



UNIVERSITAS INDONESIA

**Analisis Perilaku Konsumen Etnis Tionghoa Indonesia
dalam Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan
(Studi Kasus : Etnis Tionghoa Kota Pontianak)**

TESIS

**Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Guna Memperoleh Gelar Magister Sains (M.Si)
Dalam bidang Ilmu Komunikasi**

Diajukan Oleh :

Nama : Lusius Aditya

NPM : 1006744742

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN POLITIK
PROGRAM PASCASARJANA
DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
KEKHUSUAN MANAJEMEN KOMUNIKASI
JAKARTA
JULI 2012**

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN POLITIK
DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
KEKHUSUSAN MANAJEMEN KOMUNIKASI
PROGRAM PASCA SARJANA

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lusius Aditya

NPM : 1006744742

Tanda Tangan :



Tanggal : 6 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

NAMA : LUSIUS ADITYA
NPM : 1006744742
PROGRAM STUDI : PASCA SARJANA ILMU KOMUNIKASI
KEKHUSUSAN : MANAJEMEN KOMUNIKASI
JUDUL TESIS : ANALISIS PERILAKU KONSUMEN ETNIS TIONGHOA
INDONESIA DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN
PEMBELIAN JASA KESEHATAN (STUDI KASUS : ETNIS
TIONGHOA PONTIANAK)

telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Ilmu Komunikasi Kekhususan Manajemen Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ir. Firman Kurniawan Sujono, M.Si.

Ketua Sidang : Dr. Pinckey Triputra, M.Sc.

Penguji Ahli : Drs. Eduard Lukman, MA

Sekretaris Sidang : Drs. Eduard Lukman, MA

DITETAPKAN DI : JAKARTA

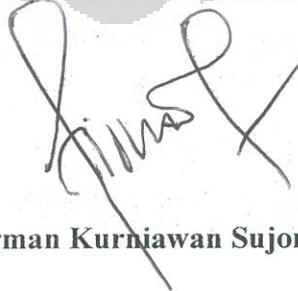
TANGGAL : 6 JULI 2012

UNIVERSITAS INDONESIA

TANDA PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS

NAMA : LUSIUS ADITYA
NPM : 1006744742
PROGRAM STUDI : PASCA SARJANA ILMU KOMUNIKASI
KEKHUSUSAN : MANAJEMEN KOMUNIKASI
**JUDUL TESIS : ANALISIS PERILAKU KONSUMEN ETNIS
TIONGHOA INDONESIA DALAM PENGAMBILAN
KEPUTUSAN PEMBELIAN JASA KESEHATAN
(STUDI KASUS : ETNIS TIONGHOA KOTA
PONTIANAK)**

DOSEN PEMBIMBING



Ir. Firman Kurniawan Sujono, M. Si.

KATA PENGANTAR

Syukur dan sembah tertutur bagi Allah Sang Tri Tunggal Maha Kudus, hanya karenaNya berkenan, dari awalnya ide berkelimpahan, waktu yang tertahan, daya tak berkesudahan, hingga huruf-huruf pun merangkai dengan sendirinya melalui jari penulis. Terimakasih atas berkatMu, Bapa, Putera, dan Roh Kudus.

Bagai pasir di rimba pantai, penulis sangatlah menyadari akan sumbangsih doa, energi, pikiran, waktu, perasaan, kritik, saran, hingga titik koma yang turut serta mengkonstruksi penelitian ini agar setidaknya dapat mencapai ekspektasi penulis. Atas jasa-jasa yang tak akan mampu terbalas itulah, penulis bermaksud mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ayahanda Aloysius Mering, Ibunda Lusita Julita, dan Adinda Monika Prisila. Sang pilar-pilar kokoh namun lembut, dalam balutan kasih sayang.
2. Eulalia Leny. Belahan jiwa, muara inspirasi, teman setia, dan penyempurna hidup.
3. Pembimbing *reading course* dan tesis, Bapak Ir. Firman Kurniawan Sujono, M.Si., sang pemberi contoh, pemberi dukungan, dan pemberi topangan. *The Superman*.
4. Ketua Program Studi Pasca Sarjana Bapak Dr. Pinckey Triputra, M.Sc., dan pembimbing akademis, Ibu Dr. Billy Sarwono M.A.
5. Rekan-rekan Kelas A Manajemen Komunikasi 2010. Kumpulan manusia jenius yang penuh canda tawa.
6. Rekan-rekan bimbingan Bapak Ir. Firman Kurniawan Sujono, M.Si. Tempat berbagi ide, pengalaman, ilmu, dan curahan hati.
7. Keluarga besar Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Indonesia.

8. Keluarga besar PT. Central Data Technology, Bapak Rachmat Gunawan, Bapak Indra Gunawan, Bapak Andy Pranoto, Ibu Novijanti Hadi, dan sahabat-sahabat CDT Lounge. Terimakasih atas waktu, semangat, kesabaran, dan pemakluman tak terbatas yang diberikan.
9. Informan dan narasumber, yang telah membuat penelitian yang tidak ada menjadi ada. Ibu Yunny Halim, Ibu Law Gek Eng, Bapak Antonius Sukanto, Bapak Tan Siak Tjuang, Ibu Bun Siet Cin, dan dr. Linardi. *Kamsia.*
10. Pihak-pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu dan telah membantu selama perkuliahan hingga mensukseskan penelitian ini. Semoga Tuhan membalas kebaikan Saudara.

Akhir kata, penulis mempersembahkan tesis ini bagi seluruh insan akademisi maupun praktisi. Penulis sangat menyadari bahwa penelitian ini masih penuh dengan kekurangan dan celah. Dengan penuh kerendahan hati, penulis menyampaikan permohonan maaf yang sebesar-besarnya. Penulis sangat terbuka terhadap ide-ide brilian untuk membawa penelitian ini pada tahap selanjutnya. Semoga tulisan ini berguna.

Jakarta, 5 Juli 2012

Lusius Aditya

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

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

Nama : Lusius Aditya
NPM : 1006744742
Program Studi : Manajemen Komunikasi
Departemen : Ilmu Komunikasi
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Jenis : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non Exclusive Royalti – Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Perilaku Konsumen Etnis Tionghoa Indonesia dalam Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan (Studi Kasus : Etnis Tionghoa Kota Pontianak)

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 5 Juli 2012

Yang Menyatakan,



Lusius Aditya

ABSTRAK

Nama : Lusius Aditya

Program Studi : Manajemen Komunikasi

Judul : Analisis Perilaku Konsumen Etnis Tionghoa Indonesia dalam Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan (Studi Kasus : Etnis Tionghoa Kota Pontianak)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku konsumen etnis Tionghoa Indonesia yang telah mengalami proses akulturasi dengan budaya Indonesia. Penelitian kualitatif ini menggunakan kerangka konsep perilaku konsumen – pengambilan keputusan pembelian dengan tingkat akulturasi budaya sebagai indikator pola perilaku utama. Setelah melakukan wawancara mendalam dengan beberapa informan dan narasumber yang dipilih melalui pengambilan sampel variasi maksimum, peneliti menemukan adanya perbedaan pola pengambilan keputusan pembelian jasa kesehatan antara individu beretnis Tionghoa yang memiliki tingkat akulturasi budaya rendah, medium, dan tinggi.

Kata kunci : Etnis Tionghoa Indonesia, Akulturasi, Perilaku Konsumen, Pengambilan Keputusan, Jasa Kesehatan

ABSTRACT

Name : Lusius Aditya

Study Program : Communication

Title : Analysis of Indonesian Chinese's Consumer Behavior in Decision Making Process of Healthcare Services (Case Study : Indonesian Chinese People in Pontianak)

The main outcome of this research is to understand the consumer behavior of Indonesian Chinese people, which has meet with acculturation process and involved by Indonesian culture. The qualitative research framework is built with consumer behavior-decision making concept and acculturation as its main indicator. The findings of this research are the difference of decision making pattern in terms of consuming healthcare services by high, medium, and low acculturated Indonesian Chinese people.

Key Words : Indonesian Chinese, Acculturation, Consumer Behavior, Decision making Process, Healthcare Service.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

HALAMAN PENGESAHAN

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS

KATA PENGANTAR

LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

ABSTRAK

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BAB I	PENDAHULUAN	Halaman
	1.1. Latar Belakang.....	1
	1.2. Rumusan Masalah.....	8
	1.3. Tujuan Penelitian.....	10
	1.4. Signifikansi Penelitian.....	10
	1.4.1. Signifikansi Akademis.....	10
	1.4.2. Signifikansi Praktis.....	11
	1.5. Sistematika Penulisan.....	11
BAB II	KERANGKA KONSEPTUAL	
	2.1. Perilaku Konsumen – Proses Pengambilan Keputusan	14
	2.1.1. Pengenalan Masalah.....	17
	2.1.2. Pencarian Informasi.....	19
	2.1.3. Evaluasi Alternatif.....	22
	2.1.4. Pembelian.....	23
	2.1.5. Evaluasi Pascapembelian.....	24
	2.1.6. Pengaruh Individu.....	27

2.1.7. Pengaruh Lingkungan.....	27
2.1.7.1. Budaya.....	27
2.1.7.2. Kelas Sosial.....	30
2.1.7.3. Grup Referen.....	31
2.2. Komunikasi WoM.....	36
2.2.1. Definisi.....	36
2.2.2. Lingkup dan Signifikansi.....	37
2.2.3. Proses.....	40
2.2.4. Kondisi.....	42
2.2.5. Motif.....	43
2.2.6. WoM dan Perilaku Konsumen.....	44
2.2.6.1. WoM dalam Prapembelian.....	45
2.2.6.2. WoM dalam Pascapembelian.....	45
2.3. Akulturasi Budaya.....	46
2.3.1. Akulturasi Budaya dan Perilaku Konsumen.....	51
2.4. Konsep Produk Jasa.....	55
2.4.1. Konsep Produk.....	55
2.4.2. Konsep Jasa.....	55
2.4.3. Konsep Kualitas Jasa.....	58
2.5. Konsep Jasa Kesehatan.....	59
2.5.1. Supernatural/Magico/Religius.....	61
2.5.1.1. Pengertian.....	61
2.5.1.2. Penyebab Sakit.....	61
2.5.1.3. Solusi Kesehatan.....	63
2.5.2. Tradisi Holistik.....	63
2.5.2.1. Pengertian.....	63
2.5.2.2. Penyebab Sakit.....	64
2.5.2.3. Solusi Kesehatan.....	64
2.5.3. Tradisi Sainifik/Biomedikal.....	66
2.5.3.1. Pengertian.....	66

2.5.3.2. Penyebab Sakit.....	67
2.5.3.3. Solusi Kesehatan.....	67
2.6. Bagan Konsep Penelitian.....	68

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Pendekatan Penelitian.....	70
3.2. Strategi Penelitian.....	71
3.3. <i>Unit of Reponse</i>	72
3.4. Teknik Pengumpulan Data.....	72
3.5. Kriteria Kualitas Penelitian.....	74
3.6. Pemilihan Sumber Data.....	78
3.7. Teknik Analisis Data.....	80
3.8. Keterbatasan Penelitian.....	82

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN ANALISA HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Etnis Tionghoa Kota Pontianak....	84
4.2. Gambaran Umum Instansi Jasa Kesehatan Di Kota Pontianak.....	88
4.2.1. Jasa Kesehatan Biomedikal di Kota Pontianak.	88
4.2.1.1. Rumah Sakit Milik Pemerintah.....	89
4.2.1.2. Rumah Sakit Milik Militer.....	90
4.2.1.3. Rumah Sakit Milik Yayasan Keagamaan/Kemanusiaan.....	90
4.2.1.4. Rumah Sakit Swasta Milik Dokter....	91
4.2.1.5. Rumah Sakit Swasta Milik Perusahaan (<i>ProfitOriented</i>).....	91
4.2.1.6. Rumah Sakit Milik Badan Usaha Milik Negara.....	92
4.2.2. Jasa Kesehatan Holistik dan Supernatural Budaya Cina di Kota Pontianak.....	92

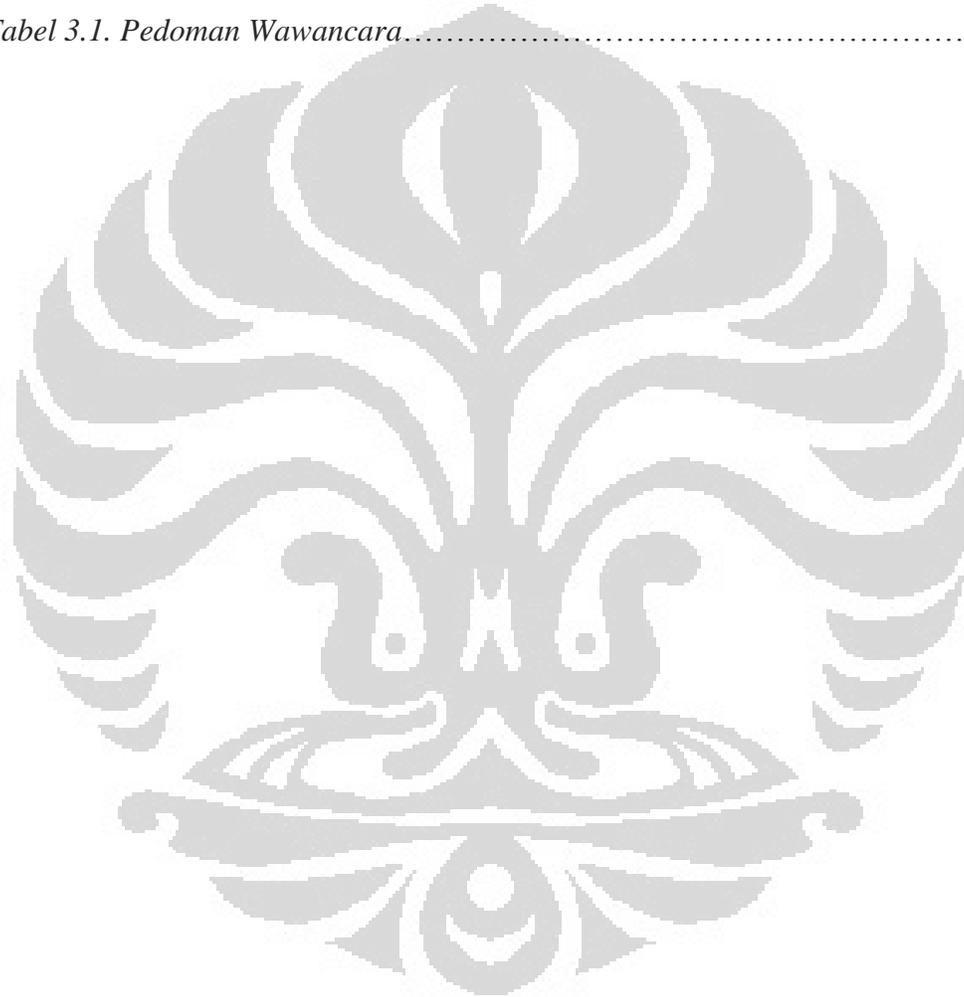
4.3.	Profil Informan dan Narasumber.....	94
4.3.1.	Profil Informan.....	94
4.3.2.	Profil Narasumber.....	97
4.4.	Klasifikasi Tipe Akulturasi Informan.....	98
4.5.	Analisa Proses Pengambilan Keputusan Pembelian	
	Jasa Kesehatan.....	104
4.5.1.	<i>Routine Response Behavior</i>	104
4.5.2.	<i>Limited Problem Solving</i>	106
4.5.3.	<i>Extensive Problem Solving</i>	114
BAB V	KESIMPULAN PENELITIAN	
5.1.	Kesimpulan.....	139
5.1.1.	Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe	
	Akulturasi Rendah.....	140
5.1.2.	Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Medium dan	
	Tinggi.....	144
5.2.	Implikasi Teoritis.....	147
5.3.	Implikasi Praktis.....	148
5.4.	Rekomendasi Penelitian.....	149
5.4.1.	Rekomendasi Akademis.....	149
5.4.2.	Rekomendasi Praktis.....	150

DAFTAR GAMBAR

<i>Gambar 2.1. Bagan Pengambilan Keputusan Konsumen.....</i>	15
<i>Gambar 2.2. Kontinuum Perilaku Pengambilan Keputusan.....</i>	16
<i>Gambar 2.3. Pengenalan Masalah : Perubahan Posisi Aktual atau Ideal.....</i>	19
<i>Gambar 2.4. Pola Nilai, Norma, Sanksi dan Konsumsi Budaya.....</i>	30
<i>Gambar 2.5. Konsumen Menurut Opinion Leadership dan Information Seeking...</i>	41
<i>Gambar 2.6. Bagan Konsep Perilaku Konsumen Etnis Tionghoa Kota Pontianak dalam Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan.....</i>	69
<i>Gambar 4.1. Routine Response Behavior pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak...</i>	106
<i>Gambar 4.2. Limited Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Rendah.....</i>	112
<i>Gambar 4.3. Limited Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Medium.....</i>	113
<i>Gambar 4.4. Limited Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Tinggi.....</i>	114
<i>Gambar 4.5. Extensive Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Rendah.....</i>	137
<i>Gambar 4.6. Extensive Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Medium dan Tinggi.....</i>	138

DAFTAR TABEL

<i>Tabel 1.1. Referensi Penelitian</i>	13
<i>Tabel 2.1. Perbandingan Limited Problem Solving dan Extensive Problem Solving</i>	17
<i>Tabel 2.2. Perbedaan Prepurchase Search dan Ongoing Search</i>	21
<i>Tabel 2.3. Skala Akulturasi</i>	49
<i>Tabel 3.1. Pedoman Wawancara</i>	83



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Para imigran asal China, atau yang lebih akrab di telinga orang Indonesia dengan sebutan ‘Tionghoa’ tanpa disadari telah menjadi suatu bagian yang tak terelakkan dalam sejarah Indonesia. Masih kental di ingatan kita tokoh-tokoh yang terkenal dalam sejarah, sebut saja Tjong A Fie, Soe Hok Gie, pengusaha besar Lim Sioe Liong dan Ciputra, olahragawan Lim Swie King, Susi Susanti, Rudi Hartono, hingga politisi seperti Kwik Kian Gie dan Marie Elka Pangestu. Mereka bersama warga Tionghoa lainnya memegang perannya masing-masing sebagai salah satu pilar bangsa.

Pembicaraan mengenai Indonesia dan etnis Tionghoa memang tidak dapat dipisahkan dari masa kelam. Dalam catatan sejarah, seringkali ditemukan diskriminasi berunsur rasial yang ditujukan pada warga Tionghoa. Contohnya saja, kekerasan anti-Komunis yang menyelubungi kudeta 30 September 1965, disulap menjadi gerakan anti-Tionghoa hingga akhir 1966. Orang Tionghoa diusir dari berbagai daerah di Aceh, Sumatra Utara, dan daerah pedesaan Kalimantan Barat.

Sama halnya dengan budaya Tionghoa : isu budaya Cina asli yang melanda kaum totok dan peranakan pada hingga jaman Orde Lama, berubah menjadi asimilasi ‘paksa’ pada era Orde Baru. Sekolah Tionghoa ditutup, semua anak harus pindah ke pengajaran yang disampaikan dalam bahasa Indonesia, Koran berbahasa Tionghoa dilarang. Menampilkan huruf Tionghoa di tempat umum, bahkan di kelenteng, sangat dibatasi. Bahan cetakan dalam bahasa Tionghoa umumnya tidak bisa diimpor. Orang Tionghoa wajib memiliki nama yang terdengar Indonesia, tidak lagi nama Tionghoa (Suhandinata, 2009 : 141 – 148).

Proses asimilasi dengan cara menghilangkan identitas budaya Tionghoa tersebut menjadi salah satu alasan utama munculnya perbedaan tingkat akulturasi warga Tionghoa yang tersebar di berbagai kota di Indonesia. Dimulai sejak era reformasi, semenjak dihapuskannya berbagai peraturan-peraturan yang dianggap mendiskriminasi warga Tionghoa, Indonesia kerap kali dimeriahkan oleh berbagai festival budaya Tionghoa di beberapa kota seperti Pontianak, Singkawang, dan Medan. Di kota-kota tersebutlah masih sering kita saksikan uniknya tradisi *U-Shi* (mandi sungai), *Ceng Beng* (sembayang kubur), *Kwee Ni* (Tahun Baru Imlek), hingga *Cap Go Meh* (penutupan perayaan tahun baru Imlek) beserta atribut budaya khas Tionghoa seperti *tatung*, *lauya*, *liong*, *barongsai*, dan lainnya.

Di kota-kota tersebut juga masih terdengar bahasa daerah Tionghoa fasih berbicara bahasa *Teociu*, *Khek*, atau *Hokkian* yang tidak lagi berkicau di daerah lainnya bahkan tidak jarang bahasa ibu tersebut lebih mereka kuasai daripada bahasa Indonesia.

Adanya perbedaan perkembangan budaya Tionghoa di Indonesia diakui oleh sejarawan Ong Hokham dalam bukunya *The Chinese of West Kalimantan*, yang menilai bahwa di seluruh kepulauan Indonesia, orang Tionghoa Kalimantan Barat merupakan satu-satunya imigran Tionghoa yang untuk berpuluh-puluh tahun, bebas membentuk lembaga-lembaga sosial, politik, dan budaya mereka sendiri, juga lembaga lainnya. Tionghoa Kalimantan Barat relatif bebas dari segala pengaruh luar, seperti dari negara kolonial yang kuat dengan kebijakan-kebijakan sentralistisnya (*via* Heidhues, 2002).

Sebagian dari orang Tionghoa Indonesia, yang merupakan warga keturunan imigran asal Cina bagian Selatan, telah berasimilasi dengan baik dengan budaya tuan rumahnya, budaya Indonesia. Mereka telah menguasai bahasa Indonesia (bahkan bahasa daerah masing-masing) dan menerapkan norma dan kepercayaan khas Indonesia. Akan tetapi, tingkat perkembangan budaya Tionghoa yang berbeda di

beberapa tempat lain, melukiskan adanya perbedaan tingkat akulturasi etnis Tionghoa Indonesia.

