

MENELUSURI ARUS PEMERIKSAAN KESEHATAN DAN PENGobatan KE LUAR NEGERI

Inge W. Benjamin*

ABSTRACT

In recent years, a big flow of patients seeking health care abroad occurs in spite of the advancement of science and technology in the health sector in Indonesia, which is not much different than abroad. This situation is less supportive for the trust to the health care and science, and the growth of the domestic economy. To explore this phenomena, a qualitative survey was done to ten people who were pleased to give their written opinion for two open ended questions delivered by email. The results showed a dissatisfied and distrust to the nation's health care in quality, teamwork, ethics, and facilities. These unfavorable conditions affect the patient's as well as the family's health and well-being. Professionalism, multidimensional modernization, and holistic health management are the foreign countries policy, which are respectable values to be considered of. These survey results are valuable inputs in developing the nation's high quality health services.

Key words: *health care, teamwork, communication, ethics, facilities.*

ABSTRAK

Pada tahun-tahun terakhir terjadi arus pemeriksaan kesehatan dan pengobatan ke luar negeri, meskipun ilmu dan teknologi dalam bidang kesehatan di Indonesia tidaklah jauh berbeda dibandingkan dengan keadaan di luar negeri. Keadaan ini kurang mendukung kepercayaan pada pelayanan dan ilmu kesehatan, serta pertumbuhan perekonomian di dalam negeri. Untuk menelusuri fenomena ini dilakukan suatu survei kualitatif pada sepuluh orang yang bersedia memberi masukan tentang apa dan mengapa masalah ini terjadi. Hasilnya menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan dalam kualitas, kerjasama tim, etika, dan sarana, dinilai kurang memuaskan dan kurang dapat dipercaya. Keadaan yang kurang kondusif ini berimbas pada kesehatan dan kesejahteraan pasien maupun keluarganya. Profesionalisme, modernisasi yang multidimensi, dan penanganan kesehatan secara holistik yang dilakukan negara tetangga, menjadi daya tarik yang bernilai tinggi. Keseluruhan hasil survei ini merupakan masukan berharga untuk menumbuh kembangkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi di Indonesia.

Kata kunci: pelayanan kesehatan, kerjasama, komunikasi, etika, sarana.

* Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik Widya Mandala

PENDAHULUAN

Fakta menunjukkan bahwa beberapa tahun terakhir ini ditemui suatu kecenderungan yang cukup besar dalam masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan di luar negeri. Sinaga (dalam McCall, 2014) mengatakan bahwa: *“Every day many Indonesian people go abroad to be treated or just for a checkup to various countries, and that Malaysia, Singapore, and Thailand were all popular destinations.”* Hal ini tentunya merupakan ironi mengingat bahwa kemajuan ilmu dan teknologi dalam bidang kesehatan di Indonesia tidaklah jauh berbeda dibandingkan dengan keadaan di luar negeri. Banyak pakar dan fasilitas hebat yang dimiliki Indonesia, tetapi kurang dimanfaatkan atau kurang dihargai oleh masyarakat, terutama masyarakat yang mampu secara finansial. Fenomena ini tentunya kurang berpihak pada pengembangan beragam aspek kehidupan negara kita.

Dalam pengukuhannya sebagai Guru Besar, Trisnantoro (2006) memaparkan bahwa: *“Saat ini sistim pelayanan kesehatan di Indonesia yang mempunyai daya pilih, sebagian menggunakan pelayanan kesehatan di Singapura, Malaysia, dan negara-negara lain. Situasi sektor kesehatan berada pada papan bawah Asia Tenggara. Data UNDP (2003) menunjukkan Human Development Index (HDI) Indonesia berada di urutan ke 112 di bawah Vietnam (109) dan jauh di bawah Malaysia (68).”* Paparan ini menunjukkan keadaan yang kurang mendukung dalam bidang kesehatan tanah air, yang tentunya berimbas pada sektor ekonomi.

Grehenson (2011) memperkirakan bahwa warga Indonesia yang berobat ke luar negeri menghabiskan Rp100 triliun per tahun. Jumlah itu didasarkan data dari Bank Dunia tahun 2004 yang mengemukakan bahwa devisa Indonesia yang ke luar negeri dari pasien-pasien yang berobat sekitar Rp 70 triliun pada saat itu.

