ataupun obat yang tidak terjangkau. Meskipun pada bagian perawatan jiwa hal ini relatif tidak terjadi lagi, namun di bagian pelayanan umum masih berlangsung ketidakadilan bagi mereka yang benar-benar tidak mampu secara sosial dan ekonomi.

Padahal bila melihatnya dari hak dan kewajiban pasien serta tenaga medis secara jelas dalam Pasal 28 berdasarkan UUD 1945 yang telah diamandemen, disebutkan, bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang layak. Dan terkait hak-hak pasien sendiri sudah diatur di antaranya dalam UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan, sebagian juga diatur dalam UU Perlindungan Konsumen, UU No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, dan UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dan berdasarkan UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Pasal 32) tersebut juga diatur bahwa setiap pasien mempunyai hak-hak di antaranya memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi. Sementara itu, sebagai seorang pasien, iapun mempunyai kewajiban yang diatur dalam UU No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 53 UU disebutkan bahwa sebagai pasien harus memberi informasi yang lengkap dan jujur tentang

masalah kesehatannya, dan atau juga mematuhi nasihat dan petunjuk dokter dan dokter gigi, serta mematuhi ketentuan yang berlaku di Sarana kesehatan dan memberi imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Adanya ketentuan-ketentuan tersebut, merupakan aturan yang mengikat bagi tenaga medis (dokter atau perawat dan bidan) untuk dapat mematuhi. Adalah sebuah pelanggaran bila mereka (tenaga medis) tidak mematuhi aturan yang sudah ditentukan dalam undang-undang atau tata tertib yang berlaku di rumah sakit tersebut. Pelanggaran dalam bentuk apapun ada sanksinya. Sanksi dapat berupa sanksi hukuman formal yang berlaku, atau sanksi sosial. Mungkin sanksi sosial akan mendapat efek psikologis yang lebih berat bagi seorang tenaga kesehatan, karena dampaknya adalah pada reputasinya sebagai dokter, atau bidan dan perawat.

Tidak terdapat kasus khusus terhadap pelanggaran praktik kedokteran yang terjadi di rumah sakit ini. Tetapi untuk kasus RSKD Ratumbusang pernah juga ditemukan kasus adanya pelanggaran dalam praktik kerja dari seorang perawat yang bertugas di bagian rawat pasien sakit jiwa. Karena keteledoran perawat, terdapat seorang pasien yang sempat mnelukai dirinya dengan, pisau dapur dan mengamuk. Untung saja keadaan dapat cepat dikendalikan atas bantuan dari berbagai pihak, terutama dari perawat laki-laki yang petugas keamanan. Sanksi yang diberikan pada kasus membahayakan nyawa pasien ini, adalah berupa “skorsing” dengan tidak boleh melakukan pekerjaan sementara. Hal ini juga dilakukan untuk menjaga stabilitas emosi perawat tersebut. Tidak ada sanksi khusus yang memberatkan baik untuk pihak pasien ataupun pihak medis.

Namun berdasarkan hasil wawancara diperoleh gambaran, bahwa bila pelanggaran terjadi pada saat prtaktek, maka izin praktik yang bersangkutan di stop sementara sampai kasusnya dapat diselesaikan. Tidak pernah terjadi sanksi sosial sampai dilakukan pengucilan misalnya. Tampaknya faktor perlindungan lebih mengemuka daripada hukum formal yang memberatkan. Dalam hal ini

dapat dijelaskan bahwa bila salah satu tujuan dari hukum atau peraturan ataupun kode etik kesehatan adalah untuk memberikan perlindungan hukum bagi anggotanya yang tergabung dalam bidang kesehatan seperti dokter, perawat, bidan dan sebagainya, dan juga bagi pasiennya. Adanya timbal balik kepentingan telah menyatukan pemahaman tentang perlunya perlindungan hukum bagi umatnya.

2.5 Kesimpulan

Kota Manado merupakan tempat yang tepat untuk dijadikan sebagai “sampel” dinamika kewarganegaraan. Secara historis kota ini memiliki perjalanan yang berbeda dengan kota lainnya di Indonesia. Sebagai kota yang dinamis dan secara etnik juga relatif homogen dengan etnik Menadodengan memiliki satu karakter yang sama yaitu ciri-ciri lokal sebagai daerah bahari yang sarat dengan dinamika dan tingkat kompetisi yang tinggi.

Dewasa ini kompetisi antarkelompok pekerja di bidang kesehatan dalam mengartikulasikan kewarganegaraannya berjalan komunikatif, satu sama lain terakomodasikan dalam bentuk organisasi sosialnya masing-masing, sehingga sikap kebersamaan yang muncul di antara kelompok pekerja itu lebih bersifat komunal.

Dinamika kelompok pekerja di bidang kesehatan yang anggotanya dengan latar belakang status sosial yang berbeda, baik itu sebagai dokter maupun perawat dan tenaga kesehatan lainnya di perkotaan dalam mengartikulasikan kewarganegaraannya tetap berjalan secara damai dan tidak menemui masalah-masalah yang berarti. Terdapat persaingan kepentingan antarkelompok dalam merealisasikan pekerjaannya baik secara politik maupun ekonomi. Tetapi kompetisi ini secara normatif dapat hidup dipahami sebagai bentuk interaksi yang bersifat relatif toleran, terbuka dan tetap saling menghargai dalam pergaulan sehari-hari.

Realisasi hak kewarganegaraan khususnya bagi kelompok pekerja kesehatan tampaknya memang difasilitasi secara organisatoris dan sangat mendukung bagi perkembangan kehidupannya. Misalnya,

dokter secara umum terikat dengan organisasi profesinya di IDI (Ikatan Dokter Indonesia). Sementara itu, terdapat pula yang ikut organisasi dokter spesialis yang tentunya harus pula taat pada aturan-aturan dari organisasinya itu. Demikian pula dengan tenaga Perawat yang terikat dengan organisasi perawatnya di PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), atau juga bidan dengan organisasi bidannya (IBI), mereka harus juga taat pada peraturan yang digariskan dalam organisasinya. Hal inilah yang membuat arti penting adanya perkumpulan pekerja bagi komunitas masyarakat berdasarkan ikatan pekerjaan/profesi. Upaya untuk mempromosikan identitas profesi melalui perkumpulan adalah sebagai sarana kegiatan sosial bagi anggota komunitas untuk melakukan aktivitas baik aktifitas sosial, ekonomi maupun politiknya yang terjalin dalam hubungan antaranggota maupun dengan komunitas lain termasuk hubungannya dengan pemerintah. Ekspresi ini merupakan hal yang positif dari prinsip kewarganegaraan.

Fenomena dinamika kewarganegaraan di Kota Manado serta peran komunitas kelompok pekerja sebagai modal sosial struktural komunitas pekerja juga perlu mengembangkan *bridging social capital* untuk berhubungan dengan komunitas kelompok lain dalam memperjuangkan terbentuknya masyarakat dengan lingkungan yang baik, sehingga prinsip-prinsip *free and equal* dapat terakomodasi dalam kehidupan sosialnya serta dalam kebebasan sipil dan politiknya.

Daftar Pustaka

- BPS dan Bappeda Provinsi Sulawesi Utara. 2009. *Manado Dalam Angka 2009*, Manado.
- BPS dan BAPPEDA Provinsi Sulawesi Utara. 2010. *Profil Kesehatan Kota Manado 2009*.
- BPS, Jakarta, 2005. *Studi Manado Modal Sosial*. Jakarta.
- Darmono, S.S, *Tiga Tahun Perjalanan Desentralisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, dalam Jurnal Kedokteran dan

Farmasi, MEDIKA, No. 01 th ke XXXI, Januari 2005, Jakarta, PT Grafiti Medika Pers.

Peraturan Walikota Manado Nomor 05 Tahun 2011 Tentang Pemberian Tambahan Penghasilan Pegawai Negeri Sipil Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kota Manado, Provinsi Sulawesi Utara.

Putnam, Robert. 1993. "The Prosperous Community: Social Capital and Public Life", *The American Prospect*, Vol. 13, pp. 35-42.

Romadhon, Yusuf Alam. 2004. Kiyosaki dan Prodesi Dokter, dalam Jurnal MEDIKA, Vol AAA, Oktober 2004, 976.

Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Supardi, 2007, "*Analisa Stres Kerja pada Kondisi dan Beban Kerja Perawat dalam Klasifikasi Pasien di Ruang rawat Inap Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan*", Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara, Medan.

Iswani, 2000, dalam Supardi, "*Analisa Stres Kerja pada Kondisi dan Beban Kerja Perawat dalam Klasifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan*", Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara, Medan 2007.

Iskandar, Dalmy H. 1998. *Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan dan Pasien*

Bahan dari Internet:

Profil Manado, Manadokota.bps.go.id/index.php/tentang-manado Maret 2009.

Profil Kabupaten/Kota Manado. Ciptakarya.pu.go.id/profil/timur/sulut/manado.pdf.

Terwujudnya Rumah Sakit Terakreditasi dan Mandiri 2010

http://www.bappedajakarta.go.id/download/renstrada?Renstrada_Bab08.pdf.

<http://www.dostoc.com/docs/6579452/Kolaborasi-Dalam-Keperawatan>

http://id.wikipedia.org/wiki/Ikatan_Dokter_Indonesia

<http://palembang.tribunnews.com/26/04/2011/dokter-wajib-kantongi-str.>, diakses tgl 6 April 2011

<http://arvisajah2.blogspot.com/2010/11/organisasi-ikatan-dokter-indonesia-idi.html>

<http://www.scribd.com/doc/12777717/Dody-Firmanda-2006-008-Peran-Komite-Medik-Di-Rumah-Sakit-26-April-2006>.

http://www.indolawcenter.com/index.php?option=com_content&view=article&id=701%3Ahak-dan-kewajiban-pasien-dan-tenaga-medis&catid=176%3Ahukum-keshatan-a-kedokteran&Itemid=237

<http://ppnikulonprogo.co.cc>>AD/ART>.

http://ppnikulonprogo.co.cc/?page_id=6

http://www.sukabumikota.go.id/perizinan/Izin_Praktik_Bidan.asp

<http://www.bidan-delima.org/profil.php>)

BAB III

KEBIJAKAN KESEHATAN LOKAL DAN NASIONAL DALAM PRESPEKTIF KELOMPOK PEKERJA KESEHATAN DI KOTA SURABAYA

Oleh: Sukri Abdurrachman

3.1 Pendahuluan

Kota Surabaya memiliki kompleksitas permasalahan kesehatan yang cukup tinggi, mulai dari masalah demografi seperti status penduduk, kualitas penduduk, pelayanan kesehatan yang belum merata, jumlah dan kualitas tenaga kesehatan yang masih perlu ditingkatkan, terdapatnya kondisi lingkungan yang kurang sehat dan berbagai persoalan kesehatan lainnya.

Dr. Esty Marlina Rachmie, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya menyatakan "membangun kesehatan merupakan membangun perilaku, maka kesehatan pun akan dengan sendirinya terbina dengan baik apabila kita semua memiliki kesadaran untuk membina perilaku hidup kita".¹ Dra. Pinky Saptandari, MA dalam *workshop* Pemetaan Permasalahan Kesehatan di Surabaya yang diselenggarakan Departemen Antropologi Universitas Airlangga 8 Oktober 2010 menyatakan "untuk mengatasi permasalahan kesehatan di Surabaya perlu dilakukan peningkatan anggaran untuk program informasi dan edukasi, melakukan penyuluhan, sosialisasi, hingga menggalakkan CSR (*Corporate Social Responsibility*)".² Dra. Setia Pranata dalam acara yang sama menyatakan "untuk menuju Indonesia sehat 2025, perlu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Kinerja sistem

¹Dinas Kesehatan Kota Surabaya, <http://sik-dinkessurabaya.blongsopot.com>, diakses, 28 Juni 2011

²Departemen Antropologi FISIP UNAIR, <http://www.antro.fisip.unair.co.id>, diakses, 30 Juni 2011

kesehatan masih rendah, pelayanan kesehatan belum bisa mengatasi program, akibat tenaga kesehatan yang belum memadai, masyarakat masih belum bisa memiliki kesadaran tentang pentingnya kesehatan untuk diri sendiri, seperti mencuci tangan dengan baik, masih merokok padahal sudah tahu akan mengganggu kesehatan”³.

Pada saat pengumpulan data lapangan, masalah kesehatan yang menjadi sorotan masyarakat dan pemberitaan media lokal dan nasional adalah mengenai warga Surabaya dan Jawa Timur yang memilih berobat ke luar negeri⁴, dan laporan pertanggungjawaban keuangan mengenai pengelolaan obat dan obat kedaluarsa di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya yang terindikasi terjadi pelanggaran⁵.

Terlepas dari berbagai persoalan kesehatan yang telah dikemukakan di atas, hasil survey KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi) tentang Integritas Sektor Pelayanan Publik Pemerintah Kota di Indonesia pada Tahun 2010 menempatkan Pemerintah Kota Surabaya sebagai Kota Terbaik pertama dalam pelayanan publik dengan nilai 6,13. Urutan kedua, Kota Samarinda dengan nilai 6,11. Ketiga, Kota Yogyakarta dengan nilai 5,89. Keempat, Kota Ambon dengan nilai 5,60, dan kelima, Kota Tanjung Pinang dengan 5,59. Sementara Jakarta sebagai Ibukota Negara RI hanya berada di urutan ke tujuh untuk Jakarta Barat dengan nilai 5,46. Ke delapan Jakarta Timur dengan nilai 5,44. Kesembilan, Jakarta Pusat dengan nilai 5,39, dan kesepuluh Jakarta Utara dengan nilai 5,36.⁶ Dalam survey KPK ini yang diteliti mencakup 21 instansi/dinas terkait dalam pelayanan publik di Kota Surabaya termasuk dinas kesehatan.

Perestasi lainnya, hingga tahun 2009 terdapat 10 Puskesmas dari 53 Puskesmas di Kota Surabaya sudah memiliki sertifikat ISO 9001:

³ *Ibid.*

⁴ *Harian Seputar Indonesia*, 15 April 2011

⁵ *Harian Jawa Pos*, 15 April 2011 dan 16 April 2011

⁶ *Republika*, 7 April 2011

2000⁷. Juga berdasarkan Ranking Otonomi Award yang diselenggarakan Jawa Pos Institute of Pro Otonomi (JPIP) bekerjasama dengan Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada tahun 2005 di bidang pelayanan kesehatan, Kota Surabaya menempati urutan ke-empat dari 38 Kota/Kabupaten di Jawa Timur. Dan pada tahun 2006 pelayanan di bidang kesehatan Kota Surabaya terjadi penurunan peringkat ke posisi 12 dari 38 Kota/Kabupaten di Jawa Timur.⁸

Dari sisi kebijakan pembangunan di bidang kesehatan, pemerintah Kota Surabaya telah menetapkan berbagai peraturan daerah, peraturan walikota dan berbagai kebijakan lainnya. Setiap kebijakan publik di bidang kesehatan yang dikeluarkan bagaimana dampaknya terhadap ketenagakerjaan kesehatan, pelayanan kesehatan, obat-obatan dan pengobatan, dan lain-lainnya, baik positif maupun negatif. Apa saja kendalanya dalam proses pembentukan maupun implementasinya. Upaya-upaya apa saja yang telah dilakukan. Bagaimana pandangan kelompok pekerja kesehatan/Organisasi Profesi (IDI, PDGI, PPNI dll), pengelola Rumah Sakit/Puskesmas, dan pejabat pemerintah di Kota Surabaya terhadap kebijakan kesehatan lokal yang ditetapkan. Juga pandangan terhadap kebijakan bidang kesehatan di tingkat nasional dan kode etik kedokteran.

Atas dasar pertimbangan tersebut, kota Surabaya dipilih sebagai lokasi penelitian. Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 11 April hingga 19 April 2011. Data yang dikumpulkan terdiri dari data skunder dan primer. Data skunder diperoleh dari perpustakaan dan bagian dokumentasi yang ada di instansi pemerintah dan swasta di Provinsi Jawa Timur dan Kota Surabaya. Di Provinsi Jawa Timur antara lain: Kantor Keselamatan Bangsa dan Masyarakat Provinsi Jawa Timur; BPS

⁷Dinas Kesehatan, *Profil Kesehatan Tahun 2009*, Surabaya: Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya, 2010, hlm. 32

⁸Redhi Setiadi (Editor), *Memantau Daerah Menyemai Kemajuan (Otonomi Daerah dan Otonomi Award di Jawa Timur)*, Surabaya: Jawa Pos Institute of Pro Otonomi (JPIP) bekerjasama dengan Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2007, hlm. 170-171

Provinsi Jawa Timur; Biro Hukum Pemerintah Provinsi Jawa Timur; Kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur; IDI Provinsi Jawa Timur, BPS Provinsi Jawa Timur. Di Kota Surabaya antara lain: Kantor Keselamatan Bangsa Masyarakat Pemerintah Kota Surabaya; Bagian Hukum Pemerintah Kota Surabaya; Bagian Dokumentasi Hukum dan Perundang-undangan; BPS Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya; IDI Kota Surabaya; PPNI Kota Surabaya; PDGI Kota Surabaya; Puskesmas Jagir Kota Surabaya; RS dr. M. Soewandhie; RS. Dr. Soetomo, harian Jawa Pos dan melalui dunia maya. Sementara data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan sejumlah nara sumber atau informan kunci di Kota Surabaya, antara lain: pejabat di instansi Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kota Surabaya, pengurus IDI di Provinsi Jawa Timur dan Kota Surabaya; pengurus PPNI Kota Surabaya, Anggota PDGI Kota Surabaya, pejabat di RSUD dr. M. Soewandhie, Puskesmas Jagir, dan lain-lain.

3.2 Profil Kesehatan Kota Surabaya

Luas wilayah Kota Surabaya 326,37 km² terdiri dari 31 kecamatan dan 163 kelurahan. Secara geografis Kota Surabaya berada antara 112^o 36” dan 112^o 54” Bujur Timur dan 07^o 12” garis Lintang Selatan. Jumlah penduduk Kota Surabaya pada tahun 2009 berjumlah 2.891.736 jiwa. Menurut jenis kelamin jumlah penduduk perempuan lebih banyak dari laki-laki. Penduduk perempuan berjumlah 1.458.970 jiwa sedangkan penduduk laki-laki berjumlah 1.432.766 jiwa. Rata-rata anggota keluarga di setiap rumah tangga sekitar 4 jiwa dengan kepadatan penduduk 8.860 jiwa/km².⁹ Jumlah penduduk menurut jenis kelamin dan kelompok umur di Kota Surabaya pada tahun 2009 selengkapnya dapat dilihat dalam Tabel 1.

⁹ Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010, *Op.Cit*, hlm. 3

Tabel 1

Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kota Surabaya Tahun 2009

No.	Kelompok Umur (Tahun)	Jumlah Penduduk Laki-laki	Jumlah Penduduk Perempuan	Total
1	<1 tahun	21.527	20.646	42.173
2	1 – 4 tahun	93.526	90.038	183.564
3	5 – 14 tahun	223.284	214.081	437.365
4	15 - 44 tahun	749.544	782.595	1.532.139
5	45 - 64 tahun	278.934	275.440	554.374
6	> 65 tahun	65.951	76.170	142.121
TOTAL		1.432.766	1.458.970	2.891.736

Sumber: BPS Provinsi Jawa Timur 2009

Situasi derajat kesehatan di Kota Surabaya pada tahun 2009 berdasarkan indikator-indikator mortalitas, morbiditas dan status gizi. Mortalitas dilihat dari indikator Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Ibu melahirkan (AKI) per 100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian karena penyakit. Morbiditas atau angka kesakitan dilihat dari indikator Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengeu (DBD) per 100.000 penduduk, persentase penderita HIV/AIDS terhadap penduduk berisiko dan Angka AFP (Acute Flacid Paralysis) pada anak usia <15 tahun per 100.000 anak, Angka Penderita TB Paru BTA positif dan lain-lainnya. Sedangkan status gizi dilihat dari indikator persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), persentase balita dengan gizi buruk, persentase Kecamatan Bebas Rawan gizi, persentase balita yang naik berat badannya dan persentase balita dengan berat badan dibawah garis merah (BGM) dan lain-lainnya.

Mortalitas berdasarkan data Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Surabaya pada tahun 2009 menunjukkan 483 kematian bayi dari 52.697 kelahiran hidup atau sebesar 9,16 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Surabaya pada tahun

2009 menunjukkan 43 orang ibu dari 52.697 kelahiran hidup atau sebesar 81,60 per 100.000 kelahiran hidup.¹⁰

Data Morbiditas (Angka Kesakitan) di Kota Surabaya pada tahun 2009 menunjukkan:

Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru) klinis berjumlah 816 orang, dan TB Paru dengan BTA positif sebanyak 1.216 orang. Penderita TB paru dengan BTA positif akan mendapatkan pengobatan secara intensif di Puskesmas selama 9 bulan secara terus menerus sampai benar-benar dinyatakan sembuh. Tingkat kesembuhan bagi penderita penyakit TB paru positif pada tahun 2009 sebesar 74,83% dari 1.172 penderita TB paru BTA positif yang diobati tahun 2008.¹¹ Keadaan ini diperlukan adanya upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan individu maupun lingkungan melalui upaya promosi kesehatan dan upaya-upaya lain seperti CHN (*Community Health Nursing*) guna meningkatkan angka kesembuhan penderita TB paru, karena banyak penderita TB paru merasa jenuh dengan pengobatan yang memerlukan waktu cukup lama, hal inilah yang menjadi penyebab tingkat kesembuhan masih <90%.

Penyakit Pneumonia pada balita di Kota Surabaya tahun 2009 berjumlah 3.528 kasus (*Incidence Rate* 122 per 100.000 penduduk). Jika dibandingkan jumlah kasus tahun 2008 menunjukkan peningkatan. Tahun 2008 penyakit pneumonia pada balita mempunyai *Incidence Rate* sebesar 100,29 per 100.000 penduduk.¹² Peningkatan kasus penyakit pneumonia pada balita antara lain dipengaruhi faktor lingkungan yang buruk.

Penyakit Demam Berdarah Dengeu (DBD) di Kota Surabaya pada tahun 2009 berjumlah 2.268 orang penderita dan semuanya telah tertangani. Angka ini menunjukkan Angka *Incidence Rate* DBD sebesar 78,43 per 100.000 penduduk. Dibandingkan kasus DBD tahun 2008

¹⁰ *Ibid.*, hlm. 17 – 18

¹¹ *Ibid.*, hlm. 19

¹² *Ibid.*, hlm. 19-20

sebesar 75,66 per 100.000 penduduk menunjukkan kenaikan DBD.¹³ Untuk itu diperlukan upaya yang optimal pemerintah kota Surabaya dalam penanggulangan BDB dengan ditunjang peran serta masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk, pemeriksaan jentik secara berkala dan lain-lain.

Penyakit HIV/AIDS di Kota Surabaya pada tahun 2009 berjumlah 776 kasus HIV. Dibandingkan tahun 2008 berjumlah 362 kasus maka terjadi peningkatan 414 kasus (114,37%).¹⁴ Peningkatan kasus HIV yang cukup tinggi ini perlu mendapat perhatian yang serius dari pemerintah Kota Surabaya maupun masyarakat. Surabaya sebagai kota metropolitan dengan tingkat mobilitas penduduk yang cukup tinggi perlu mewaspadai penyebaran penyakit ini karena sangat berpengaruh pada sumber daya manusia di masa depan.

Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) di Kota Surabaya tahun 2009 berjumlah 7.886 kasus. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan pada tahun 2008 berjumlah 15.008 kasus.¹⁵ Salah satu penyebab dari menurunnya penyakit IMS adalah semakin tingginya kesadaran masyarakat akan bahaya penyakit menular dan upaya pemerintah untuk penanggulangan masalah kesehatan melalui media promosi kesehatan.

Penyakit diare pada balita di Kota Surabaya tahun 2009 berjumlah 18.940 kasus. Dibandingkan tahun 2008 berjumlah 24.571 kasus terjadi penurunan.¹⁶ Terjadinya penurunan jumlah kasus penyakit diare pada balita ini tidak terlepas dari upaya pemerintah Kota Surabaya dalam menggalakkan budaya perilaku hidup bersih dan sehat melalui media promosi kesehatan. Data penyakit lainnya, penyakit kusta di Kota Surabaya pada tahun 2009 terdiri dari 26 orang penderita kusta PB

¹³ *Ibid.*, hlm. 20

¹⁴ *Ibid.*, hlm. 21

¹⁵ *Loc.Cit.*

¹⁶ *Ibid.*, hlm. 22

(*Pausi Basiler*) dan 174 orang penderita kusta MB (*Multi Basiler*). Juga penyakit *difteri* berjumlah 29 orang.¹⁷

Kondisi status gizi bayi, balita dan kecamatan bebas rawan gizi di Kota Surabaya tahun 2009 menunjukkan hal-hal sebagai berikut:

Status gizi harus selalu dipantau sejak dalam kandungan hingga sampai masa remaja. Karena status gizi akan berpengaruh langsung terhadap perkembangan otak dan pertumbuhan fisik seseorang. Begitu pula dengan bayi, sejak lahir harus selalu dipantau perkembangan dan pertumbuhannya. Salah satu cara untuk memantau perkembangan dan pertumbuhan bayi melalui pemeriksaan rutin di sarana kesehatan yang tersedia di Kota Surabaya. Berdasarkan data kunjungan bayi neonatus (bayi berusia <28 hari) di Puskesmas, rumah sakit, rumah bersalin/rumah sakit bersalin di Kota Surabaya pada tahun 2009 terdapat 90,02% dari 42.173 bayi melakukan kunjungan neonatus. Sedangkan kunjungan bayi (<1 tahun) tahun 2009 sebesar 79,85%. Hasil dari pemeriksaan neonatus yang berkunjung di sarana kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2009 diketahui bayi yang lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 1.564 bayi (3,71%).¹⁸ Ini menunjukkan semakin tingginya kesadaran masyarakat untuk membawa bayi ke tempat pelayanan kesehatan. Sementara status gizi balita di kota Surabaya pada tahun 2009 belum menggembirakan. Dari 225.737 balita di Kota Surabaya tahun 2009 yang melakukan penimbangan hanya 136.118 balita (60,30%). Hasil penimbangan dari 136.118 balita menunjukkan balita yang naik berat badannya adalah 108.612 balita (79,79%), balita yang berada di bawah garis merah (BGM) adalah 13.735 balita (10,09%), dan balita yang mempunyai status gizi buruk sebesar 1,39%.¹⁹ Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Dr. Esty Martiana Rachmie menyatakan ” dalam empat tahun terakhir tingkat prevalensi gizi buruk balita di Kota Surabaya terus menurun. Pada tahun 2006 angka gizik buruk mencapai 2,09%, lalu turun menjadi 1,96% tahun 2007. Tahun 2008 turun menjadi

¹⁷ *Ibid.*, hlm. 23

¹⁸ *Ibid.*, hlm. 26

¹⁹ *Ibid.*, hlm. 27

1,81%, dan tahun 2009 turun lagi menjadi 1,39%. Dinas Kesehatan Kota Surabaya mengalokasikan Rp. 43,5 miliar untuk makanan tambahan dan makanan pendamping air susu ibu, khususnya bayi di bawah umur dua tahun dari keluarga miskin”.²⁰ Apabila dibandingkan dengan target nasional yaitu sebesar <1%, maka Kota Surabaya belum mencapai target nasional prevalensi gizi buruk balita dalam kurun waktu empat tahun terakhir ini.

Kecamatan bebas rawan gizi yaitu kecamatan yang mempunyai jumlah kasus KEP Total <15. KEP Total adalah jumlah kasus balita yang Kurang Energi Protein pada status gizi KEP sedang dan berat. Di Kota Surabaya terdapat 31 kecamatan yang secara keseluruhan dinyatakan bebas rawan gizi (100%).²¹

Data lain adalah jenis keluhan kesehatan utama yang dialami penduduk Kota Surabaya dalam 1 bulan yang lalu pada tahun 2009. Berdasarkan hasil Susenas 2009 jenis keluhan kesehatan utama yang dialami penduduk Kota Surabaya dalam 1 bulan yang lalu terbanyak adalah batuk, disusul pilek dan panas. Selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 2.