Perbedaan tingkat akulturasi tersebut tentulah merupakan fenomena unik sekaligus tantangan bagi para pemasar. Pertama, budaya merupakan pengaruh lingkungan yang paling luas dalam perilaku konsumen (Hawkins, 2001). Kedua, perbedaan tingkat akulturasi budaya akan berbuah pada perilaku konsumen yang berbeda-beda. Beberapa penelitian tentang akulturasi budaya dalam level kelompok memang mencatat bahwa imigran proses asimilasi budaya lazim terjadi. Sedikit demi sedikit budaya asal mulai pudar, dan mulai bercampur dengan budaya baru. Namun penelitian baru-baru ini menekankan adanya kompleksitas dan multidimensi dari proses akulturasi.

Cherrier, dkk (2009) memberi contoh dalam penelitian Penelozza tahun 1989 mengenai imigran Meksiko di Amerika mengungkap mengenai negosiasi perilaku budaya, sehingga banyak muncul aspek campuran dalam budaya, yang malah menimbulkan kebiasaan baru.

Penelitian oleh Quester, dkk (2000) dalam penelitiannya yang bertujuan untuk membandingkan aspek pengambilan keputusan oleh konsumen beretnis Cina di Australia dengan tingkat akulturasi tinggi, medium, dan rendah. Hasil penelitian Quester mencatat bahwa konsumen beretnis Cina yang berakulturasi tinggi memiliki pemilihan produk yang berbeda dengan mereka yang berakulturasi medium, ataupun rendah.

Penelitian tersebut juga mencoba mengkorelasikan tingkat akulturasi etnis Cina di Australia dengan beberapa indikator perilaku pembelian seperti keinginan untuk memiliki barang berkualitas, harga berkorelasi dengan kualitas, dan loyalitas *brand*. Hasil riset tersebut menyatakan bahwa individu/kelompok yang mengalami akulturasi, tidak dapat diperlakukan oleh pemasar hanya melalui pendekatan budaya dan perilaku konsumen daerah asal (Tionghoa) ataupun budaya daerah saat ini

(Australia) saja. Perilaku konsumen akulturasi merupakan perilaku konsumen yang unik dan berbeda tergantung tingkat akulturasinya.

Penelitian yang dilakukan oleh Tian dan Wang (2010) juga menunjukkan bahwa imigran Tiongkok di Amerika yang memiliki akulturasi tinggi lebih memilih untuk mengonsumsi makanan khas China (*Chinese food*). Fenomena serupa juga dapat kita temukan di beberapa tempat di Indonesia, seperti tersebarinya makanan khas China di daerah Jakarta Utara, yang *notabene* merupakan daerah domisili etnis Tionghoa. Sama halnya *Chinese food* yang banyak dijual di Pontianak, Medan, Singkawang, Surabaya, yang merupakan kota dengan populasi etnis Tionghoa yang menonjol dibanding kota lainnya.

Penelitian Tian dan Wang tersebut juga diamini oleh Solomon (2009) yang menyatakan bahwa kecenderungan pemasaran di Amerika yang menekankan ‘daerah asal’ makanan mereka semata untuk menarik perhatian konsumen. Hal ini disebutnya sebagai *ethnoconsumerism*, yakni kecenderungan untuk memilih produk atau orang dari budaya sendiri dibanding budaya lain. Konsumen etnosentris cenderung merasa bersalah saat membeli produk yang dibuat di negara lain, terlebih karena mereka merasa memiliki efek negatif terhadap ekonomi domestik mereka.

Solomon (2009) mencoba menerjemahkan pola konsumsi tersebut dengan *progressive learning model*, model yang diharapkan dapat membantu peneliti memahami proses akulturasi. Asumsi dalam model ini adalah seseorang secara bertahap mempelajari budaya baru seiring bertambahnya komunikasi. Harapannya bahwa jika seseorang berada dalam proses akulturasi, akan muncul praktik dari budaya asal dan budaya baru tempat mereka tinggal. Umumnya model ini dipakai dalam penelitian yang menguji faktor seperti orientasi belanja dan loyalitas brand. Namun ketika para peneliti menggunakan model tersebut sebagai identifikasi intensitas etnis, peneliti menemukan bahwa pelanggan yang memiliki identifikasi etnis yang kuat, memiliki perbedaan dengan pelanggan yang berasimilasi dengan baik dalam hal berikut:

- Memiliki perilaku negatif terhadap bisnis (dapat dikarenakan oleh frustrasi dari minimnya pendapatan),
- Merupakan pengguna media dengan bahasa asal,
- Memiliki loyalitas brand yang tinggi,
- Memilih brand yang prestis,
- Membeli brand spesifik diiklankan dengan etnis grup mereka.

Pola konsumsi tersebut juga disinyalir serupa dalam pemilihan solusi jasa kesehatan oleh warga Tionghoa Indonesia. Seperti yang diungkapkan oleh Samovar, dkk (2010) bahwa kepercayaan akan jasa kesehatan berbeda-beda menurut budayanya di seluruh dunia, budaya Tionghoa yang kental dan kepercayaannya akan pengobatan tradisionalnya yang khas masih melekat dalam benak.

Tidak bisa dipungkiri bahwa di tengah perkembangan cepat globalisasi ekonomi, kemajuan ilmu pengetahuan, dan teknologi kedokteran modern, pamor pengobatan tradisional Cina di Indonesia hingga saat ini masih mengundang decak kagum. Bahkan tidak sedikit masyarakat Indonesia, menuntut ilmu pengobatan di negeri Tiongkok. Salah satu pakar pengobatan tradisional dan akupuntur Indonesia yang terkenal adalah Prof. H. M. Hembing Wijayakusuma (1940 – 2011), seorang warga keturunan Tionghoa, yang berandil besar dalam mempopulerkan ilmu tersebut pada masyarakat Indonesia melalui program acaranya ‘Hidup Sehat a la Hembing’ di era 1990-an.

Namun sayangnya, pokok permasalahan obat tradisional terletak pada minimnya standarisasi mutu dan manfaat obat-obatan tradisional. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI (Kepmenkes) No. 661 tahun 1994, pemerintah menegaskan perlunya pemenuhan persyaratan keamanan, kemanfaatan dan mutu terhadap obat tradisional.

Isyu standarisasi tersebut memancing rasa takut masyarakat. Pemenuhan solusi kesehatan yang tidak dapat disatukan oleh. Oleh karena itu, tidak adanya

jaminan standarisasi pada obat tradisional sepatutnya menimbulkan penolakan mereka terhadap pengobatan tradisional.

Namun pada penerapannya, meskipun Indonesia telah dibanjiri dengan berbagai teknologi kesehatan tercanggih dan isu standarisasi, pengobatan tradisional Cina di Indonesia yang telah mengalami berbagai perubahan dan perkembangan selama berabad-abad ternyata masih memiliki eksistensi yang kuat. Toko-toko obat Cina dan praktik-praktik *sinshe* (tabib Cina) tak pernah sepi pengunjung, terapi akupuntur kini semakin dikenal orang. Kenyataan ini tentu menimbulkan pertanyaan, yaitu mengapa ilmu pengobatan tradisional Cina dapat tetap bertahan hingga sekarang (Tanoto, 1995 : 4).

Timbul berbagai pertanyaan mengenai preferensi pemilihan konsumen, yang mayoritasnya adalah etnis Tionghoa, terhadap pengobatan tradisional. Murah, cocok, pelayanan baik, dan rendahnya kepercayaan terhadap pengobatan modern, adalah beberapa alasan yang disampaikan (Santoso, 2003 : 239). Adapun motivasi lainnya adalah familiaritas budaya konsumen dengan pengobatan tradisional Cina (Tanoto, 1995 : 45).

Berbagai tanggapan kelompok mengenai minimnya efek samping dan khasiatnya yang lebih manjur, memang belum terbukti secara klinis. Di satu sisi, faktor familiaritas konsumen dengan pengobatan tradisional *a la* kampung halamannya tidak dapat diabaikan. Mengingat sejarah budaya Tionghoa di Indonesia yang sempat diredam perkembangannya, familiaritas etnis Tionghoa terhadap budayanya, termasuk budaya pengobatan, menjadi hal yang kontradiktif. Memang etnis Tionghoa Indonesia dikenal sebagai etnis yang memiliki intensitas komunikasi yang sangat eksklusif dengan sesamanya, seperti yang dipaparkan ahli budaya Tionghoa, Justian Suhandinata dalam bukunya yang berjudul *WNI Keturunan Tionghoa dalam Stabilitas Ekonomi dan Politik Indonesia* (2009) sebagai berikut :

“Kadang lingkungan tempat tinggal didominasi oleh warga Tionghoa-sudah pasti orang Indonesia tidak akan ditemukan tinggal di rumah toko dan orang Tionghoa biasanya bukan warga desa; biasanya mereka juga bukan penghuni

daerah kumuh perkotaan. Beberapa pembangunan perumahan baru di sekitar Jakarta hampir secara eksklusif penghuninya adalah warga Tionghoa. Anak-anak warga Tionghoa umumnya bersekolah di sekolah swasta, dan orang tuanya masih menerapkan otoritas besar atas pendidikan anak-anak mereka.” (Suhandinata, 2009 : 146)

Pola komunikasi intra-etnis dengan frekuensi yang tinggi dapat berakibat pada pola pikir, kebiasaan, hingga perilaku konsumen yang serupa. Pola komunikasi yang tinggi tersebut secara tidak langsung membentuk sebuah kelompok sosial yang dinamakan grup referen. Grup tersebut menjadi grup referen ketika individu tersebut mengambil dengan sadar ataupun tidak, segala nilai, sikap, atau perilaku dari anggota grup lainnya (*aspire group*). Grup referen juga dapat menjadi negatif (*dissasosiative group*), jika individu tersebut menolak untuk mengikuti nilai dan perilaku dari anggota grup lainnya (Hawkins, 2001).

Lebih lanjut, Solomon (2009) menulis tentang kekuatan yang dimiliki oleh grup referen. Kekuatan yang disebut *social power* atau kekuatan sosial tersebut adalah kapasitas untuk mengubah aksi orang lain. Pada tingkat dimana orang dapat membuat orang lain melakukan sesuatu, baik secara sukarela ataupun tidak, orang tersebut memiliki kekuatan di atas orang lain.

Sementara itu, pemilihan masyarakat terhadap jasa kesehatan sangatlah tergantung pada berita mulut ke mulut (*Word of Mouth* disingkat WoM) yang disebarkan oleh grup referen. Hal tersebut diungkapkan oleh Toni Brayer, MD, salah seorang pengamat dan praktisi kesehatan asal Amerika, menulis mengenai kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai dunia kedokteran, menyebabkan pemilihan masyarakat terhadap jasa kesehatan sangat tergantung pada WoM. Rating majalah maupun segala upaya promosi yang mengagungkan teknologi tidak selalu menjadi pilihan pertama di hati konsumen.

Tidak hanya dalam jasa kesehatan, peran WoM dalam perilaku konsumen telah lama menjadi salah satu penggerak utama keputusan pembelian konsumen. Penelitian oleh Katz & Lazarsfeld menyimpulkan bahwa WoM dua kali lipat lebih

efektif dibanding *personal selling*, bahkan tujuh kali lipat lebih efektif daripada koran dan majalah (*via* Schoefer, 1998 : 19). Pengaruh dari WoM semakin terasa dengan munculnya internet dan situs jejaring sosial, yang semakin memudahkan penyebaran WoM, atau lebih dikenal dengan istilah komunikasi *electronic word-of-mouth* (eWoM).

Terutama dalam sektor jasa, komunikasi WoM memiliki peran penting. Karakteristik produk jasa seperti: abstrak, produksi-konsumsi yang berlangsung bersamaan, cepat musnah, heterogen, dan perlunya partisipasi konsumen, berujung pada fakta bahwa produsen tidak dapat mempresentasikan produk sebelum terjadi pembelian.

Oleh karena itulah, produk jasa sangat tergantung pada faktor pengalaman dan kepercayaan yang hanya bisa dirasakan konsumen setelah pembelian dan konsumsi. Sebagai dampaknya, konsumen produk jasa sangat tergantung pada sejumlah komunikasi personal dan pertukaran pengalaman dengan konsumen lain.

Komunikasi dan pertukaran pengalaman oleh konsumen menunjukkan bahwa pemilihan produk dipengaruhi oleh pengaruh eksternal / lingkungan konsumen, seperti budaya, kelas sosial, dan grup referen. Budaya merupakan pengaruh lingkungan terluas dalam perilaku konsumen, kondisi sosial ekonomi konsumen berujung pada pembentukan kelas sosial konsumen, sedangkan grup referen memiliki peran utama terhadap pembentukan nilai, sikap, dan perilaku (Schoefer, 1998).

Maka wajarlah bila perilaku konsumen dalam lingkup tertentu, terutama kelompok sosial yang memiliki intensitas tinggi dengan konsumen, seperti keluarga, teman dekat, dan rekan kerja memiliki peran besar terhadap pemilihan produk konsumen.

1.2. Rumusan Masalah

Warga Tionghoa di Indonesia yang merupakan warga keturunan imigran asal Cina bagian Selatan, seperti layaknya imigran lainnya, mengalami bentrokan budaya

asal (budaya Cina) dan tuan rumah (budaya Indonesia), yang berujung pada proses pencampuran budaya / akulturasi antara kedua budaya tersebut.

Sementara itu, budaya merupakan pengaruh lingkungan terluas dalam perilaku konsumen. Hal ini berujung pada perilaku konsumen yang didasari oleh akulturasi budaya akan berbeda dengan perilaku konsumen daerah asal, maupun perilaku konsumen daerah tuan rumah. Bahkan ditatanan individu, proses akulturasi tidaklah sama satu dengan lainnya. Quester, dkk (2000) mencatat bahwa konsumen beretnis Cina yang berakulturasi tinggi memiliki pemilihan produk, hingga pola konsumsi yang berbeda dengan mereka yang berakulturasi medium, ataupun rendah.

Perilaku konsumen sendiri, menurut Solomon (2009) dibagi atas tiga menurut kompleksitasnya, dibagi atas tiga, yakni *routine reponse behavior*, *limited problem solving*, dan *extensive problem solving*. Ketiga kompleksitas tersebut sangat erat koneksinya dengan pengaruh eksternal (budaya, grup referen, kelas sosial, dan lainnya), dan pengaruh internal (kondisi psikologis, demografis, dan lainnya).

Salah satu pola konsumsi yang menjadi sorotan adalah konsumsi jasa kesehatan. Meskipun masyarakat saat ini dihadapkan dengan kemajuan pesat bidang teknologi kedokteran, praktik pengobatan tradisional asal Cina, masih terus berkembang di Indonesia. Samovar, dkk (2010) mencatat bahwa paradigma pengobatan yang berbeda, bahkan berseberangan satu sama lainnya, akan berpengaruh terhadap pemilihan jasa kesehatan.

Dengan mengambil warga Tionghoa Kota Pontianak sebagai contoh studi kasus, penulis tertarik untuk mengkaji lebih jauh mengenai perilaku konsumen etnis Tionghoa. Permasalahan penelitian kemudian dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana perilaku konsumen etnis Tionghoa Kota Pontianak dalam pengambilan keputusan pembelian jasa kesehatan?
2. Alasan apa sajakah yang mendorong pengambilan keputusan pembelian etnis Tionghoa Kota Pontianak terhadap jasa kesehatan?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti merumuskan dua tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku pengambilan keputusan etnis Tionghoa Kota Pontianak terhadap jasa kesehatan.

1.4. Signifikansi Penelitian

Signifikansi penelitian ini terdiri dari dua bagian, yaitu signifikansi akademis dan signifikansi praktis.

1.4.1. Signifikansi Akademis

Beberapa penelitian mengenai perilaku konsumen etnis Tionghoa pernah dilakukan oleh akademisi baik di dalam dan di luar negeri. Di Amerika Serikat, perilaku konsumen etnis Cina pernah diteliti oleh Yujie Wei dan Salil Talpade (University of West Georgia) dalam penelitian yang berjudul *Materialism of Mature Consumers in China and USA : A Cross-Cultural Study* (2007). Wei dan Talpade mengkomparasi perilaku materialistis masyarakat Tionghoa dan Amerika Serikat yang ditunjukkan dalam pemilihan jasa kesehatan.

Pascale Quester, dan rekan-rekannya yang berasal dari Adelaide University pada tahun 2000 pernah membahas mengenai tingkat akulturasi etnis Cina di Australia dan hubungannya dalam pemilihan produk automotif. Dalam penelitian ini memang didapatkan perbedaan pembelian produk oleh konsumen Cina yang berbeda tingkat akulturasinya.

Beberapa penelitian yang menggunakan warga Tionghoa Indonesia sebagai subjek penelitian pernah dilakukan oleh akademisi Universitas Indonesia. Chandra Kirana pada tahun 2003 merumuskan gaya komunikasi etnis Tionghoa Jakarta, baik dalam komunikasi intra-etnis, maupun juga antaretnis.

Penelitian Johannes Ori Basworo pada tahun 2006 menemukan adanya strategi komunikasi perusahaan dengan tampilan fisik, kegiatan sosialisasi, pemilihan media, pemilihan kata-kata dalam media promosi, hingga hadiah disesuaikan dengan perilaku etnis Tionghoa.

Hasil penelitian mengenai perilaku konsumen etnis Tionghoa yang diperoleh diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu referensi tinjauan dan kontribusi yang positif dalam perkembangan ilmu pemasaran jasa, khususnya yang membahas mengenai perilaku etnis tertentu sebagai subjek penelitian.

1.4.2. Signifikansi Praktis

Penulis berharap dengan hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat memberikan masukan serta sumbangan bagi praktisi pemasar produk kesehatan, dan/atau praktisi yang memiliki target pasar etnis Tionghoa, khususnya di bidang jasa kesehatan. Diharapkan hasil penelitian dapat membantu menangkap nilai dan perilaku konsumen guna memenuhi keinginan dan kebutuhan para konsumen etnis Tionghoa dalam memulai pendekatan pasar.

1.5. Sistematika Penulisan

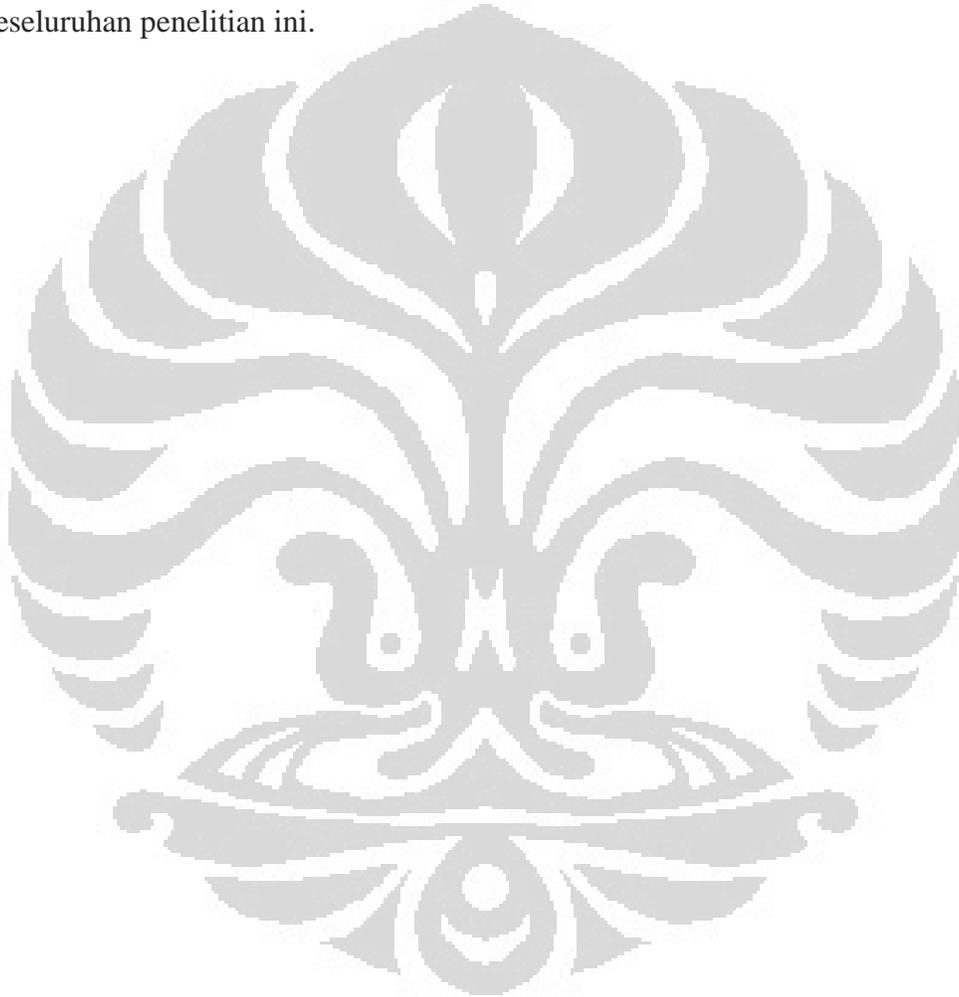
Bab satu menjadi bab pendahuluan penelitian. Pada bab satu, penulis membahas mengenai latar belakang penelitian, rumusan permasalahan, yang kemudian dirumuskan dalam tujuan penelitian. Penulis melengkapi bab satu dengan signifikansi penelitian dan sistematika penulisan.

Bab dua merupakan kerangka konseptual yang dibentuk dari teori dan pemikiran relevan yang dapat mendukung opini penulis. Bab dua diawali dengan rangkuman teori proses pengambilan keputusan, *word-of-mouth*, dan perilaku konsumen dalam akulturasi budaya.

Dalam bab tiga ditemukan pendekatan penelitian, strategi penelitian, *unit of response*, teknik pengumpulan data, kriteria kualitas penelitian, pemilihan sumber data, teknik analisis data, dan keterbatasan penelitian.

Bab empat mengupas jawaban atas pertanyaan penelitian dalam uraian mengenai hasil analisis data.

Bab lima melingkupi kesimpulan diskusi, implementasi, dan rekomendasi dari keseluruhan penelitian ini.