Beragam alasan untuk berobat di luar negeri dikemukakan oleh masyarakat, ditinjau dari faktor risiko, alternatif, teknologi, biaya, pelayanan, dan lainnya. Sebaliknya juga muncul beragam reaksi terhadap fenomena ini, yang mendorong masyarakat untuk bangga dan tetap percaya pada potensi pelayanan kesehatan di dalam negeri yang tidak kalah dengan yang di luar negeri.

METODE SURVEI

Untuk mendapat pemahaman yang lebih jelas tentang masalah ini, dilakukan suatu survei secara kualitatif untuk menelusuri faktor-faktor apakah yang menyebabkan terjadinya arus pemeriksaan kesehatan dan pengobatan ke luar negeri. Pengiriman pertanyaan survei dan jawaban partisipan dilakukan per email. Partisipan (10 orang) adalah mereka yang pernah atau belum pernah berobat ke luar negeri, yang bersedia memberi masukan tentang pelayanan kesehatan, baik di dalam maupun di luar negeri.

HASIL DAN BAHASAN

Analisis hasil survei menghasilkan dua kategori, yaitu 1) Pelayanan kesehatan, yang mempunyai empat tema, yaitu kualitas pelayanan kesehatan, kerjasama tim pelayanan kesehatan, etika dalam pelayanan

kesehatan, dan sarana pelayanan kesehatan; dan 2) Kepentingan pasien, yang mempunyai dua tema, yaitu kesehatan pasien, dan kesejahteraan pasien.

1. Pelayanan kesehatan

1a. Kualitas pelayanan kesehatan

Suatu pernyataan yang perlu disimak sewaktu responden ditanya mengapa ia tidak berobat di dalam negeri, adalah: "*Karena ketidakpercayaan akan kualitas pengobatan di sini.*" Ada dua aspek yang perlu disimak, yaitu kepercayaan dan kualitas.

Kepercayaan (*trust*) pada kualitas orang atau pelayanan secara umum, didefinisikan oleh Lewicky dkk (1998) sebagai "*an individual's belief in, and willingness to act on the basis of the words, actions, and decisions of another.*" Kebutuhan akan rasa percaya muncul dari suatu kebutuhan jalinan antar manusia untuk mencapai tujuan individu. Dalam jalinan ini ada konsekuensi atau kemungkinan terjadinya situasi yang kurang atau tidak berpihak pada arah tujuan. Oleh karenanya, rasa percaya terhadap mereka yang diajak dalam jalinan merupakan salah satu faktor penting yang menguatkan diri dalam mencapai tujuan. Dengan rasa percaya yang kuat antar sesama yang terkait, memudahkan terjadinya kebersamaan, terbuka, dan berbagi, serta menumbuhkan kekuatan untuk mengatasi masalah. Dasar dari rasa percaya adalah rasa percaya pada kualitas jalinan.

Kualitas suatu jalinan, baik untuk produk atau pelayanan, berperan pada faktor apakah seseorang mau memiliki atau mau mengeluarkan dana untuk produk atau

pelayanan tersebut. Kualitas yang diharapkan terlukis dalam pernyataan-pernyataan berikut ini: "*Di luar negeri kesan lebih profesional, lebih ramah, disiplin, dan lebih cepat.*" Ada kesan atau rasa yang ia kemukakan pertama kali, suatu perwujudan yang subjektif. Ia tidak langsung mengemukakan tentang ilmu atau sesuatu yang objektif yang ia perlukan. Emosi mendapat prioritas pertama untuk diutarakan. Emosi berbicara dalam melakukan evaluasi suatu pelayanan, antara lain tentang kemampuan, integritas, dan niat baik. Bila faktor-faktor ini menimbulkan emosi positif, besar kemungkinan bahwa rasa percaya akan semakin tumbuh. *The capacity to experience positive emotions may be a fundamental human strength central to the study of human flourishing* (Fredrickson, 2001). Dengan berada dalam emosi positif, tumbuhlah kepercayaan, rasa senang, perhatian, rasa puas, dan sejahtera. Ia mengecilkan rasa negatif seperti cemas, takut, marah, dan putus asa (Seligman dkk, 2000).