Kedaaan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Surabaya pada tahun 2009 terdiri dari 35 Rumah Sakit Umum, 1 Rumah sakit Jiwa, 10 Rumah Sakit Bersalin, 2 Rumah Sakit Khusus, 150 Balai Pengobatan/klinik, 53 Puskesmas, 69 Puskesmas Pembantu, 2.784 Posyandu, 858 Apotik, juga terdapat banyak toko obat, gudang farmasi dan praktik dokter baik bersama maupun perorangan.²²

²⁰ <http://bataviase.co.id>, diakses 19 September 2011

²¹ Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010, *Op.Cit.*, hlm. 28

²² Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010, *Op.Cit.*, hlm. 57

Tabel 2

Persentase Penduduk Kota Surabaya Menurut Jenis Kelamin dan Jenis Keluhan Kesehatan Utama yang Dialami dalam 1 Bulan yang Lalu Tahun 2009

No.	Jenis Keluhan Kesehatan Utama Yang Dialami 1 bulan Lalu	Jumlah Laki-laki (L) Ya (%)	Jumlah Laki-laki (L) Tidak (%)	Jumlah Perempuan (P) Ya (%)	Jumlah Perempuan (P) Tidak (%)	Total L + P Ya (%)	Total L + P Tidak (%)
1	Panas	9,42	90,58	8,47	91,53	8,93	91,07
2	Batuk	14,65	85,35	14,43	85,57	14,54	85,46
3	Pilek	14,39	85,61	14,58	85,42	14,49	85,51
4	Asma/Napas Sesak	0,97	99,03	0,80	99,20	0,89	99,11
5	Diare/Buang-buang Air besar	1,02	98,98	1,56	98,44	1,30	98,70
6	Sakit kepala Berulang	2,61	97,39	4,35	95,65	3,52	96,48
7	Sakit gigi	1,13	98,87	1,37	98,63	1,25	98,75
8	Lainnya	5,74	94,26	8,71	91,29	7,28	92,72

Sumber: Hasil Susenas Tahun 2009 Provinsi Jawa Timur²³

Dari 53 Puskesmas di Kota Surabaya, diantaranya 10 Puskesmas dengan perawatan dan 43 Puskesmas tanpa perawatan. Untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Dinas Kesehatan Kota Surabaya melakukan beberapa terobosan, antara lain dengan meningkatkan fungsi Puskesmas menjadi Puskesmas Spesialistik yaitu Puskesmas yang mempunyai pelayanan spesialisik tertentu. Jumlah Puskesmas Spesialistik hingga tahun 2009 adalah 23 Puskesmas. Juga dibentuk Poli *Sexual Transmitted Diseases* pada 4 Puskesmas sebagai sarana kesehatan yang khusus melayani pemeriksaan kesehatan pada kelompok risiko tinggi tertular Penyakit Menular Seksual (PMS).²⁴ Selain itu, terdapat 38 Puskesmas Sore Hari yang melakukan pelayanan pada sore hari (pukul 14.00 – 19.00) setiap hari kerja. Selain

²³BPS, *Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional Tahun 2009 Provinsi Jawa Timur*, Surabaya: BPS Provinsi Jawa Timur, 2010, hlm. 59-64

²⁴*Ibid.*, hlm. 30

itu, dibentuk Puskesmas Poli Paliatif yaitu Puskesmas yang mempunyai poli perawatan kesehatan terpadu yang bersifat aktif dan menyeluruh melalui pendekatan multi disiplin yang terintegrasi. Tujuannya untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang usia pasien, meningkatkan kualitas hidupnya, dan memberikan support kepada keluarganya.²⁵ Pada tahun 2009 di Kota Surabaya terdapat 4 Puskesmas Poli Paliatif. Prestasi Puskesmas di Kota Surabaya yang membanggakan adalah terdapat 10 Puskesmas yang sudah memiliki sertifikat ISO 9001: 2000, yaitu: Puskesmas Ketabang, Puskesmas Balongsari, Puskesmas Banyu Urip, Puskesmas Tambak Rejo, Puskesmas Medo'an Ayu, Puskesmas Jagir, Puskesmas Jemursari, Puskesmas Pucangsewu, Puskesmas Menur dan Puskesmas Dupak.²⁶

Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) meliputi Kelurahan Siaga, Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeskel), dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Dari 163 kelurahan di Kota Surabaya seluruhnya (100%) telah dibentuk Kelurahan Siaga. Kelurahan siaga adalah kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.²⁷ Tujuan diadakannya kelurahan siaga adalah mewujudkan masyarakat yang mandiri untuk sehat. Di kelurahan siaga dibentuk Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeskel). Pada tahun 2009 dari 163 kelurahan di Kota Surabaya seluruhnya (100%) telah dibentuk Poskeskel. Poskeskel yang benar-benar tersedia sarana dan prasarananya sebanyak 97 kelurahan. Sementara Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang sudah ada sebanyak 2.784 Posyandu.²⁸

Keadaan tenaga kerja di sarana kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2009 terdiri dari: Tenaga Medis (dokter spesialis, dokter umum, dan dokter gigi) berjumlah 1.822 orang. Tenaga Kefarmasian (apoteker,

²⁵ *Ibid.*, hlm. 33

²⁶ *Ibid.*, hlm. 32-33

²⁷ *Ibid.*, hlm. 58

²⁸ *Ibid.*, hlm. 58- 59

S1 Farmasi, D III Farmasi dan Asisten apoteker) berjumlah 455 orang. Tenaga Gizi (D-IV/S1, D III Gizi dan D1 Gizi) berjumlah 163 orang. Tenaga Keperawatan (Sarjana Keperawatan, D III Perawat, D III Perawat gigi, lulusan SPK dan SPRG) berjumlah 2.217 orang. Bidan (D III Bidan dan Bidan) berjumlah 448 orang. Tenaga kesehatan masyarakat (Sarjana Kesehatan Masyarakat dan D III Kesehatan Masyarakat) berjumlah 170 orang. Tenaga sanitasi (S1 Kesling, D III Kesling dan SPPH) berjumlah 94 orang. Tenaga teknisi medis (radiografer, radioterapis, teknis elektromedis, teknis medis, teknik gigi dan lain-lain) berjumlah 355 orang.²⁹

Alokasi anggaran bidang kesehatan di Kota Surabaya pada tahun 2009 sebesar Rp. 521.129.841.060,- bersumber dari APBD Kab/Kota, APBD Provinsi, APBN, bantuan luar negeri dan sumber lainnya. Anggaran kesehatan dari APBD Kota Surabaya hanya 6,12% dari total APBD Kota Surabaya tahun 2009.³⁰

3.3 Kebijakan Kesehatan Kota Surabaya

Kebijakan pembangunan kesehatan di Kota Surabaya diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang guna terwujudnya derajat kesehatan masyarakat Kota Surabaya yang optimal. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada ”perikemanusiaan, pemerdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, Lansia (lanjut usia) dan keluarga miskin”.³¹

Upaya pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan: 1. Upaya Kesehatan, 2. Pembiayaan Kesehatan, 3. Sumber Daya Manusia Kesehatan, 4. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan, 5. Manajemen dan Informasi Kesehatan, dan 6. Pemberdayaan

²⁹*Ibid.*, hlm. 59 – 60.

³⁰*Ibid.*, hlm. 60

³¹<http://surabaya-ehealth.org/profil-dinas-kesehatan>, diakses 19 September 2011

Masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan "dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral dengan penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif".³²

Atas dasar itu, pembangunan Kota Surabaya harus berwawasan kesehatan, artinya setiap kebijakan publik selalu memerhatikan dampaknya terhadap kesehatan. Hal ini sejalan dengan Visi Kota Surabaya "Surabaya Cerdas dan Peduli". Untuk mewujudkan visi tersebut, Pemerintah Kota Surabaya telah menyusun 8 Misi, dan misi yang berkaitan dengan bidang kesehatan adalah misi ke empat dan ke tujuh.

Misi Ke empat adalah "Meningkatkan kesejahteraan masyarakat khususnya masyarakat miskin melalui fasilitasi kebutuhan dasar, penataan dan pembinaan PKL serta usaha informal lainnya". Misi ke tujuh "Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat kota serta meningkatkan pemahaman masyarakat tentang lingkungan sehat dan perilaku sehat". Tujuan dari misi ke empat terkait dengan bidang kesehatan adalah meningkatnya kualitas keluarga miskin. Sedang tujuan dari Misi ke tujuh adalah: 1. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, 2. Meningkatnya akses pelayanan kesehatan yang terjangkau masyarakat, dan 3. Terbangunnya lingkungan sehat dan perilaku sehat.³³

Untuk melaksanakan Visi dan Misi Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai ujung tombak pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) 2006 – 2010 telah menetapkan Visi Dinas Kesehatan adalah "Penggerak dan Pembangunan Kesehatan Dalam Mewujudkan Surabaya Sehat".³⁴

³² *Ibid.*

³³ Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010, *Op. Cit.*, hlm. 7-8

³⁴ *Ibid.*, hlm. 6

Penggerak dan Pembangunan Kesehatan berarti "Dinas Kesehatan mampu memerdayakan, membina dan mengembangkan serta melaksanakan pembangunan kesehatan untuk mewujudkan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal". Sedang Surabaya Sehat berarti "kota yang masyarakatnya berperilaku sehat dalam lingkungan sehat dan dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang merata dan bermutu".³⁵ Visi Dinas Kesehatan Kota Surabaya tersebut berdasarkan informasi dari media internet telah diganti menjadi "Terwujudnya Masyarakat Kota Surabaya Yang Sehat, Cerdas dan Mandiri".³⁶ Untuk melaksanakan visi tersebut, Dinas Kesehatan Kota Surabaya telah menetapkan misinya untuk mencapai masyarakat yang sehat, cerdas dan mandiri ditempuh melalui: 1. Meningkatkan pemerdayaan masyarakat untuk hidup sehat, 2. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau segala lapisan masyarakat, 3. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan, dan 4. Meningkatkan pembiayaan kesehatan.³⁷

Untuk mencapai visi dan misi tersebut, program pembangunan kesehatan di Kota Surabaya pada tahun 2009³⁸ adalah terdiri dari:

- (1) Program Penanganan Bidang Kesehatan dan Keluarga Berencana
Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan serta memerdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui upaya promotif, kuratif, preventif dan rehabilitatif dengan kegiatan pokok sebagai berikut: 1. Perbaikan gizi masyarakat. 2. Pemerdayaan masyarakat untuk mencapai hidup sehat. 3. Peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat. 4. Peningkatan kualitas manajemen dan sumber daya kesehatan. 5. Pemberantasan dan pencegahan penyakit

³⁵ *Ibid.*, hlm. 7

³⁶ <http://surabaya-ehealth.org/profil-dinas-kesehatan>, diakses 19 September 2010

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010, *Op.Cit.*, hlm. 8 -10

(2) Program Penanggulangan Kemiskinan

Program ini dimaksudkan untuk peningkatan pendapatan masyarakat miskin dan meringankan beban bagi warga miskin dengan kegiatan pokok adalah pemberian bantuan kebutuhan dasar (kesehatan) masyarakat miskin. Kegiatan program ini pada tahun 2009 dinamakan "Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin".

Adapun sasaran pembangunan kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2006 – 2010 yang ingin dicapai³⁹ adalah sebagai berikut:

- (a) Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yaitu terwujudnya kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan yang optimal. Tujuan sasaran ini adalah: 1. Meningkatkan status gizi masyarakat. 2. Meningkatnya kesehatan keluarga. 3. Menurunnya angka kesakitan dan kematian. 4. Meningkatnya kualitas higiene sanitasi.
- (b) Meningkatnya akses pelayanan kesehatan yang terjangkau masyarakat sehingga terwujudnya kualitas pelayanan kesehatan yang optimal. Tujuan sasaran ini adalah 1. Meningkatnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang memenuhi standar. 2. Meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatan yang bermutu dan professional. 3. Meningkatnya kinerja sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta. 4. Meningkatnya sistem manajemen kesehatan. 5. Meningkatnya ketersediaan farmasi, perbekalan kesehatan, makanan dan minuman yang aman, bermutu dan bermanfaat. 6. Meningkatnya pembinaan, pengawasan dan pengendalian farmasi, perbekalan kesehatan dan makanan minuman.
- (c) Terbangunnya lingkungan sehat dan perilaku sehat yaitu terwujudnya kesadaran individu dan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Tujuan sasaran ini adalah 1. Meningkatkan kesadaran dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. 2. Meningkatnya kemandirian masyarakat sebagai peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.
- (d) Meningkatnya kualitas kehidupan keluarga miskin

³⁹ *Ibid.*, hlm. 10 - 14

Untuk mencapai berbagai program, tujuan dan sasaran pembangunan bidang kesehatan sebagai diuraikan diatas, tentu perlu didukung dengan berbagai perangkat Peraturan Daerah (PerDa) dan Peraturan Walikota. Dalam penelitian ini diperoleh beberapa Peraturan Daerah (PerDa) Kota Surabaya dan Peraturan/Keputusan/Instruksi Walikota Kota Surabaya yang terkait dengan bidang kesehatan periode 2001 - 2010

PerDa Kota Surabaya yang terkait dengan bidang kesehatan, antara lain: PerDa No. 3/2001 tentang Organisasi Dinas Kota Surabaya; PerDa No. 2/2002 tentang Organisasi Badan Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Muhamad Soewandhie Kota Surabaya; PerDa No. 1/2003 tentang Pelayanan di Bidang Ketenagakerjaan; PerDa No. 11/2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya; PerDa No. 12/2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan; PerDa No. 14/2005 tentang Organisasi Dinas Kota Surabaya; PerDa No. 5/2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok; PerDa No. 9/2008 tentang Pelayanan Kesehatan Pada RSUD Dokter Muhamad Soewandhie; PerDa No. 12 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah; PerDa No. 5/2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kota Surabaya; PerDa No. 9/2010 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Bhakti Dharma Husada.

Peraturan/Instruksi/Keputusan Walikota Surabaya yang terkait dengan bidang kesehatan, antara lain: Keputusan Walikota No. 56/2003 tentang Tata Cara Penggunaan Uang dari Penerimaan Retribusi Pelayanan Kesehatan; Peraturan Walikota No. 55/2004 tentang Perubahan Keputusan Walikota No.56/2003 tentang Tata Cara Penggunaan Uang dari Penerimaan Retribusi Pelayanan Kesehatan; Peraturan Walikota No. 17/2008 tentang Tata Cara Pemberian Keringanan Pembayaran Retribusi Perizinan di Bidang Kesehatan; Peraturan Walikota No. 69/2008 tentang Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Laboratorium Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya; Peraturan Walikota No. 80/2008 tentang Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat Pada Dinas

Kesehatan Kota Surabaya; Peraturan Walikota No. 87/2008 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Bantuan Sosial Dalam Bentuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya Yang Tidak Masuk Dalam Pertanggungjawaban Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Yang Dibiayai Melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; Peraturan Walikota No. 91/2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas Kota Surabaya; Instruksi Walikota No. 2/2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya No. 9/2008 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Mohamad Soewandhie; Peraturan Walikota No. 16/2009 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Bantuan Sosial Dalam Bentuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya Yang Tidak Masuk Dalam Pertanggungjawaban Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Yang Dibiayai melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009; Peraturan Walikota No. 25/2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya No. 5/2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok; Keputusan Walikota No. 188.45/156/ 436.1.2/2009 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surabaya; Peraturan Walikota No. 12/2010 tentang Tata Cara Penerbitan Surat Keterangan Miskin; Peraturan Walikota Surabaya No. 23/2010 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya Yang Dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya; Peraturan Walikota Surabaya No. 30/2010 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Non Miskin yang Dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya.

Tidak semua PerDa Kota Surabaya dan Peraturan Walikota Kota Surabaya sempat dikaji dan dianalisis secara mendalam. Tapi paling tidak dari segi kuantitas PerDa dan Peraturan Walikota atau kebijakan di bidang kesehatan di Kota Surabaya yang ditetapkan sudah cukup memadai, apalagi dalam perkembangannya dari tahun ke tahun cenderung semakin meningkat. Ini membuktikan bahwa pemerintah Kota Surabaya cukup serius dalam upaya mewujudkan masyarakat Kota Surabaya yang sehat, cerdas dan mandiri. Namun demikian, dari segi

kualitas PerDa dan Peraturan Walikota bidang kesehatan yang dikeluarkan masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangannya, bahkan kemungkinan dalam pelaksanaannya dapat menimbulkan berbagai persoalan. Kelemahan dan kekurangannya itu antara lain adalah:

Pertama, terdapat beberapa PerDa yang memuat definisi secara lengkap, tetapi terdapat pula beberapa PerDa yang tidak memuat definisi secara lengkap. Selain itu terdapat istilah yang sama tetapi definisi berbeda, misalnya definisi "Izin". Dalam PerDa Kota Surabaya No. 1/2003 yang dimaksud izin adalah izin yang diberikan oleh Kepala Daerah atau Pejabat yang ditunjuk untuk melaksanakan usaha atau kegiatan di bidang ketenagakerjaan dan termasuk dalam pengertian izin adalah *rekomendasi* dan *pengesahan* (Pasal 1 angka 10). Tapi dalam PerDa Kota Surabaya No. 12/2003 yang dimaksud izin adalah izin di bidang kesehatan yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan dan termasuk dalam *penyelesaian izin sertifikat, surat terdaftar* dan *rekomendasi* (Pasal 1 angka 15). Contoh lain definisi "Pelayanan Kesehatan". Dalam PerDa Kota Surabaya No. 11/2003 yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap termasuk pelayanan kesehatan lainnya kepada masyarakat (Pasal 1 angka 10). Tapi dalam PerDa Kota Surabaya No. 12/2003 yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah bagian integral dari jaringan medik yang diselenggarakan oleh Pemerintah, perorangan atau badan yang meliputi upaya preventif, promotif, penyembuhan (kuratif) dan pemulihan kesehatan/rehabilitasi (Pasal 1 angka 9). Dan dalam PerDa Kota Surabaya No. 9/2010 yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan kepada seseorang dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan lainnya, baik berupa pelayanan rawat jalan, rawat darurat maupun rawat inap (Pasal 1 angka 6). Perbedaan definisi dalam PerDa dapat menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya. Kasus RSUD dr. Muhamad Soewandhie Kota Surabaya yang mencuat dan pada saat tim melakukan pengumpulan data lapangan tidak terlepas dari adanya perbedaan definisi atau pemahaman mengenai "Apotek" dan "Instalasi Farmasi".

Kedua, PerDa-PerDa bidang kesehatan yang dikeluarkan ada yang belum dilengkapi dengan peraturan pelaksanaan oleh Walikota, Kepala Dinas atau Pejabat yang ditunjuk. Jika pun ada peraturan pelaksanaannya dengan jarak waktu yang cukup panjang (lebih dari 1 tahun) antara di tetapkan PerDa dengan dikeluarkannya peraturan pelaksanaannya. Juga terdapat PerDa yang telah dilengkapi peraturan pelaksanaannya berupa Peraturan Walikota, tetapi dalam pelaksanaannya tidak atau belum efektif, misalnya PerDa Kota Surabaya No. 5/2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dikeluarkan tanggal 22 Oktober 2008 dan dilengkapi dengan pelaksanaannya berupa Peraturan Walikota Surabaya No. 25/2009 tentang Pelaksanaan PerDa Kota Surabaya No. 5/2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dikeluarkan tanggal 1 Mei 2009, tetapi dalam implementasinya tidak efektif dan atau tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Ketiga, terdapat PerDa Kota Surabaya di bidang kesehatan yang dirasakan tidak mencerminkan kesetaraan dan keadilan antara tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern dengan pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional. Misalnya PerDa Kota Surabaya No. 12/2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan. PerDa ini dari sudut perizinan ketenagakerjaan pelayanan kesehatan terdapat perbedaan yang cukup mencolok antara tenaga medis modern (Praktik Dokter/Dokter Spesialis, Praktik Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis, Praktik Bidan, Praktik Perawat dllnya) dengan pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional (Sinshe, Tabib, Akupunturis, Batra Refleksi, Batra ramuan, Batra Pijat, Batra Patah Tulang dllnya). Persyaratan untuk pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional diperlukan berbagai kelengkapan persyaratan yang harus dipenuhi (seperti Surat pernyataan tidak keberatan dari tetangga yang disahkan RT/RW, Rekomendasi dari Asosiasi, Surat Keterangan Kelakuan Baik dari Kepolisian, Surat Pengantar dari Puskesmas setempat, Surat Keterangan Sehat, Surat Keterangan dari Kejaksaan dan Kantor Agama) dibandingkan persyaratan tenaga medis modern atau sarana pengobatan modern. Begitu pula masa berlaku izin yang diberikan. Untuk pengobat

tradisional dan sarana pengobatan tradisional masa berlakunya selama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang setiap 2 (dua) tahun (Pasal 3 ayat (4) PerDa. No. 12/2003). Sedangkan tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang setiap 5 (lima) tahun (Pasal 3 Ayat (1) PerDa. No. 12/2003). Perpanjangan izin harus diajukan 3 (tiga) bulan sebelum masa berlaku izin yang dimiliki habis (Pasal 3 ayat (6) PerDa No. 12/2003). Persyaratan izin, masa berlaku izin dan besarnya retribusi selengkapnya dapat di lihat pada Tabel 3.

Perbedaan persyaratan dan masa berlaku tentu akan membawa konsekuensi biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan perizinan bagi pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional cukup besar dibandingkan tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern. Kemungkinan hal ini disebabkan pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional masih belum dapat diterima oleh sebagian kalangan tenaga medis modern maupun para pengambilan keputusan dengan berbagai alasan, seperti adanya anggapan bahwa obat dan pengobatan tradisional membahayakan kesehatan, tidak jelas takaran dan ukurannya. Dan tidak dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Meskipun dalam perkembangannya dari berapa studi yang dilakukan obat tradisional, pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional semakin diminati/dikonsumsi oleh masyarakat.⁴⁰ Atas dasar itu maka persyaratan, masa berlaku dan retribusi perizinan di bidang kesehatan perlu ditinjau ulang.

⁴⁰Lihat Nyayu Fatimah dan Ratna Indrawasih (Editor), *Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu*, Jakarta: LIPI Press, 2010. Juga lihat hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) penggunaan obat tradisional termasuk obat herbal meningkat dari tahun ke tahun. Tercatat dari 19,9% pada tahun 1980 menjadi 23,3% pada tahun 1986. Pada tahun 2001 meningkat lagi menjadi 31,7%, dan pada tahun 2004 meningkat menjadi 32,8% (Depkes, RI, 2008: 7).

Tabel 3
Nama dan Jenis Perizinan, Persyaratan, Masa Berlaku, dan
Tarif Retribusi Perizinan Bidang Kesehatan
Di Kota Surabaya Tahun 2003

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
1	Surat Izin Praktik (SIP)/Surat Izin Kerja (SIK) Tenaga Medis	Izin Praktik Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis	<ul style="list-style-type: none"> • Surat permohonan • Foto copy KTP • Foto copy Surat Penugasan/ SIK • Foto copy Ijazah • Rekomendasi dari Organisasi Profesi • SK Penetapan • Denah Ruangan • Pas Photo 	5 Tahun utk satu tempat praktik/sarana kesehatan, dan dapat diperpanjang setiap 5 thn sekali	200.000
		Izin Praktik Dokter Umum/ Dokter gigi	Idem	Idem	150.000
		Izin Praktik/ Izin Kerja Bidan, Perawat, Fisioterapis, Nutrisionis	Idem	Idem	100.000
		Izin Kerja Refraksionis Optisien	Idem	5 Tahun untuk satu tempat dan dapat diperpanjang setiap 5 thn sekali	75.000
2	Surat Izin/ Surat Terdaftar Pengobat dan Sarana Pengobatan Tradisional	Surat Izin/Terdaftar Pengobat Tradisional	<ul style="list-style-type: none"> • Surat permohonan • Biodata pengobat • Surat Pernyataan tidak keberatan dari tetangga yg di sahkan RT/RW • Foto Copy KTP • Pas Photo • Rekomendasi dari Asosiasi 	2 tahun dan dapat diperpanjang setiap 2 thn. sekali	50.000

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
			Bersangkutan <ul style="list-style-type: none"> • Surat Keterangan Kelakuan Baik dari Kepolisian • Surat Pengantar dari Puskesmas setempat • Surat Keterangan Sehat • Surat Keterangan dari Kejaksaan dan Kantor Agama • Denah Lokasi dan ruangan 		
		Surat Izin/Terdaftar Sarana Pengobatan Tradisional	Idem Dilengkapi dengan akte Pendirian, Izin Tempat Usaha dan Daftar Tenaga Kerja	2 tahun dan dapat di perpanjang setiap 2 thn. Sekali	200.000
3	Surat Izin Penyelenggaraan Makanan dan Minuman	Izin Jasa Boga Golongan A1	<ul style="list-style-type: none"> • Surat Permohonan • Foto copy KTP • Foto copy tanda Terdaftar jasa boga • Foto copy sertifikat Penyehatan makanan Perusahaan jasa boga • Foto copy program Kursus penerjemah Makanan • Pas Photo • Surat Penunjukkan Sebagai 	5 tahun dan dapat di perpanjang setiap 5 thn. sekali	50.000

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
			penanggungjawab <ul style="list-style-type: none"> • Denah lokasi dan Ruangan • Uji kelaikan fisik • Pemeriksaan laboratorium sampel makanan dan minuman serta air 		
		Izin Jasa Boga Golongan A2	Idem	Idem	75.000
		Izin Jasa Boga Golongan A3	Idem	Idem	100.000
		Izin Jasa Boga Golongan B	Idem	Idem	200.000
		Izin Jasa Boga Golongan C	Idem	Idem	400.000
		Izin Pengelenggaraan Air Minum Isi Ulang	Idem <ul style="list-style-type: none"> • Surat Permohonan • Foto copy KTP • Sertifikat penychatan Bagi pengelola • Pemeriksaan laboratorium bahan baku air minum isi ulang • Inspeksi sanitasi 	Idem	200.000
4	Surat Izin Penyalur, Pengecer dan Penjual Minuman Beralkohol di Hotel Berbintang, Supermarket dan Bar	Izin Pengecer Minuman Beralkohol golongan A, B, C	<ul style="list-style-type: none"> • Surat permohonan • Foto copy akte pendirian perusahaan • Foto copy KTP • Foto copy izin HO • Denah lokasi dan ruangan 	5 tahun dan dapat di perpanjang setiap 5 thn. sekali	400.000
		Izin Penjual Minuman Beralkohol	Idem	Idem	250.000

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
		golongan A,B,C			
5	Sertifikasi	Sertifikat penyuluhan usaha makanan dan minuman Industri Rumah Tangga	<ul style="list-style-type: none"> • Surat permohonan • Foto copy Surat Tanda Pendaftaran Industri Kecil (STPIK) • Foto copy KTP • Mengikuti penyuluhan • Pengisian formulir data Perusahaan makanan dan minuman 	Berlaku selama masih menyelenggarakan usaha kecuai terjadi perubahan lokasi dan penanggung jawab	50.000
		Sertifikat Laik Sehat Rumah Makan	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar produk makanan • Surat permohonan • Foto copy KTP • Foto copy surat keterangan domisili usaha • Denah lokasi dan ruangan 	Berlaku selama masih menyelenggarakan usaha kecuai terjadi perubahan lokasi dan pemilik	100.000
		Sertifikat Laik Sehat Restoran	<ul style="list-style-type: none"> • Uji Kelaikan fisik • Pemeriksaan kesehatan karyawan 	Idem	200.000
6	Surat Izin Penyelenggaraan Sarana Kesehatan dan pengelola pestisida	Izin sarana pelayanan kesehatan dgn luas lantai sampai 100 m ²	Surat permohonan	5 tahun dan dapat diperpanjang setiap 5 tahun sekali	350.000
			Akte pendirian/ Keterangan domisili		
			Surat pernyataan bersedia mentaati peraturanperundang-undangan		

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
			Surat pengangkatan penanggungjawab		
			Surat pernyataan tidak keberatan sebagai penanggung jawab		
			Struktur organisasi		
			Foto copy KTP		
			Foto copy SIP		
			Foto copy ijazah		
			Daftar ketenagaan		
			Daftar peralatan		
			Daftar jenis pelayanan Daftar tarif		
			Denah lokasi dan ruangan		
			Foto copy izin HO/SITU		
			Untuk RS. type A & B dilengkapi dokumen AMDAL		
			Untuk RS. Type C dan D dilengkapi dokumen UKL-UPL		
			Izin atasan langsung bagi PNS		
		Izin sarana pelayanan kesehatan dengan luas lantai > 100 m ² - 250 m ²	Idem	Idem	750.000
		Izin sarana pelayanan kesehatan dengan luas lantai > 250 m ² - 500 m ²	Idem	Idem	1.500.000
		Izin sarana pelayanan Kesehatan dengan luas lantai > 500 m ² -750 m ²	Idem	Idem	2.500.000

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
		Izin sarana pelayanan kesehatan dengan luas lantai > 750 m ² –1000 m ²	Idem	Idem	3.500.000
		Izin sarana pelayanan Kesehatan dengan luas lantai lebih dari 1000 m ²	Idem	Idem	3.500.000/1000 m ² di tambah setiap kelebihan dr 1000 m ² per m ² Rp1.000
		Izin Pengelola Pestisida dgn luas Lantai hingga 100 m ²	Surat Permohonan	2 tahun dan dapat diperpanjang setiap 2 thn sekali	
			Foto copy SITU		
			Denah lokasi dan ruangan		
			Daftar tenaga kerja		
			Surat keterangan sehat untuk supervisor, operator dan teknisi		
			<ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan Laboratorium • Choline Esterase bagi operator dan penjamah 		
			Sertifikat tanda kelulusan sebagai supervisor, teknisi dan operator		
		Izin Pengelola Persitisisda dengan luas lantai > 100 m ² -250 m ²	Idem	Idem	
		Izin Pengelola Pestisida dengan luas lantai > 250 m ² –500 m ²	Idem	Idem	

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
		Izin Pengelola Pestisida dengan luas lantai > 500 m ² – 750 m ²	Idem	Idem	
		Izin Pengelola Pestisida dengan luas lantai > 750 m ² – 1000 m ²	Idem	Idem	
		Izin Pengelola Pestisida dengan luas lantai > 1000 m ²	Idem	Idem	3.500.000/1000 m ² di tambah setiap kelebihan dr 1000 m ² permeter persegi Rp1.000
7	Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit	Izin Rumah Sakit dengan luas Lantai 5000 m ² – 10.000 m ²	Tidak ada keterangan persyaratan	5 tahun dan dapat diperpanjang setiap 5 thn sekali	10.000.000
		Izin Rumah Sakit dengan luas lantai lebih dari 10.000 m ²	Tidak ada keterangan persyaratan	Idem	10.000.000/10.000 m ² ditambah kelebihan dari 10.000 m ² setiap 1 m ² adalah Rp. 500/m ²
		Izin Uji Coba Rumah Sakit (RS)	Pemeriksaan air 6 (enam) bulan terakhir khusus Rumah Sakit (RS)	2 tahun dan dapat di perpanjang 1 kali yang berlaku 2 thn.	50% dari ketentuan yang berlaku
8	Surat Izin Penyelenggaraan Sarana kesehatan yang Berada di Plaza	Izin penyelenggaraan sarana kesehatan yang berada di Plaza/ Pertokoan dengan luas lantai 100 m ²	Tidak ada keterangan persyaratan	5 tahun dan dapat diperpanjang setiap 5 thn sekali	750.000

No.	Nama Perizinan	Jenis Izin	Persyaratan	Masa Berlaku	Tarif Retribusi (Rp.)
		Izin penyelenggaraan sarana kesehatan di Plaza/ Pertokoan dengan luas 100 m ² ke atas	Tidak ada keterangan Persyaratan	Idem	750.000 / <100 m ² dan untuk kelebihan-nya per meter persegi Rp. 5000
9	Surat Rekomendasi	Setiap rekomendasi di Bidang kesehatan	Tidak ada keterangan Persyaratan	-	50.000