Tabel 1.1. Referensi Penelitian

Peneliti	Judul / Universitas	Teori	Metodologi	Hasil
Pascale Quester, dkk (2000)	<i>Acculturation and Consumer Behaviour: The Case of Chinese Australian Consumers / Adelaide University</i>	Akulturasasi (Lee, Smith, Hirschman, Valencia)	Kuantitatif	Adanya perbedaan antara konsumen Cina di Australia yang bertingkat akulturasasi rendah, medium, dan tinggi dalam pengambilan keputusan pembelian.
Chandra Kirana (2003)	Perilaku Komunikasi pada Kelompok Etnis Tionghoa (Studi mengenai <i>Self-disclosure</i> pada Kalangan Etnis Tionghoa di Jakarta) / UI	Komunikasi Antarpribadi, Komunikasi Antarbudaya, <i>Self-disclosure</i>	Kualitatif	Identitas etnisitas ditentukan oleh asal usul kelahiran, tradisi, <i>labeling</i> , dan peraturan hukum. Interaksi komunikasi Tionghoa di Jakarta tidak terbatas pada intra-etnis, namun juga antar etnis. Mayoritas gaya komunikasi yang identik dengan Tionghoa telah berubah menjadi <i>personal style</i> .
Johannes Ori Basworo (2005)	Komunikasi Antar Etnik dalam Perbankan (Studi Kasus : Divisi <i>Marketing Communication</i> Jakarta II <i>Consumer Sales Area</i> Bank Niaga) / UI	Komunikasi Pemasaran, Komunikasi Antarbudaya, 7P Marketing Mix	Kualitatif	Strategi komunikasi perusahaan dengan tampilan fisik, kegiatan sosialisasi, pemilihan media, pemilihan kata-kata dalam media promosi, hingga hadiah yang disesuaikan dengan etnis Tionghoa terbukti efektif
Yujie Wei & Salil Talpade (2007)	<i>Materialism of Mature Consumers in China and USA : A Cross-Cultural Study / University of West Georgia</i>	<i>Consumer behavior of subcultures, Materialism, Cross-cultural consumer behavior</i>	Kuantitatif	Adanya perbedaan pemilihan rumah sakit dalam tingkat materialisme, budaya, umur, hingga jenis kelamin yang berbeda

BAB II

KERANGKA KONSEPTUAL

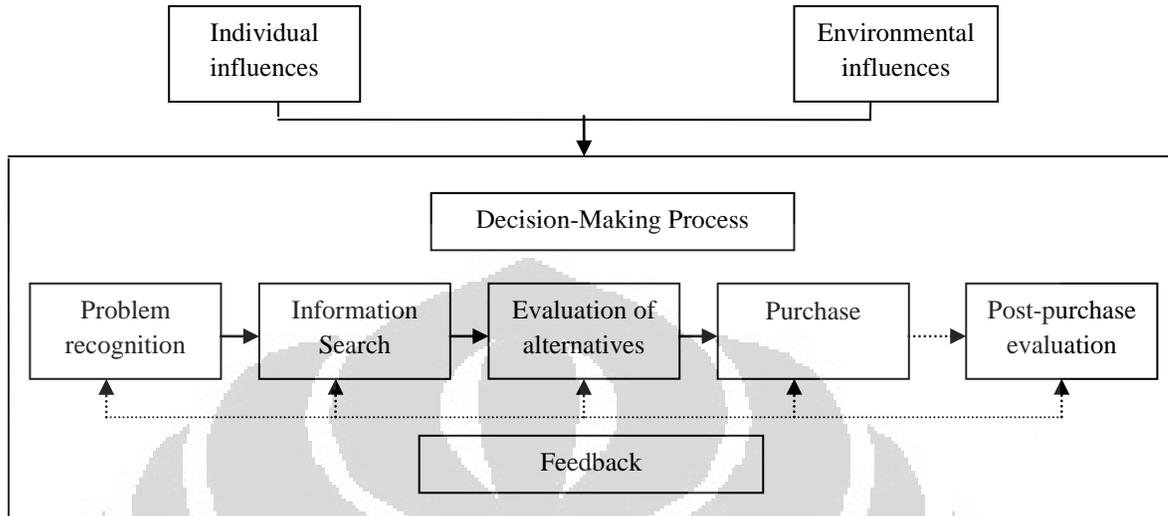
2.1. Perilaku Konsumen – Proses Pengambilan Keputusan Konsumen

Perilaku konsumen didefinisikan Engel dkk (1993) sebagai ‘aktivitas yang secara langsung terlibat dalam proses mendapatkan, mengkonsumsi produk dan jasa, termasuk di dalamnya proses pengambilan keputusan sebelum dan setelah aktivitas tersebut. Oleh karenanya, dalam konteks ilmu pemasaran, istilah ‘perilaku konsumen’ mengacu tidak hanya pada aksi pembelian, tetapi juga pada aktivitas pra dan pasca pembelian.

Aktivitas pra pembelian mencakup kesadaran yang bertumbuh mengenai keinginan atau kebutuhan dan pencarian serta evaluasi dari informasi mengenai produk dan *brand* yang dianggap memuaskan. Aktivitas pasca pembelian melingkupi evaluasi dari produk yang digunakan maupun cara yang dilakukan konsumen untuk mengurangi perasaan keingintahuan dalam pembelian produk mahal dan produk yang jarang dibeli. Kesemuanya memiliki implikasi dalam pembelian serta pembelian ulang.

Pemahaman baik mengenai perilaku konsumen dan aktivitas pemasaran yang mempengaruhi perilaku tersebut tergantung pada pengetahuan mengenai cara-cara konsumen membentuk keputusan. Beberapa penelitian dan model pengambilan keputusan konsumen telah banyak dilakukan, namun pendekatan oleh Dibb dkk (*via* Schoefer, 1998) dirasa cocok dengan pembahasan di Bab II ini.

Gambar 2.1. Bagan Pengambilan Keputusan Konsumen

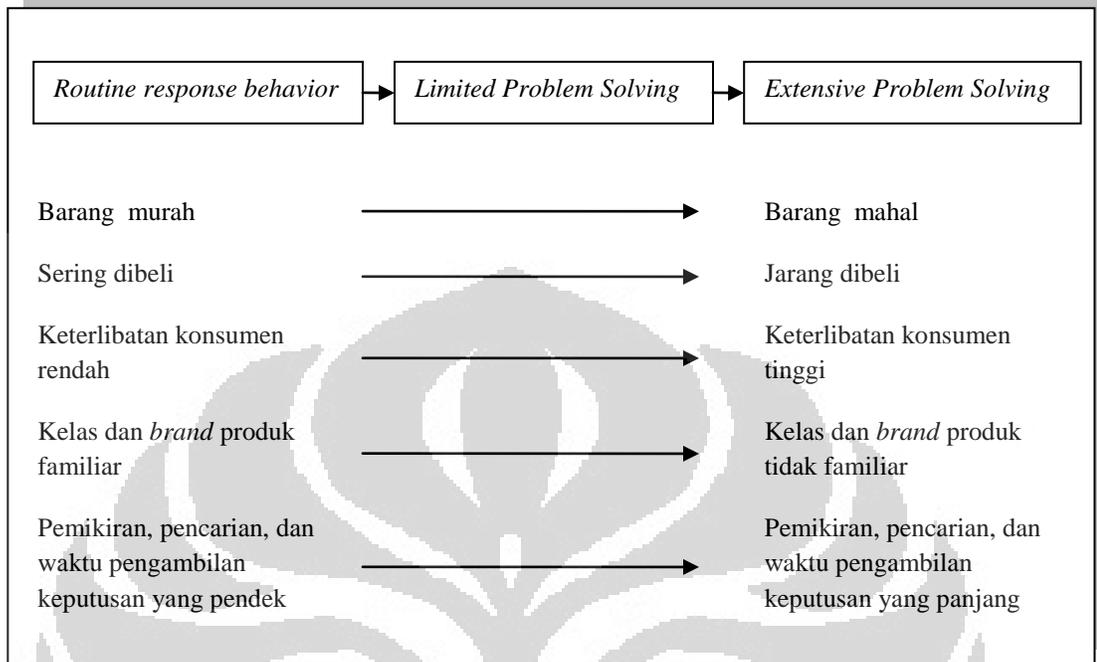


Sumber : Dibb, dkk via Schoefer, 1998 : 7

Bagan di atas membagi pengambilan keputusan dibagi dalam tiga bagian besar : (1) proses pengambilan keputusan konsumen (2) determinasi individu dalam perilaku (3) variabel lingkungan yang mempengaruhi perilaku.

Seperti yang telah ditunjukkan gambar 2.1., sebagian besar pembahasan perilaku konsumen adalah tentang proses pengambilan keputusan yang digunakan dalam pembelian. Proses ini, menurut Engel dkk (1993) dibagi dalam lima tahap: (1) pengenalan masalah, (2) pengambilan informasi, (3) evaluasi alternatif, (4) pembelian, (5) evaluasi pasca pembelian. Kekurangan konsep ini adalah kompleksitas tahap, bahwa tidak semua pembelian harus melalui proses pengambilan keputusan komplit seperti bagan di atas. Urutan tahapan yang terjadi, tidak serta merta sama dalam setiap pembelian. Beberapa keputusan mudah diambil, sementara keputusan lain lebih kompleks dan rumit. Keputusan pelanggan kemudian dapat diklasifikasikan dalam tiga kategori : *routine response behavior*, *limited problem solving*, dan *extensive problem solving*.

Gambar 2.2. Kontinuum Perilaku Pengambilan Keputusan



Sumber : Solomon, 2009 : 352

Routine-response behavior terjadi dalam situasi pembelian dimana pelanggan cenderung ingin mencoba-coba. Barang yang termasuk dalam kategori ini beresiko rendah, harga rendah, produk sehari-hari, seperti makanan dan alat rumah tangga. Dalam situasi ini, identifikasi aktual mengenai kebutuhan tidak terlihat secara eksplisit, hanya ada sedikit pencarian informasi dan konsumen tergantung pada *brand loyalty*. Seiring waktu, pembelian ulang menjadi kebiasaan, dengan sedikit atau sama sekali tidak ada evaluasi mengenai keputusan tersebut.

Pembelian dikategorikan sebagai *limited problem solving* bila konsumen jarang membeli produk tersebut dan/atau ketika mereka memerlukan informasi mengenai *brand* yang tidak familiar meskipun produknya familiar. Waktu yang diperlukan untuk mengambil keputusan lumayan lama, sebagian besar untuk pengumpulan informasi dan pertimbangan matang. Contoh produk dengan *limited problem solving* seperti elektronik, furnitur, dan wisata.

Extensive problem solving dilakukan apabila pembelian didasari atas motif penting bagi konsep diri sang pembeli dan keputusan akhir memiliki resiko tinggi. Konsumen tergerak untuk mencari informasi dalam jumlah yang sangat besar dan kemudian melakukan evaluasi pembelian jangka panjang. Pembelian itu sendiri akan memakan waktu relatif lama.

Tabel 2.1. Perbandingan *Limited Problem Solving* dan *Extensive Problem Solving*

	<i>Limited Problem Solving</i>	<i>Extensive Problem Solving</i>
Motivasi	Resiko dan keterlibatan rendah	Resiko dan keterlibatan tinggi
Pencarian Informasi	Pencarian Sedikit	Pencarian banyak
	Informasi diproses secara pasif	Informasi diproses secara aktif
	Keputusan di tempat	Sumber informasi dari berbagai pihak
Evaluasi Alternatif	Kepercayaan yang rendah diterima	Hanya kepercayaan tinggi yang diterima
	Hanya satu kriteria yang digunakan	Banyak kriteria yang dipertimbangkan
	Alternatif yang dimiliki kurang lebih sama	Perbedaan yang signifikan dari berbagai alternative
	Tidak menggunakan strategi kompensasi	Menggunakan strategi kompensasi
Pembelian	Waktu pengambilan keputusan terbatas	Mengunjungi banyak toko sebelum membeli
	Keputusan dapat diambil hanya berdasar <i>display</i> di toko	Komunikasi dengan penjual diinginkan

Sumber : Solomon, 2009 : 353

2.1.1. Pengenalan Masalah

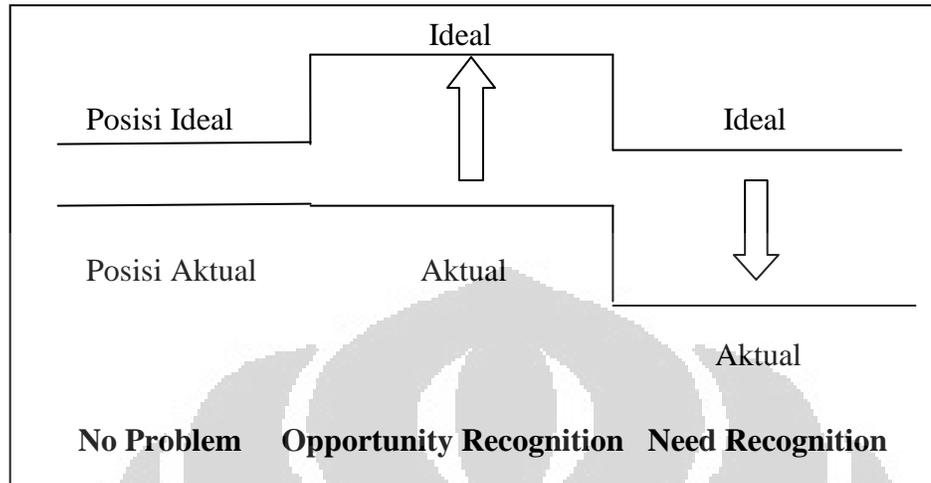
Pengenalan masalah merepresentasikan awal dari proses pengambilan keputusan konsumen. Dalam tahap ini, konsumen merasakan adanya kebutuhan dan termotivasi untuk menyelesaikan masalah yang baru saja

diketahui. Segera setelah masalah diketahui, sisa dari proses pengambilan keputusan adalah untuk mencairitahu secara detail bagaimana cara konsumen memuaskan kebutuhan tersebut.

Pengenalan akan masalah dimulai saat konsumen menyadari akan adanya perbedaan yang signifikan antara kondisi saat ini dan kondisi yang diharapkan. Pada saat itulah, konsumen merasa akan perlu menyelesaikan masalah, baik kecil maupun besar, mudah ataupun rumit. Namun, keberadaan masalah tersebut tidak secara otomatis mengarah pada reaksi tertentu. Reaksi tergantung atas dua faktor : kebutuhan yang disadari penting untuk dipenuhi. Kedua, konsumen harus merasa solusi dari kebutuhan tersebut ada dalam jangkauan pemenuhan mereka. Jika solusi tersebut melampaui sumber ekonomi dan fisik lainnya saat kebutuhan disadari, kemungkinan aksi tidak akan terjadi.

Solomon membagi masalah dalam dua tipe yang berbeda, yang pertama adalah kesadaran akan kebutuhan (*need recognition*), yakni masalah yang muncul saat kondisi saat ini menurun. Kebutuhan muncul dalam beberapa bentuk. Kebutuhan bisa jadi muncul saat kita kehabisan produk, ataupun produk yang dibeli tidak cukup memuaskan, sehingga belum memenuhi kebutuhan. Contohnya lainnya adalah kesehatan, ataupun kehabisan bahan bakar. Masalah yang kedua adalah kesadaran akan kesempatan (*opportunity recognition*), yakni masalah yang mengakibatkan kondisi ideal bertambah, sehingga kondisi saat ini dianggap tidak lagi ideal. Kesempatan muncul pada saat konsumen ditawarkan barang yang berbeda atau dengan kualitas lebih baik.

Gambar 2.3. Pengenalan Masalah : Perubahan Posisi Aktual atau Ideal



Sumber : Solomon, 2009 : 355

Kesadaran kebutuhan dapat dipicu oleh stimuli internal maupun eksternal. Kebutuhan dasar manusia seperti rasa lapar, haus, nafsu bercinta, meningkat dari level biasa hingga akhirnya menjadi kebutuhan. Pemicu tersebut dinamakan stimuli internal. Dalam kasus lainnya, kebutuhan digoda oleh stimulus eksternal seperti iklan. Sebagai tambahan, perubahan kondisi aktual memiliki potensi untuk menimbulkan kebutuhan baru. Sebagai contoh, lahirnya bayi dapat menimbulkan kebutuhan baru, yakni produk bayi, yang sebelumnya tidak dibutuhkan.

2.1.2. Pencarian Informasi

Setelah kebutuhan diketahui, konsumen akan mencari solusi tepat untuk memenuhi kebutuhannya tersebut. Pencarian informasi, tahap selanjutnya dari proses pengambilan keputusan, dapat didefinisikan sebagai aksi yang didorong oleh pengetahuan yang dimiliki (*internal search*) ataupun akuisisi informasi dari lingkungan (*eksternal search*). Sebagai hasil dari pengalaman sebelumnya, kita hidup di dunia konsumsi dimana setiap orang

pasti memiliki pengetahuan mengenai berbagai produk. Ketika konsumen dihadapkan pada keputusan pembelian, ada kemungkinan mereka kembali mencari informasi dari dalam otaknya untuk membantu informasi mengenai berbagai produk alternatif yang berbeda.

Dalam pencarian informasi internal, konsumen mencari informasi produk dari ingatan mereka sebagai pemecahan masalah. Informasi ini didapat dari pengalaman masa lalu mengenai produk, informasi yang telah diserap dari iklan, atau informasi yang dikumpulkan dari rekomendasi WoM.

Jika konsumen tidak mampu mendapatkan informasi yang cukup dari ingatan mereka untuk mengambil keputusan, mereka akan mencari informasi tambahan dari pencarian eksternal. Atau seringkali meskipun konsumen memiliki sangat banyak pengalaman mengenai suatu produk, mereka akan tetap menggabungkan pengalaman tersebut dengan pencarian eksternal. Pencarian informasi eksternal didapatkan dari komunikasi dari teman maupun rekan kerja, perbandingan merk dan harga dari sumber yang tersedia, seperti televisi dan majalah, ataupun sumber publik lainnya.

Setelah konsumen menyadari akan sebuah kebutuhan kemudian mereka akan mencari informasi spesifik (proses yang disebut *prepurchase search* / *purposeful research* atau pencarian prapembelian). Bagaimanapun, kebanyakan dari kita, terutama mereka yang sering berbelanja, seringkali mencari informasi hanya untuk mengisi waktu atau untuk tetap mengikuti tren terbaru pasar. *Shopaholics* tersebut melakukan *ongoing search*.

Prepurchase search, mengacu pada pencarian eksternal yang dilakukan secara sengaja untuk membantu pengambilan keputusan yang akan dilakukan, sementara *ongoing search* mengacu pada akuisisi informasi yang terjadi secara regular tanpa melihat kebutuhan pembelian yang spesifik. Solomon memaparkan perbedaan *prepurchase search* dan *ongoing search* dalam table sebagai berikut :

Tabel 2.2. Perbedaan *Prepurchase Search* dan *Ongoing Search*

	<i>Prepurchase search</i>	<i>Ongoing Search</i>
Ciri-ciri	Berhubungan dengan pembelian	Berhubungan dengan produk
Motif	Memiliki keputusan pembelian yang lebih baik	Memiliki informasi sebanyak yang mungkin berguna di masa depan
		Mendapatkan kesenangan
Hasil	Meningkatkan pengetahuan mengenai produk dan pasar	Meningkatkan pengetahuan produk dan pasar untuk efisiensi kebutuhan di masa depan
	Keputusan pembelian yang lebih baik	Meningkatkan pengetahuan produk dan pasar untuk mempengaruhi orang lain
	Meningkatkan kepuasan terhadap hasil pembelian	Meningkatkan keinginan untuk membeli
		Meningkatkan kepuasan dari pencarian dan hasil lainnya

Sumber : Solomon, 2009 : 356

Kita mungkin mengetahui sebuah produk sebagai hasil dari pembelajaran langsung atau *direct learning*. Dimana dalam kesempatan sebelumnya, konsumen pernah memiliki informasi yang dibutuhkan atau bahkan pernah membeli produk yang dibutuhkan.

Kadangkala konsumen mendapatkan informasi dalam cara yang lebih pasif. Meskipun kebutuhan konsumen sudah jarang sekali mengarah pada satu produk saja, namun seringkali konsumen dibanjiri dengan berbagai iklan, bingkisan menarik, dan promosi penjualan lainnya yang menyebabkan kita mengalami *incidental learning*. Cara pembelajaran itu adalah pembelajaran yang sebenarnya tidak dibutuhkan, namun tanpa disadari telah masuk di luar

kesadaran konsumen. Untuk para pemasar, ini adalah salah satu keuntungan dari periklanan berfrekuensi tinggi dalam dosis rendah, dimana para pemasar membangun dan menjaga kesadaran konsumen akan suatu produk, hingga nantinya produk tersebut akan dibutuhkan.

Jumlah informasi yang didapatkan tergantung dari sifat dari proses keputusan itu sendiri. Proses pemecahan masalah yang ekstensif biasanya akan membutuhkan jumlah pencarian informasi yang besar. Konsumen akan mempertimbangkan beberapa *brand*, mengunjungi beberapa toko, berkonsultasi pada teman, dan sebagainya. Kelebihan informasi sebaliknya, dapat menjadi masalah bagi konsumen. Konsumen yang memiliki terlalu banyak informasi biasanya cenderung mengambil keputusan yang kurang sesuai dengan dirinya.

Pencarian informasi dapat dikatakan sukses apabila informasi yang didapatkan melibatkan sekelompok *brand* yang dianggap konsumen sebagai solusi alternatif. Grup produk ini disebut oleh Dibb dkk (1997) sebagai *consumer's evoked set*.

2.1.3. Evaluasi Alternatif

Konsumen yang terlibat dalam aktivitas pencarian secara aktif, juga akan terlibat dalam evaluasi informasi. Konsumen mengevaluasi berbagai alternatif untuk membuat pilihan. Empat tahap evaluasi alternatif: (1) menentukan kriteria yang digunakan untuk mengevaluasi, (2) memutuskan alternatif mana yang akan dipertimbangkan, (3) mengetahui kemampuan dari beberapa alternatif yang dipertimbangkan, (4) memilih dan menerapkan kriteria akhir untuk memutuskan pilihan.