Maramis (2006) berpendapat bahwa relasi pasien dan tim pelayanan kesehatan berdasarkan kepercayaan, rasa percaya mana berhubungan dengan sikap. Sikap merupakan akibat suatu kumpulan kepercayaan. Kepercayaan dapat membenarkan reaksi emosional yang sebenarnya berdasarkan faktor-faktor yang berbeda. Positif atau negatifnya sikap terhadap pelayanan kesehatan didapat dari pengalaman atau dari informasi yang didapat dari orang lain.

Perawat Susilowati di Batam (Maria, 2012) berdasarkan pengamatannya memaparkan bahwa pelayanan keperawatan yang baik saat ini bisa diukur melalui

kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat. Masyarakat sudah bisa menilai standar praktik yang diberikan perawat, kemudian etika serta profesionalismenya. Bila standar itu tidak terpenuhi, maka masyarakat tidak percaya lagi. Beberapa fakta di lapangan menunjukkan, masyarakat mulai kurang merasa dilayani oleh pelayanan kesehatan. Pudarnya kepercayaan masyarakat ini, biasanya terjadi berdasarkan pengalaman nyata mereka sendiri akan pelayanan keperawatan yang pernah mereka terima. Untuk menumbuhkan kepercayaan, perawat harus menyadari terlebih dulu hal apa yang menjadi kekuatan serta kelemahannya. Dengan begitu, akan dimulai pergerakan ke arah kapabilitas yang lebih tinggi.

Dengan dukungan teknologi saat ini, masyarakat bahkan bisa mengungkapkan ketidakpercayaan mereka terhadap tenaga keperawatan sebuah rumah sakit melalui internet dan tidak sekedar dari mulut ke mulut lagi. Ini sudah sering terjadi dan berakibat luas kepada rumah sakit itu sendiri. Untuk itu, para perawat masa kini mestilah bisa menjawab rasa ketidakpercayaan tersebut melalui upaya-upaya yang sungguh-sungguh untuk membangun kembali kepercayaan masyarakat. Mulai dari bekerja dengan nilai-nilai yang dihayati, nilai dasar sebagai manusia, melayani dengan altrurisme yang tinggi, dan selalu sadar diri tentang apa yang akan dilakukan.

Upaya agar kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan di dalam negeri semakin meningkat, menjadi perhatian Supriyanto, Dirjen Bina Upaya Kementerian Kesehatan RI (Grehenson, 2011). Ia mengatakan bahwa:

“Kebanyakan masyarakat Indonesia yang memilih berobat ke luar negeri mempercayai kualitas pengobatan di luar negeri jauh lebih baik dibandingkan dengan di rumah sakit di dalam negeri. Mutu pengobatan di Indonesia sebenarnya tidak jauh berbeda. Namun, di negeri ini mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien masih lemah. Bukan dari pengobatan kita yang jelek. Namun, bagaimana pelayanan yang ada menjadi lebih baik.” Pernyataan bahwa “mutu pengobatan sebenarnya tidak jauh berbeda” menandakan bahwa ilmu pengobatan di dalam negeri masih dapat diandalkan. Pelayanan yang mengemuka, yang berarti bahwa pelayanan yang memuaskan, dapat dipercaya, dan menyenangkan, yang keseluruhannya merupakan faktor rasa atau emosi, menjadi prioritas untuk diperhatikan dan ditingkatkan.

Selain faktor rasa, ada ilmu yang terstandar yang perlu diperhatikan untuk menjamin kesehatan dan keselamatan. McCall (2014) pun berpendapat bahwa: *“Quality of health care in Indonesia, although improving, is not up to regional standards.”*

1b. Kerjasama tim pelayanan kesehatan

“Apa mereka itu pernah rembukan, kok obat sampai sekian banyaknya. Lha makanan pasien, apa sudah rundingan bersama boleh makan apa pasien itu. Saya ragu-ragu apa ada omong-omong rundingan gitu, nggak konek mereka itu. Susternya kalau ditanya juga bingung.” Ini merupakan ungkapan keluarga pasien yang perlu disimak. Ada unsur kerjasama antar tim medis yang dipertanyakan atau diragukan. Ada kekhawatiran terjadinya kesalahan yang sudah atau dapat berakibat

fatal. Selain itu, ada rasa bahwa terjadi kebingungan diantara anggota tim kesehatan.