Sumber: Diolah dari Lampiran PerDa Kota Surabaya No. 12 Tahun 2003, tanggal 25 Juni 2003

Keterangan:

Pasal 2 ayat (1) menyatakan "Setiap orang atau badan yang akan menyelenggarakan pelayanan kesehatan atau kegiatan yang terkait dengan kesehatan diwajibkan memiliki izin, sertifikat atau rekomendasi dari Kepala Dinas atau Pejabat yang ditunjuk". Pasal 2 ayat (2) menyebutkan jenis izin dibidang kesehatan adalah terdiri dari:

- (a) Izin bagi pelayanan medik dasar, yaitu: 1. Izin Praktik Dokter; 2. Izin Praktik Dokter Gigi; 3. Izin Penyelenggaraan Praktik Berkelompok Dokter; 4. Izin Penyelenggaraan praktik Berkelompok Dokter Gigi; 5. Izin Praktik Bidan; 6. Izin Praktik Persawat; 7. Izin Kerja Perawat; 8. Izin Penyelenggaraan Balai Pengobatan (Klinik); 9. Izin Penyelenggaraan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA); 10. Izin Penyelenggaraan Rumah Bersalin; 11. Izin Penyelenggaraan Pelayanan Medik Dasar lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- (b) Izin bagi pelayanan medik spesialis (Rujukan), yaitu: 1. Izin Praktik Dokter Spesialis; 2. Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis; 3. Izin Penyelenggaraan Praktik Berkelompok Dokter Spesialis; 4. Izin Penyelenggaraan Klinik Spesialis; 5. Izin Penyelenggaraan Praktik Berkelompok Dokter Gigi Spesialis; 6. Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum; 7. Izin Penyelenggaraan Klinik Perawatan Penderita Narkoba; 8. Izin Penyelenggaraan Klinik Kecantikan; 9. Izin

Penyelenggaraan Pelayanan Medik Dasar lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

- (c) Perizinan bagi Pelayanan Medik Penunjang, yaitu: 1. Izin Apotik; 2. Izin Penyelenggaraan Laboratorium Medis (Laboratorium Klinik); 3. Izin Penyelenggaraan Laboratorium Kesehatan; 4. Izin Penyelenggaraan Laboratorium Gigi; 5. Surat Izin Praktik Fisioterapis; 6. Surat Izin Kerja Nutrisisionis (Ahli Gizi); 7. Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (RO); 8. Izin Penyelenggaraan Optikal; 9. Izin Penyelenggaraan Laboratorium Optikal; 10. Izin Toko Obat; 11. Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Penunjang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- (d) Izin bagi pelayanan makanan dan minuman, yaitu: 1. Izin Penyehatan Jasa Boga; 2. Sertifikasi Perusahaan Makanan dan Minuman Industri Rumah Tangga; 3. Izin Penyalur, Pengecer, dan Penjual minuman beralkohol; 4. Sertifikasi Restoran dan Rumah Makan laik sehat; 5. Izin penyelenggaraan air minum isi ulang.
- (e) Surat Terdaftar bagi Sarana Pengobatan Tradisional dan Surat Izin Pengobatan Tradisional (STPT, SIPT), yaitu: 1. Sinshe; 2. Tabib; 3. Akupunturis; 4. Battra refleksi; 5. Battra pijaturut; 6. Battra patah tulang; 7. Battra ramuan; 8. Battra tusuk jari (Akupressuris); 9. Battra tenaga dalam; 10. Battra pendekatan agama; 11. Battra paranormal; 12. Battra Sunat; 13. Battra Tukang Gigi; 14. Battra Gurah; 15. Battra Dukun Bayi; 16. Reiky Master; 17. Qigong; 18. Chiropractie.
- (f) Perizinan bagi institusi pengujian alat kesehatan, yaitu: 1. Izin penyelenggaraan institusi pengujian alat kesehatan tipe A (yang memiliki fasilitas dan kemampuan melakukan pengujian alat dan atau kalibrasi terhadap semua jenis alat kesehatan tertentu); 2. izin penyelenggaraan institusi pengujian alat kesehatan tipe B (yang memiliki fasilitas dan kemampuan melakukan pengujian alat dan atau kalibrasi terhadap 5 (lima) jenis alat kesehatan tertentu); 3. Izin penyelenggaraan institusi pengujian alat kesehatan tipe C (yang memiliki fasilitas dan kemampuan melakukan pengujian dan atau kalibrasi terhadap 3 (tiga) jenis alat kesehatan tertentu).
- (g) Izin Pengelola Pestisida

(h) Rekomendasi bidang kesehatan.

Pasal 4 ayat (1)) menyatakan "Pemegang izin berkewajiban: a. Mematuhi semua ketentuan yang tercantum dalam surat izin; b. Mematuhi semua peraturan di bidang kesehatan baik yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah maupun Pemerintah; c. Membuat catatan medik dan membuat laporan ke Dinas Kesehatan".

Pasal 5 menyatakan "Pemegang izin dilarang: a. Mengalihkan tanggungjawab kegiatan/pelayanan kepada pihak lain yang tidak sesuai dengan Surat Izin; b. Mengubah jenis kapasitas atau pelayanan sehingga menyimpang dari Surat Izin". Karena itu untuk "pengalihan izin atau perubahan jenis Pelayanan Kesehatan wajib dilakukan perizinan baru dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku" (Pasal 6).

Pasal 7 ayat (1) menyatakan "Setiap pemberian izin dibidang kesehatan dipungut retribusi dengan nama retribusi perizinan di bidang kesehatan". Obyek retribusi dimaksud adalah tiap-tiap surat izin/sertifikat, surat terdaftar atau rekomendasi (Pasal 7 ayat (2)). Subyek retribusi dan wajib retribusi adalah orang pribadi atau badan yang memperoleh izin, sertifikat, surat terdaftar dan rekomendasi (Pasal 9). Dan dasar pengenaan tarif retribusi adalah setiap pemberian surat izin (Pasal 11). Dalam hal wajib retribusi tidak membayar tepat waktu atau kurang bayar, dikenakan sanksi administrasi berupa bunga sebesar 2% (dua persen) setiap bulan dari retribusi yang terutang atau kurang dibayar (Pasal 17).

Keempat, dalam penelitian ini tidak ditemukan PerDa Kota Surabaya dan Peraturan/Instruksi/Keputusan Walikota Surabaya yang mengatur secara khusus tentang kelompok/organisasi Profesi Kesehatan (IDI, PDGI, PBI, PPNI, ASPETRI dllnya). Namun di dalam Lampiran PerDa No. 12/2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan salah satu persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP)/Surat Izin Kerja (SIK) Tenaga Medis (Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, Dokter Umum/Dokter Gigi, Bidan, Perawat, Fisioterapis, Nutrisionis, dan Refraksionis Optisien) adalah rekomendasi dari organisasi profesi seperti

IDI, PDGI, PBI, PPNI dan lain-lain). Begitu pula persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin/Surat Terdaftar Pengobat Tradisional/Sarana Pengobat Tradisional (Sinshe, Tabib, Akupuntur, Battra Refleksi, Battra Pijat Urat, Battra Patah Tulang, Battra Ramuan dan lain-lain) adalah rekomendasi dari Asosiasi Profesi seperti ASPETRI (Asosiasi Pengobatan Tradisional Indonesia) dan lain-lain. Untuk mendapatkan rekomendasi tersebut, masing-masing organisasi profesi/asosiasi profesi telah menetapkan berbagai persyaratan bagi setiap anggotanya. Sebagai contoh persyaratan untuk mendapat rekomendasi PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) Kota Surabaya⁴¹ adalah sebagai berikut: 1. Memiliki Surat Izin Perawat (SIP). 2. Memiliki Kartu Anggota PPNI Kota Surabaya. 3. Surat Izin Praktik Perawat yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. 4. Foto copy Ijazah sesuai dengan profesinya. 5. Telah melunasi iuran anggota PPNI sebesar Rp. 10.000,- perbulan atau Rp. 120.000,- pertahun.

Kelima, masalah kesehatan yang menjadi perhatian dan sorotan masyarakat, media cetak dan beberapa nara sumber yang diwawancarai adalah kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin kota di Surabaya. Dari mulai persoalan proses pendataan masyarakat/keluarga miskin, kriteria miskin, perbedaan data antara pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat, masalah kewenangan antara pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat, masalah ketersediaan anggaran, masalah Rumah Sakit yang belum sepenuhnya menerima pasien dari kalangan miskin dan lain-lain.

Dari sudut peraturan dan kebijakan lokal yang terkait pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya terdapat beberapa Peraturan Walikota Surabaya, antara lain: Peraturan Walikota Surabaya No. 87/2008 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Bantuan Sosial Dalam Bentuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya Yang Tidak Masuk Dalam Pertanggungjawaban Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Yang Dibiayai melalui APBN; Peraturan

⁴¹ Misutarno, S.Kes.NS, Ketua PPNI Kota Surabaya, wawancara, 15 April 2011

Walikota Surabaya No. 16/2009 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Bantuan Sosial Dalam Bentuk Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya Yang Tidak Masuk Dalam Pertanggungjawaban Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Yang Dibiayai melalui APBN Tahun Anggaran 2009; Peraturan Walikota Surabaya No. 23/2010 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya.

Dasar pertimbangan dikeluarkan ketiga Peraturan Walikota ini sama, yaitu karena tidak semua masyarakat miskin Kota Surabaya masuk dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dibiayai melalui APBN. Begitu pula tujuan pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya atau yang tidak masuk dalam pertanggungjawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dibiayai melalui APBN, ketiga Peraturan Walikota tersebut menyebut hal yang sama, yaitu: a. untuk meringankan biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin; b. untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin; c. untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (Pasal 2 ayat (1)).

Dari segi sasarannya, dalam Peraturan Walikota No. 87/2008 dan Peraturan Walikota Surabaya No. 19/2009 menyebut hal yang sama, yaitu: penerima bantuan sosial dalam bentuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggungjawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah a. masyarakat miskin yang memiliki identitas diri sebagai penduduk Kota Surabaya dan memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM); b. masyarakat miskin yang tidak masuk dalam pertanggungjawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dibiayai APBN; dan c. membawa surat rujukan dari Puskesmas, kecuali pasien dalam keadaan gawat darurat. Sementara dalam Peraturan Walikota No. 23/2010 terdapat perbedaan sasaran penerima pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya harus memenuhi persyaratan sebagai berikut: a. masyarakat miskin yang memiliki

identitas diri sebagai penduduk Kota Surabaya dan memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM) atau Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur; b. membawa surat rujukan dari Puskesmas, jika mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit kecuali pasien dalam keadaan gawat darurat; c. surat rujukan harus diberikan kepada rumah sakit pemberi pelayanan: a. untuk pasien rawat jalan, pada saat berobat; b. untuk pasien rawat inap, dalam waktu paling lambat 4 (empat) hari. Penerbitan surat rujukan dilaksanakan secara berjenjang berdasarkan indikasi medis, kecuali pasien : a. memerlukan pelayanan kegawat daruratan atau yang mengancam jiwa; b. menderita penyakit gangguan kejiwaan; c. memerlukan pelayanan hemodialisa; d. memerlukan pelayanan kemoterapi.

Dengan demikian dapat dikatakan sasaran penerima pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dibiayai APBD Kota Surabaya pada tahun 2010 persyaratannya cenderung semakin diperketat dibandingkan persyaratan tahun 2008 dan 2009. Begitu pula mengenai pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat semakin diperketat. Menurut Peraturan Walikota Surabaya No. 87/2008 dilaksanakan oleh rumah sakit yang berada di Kota Surabaya (Pasal 3). Tetapi Peraturan Walikota No. 12/2009 menyebutkan pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat dilaksanakan oleh rumah sakit yang berada di Kota Surabaya (Pasal 3 ayat (1)). Rumah sakit dimaksud adalah rumah sakit yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan (Pasal 3 ayat (2)). Sementara Peraturan Walikota No. 23/2010 menyebutkan pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM) adalah a. Puskesmas/ Puskesmas Pujukan/Puskesmas Pembantu/Puskesmas Keliling/Pos Kesehatan Kelurahan; b. Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Kota Surabaya; c. Rumah Sakit yang telah melakukan kerjasama dengan Pemerintah Kota Surabaya melalui Dinas Kesehatan (Pasal 3 ayat 12)). Pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya

yang memiliki Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah Kota Surabaya Propinsi Jawa Timur adalah a. Puskesmas/Puskesmas Rujukan/Puskesmas Pembantu/Puskesmas Keliling/Pos Kesehatan Keliling; b. Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Kota Surabaya; c. Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur (Pasal 3 ayat (2)).

Lantas jenis pelayanan kesehatan apa saja yang dapat diberikan kepada masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dibiayai melalui APBN?

Berdasarkan pasal 5 ayat (1) Peraturan Walikota Surabaya No. 87/2008 dan pasal 5 ayat (1) Peraturan Walikota Surabaya No. 12/2009 menyebutkan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah a. pelayanan tindakan Hemodialisa; b. pelayanan penderita Talasemia; c. pelayanan penderita Leukimia; d. Pelayanan penderita Hemofilia; e. Pelayanan Radioterapi; f. Pelayanan kesehatan jiwa; g. Pelayanan kegawat daruratan atau penyakit yang mengancam jiwa (Pasal 5 ayat (1)). Tetapi didalam Peraturan Walikota No. 23/2010 menyebutkan jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM) atau Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur di Puskesmas/Puskesmas rujukan adalah a. Pelayanan Kesehatan Dasar; b. Pelayanan Kesehatan Penunjang; c. Pelayanan Kesehatan Lanjutan (Pasal 5 ayat (1)). Jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM) atau Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur di Puskesmas Pembantu/Pos Kesehatan Kelurahan adalah Pelayanan Kesehatan Dasar (Pasal 5 ayat (2)). Jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang memiliki Surat Keterangan Miskin (SKM) di rumah sakit adalah a. Pelayanan tindakan Hemodialisa; b. Pelayanan penderita Talasemia; c. Pelayanan penderita Leukimia; d. Pelayanan penderita Hemofilia; e. Pelayanan Radioterapi; f. Pelayanan kesehatan jiwa; g. Pelayanan kesehatan bagi penderita katastrofis; h.

Pelayanan kegawat daruratan atau yang mengancam jiwa sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Pasal 5 ayat (4)).

Kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin juga di atur dalam PerDa Kota Surabaya No. 9/2010 tentang Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bhakti Dharma Husada. Dalam Pasal 46 PerDa No. 9/2010 menyatakan:

- (1) Akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD dijamin oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) RSUD tidak boleh menolak pelayanan pasien miskin yang memenuhi persyaratan kepesertaan yang telah ditetapkan.
- (3) Klasifikasi pelayanan pasien miskin adalah kategori kelas III (tiga).
- (4) Dalam hal rawat inap di kelas III penuh, maka RSUD wajib menempatkan sementara pada kelas II yang ada sampai kelas III tersedia.
- (5) RSUD wajib memberikan informasi yang cukup kepada masyarakat terhadap prosedur dan persyaratan pelayanan bagi pasien miskin.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tatacara pelayanan dan penagihan atau klaim pelayanan pasien miskin yang ditanggung/dijamin oleh Pemerintah Daerah diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

Dengan demikian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya sesungguhnya telah mendapat tempat yang cukup memadai di dalam kebijakan kesehatan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Surabaya. Selain pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya, Pemerintah Kota Surabaya telah mengeluarkan Peraturan Walikota Surabaya No. 30/2010 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Non Miskin Yang Dibiayai APBD Kota Surabaya.

Tujuan pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat non miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Pasal 2 ayat (1)). Sedangkan sasaran penerima pelayanan kesehatan bagi masyarakat non miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya harus memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Surabaya (Pasal 2 ayat (2)). Apabila penerima pelayanan kesehatan bagi masyarakat non miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya belum memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) karena belum cukup umur, maka dapat menggunakan Kartu Tanda Penduduk (KTP) orang tua dengan dilampiri Kartu Keluarga (KK) atau akta kelahiran/surat kelahiran (Pasal 2 ayat (3)).

Pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat non miskin Kota Surabaya adalah Puskesmas/Puskesmas Rujukan/Puskesmas Pembantu/Puskesmas Keliling/ Pos Kesehatan Kelurahan (Pasal 3). Jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat non miskin Kota Surabaya di Puskesmas/Puskesmas Rujukan/Puskesmas Pembantu/Puskesmas Keliling/Pos Kesehatan Kelurahan adalah a. pelayanan pemeriksaan; dan b. pengobatan dasar (Pasal 5).

3.4 Pandangan Terhadap Kebijakan Kesehatan Lokal dan Nasional

Untuk memperoleh pandangan mengenai kebijakan kesehatan, disamping pandangan melalui pemberitaan media massa cetak dan dunia maya, juga telah dilakukan wawancara mendalam dengan sejumlah nara sumber di lingkungan pemerintah Provinsi Jawa Timur, Pemerintah Kota Surabaya, RSUD, Puskesmas, dan organisasi Profesi Kesehatan (IDI, PDGI, PPNI dll) di Kota Surabaya tentang pandangan mereka terhadap kebijakan kesehatan lokal. Bagaimana proses penyusunannya? Apa saja masalah dan kendala dalam proses penyusunannya maupun dalam implimentasinya? Upaya-upaya apa saja yang telah dilakukan. Bagaimana pandangan kelompok pekerja kesehatan, pengelola rumah sakit, industri farmasi dan pejabat pemerintah di Kota Surabaya terhadap

kebijakan lokal di bidang ketenagakerjaan kesehatan yang mencakup proses penerimaan, penempatan, pembinaan, pelaksanaan tugas pekerjaan di tempat kerja, pelayanan kesehatan keluarga miskin/masyarakat miskin kota, hubungan kerja antara sesama profesi tenaga medis (dokter/dokter gigi, bidan, perawat dsbnya), hubungan dokter dengan Rumah Sakit dan industri farmasi, persoalan pengadaan obat, biaya obat dan pelayanan pengobatan terutama terkait dengan banyaknya warga Kota Surabaya dan Jawa Timur memilih berobat ke luar negeri. Juga pandangan mereka terhadap kebijakan bidang kesehatan di tingkat nasional dan kode etik kedokteran. Gambaran pandangan yang diperoleh sebagaimana uraian di bawah ini.

Menurut Sri Nurwidayati, SH⁴² Kepala Sub Bagian Penyusunan PerDa Provinsi Jawa Timur ”proses penyusunan Peraturan Daerah atau Peraturan Gubernur adalah dari Biro Hukum Provinsi Jawa Timur mengirim surat edaran kepada instansi/dinas terkait dengan bidang tugasnya untuk mengajukan usulan peraturan daerah atau peraturan gubernur baik untuk revisi maupun yang baru. Tetapi ada juga atas inisiatif DPRD Provinsi Jawa Timur atau DPRD Kota/Kabupaten. Seperti PerDa Provinsi Jawa Timur No. 5/2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS; PerDa Provinsi Jawa Timur No. 5/2007 tentang Lanjut Usia, dan PerDa Provinsi Jawa Timur No. 4/2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Timur, ketiganya atas inisiatif DPRD Provinsi Jawa Timur”.

Ia lebih lanjut menyatakan ”Dalam setiap pembahasan RanPerDa melibatkan partisipasi masyarakat dalam bentuk *public hearing*. Mengenai masyarakat atau institusi yang diundang tergantung dengan siapa yang mengusulkannya. Yang menjadi permasalahan dalam penyusunan PerDa adalah *Pertama*, terkait dengan masalah kewenangan, yaitu: ada kewenangan khusus yang ditangani oleh Pemerintah Pusat dan ada pula yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota. *Kedua*, masalah menyangkut apakah butuh atau tidak dengan RanperDa tersebut. *Ketiga*, masalah dasar hukumnya apakah

⁴² *Wawancara*, 12 April 2011

bertentangan tidak dengan peraturan yang lebih tinggi. Dari ketiga permasalahan tersebut, yang selalu menimbulkan masalah adalah masalah kewenangan. Dan itu dibutuhkan sinergitas antara Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Pusat. Karena masalah kewenangan berimplikasi terhadap penerapannya. Contoh PerDa 4/2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Jawa Timur. Bagi masyarakat miskin yang tidak dapat didanai oleh Jamkesmas itu menjadi tanggungjawab Jamkesda. Dalam praktik kadangkala dana yang tersedia tidak sesuai dengan data jumlah masyarakat miskin yang ada antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota. PerDa No. 4/2008 tujuan dan sasarannya untuk menghapus yang tidak tertampung di Jamkesmas. Dalam praktiknya, baik Jamkesmas maupun Jamkesda belum berjalan maksimal. Kadangkala dalam menentukan warga miskin yang mendapat Jamkesda atau Jamkesmas masih berlaku hubungan *patron-clain*. Untuk itu dibutuhkan peran serta RT, RW dan Lurah. Kendala lainnya dalam penerapan PerDa atau kebijakan di bidang kesehatan regulasi selalu dengan nilai ideal, padahal realitasnya di lapangan berbeda. Karena itu masalahnya cukup kompleks tidak hanya terkait regulasi di bidang perundang-undangan di tingkat Pemerintah Pusat dan Daerah, tetapi juga masalah lainnya, seperti transparansi, kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan baik medis maupun non medis, sarana dan prasarana kesehatan, industri farmasi dan lain lain. Juga kalau mau jujur seharusnya tidak terjadi seperti biaya obat atau berobat yang terlalu mahal, kasus malpraktik dan lain-lain karena sudah ada peraturan perundang-undangan, etika kedokteran dan berbagai kebijakan lainnya. Tetapi kenyataannya banyak yang dilanggar. Jadi kembali kepada kesadaran individu dari profesi medis masing-masing untuk mentaatinya. Sebaik apapun peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang dibuat dan ditetapkan, kalau individu tidak mentaatinya ya tidak berarti apa”.

Salam, Staf Bagian Hukum Pemerintah Kota Surabaya⁴³ menyatakan ”proses penyusunan PerDa dan Peraturan Walikota adalah dari Bagian Hukum Pemerintah Kota Surabaya kepada dinas/ Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) untuk mengajukan usulan PerDa dan Peraturan Walikota yang baru atau untuk direvisi. Tetapi ada pula atas inisiatif DPRD Kota Surabaya. Dalam pembahasannya melibatkan peran serta masyarakat, terutama kalangan Akademis dan LSM. Kelemahan di dalam proses penyusunannya adalah dalam hal pemahaman materi RanPerDa dan/atau RanPerWali antar SKPD, dan kurangnya referensi mengenai peraturan perundang-undangan yang berlaku ketika RanPerDa itu disusun. Sedangkan Bagian Hukum Pemerintah Kota Surabaya hanya mengevaluasi tentang sinkronisasi terhadap peraturan yang lebih tinggi”.

Terkait dengan kebijakan di bidang ketenagakerjaan kesehatan, Drg. Migit Supriati⁴⁴, Kepala Seksi Perencanaan SDM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dokter gigi yunior dan anggota PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia) Cabang Kota Surabaya. Ia menyatakan ”berdasarkan pengalamannya sebagai tenaga medis untuk dapat diangkat sebagai PNS prosesnya cukup lama (4- 5 tahun). Ia terlebih dahulu menjalani tugas dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai tenaga kontrak di Puskesmas Asemrowo selama 4 tahun (2002 – 2005). Akhir tahun 2005 mengikuti test CPNS dan lulus. Pada tahun 2006 diangkat sebagai CPNS, dan pada tahun 2007 ditetapkan sebagai PNS. Setelah menjadi CPNS/PNS ia masih ditempatkan di Puskesmas Asemrowo selama dua tahun (2006 – 2008). Th. 2009 dipindahkan ke Puskesmas Menur sampai tahun 2010. Tahun 2011 diminta oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai Kepala Seksi Program Perencanaan SDM. Ketika pertama kali ditugaskan di Puskesmas Asemrowo ia langsung melayani masyarakat. Karena Dinas Kesehatan Kota Surabaya lebih mengedepankan program dan perencanaan. Dalam kondisi seperti ini tergantung dari individu yang bersangkutan bagaimana melihatnya. Pada saat bertugas di Puskesmas Asemrowo masalah yang dihadapi adalah masalah adaptasi pada lingkungan kerja. Masalah birokrasi tidak ada masalah selama yang

⁴³Wawancara, 13 April 2011

⁴⁴Wawancara, 14 April 2011

bersangkutan aktif mencari informasi, seperti persyaratan pengangkatan CPNS menjadi PNS, persyaratan angka untuk jabatan fungsional tenaga medis ternyata tidak dijelaskan seperti apa penilaiannya, kalau yang bersangkutan tidak menanyakan ya tidak akan mengetahuinya, karena bukan sistem penjemput bola. Sistem penjembut bola pernah diberlakukan pada tahun 2003 – 2004. Pada tahun 2005 – 2006 tidak ada kejelasan sistem yang diberlakukan. Dan tahun 2007 hingga sekarang dengan cara dibentuk Tim Penyelia/Penilai Tenaga Akreditasi Dokter, Tim Penyelia/Penilai Akreditasi Bidan dan Tim Penyelia/Penilai Perawat. Mengenai gaji dan tunjangan tenaga medis, dulu ia tidak pernah menanyakan. Karena sebagai PNS sudah diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Tentu dokter lebih besar karena ada tambahan dari honor-honor lainnya. Juga mendapat penghasilan dari tempat praktik, dan kadangkala mendapat komisi dari industri farmasi. Tetapi ada juga yang menyampaikan keluhan gaji terlambat meskipun hanya beberapa hari”.

Pendapat lain dikemukakan Drg. Rince Panglila⁴⁵ Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya, dokter gigi senior dan anggota PDGI Cabang Kota Surabaya. Ia menyatakan ”terkait dengan SDM masalah kenaikan pangkat sudah terstruktur dengan baik. Dokter sudah berdasarkan akreditasi. Umumnya yang dikeluhkan tenaga medis terkait dengan pelayanan pengobatan, masalah jumlah tenaga medis yang tersedia masih kurang sehingga menggunakan tenaga medis kontrak yang honorinya perbulan untuk dokter spesialis/dokter gigi spesialis Rp. 3 juta, dokter umum/dokter gigi Rp. 2 juta, dan bidan/perawat Rp. 1,5 juta. Masalah lainnya, peralatan yang kurang tersedia, peralatan yang rusak dan biaya untuk memperbaiki terbatas. Juga kadangkala masalah hubungan antara dokter atau tenaga medis dengan pihak pengelola Rumah Sakit yang tidak sejalan. Tetapi biasanya kalau sudah ada komunikasi tidak menjadi masalah. Karena budaya kerja yang dibangun di RSUD dr. M. Soewandhie adalah harus mendahului tugas”.

⁴⁵Wawancara, 18 April 2011

Dalam penelitian ini juga diperoleh gambaran masalah tenaga medis dan non medis di Puskesmas Jagir. Puskesmas Jagir adalah salah satu Puskesmas berprestasi di Kota Surabaya, diantaranya juara I Lomba Kebersihan pada tahun 2002-2003. Puskesmas Percontohan di tingkat nasional pada tahun 2002. Terbaik pertama Kualitas Pelayanan Publik pada tahun 2004. Pada tahun 2008 Puskesmas Jagir memperoleh prestasi Sertifikat ISO 9001: 2000 dan Puskesmas kinerja terbaik. Pada tahun 2009 peringkat II Tenaga Kesehatan Dokter Teladan dan peringkat III Tenaga Kesehatan Gizi Teladan di Kota Surabaya. Tahun 2010, Puskesmas Jagir mendapatkan award dari World Quality Assurance (WQA) sebagai instansi kesehatan yang berprestasi dalam inovasi setelah menerapkan SMM ISO 9001: 2008.⁴⁶ Puskesmas Jagir saat ini sedang dipersiapkan menjadi Rumah Sakit type C dan direncanakan untuk dijadikan BLU (Badan Pelayanan Umum).

Menurut Endang Dwi⁴⁷ Kepala Sub Bagian Tata Usaha Puskesmas Jagir, "masalah tenaga kesehatan yang dihadapi adalah masih kekurangan tenaga medis dan non medis yang berstatus PNS. Jumlah tenaga medis dan non medis di Puskesmas Jagir pada bulan April 2011 berjumlah 78 orang, diantaranya 46 orang (58,97%) berstatus PNS dan 32 orang (41,03%) berstatus tenaga kontrak. Tenaga kontrak medis dan non medis ini dibiayai dari APBD Kota Surabaya dan setiap tahun diperbaharui. Dasar perpanjangan tenaga kontrak medis maupun non medis adalah berdasarkan masukan dari kepala Puskesmas Jagir beserta jajarannya bahwa yang bersangkutan dari hasil monitoring dan evaluasi atas tugas pekerjaan yang dilakukan dinilai baik. Kemudian hasil monitoring dan evaluasi tersebut diajukan kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk diperpanjang. Masa berlaku kontrak tenaga medis (dokter/dokter gigi, dokter spesialis/dokter gigi spesialis, perawat, bidan), dan non medis (apoteker, psikolog, sarjana kesehatan masyarakat dll) antara 2 hingga 4 tahun. Khusus untuk dokter spesialis/dokter gigi spesialis untuk dapat diterima sebagai tenaga kontrak dipersyaratkan

⁴⁶Dinas Kesehatan Kota Surabaya, *Profil Puskesmas Jagir 2010*, Surabaya: Puskesmas Jagir, 2011, hlm. 1.