Ketika mengevaluasi *consumer's evoked set*, konsumen mungkin akan menerapkan beberapa kriteria evaluatif yang berbeda dalam membuat keputusan. Kriteria yang dimaksud adalah karakteristik atau fitur yang

diinginkan atau tidak diinginkan konsumen. Kriteria evaluatif biasanya beragam tergantung kepentingan dan menonjolnya kriteria tertentu. Harga, contohnya, dapat menjadi dimensi dominan dalam beberapa keputusan, yang menyebabkan kriteria lainnya menjadi tidak lagi dilihat. Menonjolnya suatu kriteria tertentu tergantung dari pemilik produk, faktor situasional dan individu.

Konsumen harus dapat memutuskan sekumpulan alternatif yang dipilih, karena dari itulah keputusan akan dibuat. Dalam situasi tertentu, *evoked set* tergantung pada kemampuan konsumen untuk mengingat kembali alternatif yang ada dalam memorinya. Dalam situasi lainnya, alternatif dapat dipertimbangkan jika ditemukan dalam *point of purchase*. Kurangnya pengetahuan mengenai alternatif akan menyebabkan konsumen kembali pada lingkungan (pencarian eksternal) untuk membantu terbentuknya *evoked set*.

Pada akhirnya, prosedur dan strategi yang digunakan untuk membuat seleksi akhir dari pilihan alternatif disebut peraturan keputusan (*decision rules*). Kompleksitas dari peraturan keputusan ini dapat sangat beragam. Kadang kala sangat sederhana, tapi juga kadang sangat kompleks, ketika peraturan tersebut mencoba mempersatukan atribut yang beragam.

2.1.4. Pembelian

Hasil dari tahap evaluasi alternatif tentunya adalah membeli atau tidak. Umumnya, produk yang memuaskan menurut kriteria akan dipilih. Selama kondisi dari konsumen maupun situasi dari pasar itu sendiri stabil, keputusan membeli akan mengarah pada pembelian yang actual. Namun bagaimanapun, dalam eksekusi pembelian, keputusan dibagi atas lima aksi atau keputusan, keputusan terhadap brand, vendor, jumlah pembelian, *timing*, dan metode pembayaran. Dari segi kompleksitasnya pun beragam, seperti contohnya,

pembelian produk garam tidak akan terlalu berpengaruh pada vendor dan metode pembayaran.

2.1.5. Evaluasi Pasca Pembelian

Keputusan pembelian tidaklah berhenti saat pembelian telah dilakukan. Setelah produk dibeli, konsumen akan mengevaluasi kemampuan produk tersebut selama proses konsumsi. Hasilnya adalah kepuasan atau ketidakpuasan. Hasil evaluasi tersebut tergantung pada hubungan antara ekspektasi konsumen dan kemampuan yang ditampilkan produk. Jika produk tersebut melebihi ekspektasi, konsumen akan sangat puas, jika produk mencapai ekspektasi, konsumen cukup puas, sebaliknya, jika produk masih berada di bawah ekspektasi, maka konsumen akan kecewa. Perasaan ini akan menentukan kapan konsumen akan menerima komplain, membeli produk lagi, atau membicarakan produk tersebut pada orang lain.

Segera setelah membeli produk yang mahal, evaluasi pasca pembelian dapat berdampak pada kognisi yang kurang baik, dengan kata lain, keraguan, yang ditandai dengan munculnya pertanyaan dari konsumen terhadap keputusan pembelian yang dia buat. Dampaknya, konsumen akan termotivasi untuk mengurangi kognisi yang kurang baik tersebut. Konsumen dapat mengembalikan produk tersebut atau terus mencari informasi positif untuk membenarkan pilihannya. Peran penting dari marketing dalam hal ini adalah mengingatkan konsumen bahwa mereka telah membuat keputusan yang benar.

2.1.6. Pengaruh Individu

Cara yang dilakukan oleh individu untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan adalah inti dari pemahaman mengenai perilaku

konsumen. Menurut Kotler (1993), pengaruh dapat dikategorikan menjadi faktor psikologis dan personal.

Faktor psikologis dalam individu berperan dalam menentukan perilaku manusia secara umum dan perilaku mereka sebagai konsumen. Pengaruh utama dalam perilaku konsumen adalah: (1) kepribadian dan konsep diri (2) motivasi (3) pembelajaran (4) persepsi (5) dampak dari kebiasaan.

Kepribadian dan konsep diri menampilkan gambaran besar dari konsumen. Mereka menampilkan struktur bagi individu sehingga pola konsisten dari perilaku dapat berkembang. Motif adalah faktor internal yang berfungsi sebagai motor perilaku dan menghadirkan arahan untuk aktivasi perilaku. Motif akan berdampak pada kebutuhan apa yang dinilai penting dan juga prioritas pemuasan kebutuhan mereka. Teori motivasi Maslow, contohnya, menyarankan bahwa kebutuhan tersusun secara hierarkis. Menurut teori ini, konsumen akan berusaha memenuhi kebutuhan yang hierarkinya paling bawah (contoh, *psychological needs*) sebelum berkembang pada kebutuhan yang lebih tinggi seperti pengakuan diri dan status.

Hampir seluruh perilaku manusia adalah perilaku yang dipelajari. Akibatnya, apa yang dipelajari konsumen, bagaimana mereka belajar, dan faktor yang mempengaruhi pengulangan materi pembelajaran dalam ingatan adalah seluruh isu yang dianggap penting untuk konsumen. Konsumen tidak hanya mengetahui dan mengingat nama produk beserta karakteristiknya, tetapi mereka juga belajar untuk menentukan standar penilaian produk, tempat berbelanja, kemampuan menyelesaikan masalah, pola perilaku dan selera. Materi pembelajaran tersebut tersimpan dalam ingatan sangat berpengaruh terhadap bagaimana konsumen bereaksi dalam tiap situasi yang dia hadapi.

Persepsi merepresentasikan proses seleksi, pengaturan, dan penerjemahan informasi dalam otak untuk menghasilkan sebuah pengertian. Pemasukan informasi adalah sensasi yang diterima melalui indera, contohnya

pengelihatan, penciuman, pendengaran, dan sentuhan. Sehingga kemudian muncul tiga proses persepsi yang berbeda : *selective attention*, *selective distortion* dan *selective retention*. *Selective attention* mengacu pada pemilihan informasi yang dimasukkan dalam ingatan. *Selective distortion* di satu sisi mengubah dan memutar informasi yang didapat. Sedangkan *selective retention* adalah proses pengingatan informasi yang mendukung perasaan dan kepercayaan pribadi, dan melupakan yang tidak.

Sikap menentukan orientasi dasar konsumen mengenai objek, individu, peristiwa, dan aktivitas mereka. Oleh karena itu, sikap sangat mempengaruhi bagaimana konsumen akan beraksi dan bereaksi terhadap produk dan servis, dan bagaimana mereka akan merespon terhadap komunikasi persuasif produk yang dilakukan oleh para pemasar.

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, ada faktor individu lainnya yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan konsumen: faktor pribadi. Faktor pribadi ini termasuk variabel demografis dan situasional.

Variabel demografis adalah karakteristik individual seperti jenis kelamin, umur, ras, etnis asal, pemasukan, dan pekerjaan. Pemasukan konsumen, contohnya, menentukan daya belinya, sehingga berdampak pada pemuasan kebutuhan tertentu.

Menurut AGB Nielsen, (dalam <http://vidinur.com/2010/11/04/ses-socio-economic-status-ndonesia/>) salah satu cara untuk mengukur variabel demografis, khususnya variabel sosial ekonomi adalah tingkat *socio economic status* (SES). Di negara maju, SES dinilai dengan menggunakan beberapa variabel yang mencakup pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Akan tetapi, di Indonesia, SES diukur oleh AGB Nielsen (2010) dengan satu variabel saja, yakni variabel (pengeluaran rumah tangga bulanan) *monthly household expenses*. Pengeluaran ini tidak termasuk pembelian / cicilan *big ticket item*

seperti rumah dan mobil. Hasil untuk definisi SES 2010 adalah sebagai berikut :

- SES A : 3,000,001 +
- SES B : 2,000,001 – 3,000,000
- SES C1 : 1,500,001 – 2,000,000
- SES C2 : 1,000,001 – 1,500,000
- SES D : 700,001 – 1,000,000
- SES E : < 700,000

Faktor lainnya, yakni faktor situasional, adalah kondisi eksternal yang muncul pada saat konsumen akan membuat keputusan. Contohnya, ketersediaan waktu untuk pengambilan keputusan pembelian dapat membuat konsumen memilih *brand* yang tersedia tanpa melewati fase seleksi produk yang tepat.

2.1.7. Pengaruh Lingkungan

Manusia ada dalam kesatuan sosial, yang di dalamnya terdapat interaksi dan saling mempengaruhi. Oleh karena itu, faktor sosial seperti budaya, kelas sosial, dan grup referen sangatlah berpengaruh.

2.1.7.1. Budaya

Pemahaman mengenai perilaku konsumen dalam berbagai sudut pandang telah dilakukan oleh berbagai akademisi spesialis dan subdisiplin ilmu seperti psikologi, sosiologi, dan antropologi. Sudut pandang inilah yang terus menerus memperlebar jarak pandang para peneliti. Psikologi maju dengan dasar pemikiran manusia, sementara sosiologi berbekalkan ilmu tatanan sosial, dan antropologi melalui budaya.

Dari kesemuanya itu, budaya merupakan pengaruh lingkungan yang paling luas dalam perilaku konsumen. Hawkins, dkk (2001) secara

spesifik membahas mengenai konsep budaya dari sudut pandang pemasaran, khususnya perilaku pelanggan. Menurutnya, budaya adalah serangkaian kompleksitas yang terdiri dari pengetahuan, kepercayaan, seni, hukum, moral, tata cara, dan berbagai kapabilitas serta kebiasaan yang dimiliki oleh manusia sebagai anggota dari kelompok sosial (2001 : 42).

Pemilihan produk tidak akan dapat dimengerti tanpa pemahaman mengenai konteks budaya. Produk barang contohnya, mampu membawa dan mengkomunikasikan suatu arti. Sebuah produk barang pada dasarnya dibuat melalui proses dimana pemahaman mengenai budaya tertentu diserap dan ditransfer dalam sebuah produk melalui iklan dan tren, kemudian produk tersebut dikonsumsi oleh individu dengan melewati ritual konsumsi tertentu.

Budaya memiliki andil dalam sukses maupun gagalnya suatu produk dalam pasar. Produk yang membawa nilai tambah yang sesuai dengan *culture values* budaya tersebut memiliki potensi penerimaan pasar yang lebih tinggi. Venkatesh (via Costa dan Bamossy 1995; 26) mengaitkan pemilihan produk (dan perilaku konsumen) dan budaya sebagai *ethnoconsumerism*.

Teori tersebut menguji perilaku berdasar realitas kultural dalam kelompok. *Ethnoconsumerism* tidak terlepas dari etnisitas yang mempelajari aksi, praksis, kata-kata, pemikiran, bahasa, institusi, dan interkoneksi dalam berbagai kategori yang disebutkan.

Lebih jauh, Hawkins (2001) membahas mengenai elaborasi dari berbagai aspek budaya. Pertama, budaya merupakan sebuah konsep yang utuh. Budaya terdiri dari hampir segala hal yang mempengaruhi proses pemikiran dan sikap individu. Meskipun budaya tidak dapat membatasi alasan maupun arahan biologis yang muncul, seperti rasa lapar. Budaya

timbul ketika hal tersebut mengarah pada bagaimana arahan tersebut dipuaskan. Budaya tidak hanya mempengaruhi preferensi, tetapi bagaimana cara individu/kelompok membuat keputusan bahkan bagaimana cara memandang dunia sekitarnya.

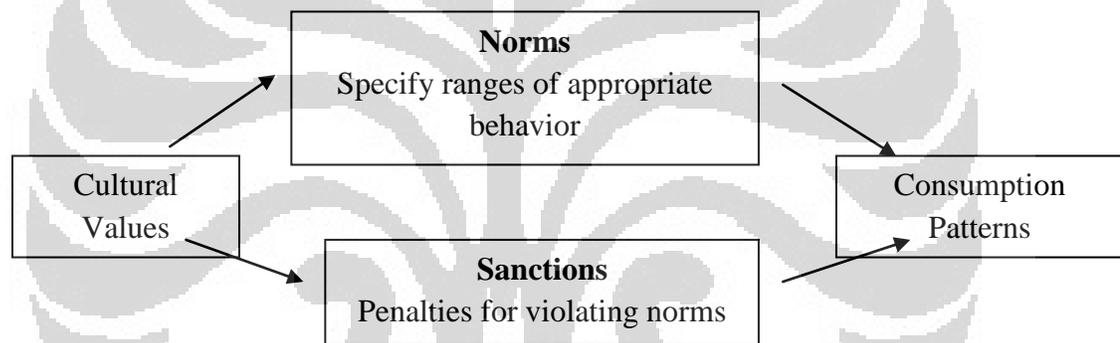
Kedua, setiap manusia 'mendapatkan' budaya. Budaya mempengaruhi hampir seluruh perilaku manusia, sedangkan mayoritas dari perilaku manusia adalah sesuatu yang dipelajari, berbeda dari hewan yang melakukan sesuatu berdasar insting.

Ketiga, masyarakat modern sangatlah kompleks, maka budaya jarang memberikan rincian detail dalam setiap perilaku. Lebih dari itu, budaya hanya menghasilkan batasan-batasan antara apa yang harus seseorang pikir dan bertindak. Dampaknya, proses awal dari pengaruh budaya seringkali tidak disadari. Seseorang berperilaku, berpikir, dan berperasaan secara konsisten dengan anggota kelompok sebudaya lainnya, karena hal tersebut terasa 'alamiah', atau 'benar'. Membicarakan pengaruh budaya sama halnya dengan membicarakan pengaruh udara bagi manusia; budaya ada dimana-mana, dan umumnya akan diserap begitu saja, kecuali jika ada perubahan yang sangat cepat dalam pola kebiasaan tersebut.

Budaya umumnya menciptakan daripada melonggarkan batas-batas perilaku individu dengan mempengaruhi fungsi dari institusi seperti keluarga dan media massa. Dengan demikian budaya menghasilkan bingkai perilaku perkembangan gaya hidup individu dan rumah tangga. Batasan yang dibuat oleh budaya pada perilaku, disebut norma. Norma, pada dasarnya adalah peraturan yang merinci atau melarang perilaku tertentu dalam situasi yang spesifik. Norma berasal dari nilai-nilai budaya. Nilai budaya adalah kepercayaan umum yang membenarkan sesuatu yang diinginkan.

Pelanggaran terhadap norma, akan menimbulkan sanksi, dari pengucilan, hingga pengusiran dari kelompok. Keseragaman penerapan norma akan mendapat penghargaan nyata dari kelompok, hanya jika keseragaman tersebut diterapkan oleh anak yang sedang mempelajari budaya (sosialisasi), ataupun bagi individu yang beradaptasi terhadap budaya baru (akulturasi). Dalam situasi umum, keseragaman penuh diharapkan ada pada tiap individu, tanpa pemberian penghargaan. Cara pikir inilah yang sering menimbulkan konflik budaya, karena adanya perbedaan pengharapan antar kelompok budaya.

Gambar 2.4. Pola Nilai, Norma, Sanksi dan Konsumsi Budaya



Sumber : Hawkins, dkk, 2000 : 43

2.1.7.2. Kelas Sosial

Dalam tiap kelompok sosial, manusia memiliki peringkat respek yang berbeda. Peringkat tersebut berdampak pada kelas sosial. Kelas sosial adalah kategori sosial, yang dibuat oleh kelompok masyarakat tertentu, yang biasanya serupa dengan status ekonomi sosial. Biasanya pekerjaan dan kemampuan finansial memiliki andil besar dalam penentuan kelas sosial, meskipun beberapa ahli menekankan pentingnya edukasi, gaya hidup dan prestis sebagai deskripsi nilai yang lebih tepat.

Kelas sosial menunjukkan adanya preferensi produk dan brand tertentu, termasuk aktivitas hiburan, busana, dan kendaraan. Beberapa produk malah dinilai sebagai simbol status yang menghubungkan konsumen dengan kelas sosial tertentu.

2.1.7.3. Grup Referen

Konsumen bukanlah sebuah individu yang terisolasi, sebaliknya, konsumen berada dalam beberapa lingkup kelompok sosial. Secara harfiah, yang dimaksud dengan grup adalah sekelompok individu, terdiri dari dua orang atau lebih yang berkomunikasi satu sama lain atau berkumpul satu sama lain dengan tujuan yang sama. Grup referen menurut Solomon (2009 : 430) sebagai *an actual or imaginary individual or group conceived of having significant relevance upon an individual's evaluations, aspirations, or behavior*. Hal ini berarti bahwa grup referen sangatlah luas, menurut kedekatannya, Schoefer (1998) membagi dua tipe generik grup dapat dibagi sebagai grup primer dan sekunder. Grup primer termasuk keluarga, teman, rekan kerja, dan mereka yang terlibat secara langsung dengan konsumen dalam frekuensi interaksi yang tinggi. Grup sekunder, adalah grup formal dengan intensitas interaksi yang minim. Kedua grup tersebut disebut grup referen.

Lebih spesifik, individu tidak perlu menjadi anggota dari grup tersebut, karena kebanyakan grup telah menarik individu untuk ikut masuk dalam kelompok. Grup tersebut menjadi grup referen ketika individu tersebut mengambil dengan sadar ataupun tidak, segala nilai, sikap, atau perilaku dari anggota grup lainnya (*aspire group*). Grup referen juga dapat menjadi negatif (*dissasosiative group*), jika individu tersebut menolak untuk mengikuti nilai dan perilaku dari anggota grup lainnya.

Solomon (2009 : 431) menuliskan tiga cara pengaruh grup referen, yakni *informational, utilitarian, dan value-expressive* sebagai berikut :

a. Pengaruh informational (*Informational Influence*)

- Individu mencari informasi mengenai beberapa *brand* dari asosiasi professional atau grup independen ahli,
- Individu mencari informasi mengenai siapa yang memiliki profesi sehubungan dengan produk tertentu,
- Individu mencari informasi dan pengalaman terkait *brand* dari teman, tetangga, relatif, atau teman kerja yang memiliki informasi terpercaya mengenai *brand*,
- *Brand* yang dipilih oleh individu terpengaruh oleh izin yang diberikan oleh agensi *testing* (contohnya AGB Nielsen atau Badan Pusat Statistik),
- Pengamatan individu oleh apa yang dilakukan para ahli mempengaruhi pemilihan *brand* individu.

b. Pengaruh Kegunaan (*Utilitarian Influence*)

- Agar dapat memenuhi ekspektasi grup referen tersebut, keputusan individu untuk membeli *brand* tertentu terpengaruh preferensi grup referen
- Keputusan individu untuk membeli *brand* tertentu dipengaruhi oleh preferensi orang yang berinteraksi sosial dengan individu tersebut.
- Keputusan individu untuk membeli *brand* tertentu dipengaruhi oleh preferensi anggota keluarga
- Keinginan untuk memenuhi ekspektasi yang dimiliki orang lain terhadap individu memiliki dampak dari pemilihan *brand* individual

c. Pengaruh Nilai Ekspresif (*Value-expressive Influence*)

- Individu merasa bahwa dengan membeli atau menggunakan *brand* tertentu akan mengubah pandangan orang terhadapnya,

- Individu merasa bahwa mereka yang membeli atau menggunakan *brand* tertentu memiliki karakteristik yang ingin dimiliki individu tersebut,
- Individu kadang merasa mereka akan lebih baik jika mirip atau sejenis dengan model iklan yang menggunakan *brand* tertentu,
- Individu merasa bahwa orang yang membeli *brand* tertentu diidolakan dan dihormati oleh orang lain
- Individu merasa bahwa pembelian *brand* tertentu akan membantu untuk menunjukkan pada orang lain seperti apa individu tersebut ingin menjadi.

Grup referensi memiliki kekuatan potensial. Kekuatan yang disebut *social power* atau kekuatan sosial tersebut adalah kapasitas untuk mengubah aksi orang lain. Pada tingkat dimana orang dapat membuat orang lain melakukan sesuatu, baik secara sukarela ataupun tidak, orang tersebut memiliki kekuatan di atas orang lain. Beberapa klasifikasi kekuatan sosial oleh Solomon (2009 : 432-434) adalah alasan mengapa individu / grup memiliki kekuatan terhadap orang lain, tingkat kesukarelaan pengaruh, dan apakah pengaruh ini akan masih memiliki efek meskipun sumber kekuatan tersebut tidak ada.

- Kekuatan referensi (*Referent Power*) ; Jika seseorang mengamati kualitas orang atau grup, maka ia akan mencoba mengimitasi mereka dengan menjiplak perilaku sang referensi. Kekuatan referensi penting untuk berbagai strategi pemasaran karena konsumen akan secara sukarela memodifikasi apa yang mereka lakukan dan beli agar sama dengan referensi.
- Kekuatan informasi (*Information power*) : Orang memiliki kekuatan hanya karena orang tersebut mengetahui apa yang orang lain ingin

tahu. Orang dengan kekuatan informasi akan dapat mempengaruhi opini konsumen dengan hal yang mereka sebut 'kebenaran'.

- Kekuatan legimasi (*legitimate power*) : Kekuatan legitimasi muncul di seragam yang melambangkan otoritas menurut konteks konsumen.
- Kekuatan ahli (*expert power*) : Kekuatan yang dimiliki karena orang tersebut diakui sebagai ahli di bidangnya.
- Kekuatan penghargaan (*reward power*) : Orang atau grup yang bermaksud memberikan sesuatu yang positif kepada orang yang berhasil mengikuti pengaruh orang lain disebut kekuatan penghargaan
- Kekuatan koersif (*coercive power*) : Kekuatan yang dimiliki orang lain dengan melakukan intimidasi sosial ataupun fisik disebut kekuatan koersif.

Grup referen dapat berfungsi sebagai poin perbandingan ataupun sumber informasi bagi individu. Perilaku konsumen dapat berubah dengan tujuan lebih mirip dengan aksi dan kepercayaan dari anggota grup. Umumnya, semakin unik produk tersebut, semakin mungkin keputusan pemilihan produk akan tergantung dari grup referen. Individu sangat mungkin mencari informasi dari grup tersebut mengenai faktor lain yang berkenaan dengan prospek pembelian, seperti dimana tempat pembelian produk tersebut. Tingkat pengaruh grup referen dalam keputusan pembelian tergantung pada sejauh mana individu akan terpengaruh, dan kekuatan keterlibatan dengan grup.