Kerjasama tim pelayanan kesehatan seyogyanya adalah kuat dan cerdas, karena yang dipertaruhkan adalah kesehatan dan keselamatan pasien. Lerner dkk (2009) mengemukakan bahwa kerjasama tim pelayanan medis adalah fokus mayor dalam kesehatan: *“.... to build a safer health system, which details the high rate of preventable medical errors, many of which are the result of dysfunctional or nonexistent teamwork. It has been proposed that a healthcare system that supports effective teamwork can improve the quality of patient care and reduce workload issues that cause burnout among healthcare professionals.”* Kerjasama tim menjadi andalan untuk kualitas pelayanan, keselamatan pasien, serta kinerja sumber daya manusianya. Di luar pelayanan medis, kerjasama tim yang kuat dan efektif dalam pekerjaan yang berisiko dan berintensitas tinggi seperti dalam kemiliteran/kepolisian dan pemadam kebakaran menunjukkan kemungkinan terjadinya kesalahan yang kecil. Para dokter *“who are trained largely to be self-sufficient and individually responsible for their actions”* dianjurkan untuk meningkatkan kerjasama tim melalui pelatihan-pelatihan.

Suatu penelitian tentang keterampilan komunikasi dokter, perawat, dan apoteker dalam ranah kerjasama tim dilakukan oleh Novita dkk (2013). Hasilnya menunjukkan bahwa keterampilan komunikasi tim kesehatan ini menguntungkan pasien dalam arti bahwa ia dapat menerapkan penggunaan terapi rasional secara optimal. Selain itu, keterampilan komunikasi juga menggerakkan

para perawat untuk lebih aktif berkomunikasi dengan dokter dan apoteker untuk kebaikan pasien.

Kerjasama tim yang efektif berperan langsung pada keselamatan pasien (WHO¹, 2014). Ada anjuran untuk membentuk tim pelayanan kesehatan yang efektif karena semakin kompleksnya spesialisasi dalam merawat pasien, meningkatnya ko-morbiditas, meningkatnya penyakit kronis, kurangnya sumberdaya manusia yang handal, serta perlunya diperhatikan jam kerja karyawan yang aman dan sehat untuk dapat berkarya secara optimal. Senior vice president of the joint commission mengatakan: *“Our challenge is not whether we will deliver care in teams, but rather how well we will deliver care in teams.”*

1c. Etika dalam pelayanan kesehatan

Etika adalah bagaimana kepatutan atau kesantunan perilaku seseorang, yang dinilai lingkungan sesuai dengan situasi dan kondisi yang berlaku. Dalam bidang kesehatan terdapat empat pilar tradisional etika (AMA, 2014) yaitu menghormati hak otonomi pasien, kebijakan untuk mempromosikan yang terbaik untuk pasien, tidak membuat cedera, dan keadilan.

Dalam etika kesehatan, kepentingan pasien maupun keluarga untuk aman, nyaman, serta tidak dirugikan dalam masalah kesehatan menjadi prioritas untuk dijunjung tinggi oleh tim pelayanan kesehatan. Etika ini belum sepenuhnya dipenuhi, seperti beberapa pernyataan berikut ini: *“Tidak semua dokter masih ingat akan tugas mulianya sebagai*

dokter. Biaya investasi yang sangat tinggi tentu harus segera dikembalikan modalnya, menyebabkan dokter tidak dapat memberikan saran pengobatan atau penyembuhan dengan benar-benar memperhatikan keperluan pasien. Perusahaan farmasi yang gencar mensponsori dokter, juga merupakan penyebab tidak objektifnya dokter.” Hubungan dokter dengan industri farmasi mengarah ke pemberian gratifikasi yang merupakan tindakan pidana korupsi (Syarif, 2006, dalam Trisnantoro, 2006).