⁴⁷Wawancara, 16 April 2011

melakukan orientasi kerja di kelurahan selama 1 bulan”. Di Puskesmas Jagir berlaku slogan ”Kesembuhan dan kepuasan anda adalah segalanya bagi kami”. Karena itu visi Puskesmas Jagir adalah ”Puskesmas dengan pelayanan prima dan profesional untuk mencapai kecamatan sehat”. Sedang misi Puskesmas Jagir adalah:

- (1) Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan harapan dan keterbukaan masyarakat.
- (2) Melaksanakan upaya kesehatan dan program kesehatan secara professional dan terpadu.
- (3) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
- (4) Memelihara dan meningkatkan mutu pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Dalam mencapai visi dan misi tersebut, kebijakan yang ditetapkan antara lain setiap pasien akan dilayani oleh dokter/dokter gigi. Masalahnya dokter/dokter gigi itu padat dengan kegiatan lainnya, seperti sekolah, seminar, pelatihan, tempat praktik diberapa tempat dan lain-lainnya, apalagi dokter spesialis/dokter gigi spesialis. Dan untuk mendapat tambahan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/ dokter gigi spesialis kenyataannya tidak mudah.

Untuk meningkatkan kualitas tenaga medis dan non medis melalui pendidikan/pelatihan dana yang tersedia terbatas. Karena itu kebijakan yang diambil adalah diprioritaskan tenaga medis maupun non medis yang telah berstatus PNS. Oleh sebab itu tenaga kontrak medis dan non medis peluang untuk meningkatkan kualitas profesionalnya lebih kecil. Hal lain, meskipun dalam setiap tahun telah dibuat perencanaan jumlah tenaga medis dan non medis untuk mendapatkan peningkatan kualitas profesionalnya melalui pendidikan dan pelatihan, tetapi Dinas Kesehatan Kota Surabaya tidak sepenuhnya sesuai yang telah direncanakan pihak Puskesmas Jagir. Termasuk pula dalam hal pengangkatan tenaga medis maupun non medis menjadi PNS. Sebagai contoh salah satu petugas pembantu bidan di Puskesmas Jagir ada yang telah mengabdikan selama 18 tahun baru diangkat sebagai PNS”.

Lantas adakah persoalan diskriminasi dalam penempatan tenaga medis atau tenaga kerja bidang kesehatan?

Menurut Drg. Migit Supriati⁴⁸ ”Ia sendiri tidak mengalaminya, tetapi pernah mendengar adanya diskriminasi dalam hal lokasi penempatan dan mutasi, ada yang mendapat tempat di pusat kota, ada pula yang jauh diluar kota bahkan di daerah terpencil yang dasar penempatannya tidak transparan. Begitu pula persoalan mutasi, ada yang ditempatkan yang jauh dari pusat kota dan ada pula yang dekat. Dalam promosi jabatan struktural kadangkala berdasarkan siapa yang di atasnya, termasuk apakah dia dokter umum atau dokter gigi atau bidang keahlian lainnya”.

Terkait dengan pelaksanaan tugas pekerjaan di bidang kesehatan, bagaimana hubungan antara sesama profesi dokter (dokter umum/dokter spesialis dan atau dokter gigi/dokter gigi spesialis), antara dokter senior dan junior, antara dokter dengan perawat), apa saja kendala/hambatannya?

Menurut Dr. Poenomo, SpPD⁴⁹, Kepala Bagian Internis RS. Dr. Soetomo Surabaya, Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Erlangga, dokter senior dan Ketua IDI Cabang Kota Surabaya. Ia menyatakan ”hubungan antar dokter senior dan junior tidak ada masalah. Tetapi hubungan dokter dengan pihak Rumah Sakit pernah ada, yaitu dokter yang dianaktirikan atau diperlakukan tidak baik. Masalah ini menyangkut hubungan tata kerja. Pihak Rumah Sakit menganggap si Dokter tidak melaksanakan tugas sebagaimana yang telah ditetapkan oleh pihak Rumah Sakit”.

Pendapat lain dikemukakan Drg. Migit Supriati⁵⁰, Ia menyatakan ”Itu tergantung pribadinya. Karena selaku dokter gigi yang masih muda dan baru bekerja biasanya harus mau diperlakukan seniornya selama dalam batas tugas pekerjaan. Seharusnya dokter senior

⁴⁸ *Wawancara*, 14 April 2011

⁴⁹ *Wawancara*, 18 April 2011

⁵⁰ *Wawancara*, 14 April 2011

itu lebih berat beban tugasnya dibandingkan dengan yang junior. Namun kenyataan sebaliknya, dokter junior harus mengalah dan mendapat beban tugas kerja yang lebih berat dan melelahkan. Dan sepanjang bisa menyelesaikan tugas dengan baik tidak ada masalah. Namun kadangkala ada dokter senior yang merasa pasien berkurang dan pindah ke dokter junior, terutama di tempat praktik atau di Poliklinik. Ia pernah mengalaminya ketika bekerja di tempat Praktik Poliklinik Al Irsyad Surabaya. Waktu itu dokter gigi senior di Poliklinik Al Irsyad kebetulan mendapat tugas ke luar daerah. Dan ia diminta oleh Poliklinik Al Irsyad untuk menggantinya sementara waktu. Setelah ia selesai melaksanakan tugas di Al Irsyad, ternyata diantara pasien di Poliklinik Al Irsjad ada yang pindah berobat ke tempat praktiknya. Dan dokter senior tersebut mendatangi tempat praktiknya dengan mengatakan ”ia telah membujuk untuk mengajak pasien di poliklinik Al Irsjad untuk berobat di tempat praktiknya”. Hal lain, karena dokter/dokter gigi atau tenaga medis itu berbagai latar belakang suku atau etnis, kadangkala juga menimbulkan masalah. Misalnya dalam bicara, dokter yang beretnis Batak bicarannya keras, dan bagi orang Jawa atau Sunda dikira marah. Untuk itu dimanapun kita bertugas perlu mempelajari bahasa lokal termasuk tata krama sopan santun setempat. Ketika ia bertugas di Puskesmas Asemrowo yang penduduknya kebanyakan orang Madura, ia pun belajar bahasa Madura, dan penduduk setempat merasa ia menjadi milik mereka”.

Mengenai hubungan dokter dan perawat, menurut Dr. Poernomo, SpPD⁵¹ ”hubungan dokter dan perawat di Rumah Sakit tidak ada masalah. Mungkin berbeda dengan di Puskesmas. Di Rumah Sakit banyak tuntutan dibandingkan dengan di Puskesmas. Jika ada masalah, ada forum komunikasi dokter dan perawat, juga di Dinas Kesehatan Kota Surabaya ada rapat koordinasi 3 bulan sekali. Dalam rapat koordinasi ini berbagai masalah dibahas, termasuk masalah dokter dan perawat”.

⁵¹Wawancara, 18 April 2011

Pandangan serupa dikemukakan oleh Drg. Rince Panglila⁵² "hubungan dokter dengan perawat terjalin kemitraan dengan baik. Masing-masing sudah ada bagian tugasnya. Dokter bertanggungjawab terhadap medisnya sedang perawat dari sisi perawatannya. Juga sebagai PNS pada prinsipnya tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku".

Pandangan agak berbeda dikemukakan oleh Drg. Migit Supriati⁵³. Ia menyatakan "hal itu tergantung dari sisi mana melihatnya, karena Tupoksinya (tugas pokok dan fungsi) berbeda. Berdasarkan pengalamannya ketika bertugas di salah satu Puskesmas di Surabaya, ada seorang perawat gigi senior/sudah tua, sedang ia adalah dokter gigi junior yang baru bekerja di Puskesmas. Ternyata si perawat gigi tersebut kalau diperintah atau diberitahu tidak serta merta mengikuti petunjuk yang diberikan, bahkan sering tersinggung, dan terkesan ia yang harus mengikuti si perawat gigi senior tersebut. Cara mengatasinya yang muda mengalah dulu, untuk memberi kesadaran kepada yang bersangkutan. Tetapi dilihat dulu seperti apa yang diinginkannya, waktu itu ia tidak serta merta menolak keinginannya terutama hal-hal di luar ilmu kedokteran gigi. Dan lama kelamaan si perawat gigi itu menyadari dan mengikutinya. Untuk memberitahu kepada perawat gigi itu tidak gampang, misalnya ia bilang kepada perawat tang bayonet, tetapi yang diambil si perawat tang belakang. Jadi masalahnya adalah adaptasi dengan lingkungan kerja. Untuk itu magang dan PKL penting dilakukan".

Pandangan senada dikemukakan oleh Endang Dwi⁵⁴, Kasubbag Tata Usaha Puskesmas Jagir. Ia menyatakan "di Puskesmas Jagir kebanyakan dokter masih muda/junior, sedangkan perawat umumnya sudah senior. Kenyataan ini kadangkala menimbulkan benturan meskipun tidak mengganggu pelayanan pengobatan. Untuk itu diperlukan adaptasi antara dokter muda/junior dengan perawat senior".

⁵²Wawancara, 18 April 2011

⁵³Wawancara, 14 April 2011

⁵⁴Wawancara, 16 April 2011

Pandangan yang lebih lengkap mengenai hubungan dokter dengan perawat dikemukakan oleh Misutarno, S.Kep.N.S,⁵⁵ Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Cabang Kota Surabaya. Ia menyatakan "keluhan perawat terhadap dokter adalah waktu dokter begitu singkat memeriksa pasien, tetapi gajinya besar. Sementara waktu perawat menjaga pasien begitu lama tetapi gajinya lebih kecil. Dan banyak tugas pekerjaan yang seharusnya menjadi tugas dokter tetapi yang melaksanakannya adalah perawat. Seperti injeksi seharusnya tugas dokter tetapi yang melakukan perawat. Dokter yang menentukan obat untuk pasien. Tetapi yang terus menerus melihat perkembangan keberhasilan pemakaian obat adalah perawat. Pada waktu hari-hari libur seperti lebaran, natal, tahun baru dan hari-hari libur lainnya, umumnya perawat yang dikorbankan. Jadi sebenarnya perawat itu dianaktirikan karena *job discription* atau urain tugas itu langsung dibuat oleh dokter tanpa mengikutsertakan perawat. Karena itu dominasi dokter masih tinggi. Hal lain, untuk peningkatan pendidikan, dokter lebih diprioritaskan daripada perawat. Selain itu jabatan struktural bidang keperawatan sebaiknya dari latar belakang pendidikan keperawatan, termasuk pula kepala Puskesmas sebaiknya diduduki oleh mereka yang berlatar belakang pendidikan keperawatan. Meskipun ada keluhan, hubungan antara perawat dan dokter selama ia menjadi Ketua Komisariat PPNI RSUD Dr. Soetomo hingga menjadi Ketua PPNI Kota Surabaya saat ini belum ada konflik atau masalah yang serius. Bahkan antara dokter dan perawat menjadi mitra yang baik. Persoalannya memang ada kesenjangan ilmu antara dokter dan perawat, kesenjangan gaji/honor antara dokter dan perawat. Namun, sebagai PNS semua sudah diatur dalam peraturan perundang-undangan, seperti Tunjangan Perawat Klinik I, Klinik II, Klinik III dan Klinik IV. Begitu juga tunjangan medis perawat sudah ada peraturannya. Termasuk pula hubungan perawat senior dan yunior selama ini tidak ada masalah yang serius karena ada komunikasi timbal balik. Toh kalau ada masalah biasanya diselesaikan dalam forum rapat. Di RSUD Dr. Soetomo sendiri disediakan buku keluhan untuk perawat. Perawat mendapat tunjangan didasarkan lama

⁵⁵Wawancara, 15 April 2011

berdinas dan berdasarkan masukan dari unit kerja bahwa ia dianggap senior dan atau sebaliknya dianggap masih junior. Untuk menghindari ada istilah tempat basah dan kering, seharusnya memang diperlukan rotasi, tetapi di RSUD Dr. Soetomo hampir dapat dikatakan tidak ada rotasi yang disebabkan tempat basah atau kering. Dan di RSUD Dr. Soetomo belum pernah terjadi demo perawat yang menuntut ditingkatkan kesejahteraan atau dinaikkan gaji/honor. Di RSUD Dr. Soetomo yang lebih ditekankan kepada professional. Namun demikian, RUU Keperawatan perlu mendapat perhatian pemerintah dan DPR RI”.

Terkait dengan opini masyarakat bahwa biaya berobat semakin mahal. Menurut Drg. Migit Supriati⁵⁶ ”masalah biaya berobat itu relatif, kalau dokter gigi misalnya yang dipakai bahan/obat yang mahal atau berkualitas tentu biayanya mahal, begitu pula kalau bahan/obat yang digunakan itu murah tentu biayanya murah. Dalam etika kedokteran, dokter/dokter gigi harus memberitahukan kepada pasien tentang biaya operasi, biaya bahan/obat yang digunakan termasuk pula besar kecil biaya. Yang justeru jadi persoalan adalah bagaimana mengontrol dokter/dokter gigi yang dalam praktiknya memberikan obat dengan dosis tinggi. Bagi pasien yang diinginkan adalah cepat sembuh dan tidak memikirkan efek yang ditimbulkan. Dan dokter/dokter gigi yang dirasakan pasien cepat sembuh umumnya laris. Pengalamannya pernah beberapa kali menanyakan kepada pasien tentang obat apa yang diberikan, dan ternyata dokter gigi sebelumnya memberikan obat dengan dosis tinggi”.

Lantas bagaimana hubungan industri farmasi dengan dokter/dokter gigi dan pengelola Rumah Sakit?.

Berdasarkan Pusat Data dan Informasi PERSI (Persatuan Rumah Sakit Indonesia)⁵⁷ ”perusahaan farmasi berbasis riset, peranan medical representatives atau yang biasa disebut ”medrep” menjadi garda

⁵⁶Wawancara, 14 April 2011

⁵⁷Pusat Data dan Informasi PERSI, *Hubungan Perusahaan Parmasi – Dokter Demi Kepentingan Pasien*, <http://www.pdpersi.co.id>, diakses 11 Maret 2011

terdepan dalam mempromosikan peresepan obat, rekomendasi, persediaan, pemberian dan penggunaan produk farmasi. Baik secara langsung maupun melalui media, termasuk internet. Agar pendekatan kepada para profesional itu berhasil, kemudian muncullah tindakan-tindakan seperti penawaran pembiayaan perjalanan pribadi atau keluarga, pemberian hadiah, hingga insentif. Bentuknya juga bisa berupa donasi atau nilai yang setara sebagai pengganti dari peresepan atau rekomendasi produk”.

Gilbert Julien⁵⁸, ketua sub-komite praktik pemasaran International Pharmaceutical Manufacturers Group (IPMG) dalam media forum Sanofi Aventis di Jakarta menyatakan ”kolusi akan terjadi apabila perusahaan memberikan atau menawarkan sponsor atau komisi pada healthcare professional sebagai pengganti loyalitas atau peresepan. Atau healthcare professional meminta hal yang sama”. Di Indonesia, menurut Gilbert ”praktik pemasaran tidak diterapkan secara sama oleh semua pengusaha di Industri farmasi. Ada yang patuh terhadap kode etiknya dan ada juga yang lemah dalam hal itu, termasuk tata laksana dan disiplin beberapa pengusaha. Di samping itu, tidak ada komitmen yang sama dari pengusaha dan profesional kesehatan dalam mematuhi kode etik tersebut”. Ia menjelaskan ”kolusi bisa dihindari dengan kode etik selama kedua pihak berkomitmen untuk mematuhi kode etik kedokteran dan kode etik pemasaran produk farmasi. Kolusi juga dapat dihindari dengan kode etik selama aksi pemasaran produk farmasi dilakukan sesuai aturan, pengawasan, serta disiplin. Dengan katan lain, ada penalti bagi yang melanggar. Di luar pelanggaran kode etik, kedua pihak juga harus paham bahwa kepentingan dan kesehatan pasien tetap yang utama. Pinalti akan diberikan terhadap pelanggaran kode etik pemasaran IPMG. Terhadap pelanggaran pertama akan diberikan surat peringatan. Pada pelanggaran kedua akan mengundang general manager untuk menjelaskan perilaku perusahaannya, serta surat peringatan yang dikirimkan kepada eksekutif senior di kantor pusat. Pelanggaran lebih lanjut akan dikeluarkan dari keanggotaan IPMG”. Ia menegaskan bahwa

⁵⁸ *Ibid.*

”upaya promosi harus mematuhi prinsip penggunaan obat yang rasional. Hubungan perusahaan dengan profesional kesehatan harus demi kepentingan pasien serta untuk memajukan praktik pengobatan. Basis interaksi kedua pihak harus fokus pada pemberian informasi produk secara edukatif dan ilmiah. Jadi, memberikan uang atau nilai setara kepada profesional kesehatan sebagai pengganti persepan atau rekomendasi produk adalah tindakan terlarang”.

Peraturan Menteri Keuangan No. 02/PMK-03/2010 menerangkan bahwa perusahaan yang memberikan sponsor kepada pihak lain wajib melaporkan biaya promosi kepada Kantor Pajak setiap tahunnya. Tindakan menyponsori profesional kesehatan, seperti dokter untuk menghadiri pertemuan ilmiah sebagai bagian dari pendidikan medis lanjutan masuk dalam kategori biaya promosi. Dengan kata lain, perusahaan farmasi harus melaporkan nama dan NPWP profesional kesehatan itu sebagai penerima sponsorship. Dalam hal ini, kode etik pemasaran produk farmasi berperan untuk memantau kegiatan komersial semua anggota IPMG. Kode etik juga untuk menghindari hal-hal yang mengarah pada kolusi, sebab kode etik IPMG menetapkan standar untuk promosi produk farmasi kepada para profesional kesehatan.

Lantas bagaimana yang terjadi di Kota Surabaya?

Pada saat pengumpulan data lapangan dilakukan kasus yang banyak mendapat perhatian dari masyarakat dan media massa cetak adalah mengenai laporan pertanggungjawaban keuangan terhadap pengelolaan obat dan obat kedaluarsa di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya yang terindikasi terjadi pelanggaran. Harian Jawa Pos memberitakan ”RSUD dr. M. Soewandhie tidak punya Apotek, namun ada di Laporan Keuangan. Kejanggalan demi kejanggalan dalam manajemen RSUD dr. M. Soewandhie terus bermunculan. Banyak fakta di lapangan yang ada di RS tersebut berbeda dengan laporan keuangan yang mereka berikan kepada Dinas Pendapatan dan Pengelolaan Keuangan (DPPK)”.⁵⁹

⁵⁹ Jawa Pos, “Ada Indikasi Laporan Palsu”, Surabaya, 14 April 2011.

Suhartoyo, Kepala DPPK Kota Surabaya mengatakan ”pihaknya menerima laporan pendapatan dari RSUD dr. M. Soewandhie setiap tiga bulan, dan laporan mingguan. Laporan-laporan itu kemudian direkap sebagai laporan triwulan ”seperti itu polanya”.⁶⁰ Ia sempat menunjukkan laporan triwulan pertama 2011 kepada Jawa Pos. Di laporan itu tidak tercantum bagian obat-obatan. Tetapi menjadi satu dalam bagian pendapatan apotek. Munculnya pendapatan apotek dalam laporan keuangan RSUD dr. M. Soewandhie kepada DPPK itu sangat janggal. Sebab, di RS itu tidak ada apotek. Pernah di sana ada apotek, namun sudah dibubarkan pada 2006”.⁶¹ Didiek Riyadi, Direktur RSUD dr. M. Soewandhie menegaskan bahwa ”di RS yang ia pimpin tidak punya apotek yang ada adalah instalasi farmasi”.⁶²

Mana yang benar? Mana Yang Palsu? Yang jelas ada fakta yang bertolak belakang dari data yang disampaikan Didiek dengan laporan keuangan yang diberikan RSUD dr. M. Soewandhie kepada DPPK. Laporan pendapatan dari apotek RSUD Dr. M. Soewandhie cukup meyakinkan. Disana ada kolom target dan realisasi pendapatan. Disebutkan di kolom target, RSUD dr. M. Soewandhie berjanji bisa menyetorkan Rp. 634 juta. Bahkan dikolom realisasi apotek mampu menyetorkan Rp. 1 miliar. Suhartoyo menyatakan ”tidak bisa banyak memeriksa kondisi keuangan RSUD dr. M. Soewandhie karena berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Meski berposisi sebagai pembina keuangan BLUD. Ia mengaku tidak memiliki hak untuk mengaudit atau mengevaluasi pengeluaran dan pemasukan. Sebab Permendagri 61/2007 mengatakan audit hanya dilakukan oleh Badan pengawas (Bawas) internal di BLUD”.⁶³

Berbagai polemik yang terjadi di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya tidak membuat pihak inspektorat berjalan cepat. Bahkan instansi ini lebih memilih untuk diam. Halim Musthofa Kamal, Inspektur

⁶⁰*Ibid.*

⁶¹*Ibid.*

⁶²*Ibid.*

⁶³*Ibid.*

Pembantu Wilayah III Inspektorat Surabaya menyatakan "Kami menunggu sampai pemberitaan media selesai". Halim mengelak jika pihaknya dituding "lambat bergerak". Sebab, ia mengaku sudah menerjunkan tim saat pemberitaan tentang obat *expired* mencuat. Berbagai temuan yang diberitakan Jawa Pos membuat mereka menunggu agar supaya bisa fokus menguraikan permasalahan ini". Ia lantas menunjukkan beberapa contoh obat yang didapatinya dari RSUD dr. M. Soewandhie oleh inspektorat yang masa kedaluarsanya masih lama. Berbeda dengan temuan Jawa Pos yang masa *expired* nya sudah habis. Ia menyebut "permasalahan obat yang terjadi di RSUD dr. M. Soewandhie bisa saja wajar. Terutama, jika melihat masa pengadaan obat tersebut yang terjadi pada 2006 – 2010. Bukan tidak mungkin obat yang dibeli dalam jumlah banyak tersebut ternyata tidak dipakai. Karena perubahan musim penyakit misalnya".⁶⁴

Kontroversi seputar pengadaan obat di RSUD dr. M. Soewandhie mencuat karena banyak obat di awal tahun yang sudah kedaluarsa. Obat-obatan yang berpotensi *expired* (kedaluarsa) jumlah sangat besar. Kerugian karena pengadaan obat yang tidak beres itu ditaksir mencapai ratusan juta rupiah. Dalam perkembangannya diketahui bahwa di RS itu tidak memiliki apotek. Tugas inspektorat dan pihak terkait untuk membongkarnya. Lambatnya inspektorat untuk memeriksa adanya dugaan pelanggaran di RSUD dr. M. Soewandhie membuat Kemenkes dan DPRD kecewa. Berbagai kejanggalan yang terkuak di RS dr. M. Soewandhie seharusnya bisa menjadi pijakan untuk pemeriksaan. Karena inspektorat melempem mereka mendesak kejaksanaan dan kepolisian turun tangan.⁶⁵

Sri Indrawaty, Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan "mencium adanya kejanggalan terhadap pengelolaan obat di RSUD dr. M. Soewandhie. Setiap pengadaan obat yang dilakukan untuk RS atau Puskesmas harus

⁶⁴*Ibid.*

⁶⁵Jawa Pos, "Kemenkes Mencium Adanya Pelanggaran", Surabaya, 15 April 2011

memiliki masa kedaluwarsa minimal 2 tahun meski RSnya berstatus BLUD tetap harus ikut aturan itu. Apalagi RS dr. M. Soewandhie type B dan mengantongi ISO 9001: 2000. Seharusnya dengan standar ISO tersebut, sistem manajemen mutu RS dievaluasi secara internal dan eksternal setiap tahun. Mulai pengadaan obat sampai pelayanan kesehatan semua harus diaudit secara transparan. Menyimpan obat yang mendekati masa kedaluarsa sangat tidak dianjurkan oleh Pemerintah. Jika obat tidak segera didistribusikan di dalam RS akan menumpuk obat kedaluarsa. Jelas itu tidak benar". Sri berharap auditor eksternal turun tangan untuk melihat proses pengadaan obat dan memastikan kondisi obat. Selain auditor eksternal, Pemda setempat ikut membantu menacaritahu kondisi obat di RSUD dr. M. Soewandhie apakah sudah ada perbaikan manajemen atau belum".⁶⁶

Supriyantoro, Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan menambahkan "kasus BLUD di RSUD dr. M. Soewandhie terkait dengan pemalsuan data yang seharusnya tertulis instalasi farmasi dilaporkan sebagai apotek adalah sebagai pelanggaran adminisratif dan tetap dikategorikan sebagai pelanggaran. Pencantuman apotik pada pelaporan seharusnya dicek, izin pendirian apotik di RS yang bersangkutan. Sebab setiap apotek yang berdiri di RS wajib memiliki izin khusus. Kalau tidak ada izin apotek tetapi kenyataan berbentuk instalasi farmasi, pasti ada yang salah dalam manajemen RS tersebut. Adanya kejanggalan ini Kemenkes siap turun tangan untuk meminta klarifikasi kepada Kepala Daerah yang bertanggungjawab terhadap BLUD. Kalau memang bersalah kami akan memberikan rekomendasi, salah satunya memberikan sanksi kepada RSUD dr.M. Soewandhie karena dianggap tidak dapat mengendalikan manajemen RS dengan benar. Dan meminta Pemerintah Kota Surabaya untuk lebih tegas apa yang terjadi di RSUD tersebut. Karena sudah ada indikasi, seharusnya langsung ditelusuri. Jika terbukti benar, langkah selanjutnya memperbaiki".⁶⁷

⁶⁶*Ibid.*

⁶⁷*Ibid.*

Junaedi, Sekretaris Komisi D DPRD Kota Surabaya ”mendukung pernyataan Kemenkes. Pemeriksaan harus dilakukan dengan cepat supaya beberapa bukti yang ada tidak hilang atau dihilangkan. Apalagi laporan keuangan yang diduga palsu tersebut nyata-nyata dilaporkan kepada Dinas Pendapatan dan Pengelolaan Keuangan (DPPK). Ujung tombak pemeriksaan ada pada pihak-pihak terkait, seperti inspektorat, kejaksaan dan kepolisian. Sebab DPRD sendiri terhalang Permendagri No. 61/2007 untuk memeriksa. Buktinya sudah banyak yang mengeluh tentang RSUD dr. M. Soewandhie. Jika masalah obat-obatan yang sudah kedaluarsa tersebut tidak segera diatasi, dikhawatirkan ada oknum yang sengaja tetap menjual obat itu dengan membuka kotak dan memasukkannya langsung ke dalam bungkus obat. Sebab uang yang berputar di RS dr. M. Soewandhie cukup besar, dan keuntungan dari sektor obat bisa mencapai Rp. 100 juta perbulan atau Rp. 1,2 miliar pertahun. Praktik penggantian merek obat dari yang dituliskan dokter di resep diduga ikut mendongkrak pendapatan. Berapa besar tidak dapat dipastikan. Yang pasti beberapa dokter maupun dokter spesialis mengaku resep yang diberikan kerap diganti merek lain.⁶⁸

Didiek Riyadi, Direktur RSUD dr. M. Soewandhie menegaskan bahwa ”pihaknya hanya memiliki instalasi farmasi. Laporan yang diberikan setiap triwulan juga tidak terperinci, artinya di laporan itu tidak tercantum item obat-obatan, tetapi menjadi satu dalam pendapatan apotek. Kejanggalan tersebut disebabkan apotek sudah tidak ada karena sudah dibubarkan pada tahun 2006”.⁶⁹

Tri Rismaharini, Walikota Surabaya ”*geregetan* melihat ketidakberesan di RSUD dr. M. Soewandhie. Apalagi inspektorat terkesan ogah-ogahan memeriksa masalah tersebut. Ia akan mengambil alih kewenangan inspektorat agar supaya semuanya cepat selesai. Karena berdasarkan pengamatan dan laporan yang masuk, RSUD dr. M. Soewandhie sudah tidak kondusif. Sesama pegawai sering terlibat dalam upaya saling menjatuhkan. Ia merasa bertanggungjawab dan tertantang

⁶⁸*Ibid.*

⁶⁹*Ibid.*

untuk membenahi suasana yang tidak kondusif itu. Sikap saling menjatuhkan sangat tidak sehat. Apalagi jika itu terjadi disebuah pusat pelayanan kesehatan, pasien yang akan menjadi korban”.⁷⁰

Banyaknya obat yang telah dan akan kedaluarsa di RSUD Dr. M. Soewandhie salah satu penyebabnya adalah ”pengadaan obat dilakukan tanpa masukan dari para dokter. Muncul dugaan pengadaan obat yang asal-asalan itu terkait dengan pembagian *fee* dari perusahaan farmasi tertentu. Laporan keuangan RSUD milik pemkot Surabaya itu diduga dimanipulasi. Salah satu indikasinya, dalam laporan resmi kepada pemerintah kota Surabaya, pihak RS masih mencantumkan kata apotek. Padahal, RSUD dr. M. Soewandhie tidak memiliki apotek, tapi instalasi farmasi. Dalam sistem administrasi laporan keuangan APBD, kesalahan seperti itu bisa membuat BPK turun tangan”.⁷¹

Didiek Riyadi, Direktur RSUD dr. M. Soewandhie menyatakan ”pihak RSUD Soewandhie membenarkan bahwa suasana tidak kondusif di RS. Saat ini pihaknya berusaha melancarkan komunikasi yang tersumbat dengan mengadakan pertemuan dengan seluruh staf untuk mencari solusi. Ia juga mengakui adanya kesalahan dalam laporan keuangan yang disusunnya, yakni menyebutkan kata apotek di laporan yang diserahkan ke DPPK. Sudah bertahun-tahun kami memakai kata Apotek. Penggunaan kata apotek hanya untuk efesiensi, sebab penggunaan kata instalasi farmasi tidak dikenal masyarakat. Apalagi kata tersebut terlalu panjang bila dibandingkan dengan kata apotek. Dan itu hanya masalah nama, yang pasti tetap penghasilan instalasi farmasi. Nota keuangan yang dicantumkan tidak ada salah. Artinya, angka-angka yang dicantumkan dijamin 100% valid. Untuk membuktikan Didiek tidak keberatan jika di audit Kementerian Kesehatan kapanpun kami siap”.⁷²

Dr. Rince Panglila, Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD dr. M. Soewandhie menyatakan ”Sorotan Kementerian

⁷⁰Jawa Pos, “Walikota Turun Tangan”, Surabaya, 16 April 2011.