Grup referen terkadang dapat mempengaruhi produk yang akan dibeli, namun tidak merknya, dan hal tersebut berlaku sebaliknya. Kenyamanan terhadap norma grup tergantung dari baik kenyamanan sosial dan kenyamanan informational. Kenyamanan sosial timbul dari keinginan untuk diterima. Hal tersebut mengekspresikan keinginan

individu untuk memiliki hubungan yang harmonis dengan lainnya. Kenyamanan sosial akan lebih menonjol apabila pembelian tersebut menyangkut produk sarana sosialisasi, seperti mobil, ataupun produk yang memiliki relevansi dengan grup referen, seperti busana.

Di satu sisi, kenyamanan informational, timbul dari keinginan untuk bersikap serupa dengan dunia pada umumnya. Dengan kata lain, jika kenyamanan sosial / normatif tumbuh dari keinginan untuk diterima, kenyamanan sosial adalah pencarian terhadap pandangan realitas yang lebih akurat. Semakin tingginya kenyamanan mempengaruhi pengaruh normatif maupun informational.

Dalam hampir semua grup referen, satu atau lebih anggota akan lebih menonjol dan dianggap sebagai *opinion leader*. Pemasar yang menggunakan grup referen sebagai strategi pemasaran, akan mendekati dan mempengaruhi *opinion leader* dalam grup referen sebagai target konsumen. Umumnya, mereka memberikan lingkup informasi yang menarik perhatian anggota grup yang mencari informasi. *Opinion leader* seringkali dianggap sebagai ahli pada area tertentu. Meskipun demikian, mereka bukanlah otoritas mutlak dalam segala hal dan segala bidang.

Grup referen yang umumnya paling dominan bagi individu adalah keluarga. Kebutuhan dari satu keluarga mempengaruhi apa yang dapat dipenuhi, sementara prioritas pembelian bergantung pada bagaimana keputusan pembelian dibuat. Seluruh pola ini berkembang seiring kedewasaan dan tahap yang telah dilalui keluarga. Seiring waktu, struktur keluarga berkembang. Contohnya, anak-anak yang betumbuh dewasa dan meninggalkan rumah, pertikaian keluarga, atau terciptanya keluarga baru.

Tanpa memandang struktur unit keluarga, anggota rumah tangga dapat berpartisipasi dalam keputusan pembelian anggota lainnya. Dalam beberapa kasus tertentu, anggota keluarga dapat mengambil keputusan

yang berdampak pada seluruh anggotanya, keluarga pun berfungsi menjadi unit pengambilan keputusan, dimana anggotanya memiliki perannya masing-masing demi mencapai keputusan akhir. Dalam konteks ini, studi yang dilakukan oleh Davis dan Rigaux (*via* Schoefer 1998) menemukan bahwa peran dan pengaruh dari suami, istri, dan anak-anak dalam pembelian bervariasi tergantung dari kategori produknya. Pembelian kendaraan atau minuman beralkohol umumnya didominasi oleh suami. Istri mengontrol pembelian makanan, perkakas, dan alat rumah tangga lainnya. Sementara produk seperti rumah, wisata, dan furnitur biasanya diputuskan bersama.

Jelas bahwa seluruh grup memiliki potensi untuk berlaku sebagai fasilitas maupun larangan bagi perilaku konsumen. Dalam setiap pembelian, individu harus memutuskan pengaruh grup mana yang paling kuat atau paling penting, dan berlaku seterusnya. Kunci utama dari pengaruh ini adalah komunikasi *word-of-mouth* yang merepresentasikan cara anggota grup referensi mempengaruhi satu sama lain.

2.2. Komunikasi WoM

2.2.1. Definisi

Arndt mendefinisikan WoM sebagai "...komunikasi oral dua tahap antara penerima dan komunikator, yang diterima sebagai komunikasi non-komersial, baik mengenai *brand*, barang ataupun jasa (*via* Cheung & Thadani, 2010 : 329). Lebih spesifik lagi, Solomon (2009 : 442) mengatakan bahwa *word of mouth* adalah informasi produk individual yang ditransmisikan pada individu lain. Karena informasi tersebut didapat dari orang yang kita kenal, WoM cenderung terlihat lebih terpercaya dan mapan dari kata-kata yang didapat dari kanal pemasaran lainnya.

Namun demikian, penting disadari bahwa WoM bukanlah hanya terfokus pada *brand*, barang, ataupun jasa, namun juga dapat berfokus pada organisasi. WoM biasanya bersifat tatap muka, langsung, oral, dan berlangsung singkat. Namun ini, dalam komunitas elektronik, menciptakan virtual WoM / e-WoM, yang tidak selalu bersifat tatap muka, langsung, oral, dan berlangsung singkat (Buttle *via* Schoefer, 1998).

2.2.2. Lingkup dan Signifikansi

WoM dipercaya memiliki pengaruh penting dalam membentuk sikap dan perilaku konsumen. Investigasi dari berbagai dekade telah membuktikan fenomena WoM sebagai unsur dominan pengaruh personal dalam pengambilan keputusan. Pada awal kemunculannya, penelitian Whyte (1954) menginvestigasi penyebaran penjualan pendingin ruangan yang tidak merata di Philadelphia, Amerika. Hasil penelitian tersebut mengatakan bahwa pola kepemilikan hanya dapat dijelaskan lewat adanya jaringan komunikasi yang kuat dan luas antar masyarakat dalam gejala pertukaran informasi mengenai suatu produk. Ironisnya, seberapa besarnya dana yang digelontorkan oleh pemasar untuk beriklan, WoM selalu terbukti lebih kuat. Penelitian dari Pruden dan Vavra (*via* Solomon, 2009) mengatakan bahwa 69% informan mengatakan bahwa mereka tergantung dari referensi personal setidaknya satu kali untuk membantu mereka memilih restoran 36% mengatakan bahwa 36% informan mengatakan bahwa referensi personal dibutuhkan sebelum membeli perangkat keras dan lunak computer, sementara 22% menggunakan referensi personal dalam pemilihan destinasi wisata. WoM Dua kali lebih efektif daripada iklan radio, empat kali daripada penjualan personal, tujuh kali lebih efektif daripada koran dan majalah (*Schoefer*, 1998).

WoM telah dibuktikan melalui dominasi pengaruh personal dalam pemilihan produk. Engel (*via* Schoefer, 1998) contohnya menemukan lebih

dari 60% konsumen mengatakan bahwa WoM sebagai faktor paling berpengaruh dalam pemilihan bengkel mobil.

Dalam dunia bisnis, para pemasar telah sadar mengenai kekuatan WoM selama bertahun-tahun, akan tetapi baru belakangan ini mereka bertindak lebih agresif untuk mempromosikan dan mengontrol WoM daripada duduk diam menunggu orang lain untuk membicarakan produk mereka. pemasaran model WoM merupakan bagian dari upaya untuk menyampaikan bisnis kepada konsumen, khususnya target pasar agar dapat mengetahui keunggulan produk di tengah persaingan produk yang semakin beragam.

Kekuatan dari komunikasi WoM timbul dari berbagai faktor. Pertama, rekomendasi konsumen biasanya dianggap lebih kredibel dan dipercaya dibanding sumber komersil. Biasanya diasumsikan bahwa konsumen tidak termotivasi secara komersil dalam membagikan informasi. Juga diskusi dengan suasana kekeluargaan bersama grup referen seperti teman dan keluarga dapat berbuah dukungan untuk mencoba hal baru. Kedua, hubungan WoM yang bersifat tatap muka dan interaktif memudahkan informasi yang pas dengan keinginan sang pencari informasi. Kekuatan ketiga dari WoM adalah atribut pengalaman. Konsumen yang berpotensi membeli produk dapat bertanya pada orang lain yang memiliki pengalaman aktual dengan produk tersebut.

Komunikasi WoM memiliki peran penting terutama dalam sektor produk jasa. Karakteristik jasa seperti abstrak, produksi-konsumsi yang berlangsung bersamaan, cepat musnah, heterogen, dan perlunya partisipasi konsumen, berujung pada fakta bahwa produsen tidak dapat mempresentasikan produk sebelum terjadi pembelian.

Oleh karena itulah, produk jasa sangat tergantung pada faktor pengalaman dan kepercayaan yang hanya bisa dirasakan konsumen setelah

pembelian dan konsumsi. Tipikal karakteristik jasa seperti abstrak, produksi dan konsumsi yang berlangsung di waktu yang sama, cepat musnah, heterogen, dan butuhnya partisipasi konsumen, berujung pada para produsen jasa tidak dapat mempresentasikan produk mereka sebelum menjual (Schoefer, 1998). Sebagai dampaknya, konsumen produk jasa sangat tergantung pada sejumlah komunikasi personal dan pertukaran pengalaman dengan konsumen lain. Pentingnya WoM bagi produk jasa dijabarkan oleh Murray (*via* Schoefer, 1998) yang menemukan bahwa konsumen jasa memilih untuk mencari informasi dari keluarga dan teman daripada sumber promosi lainnya. Meskipun informasi dari sumber lain sangat penting dalam menghadirkan *brand awareness*, konsumen sangat bergantung pada *word of mouth* dalam tahap berikutnya, yakni evaluasi dan adopsi. Mudahnya, semakin positifnya informasi yang didapat konsumen dari *peers*, semakin tinggi adopsi produk dilakukan.

Pengaruh opini orang lain kadang lebih kuat daripada persepsi sendiri. Dalam penelitian mengenai pemilihan furniture, estimasi jumlah temannya yang menyukai furnitur tersebut adalah indikator yang lebih penting daripada pemikiran sendiri.

WoM akan semakin kuat ketika konsumen relatif tidak memiliki informasi yang banyak dengan kategori produknya. Seringkali konsumen dihadapkan pada produk baru atau yang berteknologi tinggi. Salah satu cara untuk mengurangi ketidakpastian dalam pembelian adalah dengan membicarakan mengenai hal tersebut. Berbicara memberikan konsumen kesempatan untuk menerima argumen tambahan dan mendapatkan dukungan lebih banyak sebelum mengambil keputusan.

Ada tiga alasan seseorang berbicara mengenai produk tertentu (Solomon, 2009 : 443 dan Schoefer, 1998 : 26):

- Berhubungan dengan tipe produk atau aktivitas tertentu dan senang berbicara mengenai hal itu (*product news*)
- Memiliki banyak pengetahuan mengenai produk tertentu dan menggunakan percakapan untuk menyebarkan informasi tersebut pada orang lain. Oleh karena itulah, komunikasi WoM seringkali mengandung ego individu yang ingin mempengaruhi orang lain dengan keahliannya (*personal experience*).
- Menginisiasi diskusi untuk menimbulkan daya tarik pada orang lain. Orang suka untuk memastikan bahwa orang yang dekat dengan mereka membeli apa yang baik bagi mereka dan tidak menyalakan uangnya (*advice giving*).

2.2.3. Proses

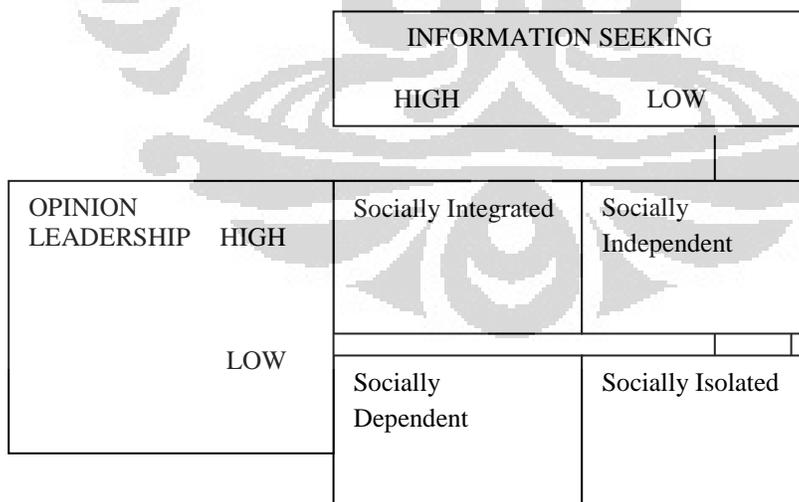
Pada awalnya, komunikasi dianggap sebagai proses satu arah dari pemasar ke konsumen. Proses ini kemudian diubah oleh Lazarfeld, dkk (1948) yang mengatakan bahwa pesan dari media massa dipotong dan disalurkan oleh *opinion leader* (pemimpin opini). Hipotesis dua arah ini memberi sugesti bahwa komunikasi yang dikontrol oleh pemasar telah mengalir ke *opinion leader* yang mengkomunikasikan hal tersebut *via* WoM pada *peers*. Pada teori ini, para pemimpin opini mendistribusikan opini tersebut pada seluruh level dan grup masyarakat namun hanya dalam topik tertentu. Dengan kata lain, *opinion leader* untuk makanan akan berbeda untuk kesehatan, pula untuk busana. Penelitian oleh Rogers (1962) mengatakan bahwa ada tiga kriteria yang dapat mendefinisikan pemimpin opini: status sosial, partisipasi sosial, juga kosmopolitansime. Di sisi lain, Robertson (1971) menemukan bahwa pemimpin opini cenderung lebih sosial, inovatif, dan berpengetahuan lebih dibanding pengikutnya. Pada tahun 1993, hasil teori tersebut dibantah oleh Engel, dkk. Dalam hal kosmopolitanisme, *influentials*, yakni pengikut yang

kadang kala mempengaruhi pengikut lainnya, tidak selalu lebih inovatif, sosial, aktif, daripada pemimpin opini.

Hipotesis dua arah seringkali dikritik dari berbagai landasan ilmu. Pertama, pengikut tidaklah selalu pasif. Informasi dapat diminta ataupun tidak. Kedua, mereka yang memberikan informasi seringkali juga menerima informasi; karena itulah *opinion leader* juga adalah pengikut, begitu juga sebaliknya. Ketiga, *opinion leader* bukanlah satu-satunya pihak yang menerima informasi dari media massa. Pengikut juga dapat dipengaruhi oleh iklan. Katz dan Lazarsfeld (1955) juga menyadari akan adanya *gatekeeper*, yang dapat memberikan ide dan informasi baru pada kelompok tanpa mempengaruhinya. Karena keterbatasan itulah, kemudian muncul model *multistep flow*, dimana penerimaan WoM semakin meluas (Schoefer, 1998 : 27 – 29).

Penelitian Reynolds dan Darden (1971) mengenai WoM dalam pemilihan busana merumuskan model *multistep flow* dimana *opinion leader* dan *followers* dapat memberikan dan menerima informasi dapat dibagi dalam empat kategori.

Gambar 2.5. Konsumen Menurut Opinion Leadership dan Information Seeking



Sumber : Reynolds dan Darden via Schoefer, 1998 : 29

Konsumen yang memiliki kepemimpinan opini dan pencarian informasi yang tinggi dapat dikategorikan sebagai konsumen yang *socially integrated*. Mereka yang tinggi dalam mempengaruhi orang lain namun tidak mudah dipengaruhi disebut sebagai *socially independent*. Di sisi lain, ada orang yang sering mencari informasi, namun rendah dalam dipengaruhi orang lain. Yang terakhir, konsumen *socially isolated* adalah mereka yang rendah dalam mempengaruhi orang lain dan mencari informasi.

2.2.4. Kondisi

Meskipun WoM adalah faktor penting dalam pengambilan keputusan konsumen, hal tersebut bukanlah faktor yang dominan dalam tiap situasi. Penelitian oleh Herr, dkk (1991) menunjukkan bahwa WoM tidak lagi menjadi penting dalam evaluasi pembelian mobil, jika konsumen sudah memiliki kesan yang kuat dan/atau informasi negatif mengenai produk tersebut. Karena itulah, sangat kecil kemungkinan WoM merubah kebiasaan konsumen yang sudah memiliki *brand attitudes* yang kuat. WoM juga sangat susah untuk mengubah perilaku konsumen jika konsumen memiliki keraguan mengenai produk karena informasi negatif yang kredibel.

Pengaruh WoM juga bervariasi tergantung kategori produk. Menurut Assael (*via* Schoefer, 1998), WoM sangatlah penting bila grup referensi cenderung menjadi sumber informasi dan pengaruh, terutama dalam dua kasus: Pertama, konsumen berpengaruh terhadap pengambilan keputusan pembelian, kedua, pembelian untuk produk yang beresiko. Pihak yang terlibat dengan produk tersebut cenderung akan berbicara mengenai produk tersebut dan mempengaruhi orang lain, terutama jika mereka sedang terlibat. Orang tersebut kemungkinan besar akan menjadi pemimpin opini. Sebaliknya, individu yang terlibat dengan produk tersebut dalam jangka waktu tertentu

saja, tidak akan mempengaruhi orang lain, meskipun mereka dapat menginformasikan teman dan relatif mengenai produk baru dan atribut produk tersebut. Konsumen cenderung akan memulai percakapan yang berhubungan dengan produk tersebut, dan meminta informasi dari teman dan relatif jika ada resiko dalam pembelian tersebut (Cunningham *via* Schoefer, 1998).

2.2.5. Motif

Ada beberapa motif untuk memulai WoM. Untuk ikut terlibat dalam pengambilan keputusan, sangat mungkin menjadi alasan konsumen untuk mengtransmisikan informasi dan pengaruh. Penelitian Katz dan Lazarsfeld (1955) membuktikan bahwa mereka yang memulai percakapan adalah bukanlah mereka yang pernah memiliki pengalaman mengenai produk tersebut, melainkan mereka yang sedang mengkonsumsi atau memiliki pengalaman tentang produk tersebut. Keterlibatan situasional (*situational involvement*) atau keterlibatan dalam pengambilan keputusan produk adalah salah satu unsur penting dalam komunikasi personal.

Motif lainnya dari WoM adalah ketertarikan terhadap kategori produk. Individu yang sedang memiliki ketertarikan mengenai suatu kategori produk senang berada dalam percakapan produk tersebut. Lebih lanjut, komunikasi WoM dapat diinisiasi untuk menghilangkan keraguan mengenai keputusan produk. Menurut *cognitive dissonance theory*, konsumen akan berusaha mengurangi rasa ketidaknyamanan dengan mendeskripsikan kualitas positif mengenai produk yang baru saja dibeli dengan teman dan relatif. Idealnya, pembelian produk yang sama oleh teman mengkonfirmasi keputusan pembelian orang tersebut.

Alasan lainnya dimulainya WoM adalah keterlibatan dalam sebuah grup. Penelitian Dichins (1966) mengatakan bahwa semakin tingginya keterlibatan grup untuk individu, semakin tinggi kemungkinan individu

tersebut memberikan informasi mengenai suatu hal. Yang terakhir, WoM dapat dilakukan seseorang untuk menjadi berpengaruh dalam suatu grup. Membicarakan dan mempengaruhi orang lain mengenai produk tersebut dapat memberikan orang tersebut kepuasan personal.

2.2.6. WoM dan Perilaku Konsumen

Proses penyebaran mengacu pada fenomena kelompok, yang mengindikasikan bagaimana inovasi menyebar pada konsumen. Proses penyebaran tentunya mempengaruhi proses adopsi dari banyak individu. Proses adopsi produk baru adalah fenomena individu tergantung pada tahap dimana individu pertama mendengar mengenai produk hingga akhirnya mengadopsinya.

Ketika sebuah produk pertama kali diperkenalkan pada masyarakat luas, komunikasi dari pemasar pada konsumen dilakukan dengan tujuan menciptakan kesadaran masyarakat mengenai inovasi dan memberikan informasi mengenai inovasi tersebut. Engel (*via* Schoefer, 1998) dalam penelitian mengenai konsumen pusat diagnostik otomobil, menemukan bahwa *early adopters* dari servis sangat bergantung pada informasi dari media massa. Namun setelah kesadaran masyarakat mengenai produk tersebut, konsumen akan sangat tergantung pada relasi untuk membantu mereka mengevaluasi produk tersebut. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pengaruh terbesar pada keputusan konsumen untuk mengadopsi inovasi adalah dari relasi. Atau dapat disimpulkan bahwa jika produk baru disebarkan pada antar kelompok, produk tersebut akan diadopsi melalui komunikasi WoM positif antar kelompok.

Penyebaran akan inovasi tersebut juga membutuhkan penyebaran antar grup yang berbeda. Hal ini dapat terjadi dengan adanya fenomena penyebaran WoM dari level mikro (intra kelompok) yang masing-masing terhubung pada

level makro (antar kelompok). Hubungan sosial konsumen bervariasi dari anggota yang memiliki hubungan kuat dengannya, seperti teman, hingga mereka yang memiliki hubungan lemah. Mereka yang memiliki hubungan lemah inilah memiliki peran krusial dalam mengklarifikasi dan menjelaskan difusi inovasi.

2.2.6.1. WoM dalam prapembelian

WoM telah dipelajari dalam mekanisme pengambilan keputusan prapembelian. WoM yang bersifat pengaruh informatif dan normatif dalam evaluasi produk dan pembelian produk oleh konsumen. Informasi ini dapat diberikan melalui pilihan sumber rekomendasi juga melalui jumlah faktor terkait untuk memilih produk.

2.2.6.2. WoM dalam pascapembelian

Penelitian mengenai ke(tidak)puasan dan komplain telah berfokus pada WoM sebagai opsi komplain pascapembelian. Dengan kata lain, WoM negatif adalah salah satu bentuk kebiasaan komplain konsumen. Hirschman (1970) mengatakan bahwa konsumen dapat menyuarakan ketidakpuasannya atau menghentikan hubungan ketika dihadapi dengan ekspektasi yang tidak diharapkan.

Penelitian yang menempatkan hubungan antara ketidakpuasan dengan komplain diposisikan WoM sebagai opsi perilaku negatif pasca pembelian. Dengan kata lain, WoM negatif merupakan salah satu bentuk komplain pelanggan pasca pembelian. Richins (*via* Schoefer 1998) membagi tiga reaksi ketidakpuasan. 1. Mengganti *brand* atau mengabaikan toko terkait. 2. Membuat komplain pada penjual 3. Memberitahu orang lain mengenai produk atau penjual yang membuatnya tidak puas (WoM negatif). Schoefer mengindikasikan bahwa 34% pelanggan yang tidak puas memberitahukan orang lain mengenai ketidakpuasannya. Jika pelanggan yang tidak puas berada dalam jumlah

yang banyak, maka hal tersebut dapat menimbulkan gambaran negatif dan berpotensi mengurangi penjualan.