Melakukan manajemen waktu dengan benar dalam pelayanan kesehatan merupakan etika yang baik dalam melayani. *“Tidak menghargai pasien dengan membuat pasien menunggu terlalu lama. Tidak ada manajemen waktu. Seharusnya pasien mendaftar untuk mendapatkan waktu konsultasi, bukan nomor, sehingga pasien sakit bertambah sakit dan jengkel, demikian keluarganya. Belum apa-apa sakit tambah parah.”* Benar tidaknya pernyataan ini seyogyanya menjadi perhatian karena menyentuh etika dan menjadi opini publik. Apakah yang memberi peluang tidak beretika, ataukah sebaliknya? Apakah dalam beretika perlu diperhatikan inkongruensi dalam kepentingan? Apakah alasan-alasan pembenaran dibenarkan dalam beretika?

Somerville (2008, dalam UOttawa, 2014) berpendapat bahwa *“Ethical issues arise when not all values can be respected. The values in conflict must then be prioritized and the essence of ‘doing ethics’ is to justify breaching the values that are not respected.”* Etika membahas tentang apa yang salah atau benar, serta apa yang harus dilakukan dan apa yang harus dihindari. Etika kesehatan

berkiprah pada peduli pada kepentingan pasien secara holistik, yang adakalanya harus melebihi peduli pada kondisi kesehatannya.

Menumbuhkan kesadaran beretika dengan baik dimulai di masa pendidikan untuk menjadi pelayan profesional di bidang kesehatan. Suatu media ajar yang baik adalah dengan mengajak mahasiswa untuk masuk dunia etika melalui diskusi dilema moral. Novita dkk (2013) melalui penelitiannya menunjukkan bahwa dengan berdiskusi ini terjadi peningkatan yang signifikan dalam kemampuan penalaran etika. Diharapkan bahwa dengan berbekal pengetahuan etika yang cukup serta penalaran moral yang baik, para praktisi dapat memberi keputusan yang baik, tepat, dan profesional saat menghadapi masalah moral. Memang (Maramis, 2006), tahap perkembangan moral seseorang (yang diperoleh dengan tes menurut Kohlberg) berkorelasi positif dengan perilaku moralnya dalam kehidupan nyata dan ternyata juga sama dalam berbagai kebudayaan.

1d. Sarana pelayanan kesehatan

“Fasilitas-fasilitas yang diharapkan terus ditingkatkan” adalah pernyataan membangun dari seorang responden. Sarana adalah segala yang diperlukan untuk dapat memenuhi aktivitas pelayanan. Sarana adalah modal objektif, yang berkaitan erat dengan modal subjektif yang mengendalikannya, antara lain adalah manajemen dalam mengoperasikan sarana. Tantangan ke depan adalah bagaimana memberi kesan dan pesan positif pada publik dalam menilai sarana pelayanan kesehatan.

Djuhaeni (2014) memaparkan enam kendala di tanah air dalam manajemen sarana pelayanan kesehatan: 1) tenaga, khususnya tenaga medis spesialis masih kurang dan tidak merata; 2) belum semua Rumah Sakit menerapkan/mengacu kepada struktur organisasi 983/1992 karena keterbatasan kualifikasi tenaga yang ada; 3) fasilitas yang belum sesuai dengan standar; 4) kecenderungan untuk memiliki alat canggih tanpa memperhitungkan efisiensi dan efektivitas; 5) sikap dan perilaku tenaga medis yang kurang mendukung sistem pelayanan medis maupun Rumah Sakit sebagai suatu sistem; serta 6) sikap dan perilaku pimpinan Rumah Sakit yang kurang tegas dalam pelaksanaan pelayanan medis.

Selain modal materi, sumber daya manusia memegang peran penting untuk keberhasilan. Dalam pelayanan kesehatan, sarana pelayanan menentukan keselamatan pasien. Suatu fakta ironis menunjukkan bahwa sarana pelayanan yang di"yakini" hebat, tetap berisiko pada jatuhnya korban. IOM (2014) memaparkan bahwa di Amerika Serikat *"an estimated 44,000 to 98,000 people die each year in hospitals as a result of medical errors; medication errors alone account for an estimated 7,000 deaths annually."* Peralatan yang canggih tetap bergantung pada kualitas sumber daya manusia. Ada faktor-faktor sikap, kepandaian, stres, dan lainnya. Ghufroon sebagai dekan fakultas kedokteran UGM (dalam Grehenson, 2011) berpendapat bahwa laporan mengenai malpraktek semakin banyak dimuat dalam media. Karena itu pelayanan kesehatan di tanah air perlu melakukan introspeksi dan sekaligus

mengembangkan upaya untuk mengantisipasi terjadinya kesalahan medis.