⁷¹Jawa Pos, 16 April 2011

⁷²*Ibid.*

Kesehatan terhadap RSUD dr. M. Soewandhie sebenarnya hanya normatif. Sebab mereka belum melihat dan meninjau RS tersebut. Ia menjelaskan bahwa apa yang dilakukan sudah benar. RSUD memilih menggunakan instalasi farmasi di RS karena bukan berorientasi pada keuntungan, ini berbeda dengan apotek yang dikelola perorangan yang mencari keuntungan. Ia juga berjanji kepada masyarakat bahwa obat yang diberikan adalah kualitas terbaik dan tidak ada obat kedaluarsa”.⁷³

Mengenai hubungan industri dengan dokter dan rumah sakit di Kota Surabaya, menurut Drg. Migit Supriati⁷⁴ ”Detailler datang menawarkan obat kepada apotik, dokter atau ke Rumah Sakit. Kalau dokter sudah menandatangani persetujuannya sudah mendapat poin, kemudian menggunakan obat perusahaan tersebut mendapat poin lagi. Tergantung kerjasama, kalau detailler bilang apotik A ya apotik A. Kalau tidak ada apotik maka dokter mengeluarkan resep dan detailler memberitahu apotiknya. Kemudian apotik menghitung jumlah obat dari perusahaan yang telah digunakan oleh dokter x misalnya, dan menyampaikan kepada perusahaan farmasi tersebut, dan yang memberi *fee* atau komisi adalah perusahaan farmasi yang membuat obat tersebut. Dan biasanya dikirim setiap bulan melalui transfer dalam bentuk uang, adapula dalam bentuk bingkisan lebaran atau natal. Juga dalam bentuk pembiayaan mengikuti seminar/lokakarya di dalam negeri atau di luar negeri”.

Pandangan serupa dikemukakan oleh seorang Apoteker yang tidak bersedia menyebut namanya. Ia mengemukakan ”apotik dalam setiap bulan mengirim *fee* sebesar 5% ke dokter/dokter gigi, tergantung kerjasama dengan dokter/dokter gigi yang bersangkutan. Bisa diambil langsung atau ditransfer. Bahkan seorang dokter bisa mendapat 2 (dua) *fee*, yaitu dari apotik dan perusahaan farmasi. Juga dalam bentuk biaya menghadiri seminar/simpodium/lokakarya dll baik dalam negeri atau di luar negeri”⁷⁵

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Wawancara*, 14 April 2011

⁷⁵ *Wawancara*, 18 April 2011

Pandangan lain dikemukakan oleh Dr. Poernomo, SpPD⁷⁶. Ia menyatakan "hubungan Dokter dengan Rumah Sakit dan Industri Farmasi mungkin masih ada. Di beberapa Rumah Sakit dalam menentukan obati, dokter masih terlibat. Keterlibatannya di mana, apa dokter terlibat langsung atau tidak langsung atau dalam bentuk Tim yang tidak langsung. Yang langsung, apa mereka ikut menentukan obat secara langsung. Di beberapa negara, industri farmasi tidak terlibat dan dokter lah yang menentukan obat. Ia sendiri tidak tahu mekanisme yang sesungguhnya. Kata ahli farmasi untuk orang sakit seperti itu jenis obat seperti ini yang harus digunakan. Tetapi kata dokter, obat itu tidak jelas dan apoteker mana yang mengatakan demikian. Dan pasien kadangkala menganggap dokter untungnya banyak. Padahal yang menentukan harga obat yang dijual adalah *owner* nya (pemilik industri farmasi). Meskipun sudah ada aturannya, kadang-kadang mereka maunya seperti itu. Apoteker itu menghendaki untuk menguasai obat. Seharusnya apotiknya yang diurus dengan baik. Sebagai dokter, ia selalu menjelaskan bahwa obat ini misalnya untuk penyakit hipertensi. Tetapi kadangkala ada juga dokter yang tidak menjelaskan obat itu untuk penyakit apa". Mengenai dokter menerima *fee* atau komisi dari industri farmasi, ia menegaskan "tidak mendapat *fee* tetapi mendapat sponsor ya, dan sponsor dibolehkan". Selama ini ia "belum pernah melihat atau mengetahui dokter atau tenaga medis mendapat *fee* dari industri farmasi, tetapi itu pribadi masing-masing". Ia justeru mempertanyakan "apa betul adanya sponsor itu yang menyebabkan harga obat menjadi mahal. Kalau begitu, regulasinya bagaimana jika ketidakjelasan biaya promosi dan ketidakjelasan *fee* atau sumbangan yang diterima". Begitu pula, adanya anggapan bahwa "tanpa biaya-biaya seperti itu, apotik bisa menurunkan harga obat hingga 30% dari keuntungan". Tetapi kalau di sponsori setiap keluar negeri jelas tidak mungkin, karena biayanya mahal. Di luar negeri "kalau obat itu murah dokternya senang, tetapi kenyataannya harga obat di luar negeri jauh lebih mahal dan tingkat kepercayaan berobat ke dokter juga lebih tinggi karena pendapatan penduduknya lebih baik dan sejahtera".

⁷⁶Wawancara, 18 April 2011

Pendapat agak berbeda dikemukakan oleh Drg. Rince Panglila⁷⁷. Ia menyatakan "Pengadaan obat-obatan di RSUD berdasarkan lelang siapa yang menang. Juga pengadaan obat-obatan di RSUD didasarkan atas kebutuhan pasien. Karenanya tidak ada *fee* atau komisi dari industri farmasi untuk pengelola rumah sakit, dokter atau tenaga medis lainnya. Dan tidak ada kompetisi antara dunia kedokteran dan kefarmasian. Membela profesi boleh-boleh saja tetapi berdasarkan peraturan yang ada atau jika belum ada aturannya ya harus diatur".

Pandangan mengenai banyaknya warga Surabaya dan Jawa Timur berobat ke luar negeri. Terdapat banyak faktor yang mendorong warga Surabaya dan Jawa Timur memilih berobat ke luar negeri. Salah satunya "akibat buruknya kualitas pelayanan Rumah Sakit dan dokter spesialis"⁷⁸

Paidi Pawiroedjo, Direktur Lembaga Perlindungan Konsumen Surabaya (LPKS) mengungkapkan "hampir semua dokter spesialis di Jawa Timur merangkap bekerja di beberapa Rumah Sakit (RS) dan praktik pribadi. Hal ini menyebabkan pelayanan kepada pasien menjadi tidak optimal. Berbeda dengan di luar negeri, dokter hanya bekerja di satu RS sehingga bisa fokus menangani pasiennya".⁷⁹ Ia lebih lanjut menyatakan "faktor kesembuhan tidak hanya disebabkan oleh pengobatan medis saja. Kesembuhan juga ditentukan oleh kepercayaan dan keyakinan pasien terhadap dokter di Jawa Timur. Karena itu sangat wajar jika sebagian warga kelas ekonomi atas memilih pergi berobat ke luar negeri. Apalagi administrasi RS yang ada di Jawa Timur masih belum tersistem dengan baik, terutama di RS-RS milik pemerintah. RS milik pemerintah masih terkesan ruwet, kumuh, parkir kendaraan susah, dan tenaga medisnya tidak familiar. Bagi kalangan atas yang menjunjung tinggi profesionalitas dan pelayanan hal itu sangat mengganggu. Di sisi lain, RS – RS belum dapat mengelola persepsi masyarakat. Saat ini

⁷⁷Wawancara, 18 April 2011

⁷⁸Seputar Indonesia, "Warga Pilih Berobat ke Luar Negeri Kualitas Layanan RS Lokal Rendah, 15 April 2011.

⁷⁹*Ibid.*

persepsi masyarakat masih memandang semua hal yang berbau luar negeri adalah bagus. Seharusnya RS dan pemerintah daerah perlu membalik persepsi ini”.⁸⁰

Dr. Slamet R. Yuwono, DTM & H, mantan Direktur RS Dr. Soetomo, Ketua Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) Daerah Jawa Timur mengakui ”Tenaga medis di Jawa Timur kurang memberi empati terhadap pasien. Padahal empati ini penting agar pasien merasa nyaman selama berobat. Istilahnya ”*ngewongke uwong* (memanusiakan manusia). Masih ada sebagian tenaga medis yang menganggap pasienlah yang membutuhkan RS. Cara pandang seperti ini perlu segera dirubah agar pelayanan RS lokal dapat bertambah baik. Cara pandang yang benar adalah RS yang butuh pasien dan dalam sistem manajemen RS modern yang *world class* masyarakat dilihat sebagai konsumen (*customer*). Karena itu keinginan masyarakat sebagai *customer* RS harus benar-benar diperhatikan”.⁸¹

Dr. Poenomo, SpPD⁸², Ketua IDI Kota Surabaya menyatakan ”terdapatnya penduduk Jawa Timur terutama etnis China berobat ke luar negeri belakangan ini faktornya adalah masalah *trust* atau kepercayaan. Padahal banyak juga lulusan sarjana kedokteran dari luar negeri yang tidak berkualitas. Jadi sebenarnya faktor *image* dan peralatan yang menunjang kualitas dokter di luar negeri”.

Dalam penelitian ini juga diperoleh pandangan nara sumber tentang kebijakan bidang kesehatan di tingkat nasional. Yang banyak menjadi sorotan dan perhatian nara sumber adalah dampak dikeluarkannya UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran. Terutama ketentuan dalam pasal pasal yang terkait dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dokter/dokter gigi, Surat Izin Praktik (SIP) dokter /dokter gigi yang dibatasi paling banyak 3 (tiga) tempat, tidak memasang papan nama, rekam medis dan lain-lain. Ketentuan pasal pasal yang dipermasalahkan itu antara lain:

⁸⁰*Ibid.*

⁸¹*Ibid.*

⁸²*Wawancara*, 18 April 2011

Pasal 29 ayat (1) UU No. 29/2004 menyatakan "Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan registrasi dokter gigi". Surat tanda registrasi dokter/dokter gigi diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (Pasal 29 ayat (2)). Dan dalam Pasal 75 ayat (1) UU No. 29/2004 dinyatakan "Setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja melakukan praktik tanpa memiliki surat tanda registrasi sebagaimana dimaksud Pasal 29 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah)".

Pasal 36 UU No. 29/2004 menyatakan "Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik". Dan dalam Pasal 76 UU No. 29/2004 dinyatakan "Setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah)".

Pasal 37 UU No. 29/2004 menyatakan:

- (1) Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran dan kedokteran gigi dilaksanakan.
- (2) Surat izin praktik dokter atau dokter gigi hanya diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat".
- (3) Satu surat izin praktik hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.

Pasal 38 UU No. 29/2004 menyatakan:

- (1) Untuk mendapatkan surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam pasal 36, dokter atau dokter gigi harus:
 - (a) Memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat registrasi dokter gigi yang masih berlaku sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29, Pasal 31, dan Pasal 32.
 - (b) Mempunyai tempat praktik, dan

- (c) memiliki rekomendasi dari organisasi profesi
- (2) Surat izin praktik masih tetap berlaku sepanjang:
 - (a) Surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi masih berlaku, dan
 - (b) Tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam surat izin praktik
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai surat izin praktik diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 41 ayat (1) UU No. 29/2004 menyatakan "Dokter atau dokter gigi yang telah mempunyai surat izin praktik dan menyelenggarakan praktik kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 wajib memasang papan nama praktik kedokteran".

Pasal 46 ayat (1) UU No. 29/2004 menyatakan "Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis".

Pasal 51 UU No. 29/2004 menyatakan "Dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- (a) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- (b) Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- (c) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- (d) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- (e) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi".

Pelanggaran terhadap Pasal 41 ayat (1), Pasal 46 ayat (1) dan Pasal 51 huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, atau huruf e seperti tersebut di atas dikenakan sanksi pidana sebagaimana di atur dalam Pasal 79 UU No. 29/2004 yang menyatakan:

”Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta), setiap dokter atau dokter gigi yang:

- (a) Dengan sengaja tidak memasang papan nama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1);
- (b) Dengan sengaja tidak membuat rekam medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1); atau
- (c) Dengan sengaja tidak memenuhi kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 huruf a, huruf b, huruf c huruf d, atau huruf e”.

Pasal 42 UU No. 29/2004 menyatakan ”Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dilarang mengizinkan dokter atau dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik untuk melakukan praktik kedokteran di sarana pelayanan kesehatan tersebut”. Dan dalam Pasal 80 ayat (1) UU No. 29/2004 dinyatakan ”Setiap orang yang sengaja mempekerjakan dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun atau denda paling banyak Rp. 300.000.000,- (tiga ratus juta rupiah)”.

Merasa tidak nyaman akibat dikeluarkan UU No. 29/2004, enam dokter dan seorang pasien melakukan *Judicial Review* ke Mahkamah Konstitusi (MK). Keenam dokter itu adalah dr. Hj. Anie Isfandyarie, Sp.An, SH (Malang), dr. Pranawa, SpPD (Surabaya), dr. Rama Tjandra, SpOG (Jakarta), dr. Bambang Tutuko (Jakarta), dr. Chamim (Jakarta), Prof. dr. Padmo Santjojo (Jakarta), dan H. Chanada Achsan, SH (pasien di Malang).

Menurut Dr. Pranawa, SpPD⁸³, Ketua IDI Jawa Timur, salah seorang dokter yang mengajukan *Judicial Review* ke MK ”hal itu dikarenakan ada beberapa hal di dalam UU No. 29/2004 yang membuat dokter dalam menjalankan profesinya menjadi tidak nyaman. Pertama, ada pasal yang menyatakan bahwa dokter bisa dituntut oleh UU tersebut dan pada saat yang sama dokter bisa dituntut untuk dilaporkan ke pihak lain. Misalnya dokter dituntut karena pelanggaran etik dan pada saat yang sama dokter bisa dituntut untuk dilaporkan pidananya. Ini tidak

⁸³ Bulletin IDI Surabaya, Edisi Mei 2007, hlm. 3

betul. Kedua, ada beberapa pasal tentang kelainan administratif namun yang digunakan sanksi adalah ancaman pidana yaitu pidana kriminal. Contohnya tidak punya Surat Tanda Registrasi (STR) dan tidak punya Surat Ijin Praktik (SIP) atau tidak pasang nama. Semuanya menggunakan ancaman pidana sangat berat. Ketiga, ada pasal yang mengharuskan dokter menjalankan standar pelayanan, merujuk, membuat *medical record* dan selalu mengikuti perkembangan jaman. Seharusnya bila tidak mengikuti semua itu cukup dengan tidak memberikan ijin praktik kepada dokter yang bersangkutan, namun ternyata ada sanksi pidana. Dan yang menjadi isu keras adalah pembatasan tiga tempat praktik. Padahal definisi tiga tempat praktik yang dicantumkan sangat tidak jelas. Misalnya seorang dokter PNS di RSUD Dr. Soetomo, satu tempat praktiknya adalah di rumah dan satu lagi di RS Swasta dan satu lagi di RSUD Soetomo. Padahal di Pacitan misalnya ada beberapa dokter yang cukup langka, seperti dokter internis, dokter anak, dokter bedah, begitu pula di RS swasta. Dengan aturan tiga tempat praktik, siapa yang melayani di RS lainnya. Meskipun ada Permenkes yang menyatakan ada surat tugas dan lain-lain, namun membuat sejawat dokter itu sangat tidak nyaman. Ironisnya, surat tugas tersebut digunakan sebagai kesempatan untuk mencari uang. Ia mencontohkan untuk menerbitkan surat tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kota Malang misalnya mengeluarkan tarif khusus hingga Rp. 750 ribu. Oleh karena itu kami meminta pasal-pasal yang ada di dalam UU Praktik Kedokteran tersebut dihilangkan”.

Untuk mengatasi berbagai hal tersebut, Menteri Kesehatan pada 20 April 2007 telah menetapkan Permenkes No. 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Namun menurut dr. Agus Harianto, SpAk⁸⁴, Wakil Ketua Forum Pers RSUD Dr. Soetomo ”Permenkes No. 512/2007 merupakan penjelasan tentang UU Praktik Kedokteran dan lebih spesifik penjelasannya mengenai batasan tiga tempat praktik. Mengenai surat tugas. Surat tugas tersebut kini diberikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi bukan lagi oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Pasal 10 Permenkes itu disebutkan,

⁸⁴Bulletin IDI Surabaya, Edisi Mei 2007, hlm. 4

untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan pelayanan medis, Kepala Dinas Kesehatan atas nama Menteri dapat memberikan surat tugas kepada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis tertentu yang telah memiliki SIP untuk bekerja di sarana pelayanan kesehatan atau rumah sakit tertentu tanpa memerlukan SIP di tempat tersebut berdasarkan permintaan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota”.

Dr. Esti Martiana⁸⁵, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya menyatakan ”mulai tanggal 30 April 2007, semua anggota IDI cabang Surabaya harus memiliki Surat Ijin Praktik (SIP) berdasarkan Surat Tanda Registrasi (STR). Dan gelar yang dicantumkan pada SIP baru sesuai dengan yang tercantum pada STR. Setiap dokter hanya melakukan praktik di 2 (dua) Rumah Sakit, dan apabila ada tugas di RS lain, tidak lebih hanya merawat bukan untuk praktik, dengan izin Direktur RS”.

Dr. Poernomo, SpPD⁸⁶, Ketua IDI Kota Surabaya menyatakan ”masalah perizinan terutama STR (Surat Tanda Registrasi) hingga sekarang masih terkonsentrasi di Jakarta. Apa tidak bisa secara regionalisasi saja, misalnya untuk wilayah Provinsi Jawa Timur di Surabaya atau setidaknya dengan sistem *outline*. Membuat data base dengan sistem *outline* saja ternyata untuk daerah mengalami kesulitan. Mengenai adanya pembatasan 3 (tiga) tempat izin praktik dokter/dokter gigi sudah bisa diatasi dengan mengeluarkan surat tugas. Di Kota Surabaya tidak ada masalah karena hubungan IDI dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya cukup baik. Di Kota Surabaya banyak Rumah Sakit di pinggiran yang tenaga tetap dokter/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis belum memungkinkan dalam beberapa tahun ke depan, sehingga RS dipinggiran ada masalah kalau izin praktiknya dibatasi tiga tempat, seperti ada RS yang ahli kandungan hanya satu, kalau yang bersangkutan sakit atau berhalangan tentu harus ada penggantinya”.

⁸⁵*Ibid.*

⁸⁶*Wawancara*, 18 April 2011

Pandangan senada dikemukakan oleh Drg. Migit Supriati⁸⁷ ”mengenai pembatasan izin praktik tiga tempat tidak ada masalah, karena untuk pembatasan tiga tempat praktik sudah dapat diatasi dengan pemberian surat tugas”.

Hal lain yang diperoleh dalam penelitian ini adalah pandangan mengenai pelanggaran kode etik kedokteran dan kasus malpraktik.

Menurut Dr. Poernomo, SpPD⁸⁸ ”kasus pelanggaran kode etik kedokteran tidak banyak (1 – 2 kasus) dalam beberapa tahun belakangan ini. Jika terjadi kasus pelanggaran kode etik terlebih dahulu diklarifikasi kalau dikehendaki. Kemudian dipertemukan kedua belah pihak yang bermasalah. Yang sering IDI diminta polisi sebagai saksi ahli”. Pandangan senada dikemukakan oleh Drg. Migit Supriati⁸⁹ ”tidak ada masalah karena setiap dokter terikat dengan sumpahnya”.

Pandangan mengenai malpraktik, menurut Dr. Poernomo, SpPD⁹⁰ ”malpraktik itu tidak ada definisinya dalam undang-undang. Misalnya kalau dokter memeriksa pakai celana dalam, apakah itu termasuk dalam malpraktik. Untuk memeriksa apakah seorang dokter itu melakukan malpraktik atau melanggar kode etik kedokteran dilakukan oleh MKEK (Majelis Kehormatan Etika Kedokteran) dan MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia). Masalahnya di dalam undang-undang bisa mencabut STR, juga MKDKI itu keputusannya tertutup. Di MKEK itu ada 3 kasus yang hasilnya didapat dari laporan pasien yang merasa dokter yang menanganinya tidak puas dengan hasilnya. Dan ternyata dokter yang menanganinya itu malas. Lantas apa tujuannya, menghukum dokter atau ada tujuan lain. Kalau menghukum dokter itu repot pasti tidak ketemu”.

⁸⁷ *Wawancara*, 14 April 2011

⁸⁸ *Wawancara*, 18 April 2011

⁸⁹ *Wawancara*, 14 April 2011

⁹⁰ *Wawancara*, 18 April 2011

Pandangan lain dikemukakan Sri Nurwidayati, SH⁹¹ ”masalah kasus malpraktik sudah ada prosedurnya atau protapnya di setiap Rumah Sakit. Karena itu apa yang dikatakan malpraktik, kadangkala sudah sesuai dengan prosedur atau protapnya, dan itu bukan malpraktik. Jadi RS atau dokter/dokter gigi yang tidak menjalankan protap atau prosedur sesungguhnya itulah dinamakan malpraktik. Juga kalau mau jujur seharusnya kasus malpraktik tidak terjadi. Karena sudah ada peraturan perundang-undangan, etika kedokteran dan berbagai kebijakan lainnya. Tetapi kenyataannya banyak yang dilanggar. Jadi kembali kepada kesadaran individu dari profesi medis masing-masing untuk mentaatinya. Karena sebaik apapun peraturan yang dibuat kalau individu tidak mentaatinya ya tidak berarti apa-apa”.

3.5 Kesimpulan dan Saran

Rangkaian masalah dan pandangan-pandangan yang telah diuraikan, mengantarkan hasil studi ini dalam beberapa kesimpulan dan saran-saran.

Meskipun berbagai kebijakan kesehatan lokal (PerDa, Peraturan Walikota dll) telah ditetapkan dan diimplimentasikan, dan berbagai upaya terobosan yang telah dilakukan oleh Pemerintah Kota Surabaya. Tetapi situasi derajat kesehatan di Kota Surabaya berdasarkan indikator-indikator mortalitas, morbiditas dan status gizi pada tahun 2009 belum menggembirakan. Kondisi ini tampaknya tidak paralel dengan ketersediaan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Surabaya yang dinilai sudah cukup baik. Begitu pula dengan jumlah dan tingkat pendidikan tenaga kerja yang bekerja di sarana kesehatan pemerintah maupun swasta sudah cukup baik. Patut diduga salah satu faktornya adalah kebijakan yang diterapkan masih kurang menyentuh atau mengantisipasi persoalan kesehatan sesungguhnya yang terjadi di dalam kehidupan warga masyarakat kota Surabaya. Kemungkinan lain, faktor sosial budaya terutama perilaku warga kota Surabaya tentang hidup sehat belum banyak mengalami pergeseran atau perubahan. Untuk itu masih

⁹¹*Wawancara*, 12 April 2011

diperlukan perhatian yang serius dari pemerintah Kota Surabaya, Dinas Kesehatan dan instansi terkait lainnya guna meningkatkan situasi derajat kesehatan warga kota Surabaya yang lebih baik.

Dari sisi kebijakan di bidang kesehatan yang ditetapkan, baik berupa Peraturan Daerah (PerDa) Kota Surabaya maupun Peraturan/Instruksi/Keputusan Walikota Surabaya dalam perkembangannya dari tahun ke tahun sejak 2001 – 2010 cenderung semakin meningkat. Namun dari segi kualitas, PerDa dan Peraturan Walikota di bidang kesehatan yang ditetapkan masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangannya, bahkan dalam pelaksanaannya/implementasinya dapat menimbulkan berbagai persoalan. Kelemahan dan kekurangan itu antara lain:

Pertama, terdapat beberapa PerDa yang tidak memuat definisi secara lengkap. Juga terdapat istilah yang sama tetapi definisi berbeda. Perbedaan definisi dalam PerDa dapat menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya. Kasus RSUD dr. Muhamad Soewandhie Kota Surabaya yang mencuat pada saat pengumpulan data lapangan tidak terlepas dari adanya perbedaan definisi atau pemahaman mengenai "Apotek" dan "Instalasi Farmasi".

Kedua, PerDa-PerDa bidang kesehatan yang dikeluarkan ada yang belum dilengkapi dengan peraturan pelaksanaan oleh Walikota/Kepala Daerah atau Kepala Dinas atau Pejabat yang ditunjuk. Jika pun ada peraturan pelaksanaannya dengan jarak waktu yang cukup panjang (lebih dari 1 tahun) antara di tetapkan PerDa dengan dikeluarkannya peraturan pelaksanaannya. Juga terdapat PerDa yang telah dilengkapi peraturan pelaksanaannya berupa Peraturan Walikota, tetapi dalam pelaksanaannya tidak atau belum efektif, misalnya PerDa Kota Surabaya No. 5/2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dikeluarkan tanggal 22 Oktober 2008 dan dilengkapi dengan pelaksanaannya berupa Peraturan Walikota Surabaya No. 25/2009 yang dikeluarkan tanggal 1 Mei 2009, dalam implementasinya tidak efektif atau tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Ketiga, terdapat PerDa Kota Surabaya di bidang kesehatan yang dirasakan tidak mencerminkan kesetaraan dan keadilan serta telah mengganggu hak-hak selaku warga negara yang mempunyai kedudukan yang sama di dalam hukum dan pemerintahan tanpa pengecualian, termasuk pula dalam pekerjaan. Sebagai contoh PerDa Kota Surabaya No. 12/2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan. PerDa ini dari sudut perizinan ketenagakerjaan pelayanan kesehatan terdapat perbedaan yang cukup mencolok antara tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern dengan pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional. Persyaratan untuk pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional diperlukan berbagai kelengkapan persyaratan yang harus dipenuhi (seperti Surat pernyataan tidak keberatan dari tetangga yang disahkan RT/RW, Rekomendasi dari Asosiasi Profesi, Surat Keterangan Kelakuan Baik dari Kepolisian, Surat Pengantar dari Puskesmas setempat, Surat Keterangan Sehat, Surat Keterangan dari Kejaksaan dan Kantor Agama) dibandingkan persyaratan tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern. Begitu pula dari masa berlaku izin yang diberikan. Untuk pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional masa berlakunya selama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang setiap 2 (dua) tahun. Sedangkan tenaga medis modern atau sarana pengobatan modern selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang setiap 5 (lima) tahun. Perbedaan persyaratan dan masa berlaku tentu akan membawa konsekuensi biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan perizinan bagi pengobat tradisional dan sarana pengobatan tradisional cukup besar dan memberatkan dibandingkan tenaga medis modern dan sarana pengobatan modern. Atas dasar itu maka persyaratan, masa berlaku dan retribusi perizinan di di dalam PerDa Kota Surabaya No. 12/2003 bidang kesehatan perlu ditinjau ulang termasuk PerDa sejenis lainnya.

Keempat, dalam penelitian ini tidak ditemukan PerDa Kota Surabaya dan Peraturan Walikota Surabaya yang mengatur secara khusus tentang kelompok/organisasi Profesi Kesehatan (IDI, PDGI, PBI, PPNI, ASPETRI dllnya). Namun di dalam Lampiran PerDa No. 12/2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan salah satu persyaratan untuk

mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP)/Surat Izin Kerja (SIK) Tenaga Medis (Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, Dokter Umum/Dokter Gigi, Bidan, Perawat dan lain-lain) adalah diperlukan adanya rekomendasi dari organisasi profesi seperti IDI, PDGI, PBI, PPNI dan lain-lain. Begitu pula persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin/Surat Terdaftar Pengobat Tradisional/Sarana Pengobat Tradisional (Sinshe, Tabib, Akupuntur, Battra Refleksi, Battra Pijat Urat, Battra Patah Tulang, Battra Ramuan dan lain-lain) adalah diperlukan adanya rekomendasi dari ASPETRI (Asosiasi Pengobat Tradisional Indonesia). Untuk mendapatkan rekomendasi tersebut, masing-masing organisasi profesi/asosiasi profesi telah menetapkan berbagai persyaratan bagi setiap anggotanya.

Kelima, kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin kota Surabaya telah mendapat tempat yang cukup memadai di dalam berbagai Peraturan Walikota Surabaya dan kebijakan kesehatan lainnya. Namun dalam pelaksanaannya masih menimbulkan berbagai masalah, antara lain proses pendataan keluarga miskin kurang melibatkan peran RT, RW dan Kelurahan. Dalam menetapkan keluarga miskin kadangkala tidak obyektif atau masih terjadi hubungan *patron-clain*. Perbedaan data keluarga miskin antara pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat. Masalah kewenangan antara pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat dalam memberikan pelayanan keluarga miskin, termasuk pula ketersediaan anggaran pelayanan bagi keluarga miskin yang terbatas/tidak mencukupi. Rumah Sakit yang belum sepenuhnya menerima pasien dari kalangan miskin dan lain-lain. Hal lain, sasaran penerima pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang dibiayai APBD Kota Surabaya pada tahun 2010 persyaratannya cenderung semakin diperketat dibandingkan persyaratan tahun 2008 dan 2009. Begitu pula mengenai pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat semakin diperketat.

Pandangan nara sumber terhadap berbagai peraturan daerah (PerDa) dan kebijakan lokal di bidang kesehatan cukup beraneka ragam.

Baik positif maupun negatif. Dari segi proses penyusunannya dalam setiap pembahasan RanPerDa bidang kesehatan umumnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam bentuk *public hearing*. Permasalahan yang muncul dalam penyusunan PerDa adalah 1. kelemahan dalam pemahaman materi RanPerDa antar SKPD; 2. Kurangnya referensi ketika RanPerDa disusun. 3. Masalah dasar hukumnya apakah bertentangan atau tidak dengan peraturan yang lebih tinggi. 4. Masalah apakah butuh atau tidak dengan RanPerDa tersebut. Dan 5. Masalah kewenangan antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Provinsi dan Kota/Kabupaten. Dari kelima masalah tersebut, yang selalu menimbulkan masalah dalam penyusunan RanPerDa adalah masalah kewenangan, ada kewenangan khusus yang ditangani oleh Pemerintah Pusat dan ada pula yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota. Karena itu dibutuhkan sinergitas antara Pemerintah Kota/Kabupaten, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat. Sebab masalah kewenangan ini akan berimplikasi terhadap penerapannya. Kendala lainnya regulasi kebijakan di bidang kesehatan selalu dengan nilai ideal, padahal realitasnya di lapangan berbeda. Karena itu masalahnya cukup kompleks tidak hanya terkait regulasi di bidang perundang-undangan tetapi juga terkait dengan masalah lainnya, seperti masalah transparansi, masalah kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, masalah ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, biaya obat dan pengobatan yang semakin mahal dan lain-lain.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan terhadap kebijakan di bidang tenaga kerja kesehatan cukup bervariasi.