Respon ketidakpuasan tergantung pada sumber dari masalah yang dialami. Konsumen yang mengalami ketidakpuasan minor jarang merespon ketidakpuasan mereka, baik dalam komplain ataupun WoM negatif. Ketika ketidakpuasan beralih pada skala serius, konsumen sangat mungkin melakukan komplain. Jika produsen terbuka dan menyediakan sarana terhadap komplain, produsen memiliki kesempatan untuk meredam komplain dan memenangkan kembali hati konsumen. Terlebih, konsumen yang puas terhadap penanganan komplain dapat menyebarkan WoM positif. Jika komplain tidak dipenuhi, konsumen biasanya melakukan pembelian lagi dari produk yang berbeda. Sebaliknya, produsen yang tidak menyediakan sarana komplain, menyebabkan konsumen menyalurkan komplainnya kepada pihak lain, melalui WoM.

Seperti yang telah ditulis sebelumnya, konsumen seringkali berkomunikasi satu sama lain pada tahap pasca pembelian sebagai bentuk evaluasi produk. Jika produk berada di bawah ekspektasi konsumen, dia dapat merasa tidak nyaman. Untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan tersebut, salah satu cara yang dilakukan oleh konsumen adalah dengan melakukan WoM.

2.3. Akulturasi Budaya

Solomon (2009) mengatakan bahwa adanya diferensiasi budaya dalam heterogenitas etnis global inilah yang terjadi hampir di seluruh dunia. Pernyataan ini didukung oleh Levitt (1983) serta Holland dan Gentry (1999) bahwa selama hampir dua puluh tahun terakhir, tumbuh kekuatan dari sistem transportasi dan teknologi komunikasi yang mengendalikan dunia, sehingga tidak ada satu pun budaya yang terisolasi satu sama lain (*via* Weber dan Weber, 2001 : 3). Proses pergerakan dan

adaptasi terhadap lingkungan budaya semula menuju budaya baru tersebut dinamakan akulturasi.

Pemahaman mengenai akulturasi di Indonesia, seringkali salah dimasukkan dengan enkulturasi. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008), akulturasi adalah “pencampuran dua kebudayaan atau lebih yang saling mempengaruhi”, sedangkan enkulturasi lebih kepada proses “pembudayaan” atau “pewarisan budaya dari generasi satu pada generasi berikutnya.”

Menurut Liu (2000), penelitian ilmiah bertema akulturasi pertama kali dilakukan oleh Herkovits (1938). Sejak saat itulah penelitian akulturasi menjadi populer, terutama di kalangan antropolog, sosiolog, dan psikolog. Sedangkan akulturasi dalam area penelitian konsumen dikembangkan berdasar ilmu di atas.

Oleh karena itu, wajarlah bila definisi akulturasi dianut berbeda dalam berbagai sudut pandang. Liu (2000) menuliskan beberapa definisi ilmuwan mengenai akulturasi. Menurut Sosial Science Research Council (1954) akulturasi diterjemahkan sebagai perubahan budaya yang diinisiasi oleh penggabungan dari dua atau lebih sistem budaya yang otonom. O’Guinn, Imperia, dan MacAdams (1987) mendefinisikan akulturasi sebagai proses yang dilakukan oleh pendatang untuk mengadopsi kebiasaan, nilai-nilai, dan perilaku dari budaya tuan rumah yang dominan. Berry, dkk (1992) menginterpretasi akulturasi sebagai transmisi budaya oleh individu yang dikarenakan oleh hubungan langsung dengan budaya lain. Mooren (2001) mengartikan akulturasi sebagai fenomena-fenomena yang dihasilkan ketika grup individu memiliki perbedaan budaya yang langsung dan terus menerus dengan perubahan yang kemudian muncul dalam salah satu atau kedua pola budaya. Dalam area penelitian konsumen, akulturasi didefinisikan sebagai ‘akuisisi perilaku tuan rumah oleh imigran’ dan ‘perawatan perilaku dari budaya asal’ (Laroche *via* Liu, 2000).

Definisi-definisi di atas menggaribawahi mengenai perubahan budaya individu di level individual, atau yang diperkenalkan Graves (*via* Liu, 2000) sebagai

psychological acculturation. Akulturasi ini kontras dengan akulturasi level kelompok, dimana perubahan struktur, ekonomi, dan nilai lainnya lebih banyak diperbincangkan. Meskipun akulturasi individu berkontribusi pada dan dipengaruhi oleh akulturasi level grup, namun tingkat akulturasi yang terjadi tidak selalu sama. Penelitian Liu mengenai *psychological acculturation* berujung pada indikator-indikator dari faktor lingkungan (tempat kerja, keinginan untuk bersosialisasi), dan karakteristik individual (umur, generasi, budaya asal, motivasi, dan kepribadian).

Menurut Cateora (1999) proses akulturasi dipengaruhi oleh berbagai hal, seperti perbedaan kemampuan individu. Individu yang menguasai bahasa pokok dalam budaya baru, akan lebih mudah beradaptasi dibanding yang kurang fasih. Komunikasi dari pihak pendatang kepada 'agen akulturasi'-yakni orang/institusi yang membawa pengaruh terhadap budaya, juga sangatlah penting. Beberapa agen datang dari budaya asal, seperti keluarga, teman, dan media berbahasa asal, atau apapun yang membuat seseorang tetap berhubungan dengan budaya lamanya. Ataupun agen lainnya datang dari budaya baru, seperti sekolah negeri, media berbahasa nasional, dan agen pemerintah.

Indikator *psychological acculturation* kemudian diajukan juga oleh Quester, dkk (2000) dalam penelitiannya yang bertujuan untuk membandingkan aspek pengambilan keputusan oleh konsumen beretnis Cina di Australia dengan tingkat akulturasi tinggi, medium, dan rendah. Penelitian tersebut membagi indikator sebagai berikut :

Tabel 2.3. Skala Akulturasi

Tolak Ukur	Diambil dari sumber
Negara kelahiran	Smith (1980)
Identifikasi diri	Hirschman (1981), Deshpande, Hoyer dan Donthu (1986)
Bahasa Ibu	O'Guinn dan Faber (1985)
Bahasa yang umum digunakan	Lee (1993)
Bahasa di rumah	Lee (1993)
Bahasa di tempat kerja/sekolah	Lee (1993)
Bahasa dengan teman	Lee (1993)
Bahasa sewaktu berbelanja	Lee (1993)
Lama waktu di negara rantauan	Valencia (1985)
Preferensi musik	Lee (1993)
Preferensi film	Lee (1993)
Intensitas kembali ke daerah asal	Lee dan Ro Um (1992)
Etnis tiga teman terbaik	Lee (1993)
Etnis pasangan (jika menikah)	Valencia (1985)
Status residensial	Lee dan Ro Um (1992)

Sumber: *Quester, dkk, 2000 : 2010*

Sementara itu, beberapa penelitian tentang akulturasi budaya dalam level kelompok memang mencatat bahwa imigran proses asimilasi budaya lazim terjadi. Sedikit demi sedikit budaya asal mulai pudar, dan mulai bercampur dengan budaya baru. Namun penelitian baru-baru ini menekankan adanya kompleksitas dan multidimensi dari proses akulturasi. Cherrier (2009) memberi contoh dalam penelitian Penelozza tahun 1989 mengenai imigran Meksiko di Amerika mengungkap mengenai negosiasi perilaku budaya, sehingga banyak muncul aspek campuran dalam budaya, yang malah menimbulkan kebiasaan baru. Hal yang sama kemudian terungkap dalam penelitian Weber dan Weber (2001).

Penelitian Cherrier sendiri mengenai perilaku konsumen Arab dan non-Arab (bangsa Asia, Amerika, dan Afrika) yang tinggal UAE menyimpulkan tingginya tingkat kesamaan perilaku. Penelitian Quester, dkk (2000) menyimpulkan bahwa perilaku etnis Cina di Australia sangat beragam, tidak dapat dikelompokkan dalam budaya Cina, maupun budaya Australia. Wei dan Talpade (2007) mendapat kesimpulan yang sama, yakni perilaku etnis Cina di Amerika memiliki corak baru yang berbeda.

LaRoche, dkk (1996) memaparkan bahwa proses penyesuaian budaya memiliki andil dalam dua dimensi: (1) Munculnya identifikasi etnis, bahwa individu/kelompok terus mempertahankan identitas budaya asal, (2) Akulturasi mempelajari standar budaya tuan rumah. Akulturasi dapat berpengaruh dalam bahasa, makanan, dan barang yang dibeli.

Askeggard, dkk (*via* Cherrier, 2009) mengamati masyarakat Denmark yang bermigrasi ke Greenland dan budaya konsumen global mempengaruhi konstruksi dan negosiasi dari empat posisi identitas berbeda :

- *Hyperculture* merepresentasikan penguatan dan idealisasi terhadap budaya asli dari daerah asal,
- *Assimilation* sebagai karakter budaya daerah baru yang total diterima dan bersatu,
- *Integration* merupakan penyatuan kedua budaya menjadi satu budaya baru yang dianggap cocok,
- *Pendulism* menjadi simbol identitas ganda antara membenci dan menyukai budaya baru.

Adanya *hyperculture* dan *pendulism* membuktikan bahwa penolakan akan suatu budaya juga sangat mungkin terjadi. Buku *International Marketing* (1999) oleh Philip Cateora menggarisbawahi sifat etnosentris sebagai salah satu penyebab resistensi dalam proses asimilasi. Sifat etnosentris menjadikan sebuah kelompok budaya memiliki identifikasi kuat terhadap hal yang dikenali dan familiar dengan

budaya mereka, serta kecenderungan untuk merendahkan budaya luar atau budaya selain budayanya. Etnosentrisme memperumit asimilasi budaya dengan menumbuhkan rasa superioritas terhadap budayanya sendiri, dan dalam berbagai tahapan menumbuhkan sikap yang menganggap budaya lain sebagai budaya inferior, kasar, dan kuno. Rasa etnosentris umumnya akan berkurang bahkan hilang terhadap ide baru yang dianggap penting atau menarik.

2.3.1. Akulturasi Budaya dan Perilaku Konsumen

Konsep akulturasi secara umum mengacu pada kontinuitas dan perubahan perilaku yang berhubungan dengan pengalaman dalam dua budaya (Mooren, 2001 : 52). Adanya perubahan perilaku tersebut membuat para pemasar kian menyadari akan perubahan perilaku konsumen yang mengalami akulturasi budaya. Dipicu dengan meningkatnya angka migrasi dunia, potensi pasar kelompok masyarakat budaya pendatang tidak lagi dapat diabaikan. Riset pasar yang bersifat global dan homogen mulai dirinci dengan penelitian mengenai perbedaan budaya dan akulturasi.

Interaksi budaya dan perilaku konsumen telah dipelajari dari beberapa perspektif. Dalam dekade lalu, minimal ada dua jenis investigasi hubungan yang terkait dengan kedua hal tersebut: (1) pendekatan empiris, yang menguji validitas dari teori perilaku konsumen saat ini dan validitas dari ilmu pengetahuan yang dimaksud jika diterapkan di budaya lain (Clark, 1990 : 66-79), dan pendekatan interpretatif, yang berusaha untuk menerjemahkan motif dan arti dari aksi konsumen (McCraken, 1986 : 71 – 84).

Solomon (2009) mencoba menerjemahkan pola konsumsi tersebut dengan *progressive learning model*, model yang diharapkan dapat membantu peneliti memahami proses akulturasi. Asumsi dalam model ini adalah seseorang secara bertahap mempelajari budaya baru seiring bertambahnya komunikasi. Harapannya bahwa jika seseorang berada dalam proses

akulturasi, akan muncul praktik dari budaya asal dan budaya baru tempat mereka tinggal. Umumnya model ini dipakai dalam penelitian yang menguji faktor seperti orientasi belanja dan loyalitas brand. Namun ketika para peneliti menggunakan model tersebut sebagai identifikasi intensitas etnis, peneliti menemukan bahwa pelanggan yang memiliki identifikasi etnis yang kuat, memiliki perbedaan dengan pelanggan yang berasimilasi dengan baik dalam hal berikut:

- Memiliki perilaku negatif terhadap bisnis (dapat dikarenakan oleh frustrasi dari minimnya pendapatan),
- Merupakan pengguna media dengan bahasa asal,
- Memiliki loyalitas brand yang tinggi,
- Memilih brand yang prestis,
- Membeli brand spesifik diiklankan dengan etnis grup mereka.

Penelitian yang dilakukan oleh Tian dan Wang (2010) juga menunjukkan bahwa imigran Tiongkok di Amerika yang memiliki akulturasi tinggi lebih memilih untuk mengkonsumsi makanan khas china (*Chinese food*), hal yang sama juga dapat kita temukan di beberapa tempat di Indonesia, seperti tersebar nya makanan khas china di daerah Jakarta Utara, yang *notabene* merupakan daerah domisili etnis Tionghoa. Sama halnya *chinese food* yang banyak dijual di Pontianak, Medan, Singkawang, Surabaya, yang merupakan kota dengan populasi etnis Tionghoa yang menonjol dibanding kota lainnya.

Penelitian Tian dan Wang tersebut juga diamini oleh Solomon (2009) yang menyatakan bahwa kecenderungan pemasaran di Amerika yang menekankan 'daerah asal' makanan mereka semata untuk menarik perhatian konsumen. Hal ini dinamakan *ethnoconsumerism*, yakni kecenderungan untuk memilih produk atau orang dari budaya sendiri dibanding budaya lain. Konsumen etnosentris cenderung merasa bersalah saat membeli produk yang

dibuat di negara lain, terlebih karena mereka merasa memiliki efek negatif terhadap ekonomi domestic mereka. Di Amerika, kampanye pemasaran yang menekankan pembelian produk dalam negeri memiliki efek yang tinggi terhadap konsumen etnosentris. *Consumer Ethnocentric Scale* (CETSCALE) menemukan bahwa konsumen etnosentris akan setuju dengan pernyataan berikut :

- Membeli produk impor menunjukkan sifat tidak nasionalis (*un-American*)
- Harus ada limitasi dalam seluruh proses impor
- Konsumen Amerika yang membeli produk yang dibuat negara lain bertanggung jawab terhadap pengangguran warga Amerika

Tentunya, masyarakat Amerika bukanlah satu-satunya masyarakat yang menunjukkan *ethnocentrism*. Masyarakat dari berbagai negara cenderung merasa produk atau orang dari daerah asal mereka superior.

Penelitian oleh Quester, dkk (2000) mencoba mengkorelasikan tingkat akulturasi etnis Cina di Australia dengan beberapa indikator perilaku pembelian seperti keinginan untuk memiliki barang berkualitas, harga berkorelasi dengan kualitas, dan loyalitas *brand*. Hasil riset tersebut menyatakan bahwa individu/kelompok yang mengalami akulturasi, tidak dapat diperlakukan oleh pemasar hanya melalui pendekatan budaya dan perilaku konsumen daerah asal (Tiongkok) ataupun budaya daerah saat ini (Australia) saja. Perilaku konsumen akulturasi merupakan perilaku konsumen yang unik dan berbeda tergantung tingkat akulturasinya.

Individu yang berada dalam masa transisi terhadap budaya baru berusaha untuk diterima dan mengerti ekspektasi perilaku setempat sebagai bentuk proses sosial dalam memasuki lingkungan baru. Salah satu potret budaya yang paling berpengaruh adalah yang diperlihatkan media massa. Teori kultivasi mengasumsikan bahwa masyarakat dibawa pada lingkungan yang dimediasi oleh media massa yang menanamkan nilai dan norma sosial

masyarakat. Beberapa studi mengenai kultivasi dan akulturasi menunjukkan bahwa rata-rata, kelompok yang memiliki tingkat akulturasi rendah :

- Lebih banyak menonton televisi dengan bahasa asal dibanding bahasa tuan rumah,
- Lebih banyak menonton televisi daripada yang berakulturasi tinggi,
- Minim interaksi dengan kelompok tuan rumah,
- Memiliki finansial yang lebih baik,
- Lebih banyak membeli barang pribadi daripada individu/kelompok berakulturasi tinggi, bahkan individu/kelompok tuan rumah.

Indikator-indikator perilaku pembelian yang muncul baik pada penelitian Quester dan Solomon sebelumnya, dijawab oleh model yang ditawarkan oleh Weber dan Weber (2001) yang menggabungkan tingkat akulturasi dengan dua fondasi teoritis, yakni teori kultivasi dan materialisme. Model tersebut pada dibuat untuk melengkapi kurangnya penelitian yang membahas mengenai akulturasi dan materialisme (tercatat oleh Weber hanya Dawson & Barnossy, 1991 dan Ger & Belk, 1996 yang membahas mengenai hal tersebut).

Indikator akulturasi yang ditawarkan oleh Weber dan Weber didasarkan atas indikator akulturasi Laroche (*via* Weber dan Weber, 2001), yakni mengambil adalah (1) kefasihan dan penggunaan berbicara bahasa tuan rumah (2) interaksi sosial (3) hubungan kebiasaan dan norma budaya (4) utilisasi dan preferensi media tuan rumah. Indikator tersebut tidak berbeda dengan Mooren (2001), yang menulis bahwa akulturasi fungsi budaya yang terkena dampak akulturasi umumnya adalah fungsi perilaku (tradisi, preferensi makanan, preferensi media), fungsi afektif (emosi), dan fungsi kognisi (norma dan nilai). Seiring dengan Laroche (*via* Weber dan Weber, 2001), Quester, dkk (2000), dan Solomon (2009) juga menambahkan pentingnya indikator bahasa. Lebih lanjut, perubahan budaya dapat

dipengaruhi oleh lokasi tempat tinggal, jarak budaya antara budaya asal dan budaya tuan rumah, pendapatan, dan variasi personal (Weber dan Weber, 2001 : 2-4; Quester, dkk, 2000).

2.4. Konsep Produk Jasa

2.4.1. Konsep Produk

Produk didefinisikan oleh Philip Kotler sebagai sesuatu yang dapat ditawarkan ke dalam pasar untuk diperhatikan, dimiliki, dipakai atau dikonsumsi sehingga dapat memuaskan keinginan atau kebutuhan. Lanjutnya, produk dibagi dalam beberapa kategori yaitu : *physical goods* (barang-barang yang nyata secara fisik), *services* (jasa), *persons* (orang), *places* (tempat atau lokasi), *organization* (organisasi atau institusi), *idea* (ide atau rencana atau program) (Kotler, 1995 : 508).

Dalam pengertian pemasaran yang murni, produk itu sendiri tidak mempunyai nilai. Jadi pelanggan memberi manfaatnya. Syarat yang harus dipenuhi oleh suatu perusahaan agar dapat sukses dalam persaingan adalah berusaha untuk menciptakan dan mempertahankan pelanggan (Smith, 2001 : 132).

Kemampuan suatu produk untuk bekerja menurut fungsinya dan memenuhi harapan baik menurut keandalan, ketahanan, kemudahan operasi, perbaikan, dan atribut produk yang bernilai lainnya disebut sebagai produk yang berkualitas (Pass, dkk, 1997 : 485). Menurut Foster (2002 : 26), suatu produk dianggap berkualitas apabila produk tersebut dibutuhkan, memberikan manfaat lebih dibandingkan produk lainnya, harganya masuk akal, efektif, dan selalu tersedia.

2.4.2. Konsep Jasa

Jasa merupakan pemberian suatu kinerja atau tindakan tak kasat mata dari satu pihak kepada pihak lain. Pada umumnya jasa diproduksi dan

dikonsumsi secara bersamaan, yang mana interaksi antara pemberi dan penerima mempengaruhi hasil jasa tersebut. Suatu jasa dari aktivitas atau kinerja apapun yang ditawarkan pihak pertama kepada pihak lain sesungguhnya tidak berwujud dan tidak menghasilkan kepemilikan apapun. Hasil tersebut tidak bisa disamakan dengan produk fisik (Kotler *via* Supranto, 2003 : 391).

Jasa adalah suatu kinerja yang lebih dari apapun. Akan tetapi, jasa, yang tidak berwujud dan lekas berlalu, adalah lebih dirasakan dari pada dimiliki, pelanggan harus aktif berpartisipasi dalam proses menciptakan, penyerahan dan konsumsi jasa. (Lovelock *via* Supranto, 2003 : 394).

Dalam dunia jasa dibedakan antara jasa sebagai produk dan jasa sebagai layanan. Jasa sebagai produk adalah apa yang diserahkan kepada pelanggan, sedangkan jasa sebagai layanan adalah kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh penyedia jasa kepada pelanggannya, sebelum, pada saat dan setelah produk jasa itu disampaikan.

Lebih jauh, Philip Kotler (*via* Tjiptono, 2007 : 22), mengungkapkan karakteristik jasa sebagai berikut:

a. Tak Berbentuk/*Intangible*

Jasa berbeda dengan barang. Jika barang merupakan suatu objek, alat, atau benda, justru jasa merupakan perbuatan tindakan, pengalaman proses, dan kinerja. Bila barang dapat dimiliki, maka jasa hanya dapat dikonsumsi tetapi tidak dapat dimiliki. Jasa bersifat *intangible*, artinya tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, dicium, atau didengar sebelum dibeli dan dikonsumsi.