2. Kepentingan pasien

2a. Kesehatan pasien

WHO² (2014) mendefinisikan kesehatan sebagai: *"Health is a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity."* Dalam kesehatan terangkum unsur bio-psiko-sosial sebagai satu interelasi yang tidak terpisahkan atau ada unsur "saling" yang kuat.

Dalam pelayanan kesehatan ada kecenderungan untuk fokus pada masalah badaniah, dan unsur psiko-sosial terabaikan. Ungkapan berikut ini perlu dicermati. *"Mereka tidak berusaha mengajak diskusi lebih dalam dengan pasien untuk mengorek keluhan-keluhan yang terjadi"; "Di rumah sakit cuman lewat dan pasien harus bayar; tidak pernah menyempatkan untuk berdialog."* Dari pernyataan ini ada unsur perhatian yang didambakan. Diskusi atau dialog memberi kesempatan kepada pasien atau keluarga untuk mengekspresikan keingintahuan dan stres yang dihadapi. Tanggapan, pengetahuan, hiburan, dan penguatan adalah yang diharapkan didapat dari komunikasi dengan tim pelayanan kesehatan, selain pengobatan dan tindakan. Ada harapan di dalam diri pasien dan keluarga yang tidak secara langsung diutarakan. Perhatian tim pelayanan kesehatan dalam memadukan faktor bio-psiko-sosial secara holistik dapat menambah penguatan, kepuasan, dan kedamaian. Sebaliknya, kekurangpedulian dalam komunikasi ini dapat menumbuhkan

rasa non-simpatik sampai antipati, yang dapat berpengaruh pada kesehatan.

Komunikasi verbal memegang peran penting dalam promosi kesehatan, prevensi penyakit, dan pengobatan. Komunikasi yang miskin meningkatkan kecemasan pasien dan keluarga, ketidakpuasan, kekeliruan diagnosis, ketidakmengertian kondisi pasien, ketidakberhasilan pengobatan, serta ketidaksembuhan dengan sebab yang tidak jelas (Ong dkk, 1995, dalam Marks dkk, 2011). Kesehatan juga dapat ditingkatkan melalui komunikasi non-verbal (Bensing, 1991, dalam Marks dkk, 2011). Pertukaran pandangan mata, ekspresi wajah, dan gerakan tubuh merupakan kesempatan untuk mengekspresikan kesehatan.

Pentingnya komunikasi dalam bidang kesehatan diulas dalam buletin WHO³ (2014) sebagai berikut ini: *“Communication is at the heart of who we are as human beings. It is our way of exchanging information; it also signifies our symbolic capability. These two functions reflect the transmission and ritual views of communication. Communication serves an instrumental role (e.g. it helps one acquire knowledge) but it also fulfils a ritualistic function, one that reflects humans as members of a social community. Thus, communication can be defined as the symbolic exchange of shared meaning, and all communicative acts have both a transmission and a ritualistic component.”*

2b. Kesejahteraan pasien

Kesejahteraan (*well-being, quality of life*) secara umum digambarkan oleh Renwick

dkk (1996) sebagai suatu konstruksi sosial dalam arti *“how excellent or superior one’s life is, as a whole.”* Mereka berpendapat bahwa kesejahteraan merupakan inti dari promosi kesehatan dan rehabilitasi, dua faktor yang multidemensi dalam membentuk kesehatan. Kesehatan berpengaruh pada kesejahteraan, dan kesejahteraan berpengaruh pada kesehatan. Ada suatu determinasi resiprokal atau “saling” yang berpengaruh.