Dari sisi pengangkatan tenaga medis (dokter misalnya) untuk menjadi PNS diperlukan waktu cukup lama yakni 4 – 5 tahun. Bahkan terdapat kasus petugas pembantu bidan di Puskesmas Jagir baru diangkat sebagai PNS setelah mengabdikan 18 tahun. Tenaga medis sebelum diangkat PNS terlebih dahulu menjalani tugas sebagai tenaga medis kontrak (PTT) 2–4 tahun. Meskipun telah menjalani tugas sebagai tenaga medis kontrak, untuk diangkat sebagai CPNS harus lulus test CPNS. Setelah diangkat menjadi CPNS selama satu tahun dan tugas pekerjaannya sebagai CPNS dinilai baik, baru diangkat sebagai PNS.

Dari sisi penempatan tenaga kerja kesehatan, masih terjadi diskriminasi dalam hal lokasi penempatan dan mutasi. Ada yang mendapat tempat yang dekat atau di Pusat Kota, ada pula yang jauh di luar kota atau daerah terpencil yang dasar penempatannya tidak transparan. Begitu pula dalam promosi jabatan struktural kadangkala berdasarkan siapa pejabat yang di atasnya, termasuk pula latar belakang pendidikan pejabat yang bersangkutan, apakah yang bersangkutan dokter umum, dokter gigi atau bidang keahlian lainnya cenderung ikut berpengaruh dalam pengangkatan pejabat struktural, baik dilingkungan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, RSUD milik Pemerintah Kota Surabaya maupun di Puskesmas.

Umumnya masalah yang dihadapi tenaga medis dalam melaksanakan tugas di tempat kerja adalah masalah adaptasi pada lingkungan kerja. Masalah birokrasi tidak ada masalah selama yang bersangkutan aktif mencari informasi. Kenaikan pangkat sudah terstruktur dengan baik, seperti tenaga medis (dokter/dokter gigi, bidan dan perawat) sudah berdasarkan akreditasi. Dari segi gaji sebagai PNS sudah diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Tetapi ada juga yang menyampaikan keluhan gaji terlambat atau kurang lancar, adanya pemotongan untuk biaya-biaya yang tidak dapat dipertanggungjawabkan dan lain-lain. Hal lain yang dikeluhkan tenaga medis di tempat kerja adalah terkait dengan masalah kesediaan obat yang terbatas, peralatan di tempat kerja yang kurang tersedia dan peralatan kerja yang rusak tetapi biaya untuk memperbaiki terbatas, dan masalah pelayanan pengobatan terutama jumlah tenaga medis yang tersedia masih kurang dan tenaga medis yang ada terutama dokter/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis padat dengan kegiatan lainnya, seperti tempat praktik di beberapa tempat, mengikuti pendidikan, pelatihan, penyuluhan, seminar/lokakarya dan lain-lainnya. Untuk mendapat tambahan tenaga dokter/dokter gigi tidak mudah, apalagi dokter spesialis/dokter gigi spesialis.

Dari segi pembinaan, untuk meningkat kualitas tenaga medis maupun non medis dilakukan melalui pendidikan, pelatihan dan lain-lain. Akan tetapi dana yang tersedia jumlahnya terbatas. Dan langkah

kebijakan yang dilakukan adalah tenaga medis maupun non medis berstatus PNS yang lebih diprioritaskan. Sedangkan tenaga kontrak medis dan non medis peluang untuk meningkatkan kualitas profesionalnya lebih kecil. Hal lain, meskipun dalam setiap tahun telah dibuat perencanaan jumlah tenaga medis dan non medis untuk mendapatkan peningkatan kualitas profesionalnya melalui pendidikan dan pelatihan, tetapi Dinas Kesehatan Kota Surabaya tidak sepenuhnya sesuai yang telah direncanakan oleh pihak Rumah Sakit/Puskesmas.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan terhadap hubungan antara sesama profesi dokter terutama antara dokter/dokter gigi senior dan junior dalam pelaksanaan tugas pekerjaan di tempat kerja. Menurut pandangan dokter/dokter gigi senior "tidak ada masalah". Sedangkan pandangan dokter/dokter gigi junior "Itu tergantung pribadinya, sebagai dokter/dokter gigi junior yang baru bekerja biasanya harus mau diperlakukan seniornya selama dalam batas tugas pekerjaannya.. Seharusnya dokter senior itu lebih berat beban tugasnya dibandingkan dengan dokter junior. Tetapi kenyataan sebaliknya, dokter junior harus mengalah dan mendapat beban tugas kerja yang lebih berat dan melelahkan".

Pandangan kelompok pekerja kesehatan tentang hubungan dokter/dokter gigi dan perawat cukup bervariasi.

Pandangan dokter/dokter gigi senior mengenai hubungan dokter/dokter gigi dan perawat di Rumah Sakit tidak ada masalah dan terjalin kemitraan dengan baik. Masing-masing sudah ada bagian tugasnya atau tupoksinya (tugas pokok dan fungsi) yang telah ditetapkan. Dokter/dokter gigi bertanggungjawab terhadap medis sedang perawat dari sisi perawatannya. Jika ada masalah, ada forum komunikasi dokter/dokter gigi dan perawat, dan di Dinas Kesehatan Kota Surabaya ada rapat koordinasi 3 bulan sekali. Dalam rapat koordinasi ini berbagai masalah dibahas, termasuk hak kewenangan dokter dan perawat.

Pandangan dokter/dokter gigi junior mengenai hubungan dokter/dokter gigi dan perawat tergantung dari sisi mana melihatnya, meskipun Tupoksinya (tugas pokok dan fungsi) berbeda. Tetapi

pengalaman dokter/dokter gigi junior yang baru bekerja di Puskesmas, terdapat perawat/perawat gigi senior yang jika diperintahkan atau diberitahu tidak serta merta mengikuti petunjuk yang diberikan oleh dokter/dokter gigi junior, bahkan sering tersinggung dan terkesan si dokter/dokter gigi junior lah yang harus mengikutinya. Apalagi di Puskesmas kebanyakan dokter/dokter gigi kebanyakan masih muda/junior sedang perawat umumnya sudah senior. Kenyataan ini kadangkala menimbulkan benturan meskipun tidak mengganggu pelayanan kesehatan.

Pandangan perawat mengenai hubungan dokter/dokter gigi dan perawat umumnya keluhan perawat terhadap dokter adalah waktu dokter/dokter gigi dalam pelayanan pengobatan (memeriksa pasien) begitu singkat, tetapi gajinya besar. Sementara waktu perawat menjaga pasien begitu lama tetapi gajinya lebih kecil. Juga banyak tugas pekerjaan yang seharusnya menjadi tugas dokter tetapi yang melaksanakannya adalah perawat. Seperti injeksi itu seharusnya tugas dokter/ dokter gigi. Dokter yang menentukan obat untuk pasien. Tetapi yang terus menerus melihat perkembangan keberhasilan pemakaian obat adalah perawat. Pada waktu hari-hari libur seperti lebaran, natal, tahun baru dan hari-hari libur lainnya, umumnya perawat yang dikorbakan. Jadi sebenarnya perawat itu dianaktirikan karena *job description* atau uraian tugas itu langsung dibuat oleh dokter/dokter gigi tanpa mengikutsertakan perawat. Karena itu dominasi dokter/dokter gigi ditempat kerja masih tinggi. Hal lain, untuk peningkatan pendidikan, dokter/dokter gigi lebih diprioritaskan daripada perawat. Juga jabatan struktural bidang keperawatan banyak dijabat oleh dokter/dokter gigi. Jabatan seperti sebaiknya dari latar belakang pendidikan keperawatan, termasuk pula kepala Puskesmas sebaiknya diduduki oleh mereka yang berlatar belakang pendidikan keperawatan. Meskipun ada keluhan, hubungan antara perawat dan dokter belum ada konflik atau masalah yang serius. Bahkan antara dokter dan perawat menjadi mitra yang baik. Persoalannya memang ada kesenjangan ilmu antara dokter dan perawat, kesenjangan gaji/honor antara dokter dan perawat. Namun sebagai PNS

semuanya telah di atur dalam peraturan perundang-undangan yang harus ditaati.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan terhadap opini masyarakat bahwa biaya obat dan berobat semakin mahal cukup bervariasi.

Pandangan dokter/dokter gigi junior, masalah biaya berobat itu relatif, kalau dokter gigi misalnya pakai bahan/obat yang mahal atau berkualitas tentu biayanya mahal, begitu pula kalau bahan/obat yang digunakan itu murah tentu biayanya murah. Dokter/dokter gigi terikat dengan etika kedokteran. Dalam etika kedokteran, dokter/dokter gigi berkewajiban memberitahukan kepada pasien tentang biaya operasi, biaya obat atau bahan yang digunakan termasuk pula besar kecil biaya pengobatannya. Yang justru jadi persoalan adalah bagaimana mengontrol dokter/dokter gigi yang dalam praktiknya memberikan obat dengan dosis tinggi. Sebab bagi pasien yang diinginkan adalah cepat sembuh dan tidak memikirkan efek yang ditimbulkannya. Dan dokter/dokter gigi yang dirasakan pasien cepat sembuh umumnya laris meskipun biaya obat dan pengobatannya mahal.

Pandangan dokter/dokter gigi senior tentang adanya anggapan pasien atau masyarakat biaya obat dan pengobatan semakin mahal dan dokter untungnya banyak jelas keliru. Karena yang menentukan harga obat yang dijual itu adalah *owner* nya (pemilik industri farmasi). Meskipun sudah ada aturannya, pemilik industri farmasi maunya seperti itu. Apoteker juga menghendaki untuk menguasai obat-obatan. Seharusnya apotik yang diurus dengan baik. Juga adanya anggapan bahwa mahalnya harga obat disebabkan adanya *fee* atau komisi untuk tenaga medis dan pengelola RS atau biaya sponsor tenaga medis menghadiri seminar/lokakarya/simposium di dalam negeri atau di luar negeri, tanpa biaya seperti itu apotik bisa menurunkan harga obat hingga 30%. Anggapan seperti itu tidak benar. Sebab, jika betul lantas bagaimana regulasinya atas ketidakjelasan biaya promosi, *fee* atau komisi, atau sumbangan yang diterima.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan tentang hubungan dokter/dokter gigi dengan Rumah Sakit. Ada yang berpendapat hubungan dokter/dokter gigi dengan Rumah Sakit sudah berjalan dengan baik, karena dokter/dokter gigi maupun tenaga medis lainnya sudah terikat dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh pengelola Rumah Sakit. Tetapi ada pula yang berpendapat masalah hubungan antara dokter/dokter gigi dengan pihak pengelola Rumah Sakit kadangkala tidak sejalan, terdapat kasus dokter/dokter gigi yang diperlakukan tidak adil atau merasa dianaktirikan. Pihak Rumah Sakit menganggap dokter tersebut tidak melaksanakan tugas pekerjaan sebagaimana yang telah ditetapkan. Upaya yang dilakukan adalah melalui forum komunikasi atau forum rapat di tempat kerja serta membangun budaya kerja yang lebih mengutamakan tugas dari kegiatan lainnya.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan tentang hubungan industri farmasi dengan dokter/dokter gigi dan Rumah Sakit tampaknya masih berjalan berdasarkan kepentingan dan manfaat masing-masing pihak. Karena itu *fee* atau komisi dan biaya sponsor merupakan suatu hal yang lazim dalam mata rantai hubungan industri farmasi dengan dokter/dokter gigi dan pengelola rumah sakit. Padahal *fee* atau komisi merupakan hal yang terlarang dan melanggar hukum. Sedangkan biaya sponsor dari sudut hukum masih dapat diperdebatkan keabsahannya.

Pandangan mengenai banyaknya warga Surabaya dan Jawa Timur berobat ke luar negeri cukup bervariasi. Ada yang berpendapat salah satu faktor yang mendorong warga Surabaya dan Jawa Timur memilih berobat ke luar negeri adalah akibat buruknya kualitas layanan Rumah Sakit dan dokter/dokter spesialis/dokter gigi/dokter gigi spesialis. Umumnya dokter/dokter spesialis/ dokter gigi/dokter gigi spesialis di Surabaya dan Jawa Timur merangkap bekerja di beberapa Rumah Sakit (RS) dan praktik pribadi. Sehingga menyebabkan pelayanan kepada pasien menjadi tidak optimal. Faktor kesembuhan tidak hanya disebabkan oleh pengobatan medis tetapi kesembuhan juga ditentukan oleh kepercayaan (*trust*) dan keyakinan pasien terhadap dokter/dokter spesialis/dokter gigi/dokter gigi spesialis. Apalagi administrasi RS yang ada Kota Surabaya dan di Jawa Timur masih belum tersistem dengan

baik, terutama di RS-RS milik pemerintah. RS milik pemerintah masih terkesan ruwet, kumuh, parkir kendaraan susah, dan tenaga medisnya tidak familiar. Bagi kalangan atas yang menjunjung tinggi profesionalitas dan pelayanan hal itu sangat mengganggu. Di sisi lain, RS belum dapat mengelola persepsi masyarakat. Persepsi masyarakat masih memandang semua hal yang berbau luar negeri adalah bagus. Seharusnya RS dan pemerintah daerah perlu membalik persepsi ini. Ada pula yang berpendapat tenaga medis di Jawa Timur kurang memberi empati terhadap pasien. Padahal empati ini penting agar pasien merasa nyaman selama berobat. Istilahnya "*ngewongke uwong* (memanusiakan manusia). Masih ada sebagian tenaga medis yang menganggap pasienlah yang membutuhkan RS. Cara pandang seperti ini perlu segera diubah agar pelayanan RS lokal dapat bertambah baik. Cara pandang yang benar adalah RS yang butuh pasien dan dalam sistem manajemen RS modern yang *world class* masyarakat dilihat sebagai konsumen (*customer*). Karena itu keinginan masyarakat sebagai *customer* RS harus benar-benar diperhatikan.

Pandangan mengenai kebijakan kesehatan di tingkat nasional yang banyak menjadi sorotan dan perhatian nara sumber adalah dampak dikeluarkannya UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran. Terutama ketentuan dalam pasal-pasal yang terkait dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dokter/dokter gigi (Pasal 29 ayat (1) dan sanksi pidana dan denda dalam Pasal 75 ayat (1)), Surat Izin Praktik (SIP) dokter dan dokter gigi (Pasal 36 dan sanksi pidana dan denda dalam Pasal 76), Pembatasan surat izin praktik yang dibatasi paling banyak 3 (tiga) tempat (Pasal 37 ayat (2)), Kewajiban pemasangan papan nama (Pasal 41 ayat (1) dan sanksi pidana dan denda dalam Pasal 79 huruf a), Kewajiban membuat rekam medis (Pasal 46 ayat (1) dan sanksi pidana dan denda dalam Pasal 79 huruf b), Kewajiban dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran (Pasal 51 dan sanksi pidana dan denda dalam Pasal 79 huruf c), dan beberapa ketentuan dalam pasal lainnya. Pada intinya mereka menolak ketentuan-ketentuan yang terdapat pasal-pasal tersebut dengan berbagai alasan dan sudut pandang sebagaimana telah diuraikan di muka.

Untuk mengatasi hal itu berbagai upaya telah dilakukan dokter/dokter gigi, termasuk pula melakukan *Judicial Review* ke Mahkamah Konstitusi (MK). Berbagai upaya yang dilakukan tersebut cukup berhasil, selain dikeluarkannya Permenkes No. 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, juga keputusan Mahkamah Konstitusi (MK) mengabulkan sebagian dari tuntutan *Judicial Review* yang diajukan, terutama menghapus ancaman pidana penjara dan pidana kurungan yang disebut dalam beberapa pasal di dalam UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran. Dasar pertimbangan majelis MK, ancaman berupa pidana penjara dan pidana kurungan di dalam beberapa pasal di dalam UU No. 29/2004 tidak tepat. Pemberian sanksi pidana harus memperhatikan perspektif hukum pidana yang humanis. Pelanggaran yang berkaitan dengan kode etik tak harus dengan pemidanaan. Menghapuskan pemidanaan dalam pasal-pasal tersebut tak berarti menghapuskan sanksi keseluruhan. Karena sanksi denda dalam Pasal 75, Pasal 76, Pasal 79 tidak dihapus. Dan ketentuan pasal 37 ayat (2) yang membatasi tempat praktik dokter maksimal tiga tempat di tolak atau tidak dikabulkan Majelis MK.

Meskipun permohonannya diterima sebagian, keputusan Majelis MK ini dianggap mengecewakan pemohon dan para dokter/dokter gigi. Terutama dengan tidak dihapuskan sanksi denda, justeru masyarakat yang dirugikan karena biaya praktik dokter bakal meningkat, juga kalau dokter dikenakan denda Rp. 100 juta sangat memberatkan.

Mengenai adanya pembatasan 3 (tiga) tempat izin praktik dokter/dokter gigi, umumnya pandangan nara sumber tidak ada masalah, karena sudah bisa diatasi melalui surat tugas dari Dinas Kesehatan. Apalagi hubungan IDI Kota Surabaya dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya cukup baik. Hal lain, mengenai STR (Surat Tanda Registrasi) dokter/dokter gigi yang hingga kini masih terkonsentrasi di Jakarta. Disarankan untuk bisa secara regionalisasi, misalnya untuk wilayah Provinsi Jawa Timur di Surabaya atau setidaknya-tidaknya dengan sistem *outline*.

Pandangan kelompok pekerja kesehatan mengenai pelanggaran kode etik kedokteran dan kasus malpraktik. Kasus pelanggaran kode etik kedokteran tidak banyak (1- 2 kasus). Karena setiap dokter/dokter gigi terikat dengan sumpahnya. Jika terjadi kasus pelanggaran kode etik terlebih dahulu diklarifikasi, selanjutnya dipertemukan kedua belah pihak yang bermasalah. Sedangkan mengenai malpraktik ada yang berpendapat malpraktik itu tidak ada definisinya dalam undang-undang. Untuk memeriksa apakah seorang dokter/dokter gigi itu melakukan malpraktik atau melanggar kode etik dilakukan oleh MKEK (Majelis Kehormatan Etika Kedokteran) dan MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia). Masalahnya di dalam undang-undang bisa mencabut STR dan keputusan MKDKI itu tertutup. Ada pula yang berpendapat masalah kasus malpraktik sudah ada prosedurnya atau protapnya di setiap Rumah Sakit. Karena itu apa yang dikatakan malpraktik, kadangkala sudah sesuai dengan prosedur atau protapnya, dan itu bukan malpraktik. Jadi RS atau dokter/dokter gigi yang tidak menjalankan protap atau prosedur yang sesungguhnya itulah dinamakan malpraktik.

Saran-saran lainnya yang diperlukan guna perbaikan untuk masa mendatang.

Untuk meningkatkan peranserta berbagai organisasi/asosiasi profesi pekerja kesehatan yang sudah berdiri di sejumlah daerah, termasuk di Kota Surabaya dalam upaya mendukung pembangunan bidang kesehatan yang berkualitas, tampaknya perlu disusun RUU tentang Organisasi/Asosiasi Profesi Pekerja Kesehatan. Selama ini peran serta Organisasi/Asosiasi Pekerja Kesehatan di dalam kebijakan nasional maupun lokal masih sangat terbatas sekedar memberi rekomendasi sebagai persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga medis (dokter/dokter gigi, perawat, bidan dll) dan non medis (Apoteker, Refraksionis, Optician dll), termasuk pula rekomendasi Surat Izin/Surat Terdaftar Pengobat Tradisional dan Sarana Pengobatan Tradisional yang dikeluarkan ASPETRI (Asosiasi Pengobat Tradisional Indonesia).

Untuk mengatasi berbagai persoalan yang muncul antara industri farmasi dengan dokter dan pengelola rumah sakit diperlukan adanya peraturan perundang-undangan yang mengatur hubungan antara industri farmasi dengan dokter dan pengelola rumah sakit. Selain itu RUU tentang Keperawatan diharapkan dapat segera diundangkan, agar ada pemisahan yang jelas tugas pokok, fungsi dan kewenangan antara dokter dan perawat, termasuk pula posisi di dalam jabatan struktural di lingkungan instansi yang menangani kesehatan.

Untuk memecahkan berbagai persoalan yang dihadapi tenaga medis maupun non medis yang bekerja di bidang kesehatan, termasuk pula pasien atau konsumen pengguna jasa layanan kesehatan perlu dibangun sistem manajemen terbuka agar tercipta kepercayaan secara timbal balik. Juga perlu ditingkatkannya komunikasi dan koordinasi antar organisasi/asosiasi profesi pekerja kesehatan dengan instansi terkait di bidang kesehatan, dan dilingkungan kerja antara tenaga medis dan non medis.

Daftar Pustaka

- Alibasah, M., Partomo, *Masalah Profesi Kesehatan*, makalah diskusi Ilmiah "Masalah Hukum di Bidang Kedokteran", diselenggarakan oleh Proyek Pengembangan Penelitian Hukum – LIPI bekerjasama dengan Yayasan Law Center, Jakarta, 14 April 1977
- BPS, *Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional Tahun 2009 Provinsi Jawa Timur*, Surabaya: BPS Provinsi Jawa Timur, 2010
- Bulletin IDI Surabaya, Edisi Mei 2007
- Departemen Antropologi FISIP UNAIR, <http://www.antro.fisip.unair.ac.id>, diakses, 30 Juni 2011
- Dinas Kesehatan, 2009, *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2009 – 2014*, Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dinas Kesehatan, 2010, *Profil Kesehatan Tahun 2009*, Surabaya: Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya.

-----, 2010, <http://surabaya-ehealth.org/profil-dinas-kesehatan>, diakses 19 September 2010

-----, <http://sik-dinkessurabaya.blingspot.com>, diakses, 28 Juni 2011

Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2011, *Profil Puskesmas Jagir 2010*, Surabaya: Puskesmas Jagir.

Fatimah, Nyayu dan Indrawasih, Ratna (Editor), 2009, *Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu*, Jakarta: LIPI Press.

Hisyam, Muhamad (Editor), 2006, *Budaya Kewargaan Komunitas Islam di Daerah Aman dan Rentan Konflik*, Jakarta: LIPI Press.

Jawa Pos, Surabaya, 14 April 2011; 15 April 2011; 16 April 2011

Pusat Data dan Informasi PERSI, *Hubungan Perusahaan Parmasi – Dokter Demi Kepentingan Pasien*, <http://www.pdpersi.co.id>, diakses 11 Maret 2011

Republika, 7 April 2011

Saidi, Anas (Editor), 2008, *Masyarakat dan Negara Dalam Tata Pemerintahan Yang Baik dan Bersih*, Jakarta: LIPI Press.

Seputar Indonesia, 15 April 2011

Setiadi, Redhi (Editor), 2007, *Memantau Daerah Menyemai Kemajuan (Otonomi Daerah dan Otonomi Award di Jawa Timur)*, Surabaya: Jawa Pos Institute of Pro Otonomi (JPIP) dengan Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Widiyono, 2008, *Tanggung Jawab Dokter dan Perawat Rumah Sakit Dalam Melakukan Tindakan Medis Pasien*, Skripsi S1, Surakarta: Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Zaenuddin, Dundin (Editor), 2010, *Dinamika Kewarganegaraan Kelompok Sosial di Perkotaan, Studi Kasus di Bandung dan Semarang*, Jakarta: LIPI Press.

BAB IV

DINAMIKA KEWARGANEGARAAN KELOMPOK SOSIAL PEKERJA KESEHATAN DI PERKOTAAN: KASUS KOTA SURABAYA

Oleh : Suprihadi

4.1 Pendahuluan

Daerah perkotaan diwarnai oleh heterogenitas penduduknya, baik secara etnik, jenis okupasi atau pekerjaan, kelas sosial maupun status sosial dan lainnya. Keragaman ini dapat dilihat sebagai peluang untuk saling belajar dari budaya masing-masing komunitas, memodifikasi atau bahkan mengadopsinya untuk perbaikan peluang hidup komunitas yang bersangkutan. Pada sisi lain, kondisi ini juga merupakan hal yang rentan dari muncul dan berkembangnya ketidakaturan sosial seperti munculnya kerusuhan sosial, konflik antar kelompok masyarakat dan ketidaktenangan kehidupan masyarakat. Kondisi yang demikian ini akan menimbulkan daerah perkotaan tidak stabil dan berdampak pula pada situasi sosial yang tidak sehat dalam pembangunan dan pengembangan wilayah perkotaan. Namun demikian perkembangan kota itu juga berpengaruh terhadap perekomian kota yang secara positif dapat meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD).

Kaitannya dengan dinamika kewarganegaraan kelompok sosial pekerja kesehatan di perkotaan, maka dalam bab ini akan mengungkapkan beberapa gambaran tentang profil Kota Surabaya dan pembangunan di bidang kesehatan yang merupakan bagian dari tulisan sebagai pintu masuk untuk mendapatkan gambaran umum mengenai karakteristik pekerja di bidang kesehatan, yang dalam tulisan ini mengambil lokasi di Kota Surabaya. Bagian lain yang cukup penting adalah kondisi kelompok pekerja kesehatan seperti Dokter, Perawat

dan dinamikanya serta jaringan sosial dalam hubungannya dengan merealisasikan dan pemahaman tentang kewarganegaraan, serta faktor-faktor pendorong dan penghambat tentang realisasi kewarganegaraan.

4.2 Profil Kota Surabaya dan Pembangunan Bidang Kesehatan

Kota Surabaya berasal dari kata “Sura” dan “baya”. Sura mempunyai arti berani (menghadapi kesulitan atau bahaya). Istilah ini mengandung semangat atau inspirasi yang dinamis jiwa ksatria, pantang menyerah. Sedang baya adalah bahaya atau ancaman. Dengan demikian, istilah Surabaya mengandung nilai keberanian menghadapi bahaya atau ancaman. Nilai budaya yang demikian diharapkan menjadi ciri budaya bagi seluruh warga Kota Surabaya.

Kota Surabaya atau Kotamadya Surabaya secara formal didirikan pada saat penjajahan Belanda pada tanggal 1 April 1906¹. Oleh karena itu, Kota Surabaya sudah lama berdiri, dan berkembang dengan pesat dan hingga sekarang terbentuknya menjadi kota terbesar kedua di Indonesia seperti sekarang ini. Pada awalnya masyarakat Kota Surabaya tinggal di dalam perkampungan. Dengan tingkat pertumbuhan penduduk 1,2 persen pertahun, mengakibatkan jumlah penduduk di perkotaan semakin tinggi dan tentu saja kebutuhan akan perumahan semakin meningkat pula. Masyarakat banyak yang menetap di perkampungan padat, tetapi semakin lama mulai terpecah atau memilih berpindah ke kompleks-komplek perumahan seperti kompleks perumnas, kompleks perumahan BTN, Real Estate dan kompleks lainnya yang lebih teratur. Pilihan kompleks perumahan pun sangat beragam,

¹ Kepala Daerah Kotamadya Surabaya pada awalnya dirangkap oleh Seorang Asisten Residen dari kabupaten (afdeling) Surabaya yang juga merangkap menjadi ketua Dewan Haminte Dewan Perwakilan yang terdiri dari orang bangsa Eropah (mayoritas), orang Indonesia dan orang Timur Asing. Pada masa penjajahan Belanda jabatan Walikota Surabaya diduduki oleh orang Belanda, pada masa pendudukan Jepang (1942-1945) walikota dijabat oleh orang Jepang dan masa kemerdekaan RI pada umumnya dijabat oleh bangsa Indonesia.

tergantung latar belakang sosial ekonomi penduduknya. Seperti di belahan manapun di dunia, dikotomi miskin dan kaya tentu saja juga terdapat di Surabaya, akan tetapi masing-masing dapat berdampingan dengan damai, dan tidak menjadi alasan hidup di Surabaya menjadi kurang aman.

Di samping itu, Surabaya juga merupakan kota Multi Etnis yang kaya budaya. Beragam etnis ada di Surabaya, seperti etnis Melayu, Cina, India, Arab, dan Eropa. Kelompok Etnis Nusantarapun banyak dijumpai, seperti Jawa, Madura, Sunda, Batak, Bali, Kalimantan, Sulawesi yang membaaur dengan penduduk asli Surabaya membentuk pluralisme budaya yang selanjutnya menjadi ciri khas Kota Surabaya. Mayoritas masyarakat Kota Surabaya adalah orang Surabaya asli (etnis Jawa) dan orang Madura. Ciri khas masyarakat asli Surabaya adalah mudah bergaul. Gaya bicaranya sangat terbuka, walaupun tampak seperti bertemperamen tinggi dan kasar, tetapi sangat demokratis, tolerans dan senang menolong serta menghargai orang lain.

Secara geografis, luas wilayah Kota Surabaya yaitu 326,37 km² yang terdiri dari 31 kecamatan dan 163 kelurahan. Luas kota sebesar inipun sebenarnya sudah banyak permasalahan, terutama dengan adanya perkembangan penduduk yang begitu cepat. Selain dipengaruhi oleh angka kelahiran, juga arus migrasi yang mengakibatkan penduduk pendatang yang terus bertambah. Kondisi ini akhirnya menimbulkan masalah yang harus dicarikan solusi penanggulangannya. Pembangunan perumahan semakin bertambah karena meningkatnya kebutuhan penduduk sebagai sarana tempat tinggal dan infrastruktur-infrastruktur lainnya sebagai sarana aktivitas sosial ekonomi di perkotaan.