Seseorang tidak dapat menilai hasil dari sebuah jasa sebelum ia mengalami atau mengkonsumsinya sendiri. Oleh karena itu, untuk menekan ketidakpastiaan, para pelanggan akan memperhatikan simbol, tanda, atau bukti fisik kualitas jasa tersebut. Mereka akan menyimpulkan kualitas jasa dari tempat, orang, peralatan, materi komunikasi, simbol, dan harga yang

mereka amati.

b. Tak Terpisahkan/*Inseparable*

Umumnya, barang terlebih dulu diproduksi, kemudian dijual, dan dikonsumsi. Akan tetapi, jasa umumnya dijual terlebih dahulu, baru kemudian diproduksi, dan dikonsumsi pada waktu dan tempat yang sama. Interaksi antara penyedia jasa dan pelanggan merupakan ciri khusus dalam pemasaran jasa. Keduanya mempengaruhi hasil dari jasa yang bersangkutan. Dalam hubungan antara penyedia jasa dan pelanggan ini, efektifitas individu yang menyampaikan jasa merupakan unsur penting.

c. Bervariasi/*Variable*

Jasa memiliki banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan, dan dimana jasa tersebut diproduksi. Umumnya jasa merupakan *nonstandardized output*, Terdapat tiga faktor yang menyebabkan variabilitas kualitas jasa: (1) Kerjasama atau partisipasi pelanggan selama penyampaian jasa, (2) moral/motivasi karyawan dalam melayani pelanggan, dan (3) beban kerja perusahaan.

Sebagai contoh, industri jasa yang bersifat *people-based*, komponen sumber daya manusia yang terlibat jauh lebih banyak jasa yang bersifat *equipment-based*. Implikasinya, hasil operasi jasa pada tipe *people-based* cenderung kurang terstandarisasi dan seragam dibandingkan hasil jasa yang bersifat *equipment-based*. Para pembeli jasa sangat peduli terhadap variabilitas yang tinggi ini dan karenanya seringkali meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memilih penyedia jasa spesifik.

d. Tidak Tahan Lama/*Perishable*

Jasa merupakan komoditas tidak tahan lama dan tidak dapat disimpan. Untuk pemakaian ulang di waktu datang, dijual kembali, atau dikembalikan. Bila suatu jasa tidak digunakan, maka jasa tersebut akan berlalu begitu saja. Kondisi tersebut tidak menjadi masalah jika permintaannya konstan, tetapi

kenyataannya, permintaan pelanggan akan jasa sangat fluktuatif dan dipengaruhi oleh faktor musiman.

2.4.3. Konsep Kualitas Jasa

Definisi kualitas jasa berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaiannya untuk mengimbangi harapan pelanggan. Menurut Wyckof dalam Lovelock (*via* Kurniana 2008 : 23-24), kualitas jasa adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan kata lain ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa yakni ekspektasi konsumen dan performa jasa.

Persepsi kualitas jasa merupakan hasil perbandingan antara harapan konsumen dengan kinerja jasa sesungguhnya. Penilaian kualitas tidak hanya dilakukan terhadap hasil jasa, tetapi juga melibatkan penilaian terhadap proses pembelian jasa. Apabila jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan.

Jika jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

Kualitas suatu jasa menurut Gronroos Alan Hutt dan Speh (*via* Tjiptono, 2004 : 259) terdiri dari tiga komponen utama yaitu :

a. Kualitas Teknis

Komponen yang berkaitan dengan kualitas hasil jasa yang diterima pelanggan. Kualitas tersebut dapat diperinci menjadi :

- *Search Quality*, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi sebelum membeli, misalkan harga.

- *Experience Quality*, yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengkonsumsi jasa, contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan.

- *Credence Quality*, yaitu kualitas yang sukar dievaluasi pelanggan meskipun telah mengkonsumsi jasa, misalnya kualitas operasi jantung.

b. Kualitas Fungsional

Komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian jasa.

c. *Image* Perusahaan

Profil, reputasi, citra umum, dan daya tarik khusus suatu perusahaan.

2.5. Konsep Jasa Kesehatan

Menurut Samovar, dkk, produksi jasa kesehatan yang efektif tergantung dari saling pengertian dalam komunikasi. Oleh karena itulah, komunikasi menjadi elemen yang sangat essential dalam segala bentuk pengobatan dan jasa kesehatan. Luckman (via Samovar, dkk, 2010) menegaskan bahwa penyampaian jasa kesehatan yang kompeten memerlukan komunikasi yang efektif antara seluruh individu yang terlibat : pasien, dokter, pekerja jasa kesehatan, anggota keluarga, hingga penerjemah bahasa.

Jika komunikasi antara penyaji jasa kesehatan dan pasien tidak lancar, maka seluruh proses pengobatan menjadi problematik. Terlebih, komunikasi dapat menjadi terbatas ketika para partisipan yang terlibat datang dari latar belakang budaya yang berbeda-beda. Purnell dan Paulanka menggarisbawahi poin ini ketika mereka menemukan indikasi bahwa populasi global dan multikultur memiliki dampak yang sangat besar dalam kemampuan penyaji jasa kesehatan untuk menyajikan level pelayanan yang sesuai. Kundhal dan Kundhal menggaungkan hal yang sama dengan menuliskan hal yang sama.

“the cultural and ethnic backgrounds of patients can shape their view of illness and well-being in both the physical and spiritual realm and affect their perceptions of health care as well as the outcome of their treatment.” (via Samovar, dkk, 2010 : 358)

Penilaian mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit makin diperumit oleh faktor lainnya. Pada industri manufaktur, mutu barang ditentukan oleh standar yang baku dan harga. Bila mutu di bawah standar atau harga di atas kemampuan konsumen, maka konsumen tidak mampu membeli produk tersebut. Akan tetapi pada jasa kesehatan, konsumen tidak dalam posisi yang mampu menilai secara pasti mutu pelayanan klinik yang diterimanya, tidak ada standar mutu yang dimiliki. Ditambah risiko, baik ringan hingga kematian terhadap pelayanan tidak bermutu.

Semua budaya memiliki kepercayaan mengenai sakit dan kesehatan yang timbul dari pandangan dunia mereka dan diwariskan dari generasi ke generasi. Kepercayaan ini seringkali bervariasi antar satu budaya dan lainnya dan mengarah pada perbedaan, malah kadang terkesan aneh bagi lainnya. Seperti yang ditulis oleh Andrews

“Generally, theories of health and disease/illness causation are based on the prevailing worldview held by a group. These worldviews include a group’s health-related attitudes, beliefs, and practices, and frequently are referred to as health belief systems.” (via Samovar, dkk, 2010 : 358)

Oleh karena itulah, budaya dan etnisitas mengkreasikan pola kepercayaan dan persepsi yang unik tentang sehat dan sakit. Sebaliknya, pola-pola ini berpengaruh terhadap bagaimana sakit dianggap, karena apa, bagaimana cara menginterpretasikannya, dan bagaimana dan kapan jasa kesehatan dibutuhkan.

Kepercayaan mengenai sehat dan sakit berbeda tidak hanya antarbudaya di dunia, namun bahkan dalam subkultur (*co-cultures*), contohnya di Amerika Serikat, pengobatan asal China, yang dipercaya oleh jutaan orang China di Amerika mengantungi kepercayaan bahwa kesehatan adalah keadaan harmonis jiwa, raga, dan alam. Orang China cenderung tertarik dengan jasa kesehatan yang sepadu yang ideal dengan mereka. Konsekuensinya, tidak tepat bagi para penyedia jasa jika tidak mendekati pasien tersebut melalui perspektif yang berbeda dengan pandangan dunia mereka.

Andrew (via Samovar, dkk) memberikan tiga paradigma komprehensif yang membagi pandangan akan kesehatan dalam tiga kategori besar, yakni *supernatural/magico/religious*, *holistic*, dan *scientific/biomedical*. Masing-masing kepercayaan direspon oleh sistem yang berbeda-beda pula. Kategori ini akan digunakan untuk melihat variasi terhadap pandangan asal muasal penyakit, pengobatan yang digunakan, dan pencegahan penyakitnya.

2.5.1. Supernatural/Magico/Religijs

2.5.1.1. Pengertian

Adalah tradisi pengobatan yang datang dari sistem kepercayaan dimana dunia dianggap sebagai arena dimana supernatural adalah yang paling penting. Pengikut kepercayaan ini memiliki kepercayaan kuat mengenai adanya dukun, sihir, dan roh jahat. Andrews memposisikan sistem ini layaknya takdir dunia dan lainnya, termasuk juga manusia, tergantung dari aksi Tuhan, atau dewa-dewi, dan kekuatan supernatural baik dan jahat.

2.5.1.2. Penyebab Sakit

Dalam sistem ini, sakit disebabkan oleh kekuatan spiritual. Dalam perspektif ini, dukun, tabu/guna-guna, kemasukan objek penyakit, kerasukan roh penyebab penyakit, dan hilangnya roh dari dalam tubuh adalah lima pandangan yang paling banyak dianut di dunia. Oleh karena itulah, dalam beberapa budaya, orang percaya bahwa penyakit merupakan hasil dari tubuh yang dirasuk oleh roh jahat ataupun tubuh yang terkena mantra. Budaya lainnya percaya bahwa sakit adalah tanda kelemahan, karma, atau durhaka.

Supernatural diketahui masih kental dianut oleh masyarakat Asia Tenggara. Samovar, dkk setidaknya mencatat empat kepercayaan supernatural yang masih dianut oleh berbagai bangsa di Asia Tenggara. Masyarakat Hmong seringkali memposisikan penyakit sebagai kekuatan

spiritual, kerasukan roh jahat atau hantu, yang menyebabkan kondisi tubuh yang memburuk, juga kurangnya pemujaan terhadap roh leluhur. Hmong mempercayai bahwa roh seseorang adalah penjaga kesehatan tubuh seseorang. Jika roh senang, maka orang tersebut akan senang, dan sehat.

Warga Laos, mempercayai adanya Phi (kekuatan alam), setiap manusia memiliki 32 roh alam yang menjaga, dan penyakit disebabkan oleh ketidakseimbangan atau perginya roh yang ada dalam tubuh.

Kepercayaan yang hampir serupa dianut oleh masyarakat Vietnam. Banyak orang Vietnam percaya bahwa masalah kesehatan, seperti influenza, demam, ataupun sakit kepala disebabkan oleh elemen alam '*cao gio*' yang dihubungkan dengan cuaca buruk dan kedinginan.

Beberapa suku di Filipina memegang kepercayaan bahwa kesehatan adalah konseptualisasi umum oleh keseimbangan. Warga Filipin menganggap bahwa penyakit dapat disebabkan oleh dukun yang meracuni tubuh, yang mengurangi keseimbangan tubuh.

Di Indonesia pula, negeri kaya budaya dan suku bangsa, memiliki banyak variasi kepercayaan supernatural. Secara umum, pandangan kepercayaan supernatural di Indonesia mengenai penyebab sakit tidak jauh berbeda dengan pandangan budaya lainnya di Asia Tenggara. Sebagai contoh, kepercayaan suku Dayak mengenai adanya roh leluhur dan kekuatan alam yang hadir dalam dunia manusia. Dukun dianggap sebagai mereka yang dapat membaca dan mengendalikan roh leluhur dan kekuatan alam tersebut.

Etnis Tionghoa di Pontianak pula memiliki pandangan kesehatan supernatural. Berbagai larangan seperti larangan ke pemakaman dalam kondisi yang kurang sehat, larangan ke pemakaman bagi ibu hamil, larangan ke pernikahan bagi bujangan yang lebih tua daripada mempelai,

merupakan beberapa contoh penyebab penyakit atau nasib sial bagi etnis Tionghoa di Pontianak.

2.5.1.3. Solusi Kesehatan

Solusi kesehatan yang dari sudut pandang supernatural mengakar pada *shaman* / paranormal, atau yang di Indonesia dikenal dengan sebutan 'orang pintar', 'dukun'. Umumnya, paranormal tersebut akan menyalurkan kekuatan yang lebih bagi pasiennya untuk dapat menangkal kekuatan jahat yang ada dalam tubuh pasien. Penerapan yang sama dilakukan oleh warga Hmong, Laos, Vietnam, dan mayoritas warga Asia lainnya.

2.5.2. Tradisi Holistik

2.5.2.1. Pengertian

Bumi terbuat dari berbagai sistem, seperti air, tanah, udara, tumbuhan, dan binatang lainnya. Kesehatan holistik berdasar dari prinsip bahwa keseluruhan tersebut adalah saling terkait, dan berinteraksi satu sama lain. Sama hal terjadi pada manusia, individu terbentuk dari berbagai sistem terkait, yang disebut sebagai jasmani, mental, emosi, dan rohani. Kelangsungan hidup tergantung pada keserasian berbagai sistem tersebut, karena apa yang terjadi pada satu sistem berimbas pada sistem lainnya. Contohnya, jika seseorang merasa tegang ataupun takut pada sesuatu, maka rasa gugup tersebut akan berimbas pada sakit perut, ataupun sakit kepala. Ketika seseorang memendam kemarahan dalam jangka waktu yang lama, individu tersebut akan mengalami sakit serius.

Kesehatan holistik ditulis oleh Samovar, dkk lebih pada cara menjalani hidup untuk mencegah penyakit, dibanding mencari sebab penyakit tersebut. Holisme lebih menekankan pada koneksi pikiran, fisik, dan rohani, dan bagaimana orang berinteraksi dengan lingkungan.

Tujuannya adalah untuk mencapai kesehatan maksimum, ketika semua sistem berfungsi sebaiknya. Dengan kesehatan holistik, setiap individu memiliki tanggung jawab untuk menjaga level kesehatannya.

2.5.2.2. Penyebab Sakit

Pendekatan holistik atau naturalistik terhadap penyakit mengandung asumsi bahwa ada hukum alam yang mengatur semuanya dan seluruh orang di alam semesta. Agar dapat tetap sehat, mereka harus tetap seharmonis dengan hukum alam dan selalu siap untuk menambah dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

Dalam kepercayaan holistik di Asia, Giger dan Davidhizar (*via Samovar, dkk*) mengatakan mayoritas kepercayaan bangsa Asia (Cina, Filipina, Korea, Jepang, dan Asia Tenggara) tidak percaya bahwa mereka memiliki kontrol terhadap alam. Mereka merasa mengontrol dan mengubah lingkungan akan mengundang perspektif fatal terhadap kehidupan manusia.

Beberapa budaya lain, seperti di Amerika Latin maupun di Afrika, maupun suku Indian di Amerika memiliki pandangan yang serupa mengenai alam. Jika sistem bumi dirusak, maka kehidupan manusia yang sebenarnya terancam rusak. Sebaliknya, jika manusia merusak hidup mereka sendiri, mereka merusak bumi.

2.5.2.3. Solusi Kesehatan

Pengobatan holistik/naturalistik ditemukan dalam beberapa praktik medis Cina. Contohnya, Cina mencoba mengembalikan keseimbangan kekuatan *yin* dan *yang*. Matocha menjelaskan pengobatan Cina sebagai berikut:

“The Chinese believe that health and a happy life can be maintained if the two forces of the yang and the yin are balanced. The hollow organs (bladder, intestines, stomach, and gallbladder) head, face, back, and lateral parts of the body are the yang. The solid viscera (heart, lung, liver, spleen, kidney, and pericardium), abdomen, chest, and the inner parts of the body are the yin. The yin is cold and the yang is hot. Health care providers need to be aware that the functions of life and the interplay of these functions, rather than the structures, are important to Chinese.” (via Samovar, dkk, 2010 : 365)

Metode tradisional dari pengobatan holistik dalam pengobatan Cina, salah satunya adalah dengan mengonsumsi telur yang berumur ribuan tahun, mengikuti aturan ketat dalam kombinasi makanan, dan memakan makanan spesifik sebelum dan sesudah melahirkan atau operasi. Pengobatan tradisional termasuk akupunktur, yakni praktik pengobatan kuno dengan cara menusukkan jarum ke tubuh untuk mengobati penyakit; pengobatan herbal, seperti ginseng, yang telah digunakan oleh orang Cina di seluruh dunia, dan kini diikuti oleh orang Barat. Melatih tubuh juga dianggap penting, dan banyak orang Cina yang berpartisipasi dalam program *tai chi*.

Tidak semua budaya holistik menggunakan pendekatan yang spesifik mengenai pengobatan kesehatan. Beberapa menggunakan baik pengobatan Barat maupun pengobatan herbal. Di Afrika, contohnya, efek dari kolonialisme, spiritualitas, dan tradisi kuno mempengaruhi persepsi masyarakat pribumi terhadap pengobatan kesehatan. Banyak orang Afrika yang membagi solusi kesehatan menjadi sistem modern dan tradisional. Pengobatan modern mengikuti model biomedik Barat, sedangkan pengobatan tradisional mengikuti pengobatan kuno mereka.

Meskipun beberapa pengobatan holistik terlihat tidak lazim, bahkan aneh dari perspektif pengobatan Barat, praktisi kesehatan di budaya lain telah sukses mengaplikasikan pengobatan ini berabad-abad.

2.5.3. Tradisi Sainifik/Biomedikal

2.5.3.1. Pengertian

Sistem pengobatan saintifik/biomedikal berfokus pada diagnosa objektif dan eksplanasi saintifik dari penyakit. Sistem ini memiliki pendekatan berdasar bukti yang bergantung pada prosedur, seperti tes laboratorium untuk memverifikasi ada tidaknya dan diagnosa penyakit. Karena pendekatannya yang berfokus pada penyebab fisik dari penyakit, seringkali aspek fisiososial dari penyakit, seperti norma budaya, kemampuan mengobati, dan kejadian lainnya yang mungkin berpengaruh pada masalah kesehatan fisik tidak diperhitungkan. Hidup dikontrol dari serial proses fisik dan biokimia yang dapat dipelajari dan diatasi oleh manusia. Kesehatan manusia dapat dimengerti dari sudut proses fisik dan kimiawi. Sebaliknya, sistem ini mengabaikan pemikiran metafisik dan pendekatan pengobatan holistik.

Kepercayaan pendekatan saintifik/biomedikal seringkali dikaitkan dengan etnosentrisme biomedikal Barat, yang kadang kala menjadi penghalang nyata dalam komunikasi solusi kesehatan. Kepercayaan lain seperti holistik atau supernatural dianggap remeh dan tidak masuk akal. Bahkan istilah ‘pengobatan alternatif’ mengindikasikan bahwa praktik lain bukan merupakan solusi utama, praktik lain selain pengobatan biomedikal tidaklah benar, dan penerimaan terhadap pengobatan alternatif hanya dapat ditoleransi jika pengobatan biomedikal tidak dapat memberikan solusi.

2.5.3.2. Penyebab Sakit

Tradisi pengobatan biomedikal menekankan masalah biologis. Pengobatan ini berfokus pada pencarian ketidaknormalan struktur tubuh atau fungsi kimia. Sakit dianggap ada jika kondisi seseorang terlihat berbeda dari norma ilmu biomedikal.

2.5.3.3. Solusi Kesehatan

Pengobatan dalam pendekatan ini bertujuan untuk menghancurkan atau mengeluarkan penyebab sakit, memperbaiki bagian tubuh yang terjangkit, dan mengontrol sistem tubuh yang terjangkit. Pengobatan saintifik/biomedikal merupakan pengobatan yang dominan di Amerika Serikat, juga negara-negara Barat lainnya. Pengobatan bertujuan untuk mengembalikan tubuh pada kondisi normal, dengan cara operasi, obat-obatan, dan intervensi terapis lainnya.

Di Amerika Serikat, sama dengan tempat lainnya, mereka yang memiliki pengaruh budaya ganda, seringkali mengkombinasikan kepercayaan kesehatan tersebut. Pengobatan biomedikal digunakan untuk beberapa penyakit, sementara kepercayaan supernatural atau holistik digunakan untuk penyakit klainnya. Seperti yang ditulis Giger dan Davidhizar, banyak orang Amerika keturunan Cina mengkombinasikan jasa kesehatan Barat dan Cina. Di Vietnam, jasa kesehatan biomedikal digunakan sebagai alternatif setelah kepercayaan pengobatan mereka tidak lagi menjawab. Banyak orang Filipina sangat terbiasa dan menerima pengobatan Barat, meskipun dalam menghadapi penyakit, mereka juga berkonsultasi pada pengobat tradisional, selain dokter.

Perbedaan kepercayaan budaya, terhadap penyebab penyakit dan solusi kesehatan tersebutlah yang mengantar para oknum penyedia solusi kesehatan, juga akademisi, untuk mengais lebih dalam mengenai metode apa yang sebenarnya cocok terhadap pasien dengan latar belakang budaya

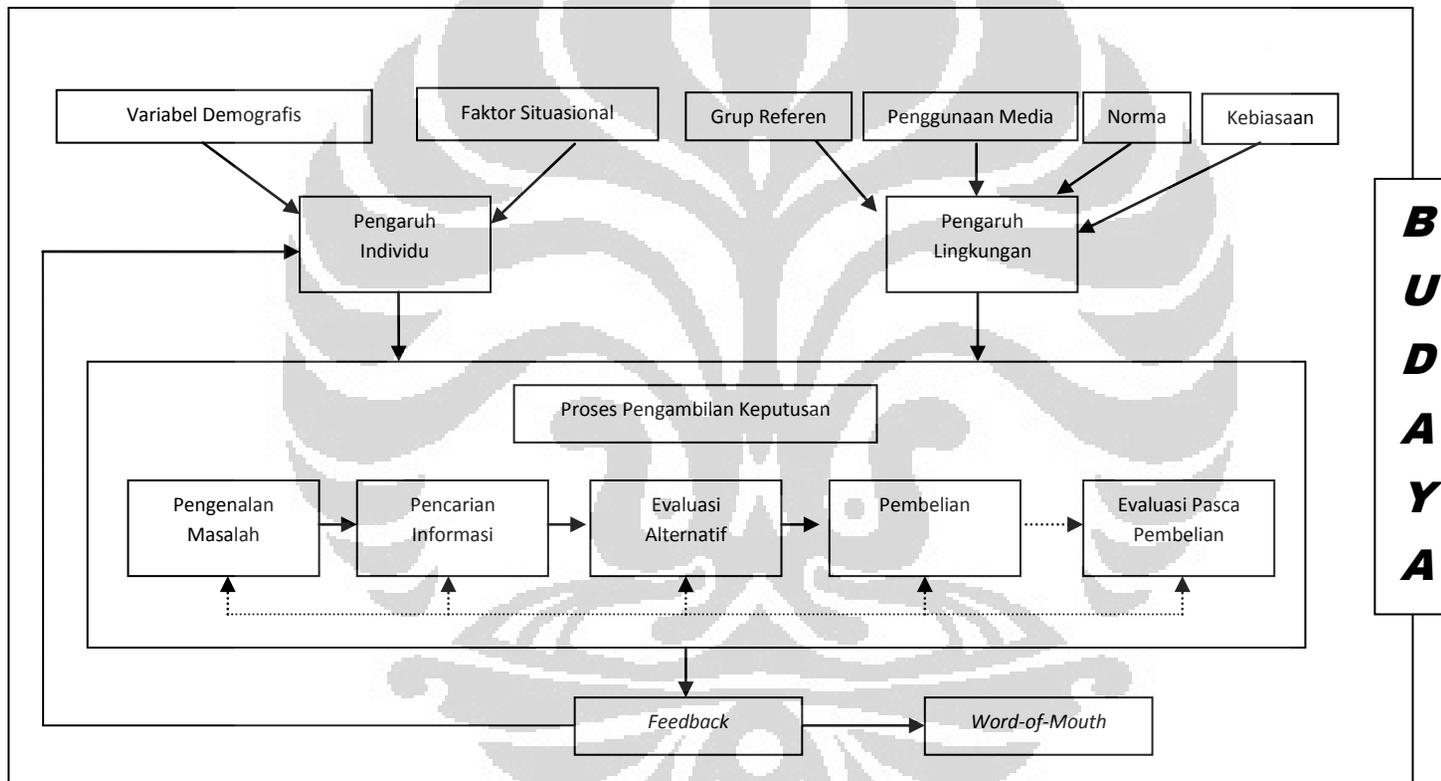
yang bervariasi. Terlebih lagi, banyak budaya yang menerapkan kombinasi pengobatan supernatural, holistik, juga biomedikal sebagai jawaban akan kesehatan.