“Kesehatan adalah keadaan kesejahteraan moral, mental, dan fisik yang memungkinkan seseorang menghadapi krisis hidup apapun secara paling anggun dan cakap,” demikian Pericles pada tahun 500 sebelum Masehi (Maramis, 2006). Dalam konteks ini dapat difahami bahwa tim pelayanan kesehatan seyogyanya memahami dan berkarya untuk mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan yang dilayaninya.

Dalam keadaan sejahtera, emosi positif mengemuka dan stres diharapkan mereda meskipun sumber permasalahan kesehatan masih ada. Sebaliknya, bila suatu pemicu membangkitkan emosi negatif, kesejahteraan kemungkinan besar menurun dan stres kesehatan semakin mengemuka. Keadaan ini dikemukakan seorang responden: *“Saya tidak suka ke sini karena mereka tidak menghargai pasien dengan membuat pasien menunggu terlalu lama. Dia harus berjam-jam menunggu sehingga maagnya sakit karena sebelumnya harus puasa.”; “Di sini urusan beli obat, cari darah, dan jaga pasien masih dibebankan pada pasien yang secara fisik dan mental sudah lelah dan kuatir, masih harus dibebani dengan kerepotan yg lain. Tambah stres dan jatuh sakit.”*

Tugas mulia tim pelayanan kesehatan adalah menciptakan kesejahteraan dan kesehatan pasien dan keluarga yang optimal. Dukungan tim pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional memunculkan kalimat “pelayanan yang nyaman untuk segala ras dan budaya,” suatu slogan yang didengungkan negara tetangga dalam promosi kesehatannya untuk menarik perhatian mereka di luar negaranya.

SIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil survei dapat disimpulkan bahwa kecenderungan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan ke luar negeri disebabkan oleh penilaian terhadap pelayanan kesehatan di dalam negeri yang kurang kondusif. Kualitas, kerjasama tim, etika, dan sarannya kurang dapat dipercaya dan kurang memuaskan. Keadaan ini pada akhirnya kurang mendukung masalah kesehatan dan kesejahteraan pasien. Penghargaan, kenyamanan, keteraturan, tanggungjawab, dan profesionalisme adalah faktor-faktor yang dinilai. Tantangan pelayanan kesehatan di dalam negeri adalah meningkatkan mutu pelayanan secara holistik dalam segala aspek kesehatan, agar dapat menyamai pelayanan kesehatan di luar negeri, serta merebut kembali kepercayaan masyarakat untuk menikmati kepuasan dan kehebatan pelayanan kesehatan di tanah air yang kami hormati.

Pada tahun 2015 akan diberlakukan kesempatan untuk bebas berkarya (*free trade works*) dalam bidang kesehatan antar negara-negara Asean. Untuk mengantisipasi terjadinya konsekuensi yang kurang kondusif

akibat perlakuan tersebut, disarankan untuk meningkatkan ilmu serta rasa kebersamaan dan persatuan antar pelayan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. AMA (American Medical Association). *Medical ethics*. <https://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources>. Diunduh tanggal 3 Maret 2014
2. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991. 50, 179-211
3. Bandura, A. Social cognitive theory. *Annual review of Psychology*, 2011, 52, 1-26.
4. BBC Indonesia. *Laporan khusus: orang Indonesia berobat ke luar negeri*. http://www.bbc.co.uk/indonesia/laporan_khusus/2011 Diunduh tanggal 3 Maret 2014
5. Djuhaeni, H. Manajemen pelayanan medik di rumah sakit. *Pustaka Universitas Pajajaran*. 2014. <http://pustaka.unpad.ac.id> Diunduh tanggal 16 Maret 2014
6. Fredrickson, B.L. The role of positive emotions. *American Psychology*, 2001. 56(3), 218-26.
7. Grehenson, G. Humas Universitas Gadjah Mada. Berobat ke luar negeri, devisa hilang 100 triliun. *Artikel Beranda UGM*. 2001. <http://www.ugm.ac.id>. Diunduh tanggal 6 Maret 2014
8. Hwu, Y., Coates, V., Boore, J. The evolving concept of health in nursing research. *Patient Education and Counseling*, 2011. 42, 105-114.
9. IOM (Institute of Medicine). First do no harm. *Medical Errors and the Institute of Medicine*. 2014. <https://www.premierinc.com/safety>. Diunduh tanggal 16 Maret 2014