Dari segi kependudukan, berdasarkan data penduduk sampai akhir tahun 2009 adalah sebanyak 2.891 jiwa² yang terdiri dari jumlah penduduk laki-laki 1.432.766 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 1.458.970 jiwa. Rata-rata anggota keluarga disetiap rumah sekitar 4

²Sumber data dari Profil Kesehatan tahun 2009, Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Halaman 3-4.

jiwa dengan kepadatan penduduk 8.860 jiwa/km². Apabila dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu 8.784 jiwa/km², maka kepadatan penduduk Kota Surabaya telah mengalami peningkatan. Kondisi penduduk ini juga bervariasi latar belakangnya, baik dilihat dari latar belakang etnis, jenis pekerjaan, pendidikan, agama, dan aspek-aspek lainnya.

Dilihat dari sisi agama yang dipeluk oleh masyarakat adalah bervariasi, namun mayoritas tetap memeluk agama Islam yaitu berjumlah 2.376.576 orang (83,7%) (lihat tabel 1). Dengan banyaknya penduduk yang memeluk agama sesuai dengan keyakinannya ini, pemerintah kota juga menyediakan berbagai fasilitas ibadah sesuai dengan penganut agama masing-masing, seperti Masjid sebanyak 1.068, Langgar/Mushola: 1.865, Gereja: 237, Pura: 8 dan Vihara sebanyak 14 buah³. Jumlah sarana ibadah agama ini dari tahun ke tahun mengalami perubahan terus dan meningkat. Kondisi ini menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam menjalankan ibadah agama sesuai dengan keyakinannya cukup tinggi kesadarannya dan berdampak positif terhadap pembangunan khususnya yang berkaitan dengan moral warga masyarakat di perkotaan.

Tabel 1 Jumlah Penduduk Menurut Agama dan Perkembangannya dari Tahun 2005-2009 di Kota Surabaya

Agama	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007	Tahun 2008	Tahun 2009
Islam	2.294.009	2.332.354	2.342.202	2.191.752	2.376.576
Katholik	112.179	114.170	144.540	146.320	119.121
Kristen	272.500	275.744	235.907	236.515	279.539
Hindhu	9.828	9.847	35.597	32.458	11.665
Budha	51.975	51.976	48.956	46.941	54.083

Sumber: BPS, Surabaya Dalam Angka 2010

³ Sumber data, BPS: Surabaya Dalam Angka, 2010.

Pembangunan di Bidang Kesehatan

Sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 91 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas yang menanangani bidang kesehatan adalah dari unit kerja Dinas Kesehatan. Tugas dan fungsi Kota Surabaya mempunyai tugas menyelenggarakan kewenangan daerah dalam bidang kesehatan dan tugas pembantuan yang diberikan oleh pemerintah. Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana tersebut di atas Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai tugas pokok dan fungsi antara lain:

- (1) Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan
- (2) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum
- (3) Pembinaan terhadap Unit Pelaksana Teknis Dinas
- (4) Pengelolaan ketatausahaan Dinas
- (5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya, Dinas Kesehatan mempunyai Visi dan Misi yang harus diemban. Visi dan misi-nya adalah mengacu pada visi Kota Surabaya yaitu mewujudkan *Surabaya Cerdas dan Peduli* serta kesepakatan Global Nasional maupun Regional, maka pembangunan kesehatan Kota Surabaya mengemban Visi Surabaya Sehat 2010. Dalam arti sehat secara fisik, mental dan sosialnya dengan tetap beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, guna mencapai taraf hidup yang layak dan mampu meningkatkan produktifitas kerja.

Program pembangunan kesehatan Kota Surabaya tahun 2009 merupakan bagian dari Rencana Strategis (Renstra) tahun 2006-2010 bidang kesehatan. Dengan kebijakan dan strategi baru “Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai Strategi Nasional menuju Indonesia Sehat 2010”, maka perencanaan pembangunan dan pelaksanaannya di semua sektor harus mampu mempertimbangkan dampak negatif dan positifnya terhadap kesehatan, bagi individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu, di sektor kesehatan sendiri upaya kesehatan yang dilakukan perlu lebih mengutamakan upaya-upaya

preventif dan promotif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (paradigma sehat).

Sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Surabaya Tahun 2006-2010, untuk mewujudkan Visi Kota Surabaya “Surabaya Cerdas dan Peduli” tersebut pemerintah Kota Surabaya telah menyusun 8 misi, sedangkan misi yang berkaitan dengan Visi Dinas Kesehatan Surabaya “Penggerak dan Pembangunan Kesehatan Dalam Mewujudkan Surabaya Sehat” adalah misi ke-empat dan ke-tujuh, yaitu:

(1) Misi Keempat

Meningkatkan kesejahteraan masyarakat khususnya masyarakat miskin melalui fasilitasi kebutuhan dasar, penataan dan pembinaan PKL (Pedagang Kaki Lima) serta usaha informal lainnya. Tujuan dari misi ke-empat yang berkaitan dengan bidang kesehatan adalah meningkatkan kualitas kehidupan keluarga miskin.

(2) Misi Ketujuh

Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat kota serta meningkatkan pemahaman masyarakat tentang lingkungan sehat dan perilaku sehat. Adapun tujuan yang akan diwujudkan dari misi ke-tujuh ini adalah: meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya akses pelayanan kesehatan yang terjangkau masyarakat dan Terbangunnya lingkungan sehat dan perilaku sehat.

Dalam upaya melaksanakan agar misi tersebut dapat tercapai dengan baik, Dinas Kesehatan dalam pelaksanaannya dibantu oleh beberapa tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang ada di sarana pelayanan kesehatan Kota Surabaya meliputi: tenaga medis (dokter spesialis, dokter gigi dan dokter umum, tenaga perawat, bidan, tenaga farmasi, tenaga gizi, sanitasi, teknisi medis (analisis medis, pemeriksaan rontgen, dan fisioterapi) serta tenaga kesehatan masyarakat. Persebaran tenaga kesehatan meliputi 53 Puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya serta sarana kesehatan lainnya.

Tabel 2 Jumlah Tenaga Kesehatan: Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis di Kota Surabaya Tahun 2002 – 2009

Tahun	Dokter Umum	Dokter Gigi	Dokter Spesialis	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2002	1.334	872	559	2.765
2003	1.334	872	559	2.765
2004	523	222	170	915
2005	485	212	1.701	2.398
2006	514	225	2.291	3.031
2007	178	122	6	305
2008	178	112	9	299
2009	1.781	780	1.358	3.999

Sumber: Kantor Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010

4.3 Jaringan Sosial dan Pranata Sosial Kelompok Pekerja Kesehatan

Pola hubungan sosial kelompok pekerja kesehatan bagi seorang dokter di perantauan seperti di Surabaya ini tetap dijalankan dengan baik, karena hidup tanpa komunikasi ilmu pengetahuan menjadi sedikit yang diperoleh. Sebagai Dokter bisa berhasil di samping kerja ulet harus didorong dengan komunikasi yang lebih luas dengan komunitas-komunitas lain terutama melalui organisasi, karena dengan komunikasi itu akan memperoleh pengetahuan yang lebih berharga baik secara sosial budaya maupun ekonomi. Meskipun demikian hubungan dengan sesama dokter/profesi dan Rumah Sakit tetap merupakan kewajiban. Menurut pengakuan seorang dokter⁴, dokter bisa berhasil hidup di

⁴ Wawancara dengan Ketua IDI Propinsi Jawa Timur, di Surabaya. Beliau mengatakan bahwa sebagai Dokter wajib masuk anggota IDI karena di samping untuk mempererat persatuan dokter juga dapat menjangkau komunikasi sesama dokter untuk memperoleh peningkatan ilmu pengetahuan, baik melalui seminar-seminar maupun pertemuan-pertemuan lainnya.

rantauan Kota Surabaya ini tidak terlepas dengan dorongan ikatan sesama dokter dan mitra kerja baik dengan perawat dan tenaga-tenaga kesehatan lainnya.

Selain menjalin hubungan dengan sesama dokter, dalam menjalankan profesinya juga harus menjalin hubungan yang baik dengan pasien, karena dokter dan pasien sama-sama manusia biasa dan sama kedudukannya sebagai warga negara. Sebagai dokter, mereka tetap menghormati dan mengikuti aturan-aturan sebagai warga negara yang telah ditetapkan oleh pejabat pemerintah daerah setempat. Hal ini sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2006 tentang Kewarganegaraan Republik Indonesia yang berbunyi dalam Bab I, Pasal I (ayat 1) bahwa warga negara adalah warga suatu negara yang ditetapkan berdasarkan peraturan Perundang-undangan. Sementara pasal 1 (ayat 2) menyatakan bahwa kewarganegaraan adalah segala hal ihwal yang berhubungan dengan warga negara. Maka sebagai warga negara setiap penduduk di wilayah seperti di Surabaya ini mempunyai hak dan derajat yang sama.

Bidang kedokteran yang dahulu dianggap profesi mulia, seakan-akan sulit tersentuh oleh orang awam, sekarang sudah berubah karena sudah dimasuki unsur hukum yaitu dengan peraturan-peraturan. Gejala ini tampak menjalar kemana-mana, baik di dunia barat yang memeloporinya maupun di Indonesia. Hal ini terjadi karena kebutuhan yang mendesak akan adanya perlindungan untuk pasien maupun dokternya. Jadi antara dokter dan pasien akan mendapat perlindungan yang sama, sehingga akan terjadi hubungan yang harmonis, dokter bisa menjalankan sesuai profesinya dan pasien berhak memperoleh pelayanan pengobatan yang terbaik dan mempunyai hak untuk menanyakan kepada dokter apabila pelayanannya kurang puas atau menyimpang. Kondisi ini juga terjadi di Surabaya, bahwa para pasien sudah mulai memahami hak dan kewajibannya, terutama hal ini diperoleh melalui peraturan-peraturannya. Namun demikian peraturan itu tidak dipahami oleh semua pasien, karena latar belakang sosial ekonomi yang berbeda, semakin tinggi status sosial ekonomi para pasien semakin kritis terhadap peraturan-peraturan itu.

Salah satu tujuan dari hukum atau peraturan atau kode etik kesehatan adalah untuk melindungi kepentingan pasien di samping mengembangkan kualitas profesi dokter atau tenaga kesehatan. Keseserasian antara kepentingan pasien dan kepentingan tenaga kesehatan, merupakan salah satu penunjang keberhasilan pembangunan sistem kesehatan. Oleh karena itu, perlindungan terhadap kepentingan-kepentingan itu harus diutamakan. Di satu pihak pasien menaruh kepercayaan terhadap kemampuan profesional tenaga kesehatan, di lain pihak karena adanya kepercayaan tersebut seyogyanya tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan menurut standart profesi dan berpegang teguh pada kerahasiaan profesi.

Kedudukan dokter yang selama ini dianggap lebih tinggi dari pasien disebabkan karena keawaman pasien terhadap profesi kedokteran. Dengan semakin berkembangnya masyarakat hubungan tersebut secara perlahan-lahan mengalami perubahan, hal ini juga terjadi hubungan antara pasien dan dokter di Rumah Sakit di Surabaya, namun sayangnya kondisi ini hanya banyak dialami oleh pasien-pasien dari golongan klas atas. Sementara pasien dari golongan klas bawah hubungannya dengan dokter masih terjadi kesenjangan, artinya masih kurang berani menanyakan hak-haknya pasien yang menjadi kepentingannya pasien. Kepercayaan kepada dokter secara pribadi berubah menjadi kepercayaan terhadap kemampuan ilmu kedokteran dan teknologi, masih menjadi harapan pasien dari latar belakang klas rendah.

Agar dapat menanggulangi masalah secara profesional dan mencegah apa yang dinamakan “malpraktik” di bidang kedokteran, perlu diungkap hak dan kewajiban pasien. Pengetahuan tentang hak dan kewajiban pasien diharapkan akan meningkatkan kualitas sikap dan tindakan yang cermat dan hati-hati dari tenaga kedokteran. Hal ini biasanya pasien tidak mengerti, namun bagi yang memahami dengan malpraktik ini pasien akan lebih dihargai oleh para dokter, sehingga dokter akan lebih berhati-hati dalam bertindak.

Selanjutnya, mengenai *informed consent* (persetujuan) masih diperlukan pengaturan hukum lebih lengkap. Karena tidak hanya untuk melindungi pasien dari kesewengannya dokter, tetapi juga diperlukan untuk melindungi dokter dari kesewenangan pasien yang melanggar batas-batas hukum dan perundang-undangan (malpraktik). Di Indonesia terdapat ketentuan *informed consent* yang diatur antara lain pada Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 1981 dan Surat Keputusan PB IDI Nomor 319/PB/A4/88. Pernyataan IDI tentang *informed Consent* tersebut adalah:

- *Pertama*, manusia dewasa sehat jasmani dan rohani berhak sepenuhnya menentukan apa yang hendak dilaksanakan terhadap tubuhnya. Dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien, walaupun untuk kepentingan pasien sendiri.
- *Kedua*, semua tindakan medis (diagnostik, terapeutik maupun paliatif) memerlukan *informed consent* secara lisan maupun tertulis.
- *Ketiga*, setiap tindakan medis yang mempunyai resiko cukup besar, mengharuskan adanya suatu persetujuan yang ditandatangani oleh pasien, setelah sebelumnya pasien memperoleh informasi yang akurat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risikonya.
- *Keempat*, untuk tindakan yang tidak termasuk dalam butir tiga, hanya dibutuhkan persetujuan lisan atau sikap diam.
- *Kelima*, informasi tentang tindakan medis harus diberikan kepada pasien, baik diminta atau tidak oleh pasien. Menahan informasi tidak boleh, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien. Dalam hal ini dokter dapat memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien. Dalam memberi informasi kepada keluarga terdekat dengan pasien ini, kehadiran seorang perawat /para medik lain sebagai saksi adalah penting.
- *Keenam*, isi informasi mencakup keuntungan dan kerugian tindakan medis yang direncanakan, baik diagnostik, terapeutik,

maupun paliatif. Informasi biasanya diberikan secara lisan, tetapi dapat pula secara tertulis (berkaitan dengan *informed consent*).⁵

Peran dokter dalam menangani pasien, dibanding dengan zaman dahulu, sekarang sudah banyak berubah. Zaman dahulu dokter dianggap sebagai seorang yang sangat terhormat, tetapi sekarang juga masih terhormat tetapi perannya berubah. Misalnya otoritasnya terhadap tubuh pasien, apabila dari hasil analisisnya mereka menemukan bahwa mereka perlu melakukan operasi, maka mereka berhak melakukan operasi tersebut tanpa persetujuan pasien. Dengan perkembangan zaman sekarang ini dan hak asasi manusia yang semakin diakui, peranan dokter bergeser menjadi penasihat atau konsultan. Manusia yang semakin diakui hak asasinya, diyakini bahwa mempunyai hak penuh terhadap tubuh masing-masing, sehingga segala tindakan yang menyangkut tubuh seseorang harus memperoleh izin dari orang tersebut. Dalam arti pasien berhak memutuskan apa yang perlu dilakukan terhadap tubuhnya. Hal ini berdampak kepada kode etik kedokteran, di mana apabila dokter akan melakukan tindakan operasi dan sebagainya, maka dokter diharuskan untuk meminta izin tertulis kepada pasien. Jika pasien dianggap tidak atau sedang dalam kondisi tidak normal, maka pihak keluarganya yang berhak memutuskan.

Pada sisi lain, seorang profesi dokter dalam menjalankan tugasnya sehari-hari harus bekerja sama dengan perawat, karena sebagai mitra kerja. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan, yang diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standart asuhan keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (Hartianah, Z, 1997), dalam menjalankan asuhan keperawatan, perawat selalu mengadakan hubungan dengan pasien (Robert Prihardjo, 1999). Di sisi lain peningkatan hubungan antara

⁵ Dikutip dari Dr. Teddy Hidayat, Sp.K, dalam Biro Konsultasi Hukum Kedokteran, 2010.

perawat dengan pasien dapat dilakukan melalui penerapan proses keperawatan (Nursalam, 2001).

Dasar hubungan perawat, dokter, dan pasien merupakan *mutual humanity* dan pada hakekatnya hubungan yang saling ketergantungan dalam mewujudkan harapan pasien terhadap keputusan tindakan asuhan keperawatan. Untuk memulai memahami hubungan secara manusiawi pada pasien, perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan harus memahami bahwa penyebab bertambahnya kebutuhan manusiawi secara universal menimbulkan kebutuhan baru, dan membuat seseorang (pasien) yang rentan untuk menyalahgunakan.

Hubungan dokter dengan perawat adalah sebagai mitra kerja dalam tugas sehari-hari di rumah sakit, namun pada sisi lain ada yang mengatakan bahwa perawat sebagai pembantu dokter. Keberadaan dokter di rumah sakit dapat dikatakan sebagai tulang punggung rumah sakit, karena yang berperan sentral dalam menangani masalah-masalah penyakit, sedangkan perawat membantu secara teknis dalam penanganan medis. Hal ini sesuai dengan Perda Nomor 9 tahun 2009 tentang pelayanan medis bahwa tugas perawat membantu Dokter dalam menangani pengobatan pasien sesuai tugas pokok dan fungsi (tupoksi). Namun demikian dalam menangani kasus penyakit, dokter tanpa perawat juga akan kalang kabut, karena apabila terjadi penanganan kasus penyakit yang pertama kali menangani pertolongan adalah perawat, seperti contoh ketika pasien masuk ke ruang UGD (Unit Gawat Darurat). Jadi hubungan keduanya saling mengisi dan membutuhkan, meskipun pada satu sisi perawat masih mempunyai perasaan klas di bawah dokter.

Dengan demikian, bagaimanapun hakekat hubungan tersebut bersifat dinamis, di mana pada waktu tertentu hubungan tersebut dapat memperlihatkan karakteristik dari salah satu atau semua pada jenis hubungan, dan perawat harus mengetahui bahwa pasien yang berbeda akan memperlihatkan reaksi-reaksi yang berbeda terhadap ancaman suatu penyakit yang telah dialami, dan dapat mengancam humanitas pasien. Oleh sebab itu, sebagai perawat profesional, harus dapat

mengidentifikasi komponen-komponen yang berpengaruh terhadap seseorang dalam membuat keputusan etik. Faktor-faktor tersebut adalah: faktor agama, faktor sosial, faktor pendidikan, faktor ekonomi, faktor pekerjaan, faktor posisi pasien termasuk perawat, dokter dan hak-hak pasien, yang dapat mengakibatkan pasien perlu mendapat bantuan perawat dan dokter dalam ruang lingkup pelayanan kesehatan, di samping harus menentukan bagaimana kegiatan tersebut dapat mengganggu humanitas pasien sehubungan dengan integritas pasien sebagai manusia yang holistik.

Pada sisi lain, pandangan kelompok pekerja kesehatan tentang hubungan dokter dan perawat adalah cukup bervariasi. Hubungan para dokter ataupun dokter gigi dan perawat di Rumah Sakit tidak ada masalah dan terjalin kemitraan dengan baik. Masing-masing pihak sudah mempunyai tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan, dokter bertanggung jawab terhadap medis sedangkan perawat dengan tugas sisi keperawatannya. Apabila terjadi masalah, ada forum komunikasi dokter dan perawat yang bisa diselesaikan lewat koordinasi yang sering diadakan tiap tiga bulan sekali antara Rumah Sakit dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dalam koordinasi ini berbagai masalah dibahas, termasuk hak dan kewenangan dokter dan perawat. Pandangan dokter tentang hubungan dokter dan perawat biasanya tergantung dari sisi mana melihatnya, meskipun Tupoksinya berbeda. Berdasarkan pengalaman dokter, terdapat perawat yang jika diperintahkan atau diberi tugas tidak segera mengikuti petunjuk yang diberikan oleh dokter, bahkan sering tersinggung dan terkesan bagi dokterlah yang harus mengikutinya. Kondisi ini disebabkan biasanya terjadi kalau dokter yang memerintahkan masih berstatus junior dengan menugaskan perawat yang sudah senior. Namun apabila yang memberi tugas itu dokternya berstatus senior kepada semua perawatpun tak menjadi masalah.

Pandangan perawat tentang hubungan dokter dengan perawat, umumnya perawat merasakan keluhan karena biasanya ketika dokter melakukan pelayanan pengobatan atau memeriksa pasien waktunya relatif singkat tetapi memperoleh gaji yang besar. Sementara tugas

perawat memerlukan waktu yang lama, tetapi gajinya lebih kecil. Banyak tugas yang seharusnya menjadi tugas dokter tetapi dikerjakan oleh perawat, seperti tugas Injeksi, pengambilan kotoran untuk sampel pemeriksaan di laboratorium seharusnya tugas dokter tetapi dilaksanakan oleh perawat. Demikian pula Dokter yang menentukan obat untuk pasien, tetapi yang terus-menerus melihat perkembangan keberhasilan pemakaian obat adalah perawat. Kondisi inilah yang menimbulkan kesenjangan antara dokter dan perawat, seolah-olah perawat itu dianaktirikan karena *job discription* atau uraian tugas itu langsung dibuat oleh dokter yang sesuai dengan peraturan. Karena itu dominasi peran dokter di Rumah Sakit atau tempat kerja masih tinggi. Meskipun ada keluhan, hubungan antara dokter dan perawat tidak pernah terjadi konflik atau masalah yang serius. Dokter dan perawat menjadi mitra yang baik, persoalannya memang ada kesenjangan ilmu antara Dokter dan perawat, kesenjangan gaji/honor antara dokter dan perawat. Namun semuanya itu antara dokter dan perawat sama-sama sebagai Pegawai Negeri Sipil semuanya telah diatur dalam peraturan perundang-undangan yang harus diataati.

Selain itu, pandangan kelompok pekerja kesehatan tentang hubungan dokter dengan Rumah Sakit cukup bervariasi tetapi berjalan dengan baik. Ada yang berpendapat bahwa hubungan dokter dengan Rumah Sakit sudah berjalan dengan baik, karena dokter-dokter dan tenaga medis lainnya sudah terikat dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh pengelola Rumah Sakit. Namun ada pula yang berpendapat masalah hubungan antara dokter-dokter dengan pihak pengelola Rumah Sakit kadangkala tidak sejalan, karena ada dokter-dokter yang diperlakukan tidak baik atau dianaktirikan. Pihak Rumah Sakit menganggap dokter tersebut tidak melaksanakan tugas pekerjaan sebagaimana yang telah ditetapkan. Upaya yang dilakukan adalah melalui forum komunikasi atau forum pertemuan di tempat kerja serta membangun budaya kerja yang lebih mengutamakan tugas dari kegiatan lainnya. Forum ini selalu dilaksanakan untuk membangun hubungan sinergi antara para dokter dan pihak manajemen Rumah

Sakit, mengingat peran dokter adalah tulang punggung dalam menangani pengobatan para pasien di Rumah Sakit.

Aspek penting lainnya, bahwa profesi dokter dalam menjalankan tugas tidak terlepas dengan pengadaan obat-obatan, dan obat-obatan itu didatangkan dari perusahaan farmasi. Menjalinkan hubungan dengan pihak perusahaan farmasi, biasanya komunikasinya melalui para *detailer-detailer*. *Detailer*/Medref adalah merupakan perpanjangan tangan dari perusahaan farmasi dengan latar belakang yang bervariasi, ada Tamatan SMA, Sarjana Ekonomi, Sarjana Hukum, Sarjana Biologi, Sarjana Teknik, Sarjana Informatika dan lainnya jadi tidak selalu berlatar belakang Kefarmasian. Oleh perusahaan farmasi, *detailer* itu dilatih (training) tentang produk-produk obat dari perusahaan farmasi sehingga *detailer* diharapkan mampu berkomunikasi, menyampaikan produk-produk obat yang dikeluarkan oleh suatu perusahaan farmasi kepada dokter. Dengan kata lain lebih banyak bersifat promosi dan memasarkan.

Untuk diketahui, bahwa kuliah di kedokteran⁶ sudah diberikan kuliah tentang farmakodinamik, farmakonetik, toksisitas dan lainnya secara lengkap dari suatu alat (bahan kimia yang mempunyai efek terapintik). Kalau ada perkembangan obat baru, dokter selalu mendapat informasi dari pertemuan ilmiah atau Jurnal Ilmiah Kedokteran. Jadi dokter memberikan terapi berdasarkan *Evidence Based Medicine* (kedokteran berbasis bukti) sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran, jadi bukan berdasarkan edukasi dari *detailer*. *Detailer* hanya diperlukan untuk mengetahui produk-produk baru yang dikeluarkan oleh perusahaan farmasi tertentu.

⁶ Wawancara dengan seorang dokter muda di rumah sakit, di Surabaya. Bahwa para *detailer* selalu berkomunikasi dengan dokter dalam konsultasi dan menawarkan obatnya, apabila belum ketemu selalu mengejar terus, sampai *detailer* itu berhasil mendapatkan paraf yang menandakan bahwa *detailer* itu sudah bertemu dokter untuk disampaikan ke perusahaannya.

Kaitan hubungan antara dokter dengan para *detailer*, sudah menjadi rahasia umum bahwa hubungan antara kalangan kedokteran dengan perusahaan farmasi sudah bagaikan antara Perangko dengan Amplop.⁷ Keduanya saling membutuhkan. Dokter pasti selalu bersentuhan dengan obat-obatan, sedangkan perusahaan farmasi berkepentingan berusaha memasukkan sebanyak mungkin produknya. Kondisi semacam ini sudah tidak heran, kemudian terjadi keakraban antara dokter dan perusahaan farmasi yang diwakili para *detailer* (sales obat) itu. Sebab, kedua pihak mempunyai kepentingan yang hampir sama yaitu mendapatkan keuntungan yang besar dari penjualan (peresepan) obat ke pasien. Perusahaan farmasi sangat berharap dokter-dokter “rekanannya” bersedia membeli dan atau meresepkan obat-obat produknya. Sementara para dokter berharap mendapatkan potongan harga yang besar, komisi, atau hadiah (*reward*) dari bantuannya menjualkan/meresepkan obat-obatan keluaran perusahaan farmasi itu.

Bagi kalangan awam, keberadaan para *detailer* yang mangkal di rumah sakit atau klinik praktik dokter, memang seperti pemandangan yang biasa. Masyarakatpun tak pernah mengkritisi atau bahkan protes tentang hubungan yang harmonis antara dokter dan *detailer*. Pada hal bisa jadi dari hubungan itu, yang mendapat kerugian dan menjadi korban adalah pasien, karena dengan dinaikannya harga obat otomatis berpengaruh harga obat yang dibutuhkan pasien menjadi naik.

Dari proses hubungan antara dokter dengan *detailer*. Ada contoh kasus: suatu sore Jawa Pos mengunjungi tempat praktik dokter A di kawasan Surabaya Timur. Saat itu, 5 *detailer* dengan sabar menunggu dokter “rekanan”nya yang sedang memeriksa para pasien. Dari 5 sales obat itu ada yang membawa keranjang berisi buah-buahan, dan ada juga yang membawa kardus bersi DVD player. *Detailer* yang membawa DVD itu mengaku bernama Doni, dia mengatakan bahwa bingkisan itu akan diserahkan kepada dokter A, karena bingkisan tersebut merupakan *reward* perusahaan untuk dokter A sebagai

⁷ Lihat Jawa Pos, Surabaya, 13 April 2011.

imbalan atas kerja sama dokter A selama ini. Bagi masyarakat akan bertanya-tanya, tetapi *detailer* tetap berterus terang bahwa DVD player itu dimaksudkan untuk membina hubungan baik dengan dokter A. Karena dokter A telah meresepkan obat produk perusahaan farmasi tempat kerja *detailer* tersebut dengan jumlah yang besar.

Itulah salah satu pola hubungan yang dilakukan *detailer* untuk melanggengkan hubungan bisnis dengan para dokter rekanannya. Bahkan bila perlu, si *detailer* memenuhi keinginan atau kebutuhan si dokter. Tidak hanya trik itu saja yang dipakai untuk pendekatan kepada dokter. Masih banyak cara lain yang dilakukan *detailer* agar obatnya diresepkan dokter “rekanan”nya. Misalnya, iming-iming diskon atau bonus bila membeli obat tertentu dalam jumlah yang besar. Hal ini biasanya dilakukan oleh dokter yang langsung memberikan ke pasien. Atau dokter yang secara langsung meminta pasien untuk membeli obat di apotik tertentu.

Menurut anggota masyarakat⁸ indikasi-indikasi pola hubungan tersebut menunjukkan adanya kolusi antara dokter dan perusahaan farmasi. *Detailer* akan lebih mudah menghitung jumlah obat produksinya yang diresepkan dokter, bila hubungan itu berjalan dengan lancar. Dengan begitu bonus atau diskon yang diterima dokter juga makin besar. Kerja sama semacam itu menurut seorang dokter ada yang mengatakan tidak mau dikatakan sebagai kolusi, tetapi beranggapan bahwa hubungan tersebut adalah bentuk kerja sama “*Symbiosis mutualisme*” karena dokter sudah melariskan obatnya, dan tidak pernah minta secara berlebihan, apalagi sampai minta dibelikan barang-barang mewah, jadi masih bisa dikatakan wajar.

Sehubungan dengan hal tersebut, Prof. dr. HM. Sajid Darmodipuro Sp.BS, ketua KMEK (Komite Majelis Etik Kedokteran) Surabaya, mengakui bahwa kerja sama antara *detailer* dan dokter kerap kali terjadi. Bahkan, menurut Sajid, banyak juga PBF-PBF (Pedagang Besar Farmasi) yang memberi hadiah-hadiah ke dokter. Tidak hanya

⁸ Wawancara dengan salah satu Pasien di salah satu Rumah Sakit, di Surabaya.

itu, berbagai fasilitas juga didapat oleh dokter. Misalnya, bepergian atau berkunjung ke Eropa, mengikuti seminar ilmiah internasional, maupun memperoleh keuntungan materi. Sepanjang hal itu tidak mempengaruhi independensi profesinya sebagai dokter, tidak masalah.

Tindakan semacam itu ada yang berpendapat melanggar kode etik, tetapi menurut Sajid tidak, karena dalam kode etik kedokteran Pasal 3 yang berbunyi “Dalam melakukan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi”. Dalam kode etik kedokteran, bila ternyata pemberian itu mempengaruhi profesinya, hal itu melanggar. Sanksi etik ialah “moral”⁹. Karena moral itu tidak dapat diukur, maka dikendalikan lagi ke nuraninya sebagai seorang dokter.