10. Jowett, G.S., O'Donnell, V. *Propaganda and persuasion*. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1992
11. Lerner, S., Magrane, D., Friedman, E. Teaching teamwork in medical education. *Mount Sinai Journal Of Medicine*, 2009. 76(4), 318-329.
12. Lewicki, R. J., McAllister, D. J., & Bies, R. J. Trust and distrust: New relationships and realities. *Academy of Management Review*, 1998. 23, 438-458.
13. Lewicky, R.J., Tomlinson, E.C. Trust and trust building. *Beyond Intractability Project*. 2003. <http://www.beyondintractability.org>. Diunduh tanggal 1 April 2014
14. Maramis, W.F. *Ilmu Perilaku dalam pelayanan kesehatan*. Airlangga University Press. 2006.
15. Maria, A. 2012. Kepercayaan masyarakat mulai memudar terhadap perawat. Laporan dari seminar *Nurses Day RS Awal Bros Batam*. 2012. <http://batam.tribunnews.com/2011/05/12/> Diunduh tanggal 2 April 2014
16. Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Estacio, E.V. *Health psychology*. Sage Publications Inc. 2011.
17. McCall, C. Southeast Asian Countries to allow free flow of doctors. *World Report*, 2014. vol 383. www.thelancet.com. Diunduh tanggal 25 Maret 2014.
18. Montano, D.E., Kasprzyk, D., Taplin, S.H. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In Glanz, Lewis, and Rimer (eds), *Health behavior and health education theory, research, and practice (3rd ed)*. Josey-Bass, San Francisco.
19. Mount Elizabeth. *Pelayanan kesehatan kelas dunia di Singapura 2014*. <http://mountelizabeth.com.sg/id/Patient/International-Patients>. Diunduh tanggal 4 April 2014
20. Novita, B.D., Ali, S., Jena, Y. Diskusi dilema moral dalam peningkatan kemampuan penalaran etika. *Jurnal Widya Medika Surabaya*, 2013. 1(1), 1-10.
21. Novita, B.D., Soediono, E.I., Tamayanti, W.D., Anggakusuma, K., Aditya, P. Peran keterampilan komunikasi dokter, perawat, dan apoteker pada penggunaan terapi rasional. *Jurnal Widya Medika Surabaya*, 2013. 1(2), 157-167.
22. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. *Health promotion in nursing practice*. Pearson, Prentice Hall. 2006
23. Rebhan, D.P. Article: Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior. *Case Western Reserve University*. 2014. <http://www.cwru.edu/med/epidbio>. Diunduh tanggal 3 April 2014
24. Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Sage Publications. 1996
25. Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi, M. Positive psychology, an introduction. *American Psychologist*. 2000. 55, 5-14.
26. Trisnantoro, L. Artikel: Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia: apakah mendekati atau menjauhi paradoks dan anarkisme? Rapat Terbuka, *Majelis Guru Besar UGM*. 2006 <http://lib.ugm.ac.id/digitasi/upload>. Diunduh tanggal 6 April 2014
27. UOttawa (University of Ottawa). Article: Basic Ethical Principles. *Society, the Individual, and Medicine*. 2014. <http://www.med.uottawa.ca/sim/data>. Diunduh tanggal 7 April 2014

28. WHO. Community health nursing: report of a WHO expert committee. *Technical Report Series*, 558, Geneva, Switzerland: WHO. 1974
29. WHO. People centered health care: a policy framework. *Western Pacific Region*. 2007. http://www.wpro.who.int/health_services. Diunduh tanggal 28 Maret 2014
30. WHO¹. *Topic 4: Being an effective team player*. 2014. <http://www.who.int/patientsafety>. Diunduh tanggal 29 Maret 2014
31. WHO². *WHO definition of health* .2014. <http://www.who.int/about>. Diunduh tanggal 30 Maret 2014
32. WHO³. Bulletin: *Why health communication is important in public health. 2014* (Rimal, R.N., Lapinski, M.K.). <http://www.who.int/bulletin>. Diunduh tanggal 3 April 2014