Menurut Sajid, dalam Undang Undang praktik kedokteran Nomor 29 Tahun 2004, Pasal 73, ada dua hal sanksi yang bisa mengenai dokter:

- *Pertama*, sanksi disiplin bila menyangkut ketidakpuasan pasien atas pelayanan yang diberikan dokter. Yang menangani persoalan itu ialah MKDI (Majelis Kehormatan Disiplin Indonesia). Sanksi yang diberikan oleh MKDI merupakan sanksi pendidikan. Bila MKDI menerima pengaduan pasien terkait masalah pelayanan dokter yang tidak memuaskan. MKDI bisa memberi peringatan hingga mencabut Surat Izin Praktiknya. Kemudian dokter itu diwajibkan mengikuti program pendidikan kembali.
- *Kedua*, Sanksi etik diberikan ketika terjadi pelanggaran etik. Misalnya, kerja sama antara PBF dan dokter yang mempengaruhi independensi dokter tersebut. Yang menangani persoalan ini ialah KEMK (Komite Etik Majelis Kedokteran). Bentuk sanksi yang diberikan mulai dari peringatan lisan hingga tertulis.

⁹Moral, memang susah pengukurannya karena berhubungan dengan nurani, jadi masih bersifat subyektif. Apabila terjadi pelanggaran kode etik bagi seorang dokter, mengalami kesulitan untuk mengukurnya karena hanya berhubungan dengan perilaku.

Karena itu sebagai profesi, dokter harus membekali lima azas etika. Lima azas itu, ialah: pertama, "*benefence*" yaitu apa yang dilakukan dokter harus memberikan keuntungan. Kedua, azas non *maleficiense*, yaitu perbuatan yang tidak merugikan orang lain. Ketiga, azas *Otonomi*, yaitu memperlakukan pasien sebagai subyek bukan obyek. Termasuk kemandirian yang harus dimiliki dokter. Keempat, *azas kejujuran*, yaitu yang harus dimiliki dokter terhadap pasien maupun masyarakat. Kelima, *azas confidencely*, di mana dokter tidak boleh menyiarkan stigma pasien seperti kecacatan atau penyakit yang diderita oleh pasien.

Selain itu, hubungan rumah sakit dengan perusahaan farmasi, dalam pengadaan obat-obat di rumah sakit ditangani secara kelembagaan terutama dalam jumlah yang sangat besar. Namun demikian peran dokter masih dominan, karena jenis-jenis obat yang diperlukan oleh rumah sakit harus wajib rekomendasi dari para dokter yang berkompeten. Khusus untuk rumah sakit milik Pemerintah daerah (BUMN), anggaran untuk pengadaan obat adalah dari APBD yang secara formal sistem kerjasamanya melalui proses lelang. Kondisi ini seperti yang terjadi di rumah sakit umum daerah (RSUD) Soewandi di Surabaya, bahwa dalam perencanaan pengadaan obat melalui perencanaan SMF (Satuan Medis Fungsional), dari masing-masing SMF ini memberikan rekomendasi sesuai dengan obat yang relevant sesuai bidang penyakitnya masing-masing.

Pada sisi lain, pandangan dokter tentang hubungan industri farmasi dengan dokter dan Rumah Sakit itu masih tetap terjadi. Di beberapa Rumah Sakit dalam menentukan obat, dokter masih terlibat. Tetapi keterlibatannya di mana, atau dokter terlibat langsung atau tidak langsung atau dalam bentuk tim yang tidak langsung. Yang secara langsung, apakah mereka ikut menentukan obat secara langsung dan bagaimana mekenisme sesungguhnya yang terjadi belum begitu jelas transaksinya. Karena dalam menentukan obat meskipun dari ahli farmasi menentukan obat seperti yang ditentukan dengan jenis penyakitnya, namun yang dipakai tetap petunjuk/resep dari dokter.

Untuk mengembangkan rumah sakit ini untuk tujuan sosial telah melakukan kerja sama dengan mitra kerja antara lain dengan PT Askes (Asuransi Kesehatan), dan organisasi-organisasi tenaga medis seperti IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia), PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). Hal ini dilakukan untuk menjalin hubungan kepedulian sosial dalam berpartisipasi membangun kesehatan masyarakat. Kegiatan tersebut, antara lain adanya kegiatan bersama bhakti sosial yang dibantu pula oleh berbagai sponsor. Bhakti sosial ini, misalnya memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat yang kurang mampu penghasilannya, penanggulangan penyakit HIV dan penyakit lainnya. Pembauran antara rumah sakit dengan masyarakat yang kurang mampu tetap dilaksanakan, yaitu dengan menugaskan para dokter-dokter yang secara sukarela untuk melakukan pengobatan gratis, yang biasanya kerja sama dengan organisasi-organisasi tenaga medis seperti IDI maupun PDGI dan PPNI.

1. Pemahaman dan Realitas Kewarganegaraan

Pemahaman tentang kewarganegaraan yang dimiliki oleh kelompok pekerja kesehatan tidak hanya penting untuk keberhasilan kelompok pekerja dalam merealisasikan hak-hak kultural anggota, tetapi juga bagi pengembangan kesadaran dan budaya sipil yang akan mewarnai sikap dan perilaku masyarakat di perkotaan. Sebagaimana telah dikemukakan dalam kerangka konsepsi, terdapat delapan unsur modal sosial yang dapat dianggap sebagai proxy sejauh mana pemahaman dan aktivitas kewarganegaraan yang dapat dijadikan indikator tingkat keterikatan pada lingkup internal maupun internal suatu komunitas, yaitu (1) Adanya sikap kebersamaan dan keterikatan sebagai anggota suatu komunitas, (2) Jaringan hubungan intra komunitas (*bonding social capital*) dan antara komunitas (*bridging social capital*) yang dimiliki, (3) Rasa aman dan saling percaya (*reciprocal trust*), (4) Keinginan untuk saling membantu, baik dalam komunitas sendiri maupun dalam kelompok yang lebih luas, (5) Kepedulian dan partisipasi dalam urusan yang menyangkut komunitas sendiri, (6) Sejah mana adanya nilai-nilai yang dianggap penting

sebagai pegangan hidup, (7) Kemampuan untuk menghargai perbedaan pendapat, dan (8) Sejauh mana adanya solidaritas sebagai sesama warga negara¹⁰.

Dalam dunia nyata kewarganegaraan memiliki dinamika yang berbeda dengan aturan normatifnya. Dinamika kewarganegaraan kelompok-kelompok pekerja kesehatan seperti dokter, perawat di Kota Surabaya ini tampaknya cukup mendukung kehidupan bermasyarakat maupun bernegara. Profesi dokter sebagai warga negara kurang berpengaruh dalam mempengaruhi terhadap kebijakan pemerintahan kota, namun secara tidak langsung ikut menyumbangkan pemikiran melalui kegiatan-kegiatan lainnya yang ada ikatannya dengan latar belakang bidang pekerjaannya.

Dokter sebagai warga negara mempunyai rasa memiliki bahwa kota sebagai tempat tinggal adalah melalui proses yang dipengaruhi oleh pendidikan, pekerjaan dan keberhasilannya serta jaringan sosialnya. Di Kota Surabaya, terdapat organisasi profesi seperti IDI yang anggotanya dari para dokter, dan organisasi perawat PPNI, dan lainnya yang berdasarkan pekerjaan. Para dokter yang cenderung bekerja di Rumah Sakit atau pemerintahan atau birokrasi seperti di Dinas Kesehatan, cenderung bekerja sesuai dengan keahliannya yaitu menangani di bidang kesehatan. Menurut pengakuan dari informan¹¹ sebagai dokter profesional, proses untuk menjadi berhasil adalah melalui proses panjang yang dimulai dari bawah dan semuanya mempunyai tujuan. Setidaknya terdapat dua macam kekuatan terus-menerus yang dapat mempengaruhi keutuhan profesi di bidang pekerjaannya. Pertama, harus bekerja keras dan mau belajar secara terus-menerus dan aktif mengikuti organisasi profesi antara lain IDI

¹⁰ Lihat dalam (Fukuyama, 1995; Putnam, 1993; Coleman, 1988; Woolcock, 1998; Uphoff, 2000; Syahra, 2007, Zainuddin, 2003;)

¹¹ Wawancara dengan seorang Dokter spesialis, di Rumah Sakit Kota Surabaya, beliau menuturkan pengalaman hidupnya tentang perjalanan kariernya sebagai dokter dan pengalaman-pengalaman aktivitas-aktivitas sosial yang dijalannya.

dan organisasi lainnya yang berkaitan dengan spesialisasinya. Dan kedua, sebagai warga negara harus menyesuaikan diri dengan tempat tinggal yang sesuai latar belakang budaya tuan rumah. Tinggal di perkotaan ini harus bisa mengendalikan hubungan-hubungan dinamis antara kebertahanan dan perubahan yang mempengaruhi bagaimana mereka beradaptasi.

Setelah berhasil tetap membina hubungan baik dengan pemerintah atau tempat bekerja maupun organisasi-organisasi profesi yang diikutinya khususnya di Kota Surabaya. Sebagai dokter, dia bisa berperan banyak dan menyumbangkan pemikiran-pemikiran melalui organisasi itu dan selanjutnya bisa dijadikan bahan kebijakan pemerintah khususnya pembangunan di bidang kesehatan. Demikian pula sebagai warga masyarakat yang baik karena eksistensinya di dalam masyarakat diakui, dan aktif di berbagai kegiatan sosial yang terdapat di Kota Surabaya.

Surabaya sebagai kota terbesar kedua di Indonesia merupakan kota yang penduduknya berlatar belakang etnik yang berbeda-beda dan mempunyai hak yang sama sebagai warga negara Indonesia. Membuat Surabaya maju dengan fasilitas yang memadahi untuk kepentingan umum merupakan keinginan kelompok-kelompok masyarakat sebagai warga negara. Oleh karena itu, bagi anggota masyarakat sebagai pendatang harus bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan dan bekerja sebaik-baiknya dalam mencari nafkah sesuai dengan ajaran-ajaran agama. Keberhasilan dalam hidup harus bisa menjalin hubungan antar sesama manusia, demikian pula hubungan dengan pemerintahan di mana mereka bertempat tinggal.

Kebudayaan kelompok pekerja di bidang kesehatan seperti IDI, PPNI di perkotaan ini secara tidak langsung telah membawa pengaruh terhadap pembangunan kesehatan dan kehidupan sosial maupun perkembangan masyarakat di daerah perkotaan. Kelompok ini berarti telah ikut andil dalam pelaksanaan pembangunan perkotaan sekaligus dapat menciptakan dalam proses integrasi sosial. Pada umumnya pandangan masyarakat terhadap pembangunan di wilayah yang

diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah ini dianggap penting, karena disadari bahwa pembangunan di daerah perkotaan untuk kepentingan bersama. Kelompok pekerja kesehatan ini tumbuh karena tuntutan profesi, sehingga ada kecenderungan memajukan pembangunan sesuai dengan bidangnya di wilayah tempat tinggalnya. Sikap-sikap kelompok ini juga mempunyai sikap yang positif untuk mendukung pembangunan di perkotaan, misalnya keikutsertaan kegiatan sosial di lingkungannya mempunyai tingkat kepedulian yang tinggi. Misalnya, dalam rangka memperingati Hari Ulang Tahun Kemerdekaan RI tidak lupa mereka ikut serta merayakannya dengan menyumbangkan bantuan baik berupa dana maupun tenaga secara sukarela yang terkait dengan profesinya, misalnya dalam pemberantasan penyakit menular, kegiatan donor darah, penyuluhan berbagai macam tindakan preventif terhadap penyakit yang diderita anggota masyarakat dan kegiatan sejenis lainnya.

Di sini ada kesamaan tujuan dan aktivitas-aktivitas yang dilakukan oleh kelompok pekerja dengan kelompok lainnya yaitu pencapaian *the common good* dalam kehidupan sosial mereka. Cita-cita ini menjadi perekat berbagai komunitas di Kota Surabaya. Sikap kebersamaan kelompok terbangun dengan adanya keinginan bersama merealisasikan apa yang mereka anggap baik untuk kepentingan bersama. Berbagai partisipasi kelompok pekerja dalam berbagai sektor muncul dengan masyarakat sipil karena adanya jaminan bahwa proses pencapaian itu merupakan hal yang diterima oleh masyarakat dan pemerintahannya. Jaminan itu tidak hanya dalam bentuk perundang-undangan formal tetapi juga dalam pranata sosial seperti nilai dan etika yang tidak hanya menjadi basis sikap dan tindakan masyarakat tetapi juga menjadi pendorongnya.

Jaringan sosial merupakan hal yang krusial untuk keterlibatan aktif dalam kehidupan sosial. Partisipasi kelompok pekerja seperti IDI juga terlihat dari masa ke masa terutama mereka yang terkenal dengan karakter profesinya telah ikut mengembangkan Kota Surabaya dengan melakukan aktivitas dalam gerakan-gerakan bhakti sosial masyarakat di bidang kesehatan, seperti pengobatan gratis, kesehatan

lingkungan dan lainnya. Sebagai warga negara, kelompok pekerja ini anggotanya kebanyakan mempunyai sikap toleransi yang tinggi baik sesama anggota kelompok maupun terhadap kelompok di luar profesinya. Biasanya bersama-sama dengan komunitas lainnya ikut aktif dalam partisipasi pembangunan di sekitarnya, misalnya pembangunan gorong-gorong, jalan-jalan dan fasilitas-fasilitas sosial lainnya yang berkaitan dengan aspek kesehatan.

Sementara itu, kaitannya dengan eksklusi sosial diakui bahwa secara legal formal, eksklusi sosial tidak ada. Semua kelompok pekerja kesehatan yang berada di Kota Surabaya dapat dikatakan memiliki hak dan kewajiban yang sama karena mereka sama-sama sebagai warga Kota Surabaya. Jadi prinsip *free and equal* setiap kelompok pekerja di bidang kesehatan sudah menjadi kesadaran formal para legislator dan eksekutif. Oleh karena itu, tidak adanya diskriminasi secara teoritis dan tidak mendapatkan tempat lagi baik dalam berekspresi maupun dalam berhubungan dengan pelayanan birokrasi.

Namun demikian secara praktis, prinsip bebas dan sederajat ini belum sepenuhnya dialami oleh semua kelompok pekerja, terutama yang berkaitan di jajaran birokrasi. Bagi Perawat misalnya, mereka yang berasal dari latar belakang pendidikan perawat akan sulit mendapatkan jabatan yang strategis di unit kerjanya dan mereka ada kecenderungan hanya sebagai staf atau jabatan di level menengah ke bawah meskipun sudah lama masa kerjanya. Mayoritas jabatan-jabatan strategis di Rumah Sakit atau dinas-dinas terkait lainnya di bidang kesehatan didominasi oleh kelompok pekerja dari para dokter yang terdapat di Kota Surabaya, misalnya kepala Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas dan jabatan sejenis lainnya.

Dalam bidang pendidikan bagi kelompok pekerja kesehatan diakuinya tidak ada eksklusi sosial. Para dokter dapat belajar di sekolah-sekolah manapun baik negeri maupun luar negeri dalam mengembangkan kariernya, namun kecenderungan yang dipilih oleh dokter ini pendidikan spesialis. Selanjutnya untuk Perawat biasanya melanjutkan sekolahnya ke jenjang S-1 atau S-2 universitas-universitas

negeri seperti UNAIR atau Akademi/sekolah tinggi keperawatan. Tetapi menurut informan¹², biasanya ada kesenjangan di bidang pendidikan antara perawat dan dokter dalam melanjutkan pendidikannya. Bagi perawat lebih lambat dan mengalami kesulitan dibandingkan dengan dokter, ketika mengusulkan untuk melanjutkan pendidikan terkesan dipersulit. Begitu juga dengan fasilitas-fasilitas yang diperoleh, namun menyadari meskipun peran perawat sebagai mitra kerja para dokter tetapi secara kenyataan perannya adalah sebagai peran membantu tugas seorang dokter.

Menurut pengakuan dari informan, bahwa kesenjangan hubungan antara sesama dokter karena faktor senioritas, demikian pula antara dokter dengan perawat. Faktor senioritas ini bisa dikatakan sebagai hal yang dominan. Misalnya dalam tugas sehari-hari, meskipun dokter bisa memerintahkan kepada perawat, tetapi kalau dokternya masih status junior dan perawatnya berstatus senior, biasanya perawat ada kecenderungan sulit untuk diperintah. Untuk mengatasi hal ini, dokter memperlakukan khusus terhadap perawat seolah-olah berperan setara dengan mereka. Demikian pula hubungan antara dokter senior dengan junior, dokter senior tetap melakukan pembinaan terhadap dokter junior. Kesenjangan ini biasanya segera diatasi dengan mengacu peraturan-peraturan yang berlaku sesuai dengan Perda tentang tugas pokok dan fungsi masing-masing sesuai dengan status dan jabatannya berikut *job description* nya.

4.4 Faktor Pendorong dan Penghambat Realisasi Kewarganegaraan

Dari wawancara yang dilakukan dengan nara sumber baik dari Dinas-dinas Pemerintah daerah dan kelompok pekerja kesehatan serta nara sumber lainnya dapat dikatakan bahwa kesadaran masyarakat

¹² Wawancara dengan tokoh/pengurus PPNI Kota Surabaya. Saat ini sedang mengusulkan dan mematangkan draft Undang Undang Keperawatan, untuk meningkatkan perannya dalam pelaksanaan sebagai tenaga medis dan juga peningkatan kesejahteraan.

pekerja sebagai warga negara tidak terlepas dari pengetahuan mereka yang berdasarkan pendidikan, pekerjaan, dan jaringan sosial dalam kehidupan bermasyarakat yang mereka alami. Beberapa faktor pendorong dan penghambat dalam kehidupan masyarakat terhadap kesamaan derajat sebagai warga negara sebagai pekerja yang tinggal di wilayah perkotaan, adalah sebagai berikut:

Adanya suatu atau beberapa masalah mendesak yang menyangkut kepentingan bersama dan pemecahannya memerlukan kerja sama antar berbagai pihak. Dalam kehidupan bermasyarakat maupun dalam menjalankan pekerjaan perlu adanya sikap saling menghargai, saling bekerja sama, saling isi-mengisi dalam kehidupan, misalnya yang dilakukan oleh kelompok pekerja kesehatan seperti dokter di Surabaya ini tujuan utama bekerja adalah untuk mencari nafkah dan mengembangkan karier tetapi tidak boleh melanggar ajaran-ajaran agama, etika, maka perlu membangun komunikasi yang baik dengan mitra kerja dalam kehidupan sosial dengan menyesuaikan aturan-aturan yang berlaku di dalam lembaga kerjanya.

Selain itu, komunikasi yang intensif dan penyampaian semua informasi yang diperlukan secara transparan kepada semua pihak yang memerlukan, hal ini dilakukan dalam rangka membangun kesadaran sebagai warga negara kota yang tidak boleh membedakan antar golongan baik berdasarkan pekerjaan, agama maupun status sosial. Pertemuan dan dialog yang dilakukan secara intensif yang melibatkan para pejabat dan dinas terkait di bidang pembangunan kesehatan yang menyangkut urusan pelayanan kepada masyarakat akan mempererat hubungan koordinasi dan sinkronisasi serta rasa kebersamaan. Misalnya, dalam menanggulangi pasien di rumah sakit perlu diadakan dialog yang dilakukan antara dokter dan perawat, meskipun sudah ada peraturan secara tertulis, sehingga bisa memberikan kontribusi optimal bagi pemecahan masalah bersama. Hal ini penting dilakukan karena urusan pasien adalah sensitip dalam pemberian pelayanan kesehatan kaitannya dengan kesadaran kewarganegaraan, apalagi bagi pasien yang berasal dari warga yang kurang mampu secara ekonomi.

Faktor keterbukaan dan kemauan untuk mendahulukan kepentingan bersama demi peningkatan pelayanan bagi masyarakat adalah sangat penting, mengingat bahwa kondisi masyarakat kota adalah masyarakat yang pluralistik. Pemerintah atau pihak rumah sakit harus berhati-hati untuk menyepakati yang berkaitan dengan pembiayaan secara proporsional berbagai kegiatan di bidang pelayanan kepada masyarakat khususnya pasien. Jangan sampai ada diskriminasi antar kelompok masyarakat sebagai pasien yang sama-sama sebagai warga negara, mereka harus dilakukan pelayanan yang sama agar mereka menganggap bahwa sebagai warga negara tidak dibedakan sehingga akan tumbuh perasaan bahwa sebagai warga negara sama-sama dihargai hak dan kewajibannya.

Adanya kesadaran bahwa pelayanan masyarakat tidak mungkin lagi menjadi beban dan tanggung jawab Pemerintah kota sepenuhnya. Oleh karena itu, pihak swasta dan kelompok-kelompok masyarakat terutama kelompok-kelompok pekerja seperti di bidang kesehatan di perkotaan perlu dilibatkan dalam berbagai kegiatan. Berdasarkan prinsip hubungan kerja sama yang saling menguntungkan dalam hal ini yang paling penting adalah komitmen besar yang ditunjukkan pemerintah kota untuk sebagai pelayan masyarakat atau mitra masyarakat dan membangun secara bersama-sama untuk kepentingan masyarakat yang lebih luas. Apabila kondisi ini bisa tercipta dengan baik akan melahirkan tingkat kesadaran yang semakin tinggi terhadap kesadaran kewarganegaraan di perkotaan.

Penyuluhan dan peningkatan kesadaran masyarakat bahwa mereka juga turut bertanggung jawab atas keberhasilan pelayanan merupakan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus. Pendekatan melalui dialog dengan warga komunitas di perkotaan dilakukan sejak awal dari perencanaan kegiatan sampai pada pelaksanaan sehingga kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dapat ditingkatkan. Dengan cara demikian juga dapat diciptakan rasa memiliki pada warga masyarakat terhadap kegiatan yang dilakukan di wilayahnya. Dengan melakukan pendekatan secara persuasif kepada masyarakat maka nilai swadaya atau kerja sama yang diberikan masyarakat juga semakin

tinggi. Dalam hal ini akan semakin terbukti bahwa komunikasi yang terbina baik antara pemerintah dengan kelompok-kelompok masyarakat merupakan salah satu faktor yang penting bagi keberhasilan pembangunan khususnya dalam pelayanan bidang pelayanan kepada masyarakat.

Mengingat masyarakat Kota Surabaya sebagai kota besar dan kota terbesar kedua di Indonesia kondisi masyarakatnya multi – etnik, antara lain: etnik Sunda, Jawa, Minangkabau, Cina, Batak, dan etnik lainnya, perlu diciptakan hubungan yang harmoni dan dapat menumbuhkan budaya gotong-royong, sehingga dapat meringankan beban kegiatan di bidang pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara keseluruhan. Dengan demikian, setiap ada permasalahan-permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan masyarakat dapat bersinergi dalam memecahkannya yang mana kelompok-kelompok masyarakat yang berkaitan dengan pekerjaan itu mempunyai hak dan derajat yang sama sebagai warga negara.

Budaya kelompok pekerja kesehatan sebagai warga negara dan menetap di Surabaya ini sudah menunjukkan sikap terbuka. Sikap ini ditunjukkan dalam partisipasi dan bekerja sama dengan kelompok masyarakat untuk turut berpartisipasi membangun daerah ini khususnya dalam bidang kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan adanya gerakan bergotong royong bersama komunitas masyarakat untuk memberantas penyakit seperti demam berdarah, malaria dan kebersihan lingkungan lainnya. Kondisi ini sesuai dengan visi Kota Surabaya yakni Surabaya Cerdas dan Peduli.

Fungsi dan peran pemerintah daerah juga merupakan salah satu faktor penentu yang penting dalam menentukan kebijakan program pelayanan terhadap masyarakat. Faktor pimpinan juga turut menentukan, seperti Walikota Surabaya yang berasal dari putera daerah atau etnik Jawa yang disegani masih tetap merupakan tokoh panutan baik secara formal maupun informal, namun tetap memerlukan dukungan dari berbagai elemen masyarakat. Hal ini mengingat bahwa Kota Surabaya warga masyarakatnya multi-etnik sehingga perlu adanya

komunikasi antara pemerintah daerah dengan kelompok-kelompok pekerja di kota ini terutama kelompok yang dominan. Peran kelompok pekerja di bidang kesehatan sangat tinggi seperti Dokter yang berperan sebagai warga kota telah ikut berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan untuk memajukan Kota Surabaya. Mereka telah turut berpartisipasi dalam gerakan pembangunan kesehatan membaaur dengan kelompok masyarakat, meskipun masih belum sempurna, terutama gerakan sosial memberantas penyakit, pengobatan gratis dan lainnya. Pola hubungan baik dengan sesama profesi maupun sesama anggota kelompok masyarakat tetap dilakukan, tetapi sebagai warga Kota Surabaya tetap menjalankan fungsi dan peran sebagai warga negara yang baik dan mengikuti kebijakan yang dijalankan oleh pemerintah Kota Surabaya.

4.5 Kesimpulan

Surabaya adalah merupakan kota yang pluralistik yang dihuni oleh berbagai kelompok etnik dengan latar belakang pekerjaan yang berbeda. Oleh karena itu, cukup menarik dijadikan lokasi penelitian dinamika kewarganegaraan. Surabaya merupakan salah satu kota regional terbesar kedua di Indonesia setelah Jakarta. Salah satu kelompok pekerja yang dominan di Kota Surabaya adalah kelompok pekerja di bidang kesehatan.

Dinamika kelompok pekerja di bidang kesehatan yang anggotanya dengan latar belakang berbeda status sosialnya, baik itu sebagai dokter maupun perawat dan tenaga kesehatan lainnya di perkotaan dalam mengartikulasikan kewarganegaraannya tetap berjalan secara damai dan tidak menemui masalah-masalah yang berarti. Terdapat persaingan kepentingan antar kelompok dalam kehidupan bermasyarakat baik secara politik dan ekonomi. Tetapi kompetisi ini dapat hidup berdampingan yang relatif tolerans, terbuka dan tetap saling menghargai dalam pergaulan sehari-hari.

Realisasi hak kewarganegaraan khususnya bagi kelompok pekerja kesehatan tampaknya memang difasilitasi secara organisatoris

dan sangat mendukung bagi perkembangan kehidupannya. Misalnya, dokter terikat dengan organisasi profesinya di IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan ada pula yang ikut organisasi dokter spesialis dan harus taat pada aturan-aturannya. Sedangkan tenaga perawat terikat dengan organisasi di PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), mereka juga harus taat pada peraturan yang digariskan dalam organisasi profesi. Hal inilah yang membuat arti penting adanya perkumpulan pekerja bagi komunitas masyarakat berdasarkan ikatan profesi. Upaya untuk mempromosikan identitas profesi melalui perkumpulan adalah sebagai sarana kegiatan sosial bagi anggota komunitas untuk melakukan aktivitas baik melakukan hubungan dengan komunitas lain maupun terhadap pemerintah. Ekspresi ini merupakan hal yang positif dari prinsip kewarganegaraan.

Fenomena dinamika kewarganegaraan di Kota Surabaya serta peran komunitas kelompok pekerja sebagai modal sosial struktural komunitas pekerja juga perlu mengembangkan *bridging social capital* untuk konektivitas dengan komunitas kelompok lain dalam memperjuangkan terbentuknya masyarakat dengan lingkungan yang baik serta kebebasan sipil dan politik. Peran komunitas kelompok pekerja dalam pembentukan multikulturalisme sangat diperlukan yaitu dengan membentuk adanya *social networking* dengan komunitas-komunitas lain untuk mengurangi budaya dominan, sehingga akan tercipta komunikasi yang lebih terbuka.

Daftar Pustaka

- Bruner Edward. M; 1978. "*The Expression Of Ethnicity in Indonesia*" dalam *Urban Ethnicity*, Abner Cohen, ed, London: Tuuistock.
- BPS Provinsi Jawa Timur, 2010. *Propinsi Jawa Timur Dalam Angka 2010*, Surabaya
- BPS Kota Surabaya, 2010. *Surabaya Dalam Angka 2010*, Surabaya: BPS.

- Coleman, James, 1988. "Social Capital in the Creation of Human Capital" *American Journal of Sociology*, Vol 94 (supplement), pp. S95-S120.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010; *Profil Kesehatan Tahun 2009*, Surabaya: Dinas Kesehatan.
- Dundin Zaenuddin, 2010. *Dinamika Kewarganegaraan Kelompok Sosial di Perkotaan*, Jakarta: PMB-LIPI.
- Fukuyama, Francis, 1995. "*Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*" New York: The Free Press.
- Hans, Dieter Evers, 1995. *Sosiologi Perkotaan, Urbanisasi dan Sengketa Tanah Di Indonesia dan Malaysia*, Jakarta: LP3ES.
- Koentjaraningrat, 1983. *Kebudayaan, Mentalitas dan Pembangunan*, Jakarta: PT Gramedia.
- Mulyana, Deddy, Prof, MA, Ph.D, 2010. *Komunikasi Lintas Budaya*, Bandung: PT Remaja Rosdakarya, Cetakan pertama.
- Pelly, Usman, 1994. *Urbanisasi dan Adaptasi*, Jakarta: LP3ES.
- Putnam, Robert, 1993. "*The Prosperous Community: Social Capital and Public Life*" *The American Prospect*, Vol 13. Pp. 35-42.
- Nasikoen, 1989. *Sistem Sosial Indonesia*, Jakarta: CV Rajawali.
- Parker, SR, Brown, RK, 1990. *Sosiologi Industri*, Jakarta: CV Rajawali.
- Tumanggor, Roesmin, 2009. *Pengembangan Penelitian Masalah Kesehatan Sosial*, Jurnal Puslitbang Kesejahteraan Sosial DEPSOS, Vol. 14 No. 01, Januari-April 2009, Jakarta.
- Wahono, RI, dkk. 1977. *Dinamika Sosial Budaya Masyarakat Perkotaan: Peranan Kelompok Etnis Kedaerahan dalam Proses Integrasi Nasional*, Jakarta: PMB-LIPI