2.6. Bagan Konsep Penelitian

Dari teori yang dijabarkan di atas, penulis bermaksud untuk membuat bagan konsep penelitian sebagai kesimpulan dari bab II. Bagan tersebut digunakan sebagai kerangka untuk menyusun penelitian. Penulis menggunakan model pengambilan keputusan Dibbs, dkk (lihat gambar 2.1.) dengan budaya sebagai lingkup terbesarnya. Pengaruh individu seperti variabel demografis (tempat tinggal, pekerjaan, pendapatan, tingkat pendidikan, dan lain-lain) serta faktor situasional akan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Sebaliknya, dengan adanya pencarian informasi eksternal, maka pengaruh lingkungan seperti grup referen, penggunaan media, norma dan kebiasaan budaya juga berandil dalam pengambilan keputusan.

Sedangkan kualitas jasa pelayanan rumah sakit akan digunakan sebagai kriteria pada saat konsumen melakukan evaluasi alternatif dari informasi yang didapat, baik *via* WoM, maupun pengalaman sebelumnya. Hasil dari pembelian tersebut akan dievaluasi dan akan berakibat pada kepuasan / ketidakpuasan konsumen yang berujung pada pembelian ulang dan/atau WoM.

Gambar 2.6. Bagan Konsep Perilaku Konsumen Etnis Tionghoa Indonesia dalam Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Pendekatan Penelitian

Peneliti memilih untuk menggunakan metode kualitatif dalam rangka menganalisa perilaku etnis Tionghoa Kota Pontianak. Secara lebih spesifik, peneliti berusaha mengeksplorasi perilaku konsumen etnis Tionghoa Kota Pontianak, terutama perilaku yang mempengaruhi keputusan pembelian jasa kesehatan.

Pemilihan metode kualitatif sangat cocok untuk menganalisa fenomena sosial, dalam kasus ini perilaku etnis tertentu didasarkan pada tulisan pemikiran Miles dan Huberman (1992) yang menjelaskan bahwa metode kualitatif merupakan sumber dari deskripsi yang luas dan berlandaskan kokoh, serta memuat penjelasan tentang proses-proses yang terjadi dalam lingkup setempat. (1992 : 2)

Paradigma penelitian yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah paradigm konstruksionis, dimana paradigma tersebut memandang realitas kehidupan sosial bukanlah realitas yang natural, tetapi hasil dari konstruksi. Karenanya, konsentrasi analisis pada paradigma konstruksionis adalah menemukan bagaimana peristiwa atau sebuah realitas tersebut dikonstruksi, dan dengan cara apa konstruksi itu dibentuk.

Dengan data kualitatif, lanjutnya, kita dapat mengikuti dan memahami alur peristiwa secara konologis, menilai sebab-akibat dalam lingkup pikiran orang-orang setempat, dan memperoleh penjelasan yang banyak dan bermanfaat. Metode kualitatif, yang lebih menghadirkan data dengan wujud kata-kata daripada deretan angka-angka, senantiasa menjadi bahan utama bagi ilmu-ilmu sosial tertentu, terutama dalam bidang antropologi, sejarah, dan ilmu politik (Miles dan Huberman, 1992 : 1-3).

3.2. Strategi Penelitian

Strategi penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus merupakan pengujian intensif, menggunakan berbagai sumber bukti terhadap suatu entitas tunggal yang dibatasi oleh ruang dan waktu (Daymon & Holloway, 2008). Studi kasus dianggap sesuai diterapkan oleh peneliti bila pokok suatu penelitian berkenaan alasan sebuah keputusan diambil, cara penerapannya, dan hasilnya. Strategi penelitian studi kasus diterapkan terlebih karena peneliti memfokuskan penelitian terhadap fenomena kontemporer masa kini dan nyata, dalam hal ini peneliti menyoroti fenomena perilaku konsumen warga Tionghoa Indonesia, khususnya Kota Pontianak – Kalimantan Barat terhadap jasa kesehatan. Pada hakikatnya, dengan menggunakan studi kasus, peneliti mencoba untuk menghidupkan nuansa komunikasi dengan menguraikan segumpal ‘kenyataan’ dengan cara:

- a. Melakukan analisis mendetail mengenai kasus dalam situasi tertentu,
- b. berusaha memahami situasi tersebut dari sudut pandang orang-orang yang bekerja di sana,
- c. mencatat bermacam-macam pengaruh dan aspek hubungan komunikasi dan pengalaman,
- d. membangkitkan perhatian dengan cara faktor-faktor tersebut berhubungan satu sama lain.

Studi kasus, menurut Daymon & Holloway (2008) juga seringkali digunakan untuk menguji penerapan teori tertentu bahkan menghasilkan teori baru berdasar dari temuan-temuan riset, yang sebelumnya belum terpetakan. Di sisi lain, studi kasus juga dapat digunakan sebagai komparasi dan generalisasi fenomena, melalui studi kasus kolektif. Hal tersebut memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi perbedaan corak khusus, dengan menyelidiki persamaan dan perbedaan antar kasus.

Metodologi studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus tunggal, yang memang member peneliti kemungkinan untuk mengeksplorasi

secara lebih mendalam (namun spesifik) mengenai kejadian tertentu (atau beberapa peristiwa) dari sebuah fenomena.

3.3. *Unit of Response*

Unit of response pada penelitian ini adalah warga daerah tertentu dengan etnis tertentu, yakni etnis Tionghoa Kota Pontianak. Secara lebih jelas, yang dimaksud oleh peneliti sebagai etnis Tionghoa Kota Pontianak adalah warga yang memiliki garis keturunan langsung (orangtua) etnis Tionghoa dan merupakan penduduk tetap Kotamadya Pontianak, ibukota dari provinsi Kalimantan Barat, Indonesia. Penelitian ini terkait dengan perilaku konsumen etnis Tionghoa Kota Pontianak. Jadi unit respon yang akan diteliti adalah warga Tionghoa yang berdomisili tetap di Kotamadya Pontianak serta hubungannya dengan pengambilan keputusan terhadap pemilihan jasa kesehatan, yang terdiri dari tahap pengenalan masalah, pencarian informasi, evaluasi alternatif, pembelian, hingga evaluasi pasca pembelian.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti bermaksud untuk melakukan wawancara mendalam terhadap beberapa narasumber / informan. Teknik wawancara umum dilakukan baik dalam penelitian kualitatif maupun kuantitatif. Akan tetapi, berbeda dengan wawancara kuantitatif yang diarahkan (*directive*) langsung pada tujuan penelitian, wawancara kualitatif cenderung bersifat eksploratif (*non-directive*).

Wawancara kualitatif sangat bernilai, karena jawaban yang diberikan sangat fleksibel. Jawaban-jawaban yang diberikan oleh orang-orang yang diwawancarai menjadi landasan percakapan yang kian mengalir. Peneliti memiliki kebebasan untuk menggali lebih banyak informasi, jika muncul suatu yang menarik atau hal-hal baru, sebab peneliti tidak harus dibatasi pada daftar pertanyaan yang kaku.

Namun bagaimanapun, wawancara kualitatif lebih dari sekedar percakapan. Selalu ada maksud dan tujuan, dan wawancara pun memiliki struktur atau pola

khusus yang dibentuk oleh peneliti sendiri. Tujuannya jelas, untuk dapat menggerakkan diskusi ke arah yang diinginkan.

Wawancara dapat bersifat formal ataupun informal. Wawancara formal cenderung direncanakan dan dijadwalkan, dapat juga wawancara dilakukan sambil berbicara santai di tempat umum, yang disebut wawancara informal. Intinya wawancara bertujuan untuk memperoleh informasi dengan menyelidiki pengalaman masa lalu dan masa kini para partisipan, guna menemukan perasaan, pemikiran, dan persepsi mereka (Daymon & Holloway, 2008).

Wawancara kualitatif sangat tergantung dari struktur yang dibuat oleh peneliti. Hal ini dikarena oleh struktur tersebut berkaitan dengan jumlah data dan temuan baru yang didapatkan. Daymon & Holloway membagi wawancara menjadi beberapa jenis :

a. Wawancara tidak terstruktur / tidak terstandarisasi

Wawancara tak terstruktur tidak memiliki pertanyaan yang ditentukan sebelumnya, kecuali pada tahapan yang sangat awal, ketika peneliti melontarkan pertanyaan dengan hal umum area studi. Wawancara ini tidak memiliki prosedur yang kaku dan sangat fleksibel. Meskipun begitu, penting bagi peneliti untuk mengingat isu-isu tertentu yang berkenaan dengan tujuan penelitian. Wawancara ini, meskipun sangat sering menimbulkan temuan data paling kaya, namun juga memiliki '*dross rate*' atau material yang tidak berguna bagi penelitian paling tinggi.

b. Wawancara semi-terstruktur

Wawancara semi-terstruktur atau wawancara terfokus sering digunakan dalam riset kualitatif. Wawancara ini memiliki pola dan pertanyaan yang telah disiapkan dalam panduan wawancara. Urutan pertanyaan tidaklah harus sama, sebab bergantung pada proses wawancara tiap informan. Panduan wawancara tersebut menjamin peneliti untuk mendapatkan data yang serupa dari tiap informan, sehingga *dross rate* lebih rendah. Panduan wawancara sendiri tidak

bersifat mengikat memungkinkan peneliti untuk mengeksplor lebih lanjut dengan pertanyaan-pertanyaan yang dirasa relevan selama proses wawancara.

c. Wawancara terstruktur

Jenis wawancara ini biasanya memiliki pertanyaan survey tertulis, peneliti menerapkan struktur ketat, dan umumnya tidak memiliki *dross rate*. Biasanya dilakukan dalam penelitian kuantitatif.

d. Wawancara *online*

Peneliti dan informan berkomunikasi secara elektronik, baik melalui *internet chat*, maupun lewat surat elektronik. Wawancara *online* biasanya bila informan dan peneliti tidak dapat bertemu secara tatap muka. Kelemahan dari wawancara ini adalah pada respon spontan dan reaksi tersirat informan yang tidak terungkap lewat kata-kata.

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan wawancara semi-terstruktur, agar dapat mengeksplor sekaligus menjaga struktur penelitian. Wawancara akan dimulai dalam isu yang dicakup dalam pedoman wawancara. Meskipun sekuensi pertanyaan tidaklah sama pada tiap partisipan, namun pedoman tersebut akan menjamin bahwa peneliti mengumpulkan jenis data yang sama dari para informan. Pencatatan informasi selama wawancara akan dilakukan dengan alat perekam.

3.5. Kriteria Kualitas Penelitian

Kriteria kualitas terhadap penelitian baru diperkenalkan sekitar dua dekade lalu. Melalui standar reabilitas dan validitas yang tentunya berbeda dari penelitian kuantitatif, para peneliti kualitatif kini diharapkan dapat mengukur skala kualitas terhadap subjektivitas mereka.

Namun muncul kekhawatiran seputar memadai tidaknya dua kriteria tersebut untuk mencakup isu yang dimunculkan lewat kepedulian terhadap kualitas, karena reliabilitas dan validitas lebih berhubungan dengan sudut pandang konvensional, yang

seringkali tidak sesuai dengan penelitian kualitatif. Daymon dan Holloway (2008) memberikan strategi kriteria kualitas reabilitas dan validitas melalui empat cara sebagai berikut :

a. Kredibilitas (*credibility*)

Menurut Lincoln dan Guba (*via* Daymon dan Holloway, 2008) kredibilitas lebih tepat digunakan alih-alih validitas internal. Riset disebut kredibel jika orang-orang yang terlibat mengakui kebenaran temuan-temuan riset dalam konteks sosialnya sendiri. Kredibilitas dapat dipenuhi dengan dua cara, yakni metode riset yang kredibel dan *member check*.

b. Kemampuan untuk ditransfer (*transferability*)

Kriteria ini menggantikan istilah/tujuan validitas eksternal, dan mendekati gagasan generalisasi berdasarkan teori. Banyak penelitian kualitatif yang menggunakan sampel skala kecil atau studi kasus tunggal. Kriteria ini membantu pembaca memindahkan pengetahuan khusus yang diperoleh dari temuan-temuan sebuah riset pada latar/situasi lain. Jadi dimaksudkan agar peneliti atau siapapun yang ingin melakukan penelitian dengan konteks yang serupa mampu menyesuaikannya dengan konsep mereka. Proses *transferability* diawali pada tahap penyusunan proposal, tepatnya ketika karakteristik situasi menjadi pusat perhatian. Karakteristik situasi, yakni perilaku konsumen etnis Tionghoa Pontianak dan jasa kesehatan akan dijelaskan di bab IV.

c. Tingkat Ketergantungan (*dependability*)

Kriteria kebergantungan (*dependability*) menggantikan istilah reliabilitas yang dikenal di penelitian kuantitatif. Sebuah penelitian memiliki sifat ketergantungan jika konsisten dan akurat. Ini berarti pembaca dapat mengevaluasi hasil analisis dengan menelusuri proses pengambilan keputusan. Juga konteks riset harus diuraikan secara detail. Salah satu cara untuk memenuhi kriteria *dependability* adalah dengan menunjukkan rekam

jejak (*audit trail*). Akan tetapi, dalam kualitatif, replikasi hampir mustahil untuk dapat direplikasi, selain karena subjektivitas peneliti, setiap peneliti tidak memiliki latar belakang pendidikan, karakteristik peneliti, hingga kondisi dan situasi penelitian yang sama persis. Oleh karena itu, salah satu cara yang digunakan sebagai reabilitas riset kualitatif adalah dengan *audit trail* atau *decision trail*. *Audit trail* atau *decision trail* adalah catatan terperinci berisi dokumentasi data, keputusan, dan metode yang telah dibuat selama proyek penelitian berlangsung.

Untuk mencapai *dependability* peneliti menyusun konsep/teori yang kemudian menjadi landasan dalam kerangka konseptual. Kerangka konseptual ini kemudian diturunkan menjadi panduan wawancara. Selain itu peneliti juga mempertimbangkan perubahan-perubahan yang mungkin terjadi yang berkaitan dengan fenomena yang diteliti atau dalam desain sebagai hasil dari pemahaman yang lebih mendalam mengenai aspek-aspek yang terdapat dalam penelitian tersebut. Penelitian ini melaporkan setiap temuan dengan pelaporan yang terinci, terutama dari hasil wawancara dengan beberapa informan agar memungkinkan pihak lain untuk mempelajari dan menganalisa kembali.

d. Kemampuan untuk dapat dikonfirmasi (*confirmability*)

Penelitian akan dinilai dari bagaimana temuan dan kesimpulan mencapai tujuan riset. Jadi agar dapat dikonfirmasi, sebuah penelitian harus mampu menunjukkan bagaimana data terkait dengan sumbernya, sehingga pembaca dapat menetapkan bahwa kesimpulan dan penafsiran muncul secara langsung dari sumber tersebut dan bukan dari asumsi. Untuk itu diperlukan *audit trail* atau *decision trail*, karena langkah-langkah tersebut mensyaratkan agar peneliti bersikap reflektif dan mampu mengkritik diri sendiri tentang bagaimana riset dilakukan. Agar kriteria *confirmability* dapat terpenuhi sebelum penelitian dilakukan, diuraikan terlebih dahulu pada proposal penelitian tujuan awal dari penelitian, mengapa subjek penelitian tersebut

yang dipilih, ekspektasi yang hendak diperoleh dari penelitian ini, dan manfaatnya bagi penelitian yang lain.

Untuk memastikan kualitas riset, peneliti telah menempuh beberapa cara sesuai dengan yang dianjurkan oleh Daymon dan Holloway (2008 : 148-156), yaitu :

- Melakukan member check (Lincoln dan Guba, 1985) atau *member validation*. Dilakukan dengan mencocokkan pemahaman peneliti mengenai data dengan orang yang dikaji, dengan merangkum, mengulagi atau memfrasekan (menyatakan kembali dengan bahasa kita sendiri), ucapan mereka, sekaligus membahas kejujuran dan penafsiran informan. Hal ini bertujuan untuk mengecek reaksi informan terhadap data dan temuan-temuan serta membantu peneliti untuk mengukur tanggapan informan atas penafsiran data yang dilakukan peneliti. Tujuan spesifik melakukan *member check* adalah mengetahui apakah peneliti telah menyajikan realitas partisipan dengan cara yang kredibel bagi informan, memberi kesempatan bagi mereka untuk mengoreksi kesalahan yang mungkin mereka lakukan pada saat berdiskusi dengan peneliti, menilai pemahaman dan penafsiran peneliti terhadap data, mendapatkan data lebih lanjut melalui tanggapan para informan terhadap penafsiran peneliti untuk membantu peneliti menghindari kesalahan dalam menafsirkan atau memahami ucapan maupun tindakan informan. Peneliti telah melakukan *member check* dengan mengkonfirmasi temuan peneliti dengan hasil wawancara yang disampaikan sebelumnya.
- Diskusi kolega (*peer debriefing*). Strategi ini dilakukan dengan melibatkan beberapa rekan yang akan menganalisis data mentah penelitian, lalu mendiskusikan setiap komentar peneliti terhadap penafsiran mereka. Peneliti telah melibatkan beberapa orang rekan dan ahli yang memiliki dasar pengetahuan baik khususnya di bidang jasa kesehatan, perilaku konsumen etnis Tionghoa, dan metodologi penelitian.

- Rekam jejak (*Audit trail*). Diperlukan agar orang lain bisa menilai validitas penelitian tersebut. *Audit trail* adalah catatan terperinci menyangkut keputusan-keputusan yang dibuat sebelum maupun sepanjang riset, berikut deskripsi tentang proses penelitian tersebut. Dalam penelitian ini *audit trail* dilakukan sejak penyusunan proposal penelitian, saat mulai mengumpulkan data, semua *indepth interview* direkam secara lengkap, koding dan kategorisasi, serta dibuatkanlah transkrip untuk setiap wawancara dengan masing-masing informan.
- Triangulasi. Triangulasi diperlukan sebagai salah satu bentuk strategi kualitas riset. Peneliti menggunakan triangulasi sumber, dengan menggunakan variasi sumber-sumber data yang berbeda. Selain menggunakan data berupa teori serta wawancara mendalam terhadap informan, peneliti menggunakan variasi sumber data dari narasumber ahli sebagai komparasi terhadap temuan data terhadap informan.

3.6. Pemilihan Sumber Data

Dengan fokusnya pada kedalaman dan proses, penelitian kualitatif cenderung dilakukan dengan jumlah informan yang tidak sebanyak penelitian kualitatif. Penelitian tidak menekankan upaya representatif sampel secara umum, melainkan menekankan berupaya untuk memahami sudut pandang dan konteks subjek penelitian secara mendalam.

Dalam menjelaskan masalah penelitian sampel, buku-buku metodologi penelitian kualitatif sering mengemukakan istilah pengambilan sampel teoritis (*theoretical sampling*). Yang menjadi karakter utama pengambilan sampel teoritis adalah pengambilan data dikendalikan oleh konsep-konsep (pemahaman teoritis) yang muncul dan berkembang sejalan dengan pengambilan data itu sendiri.

Dikatakan oleh Strauss dan Corbin (*via* Poerwandari, 2007 : 108) bahwa pengambilan sampel teoritis mengacu pada pengertian bahwa pengambilan sampel

dilakukan berdasar konsep-konsep yang telah terbukti relevan. Relevansi tersebut mengindikasikan bahwa konsep-konsep tersebut menjadi sangat signifikan bagi penelitian yang sedang berlangsung, entah karena (1) konsep-konsep tersebut berulangkai muncul, atau meski dalam frekuensi terbatas, secara signifikan muncul ketika kita mencoba membanding-bandingkan insiden, atau (2) dalam proses coding, konsep-konsep tersebut tampil dalam kategori.

Pemilihan sampel, pada gilirannya mengarahkan peneliti pada data yang makin spesifik dalam menjawab permasalahan penelitian. Pemahaman konseptual yang berkembang sejalan dengan pengambilan data akan membantu peneliti menemukan kelompok yang relevan yang memungkinkan diperolehnya penambahan-penambahan data. Peneliti yang melakukan pengambilan sampel teoritis akan terus menambahkan unit-unit baru dalam sampelnya sampai penelitian tersebut mencapai titik jenuh.

Peneliti menggunakan pengambilan sampel dengan variasi maksimum dalam penelitian ini. Pengambilan sampel ini dilakukan bila subjek atau target penelitian menampilkan banyak variasi, dan penelitian bertujuan menangkap dan menjelaskan tema-tema sentral yang ditampilkan sebagai akibat keluasan cakupan (variasi) partisipan penelitian. Keterwakilan semua variasi penting, dan pendekatan *maximum variation sampling* justru mencoba memanfaatkan adanya perbedaan-perbedaan yang ada untuk menampilkan kekayaan data. Patton (via Poerwandari, 2007) mengingatkan bahwa penelitian dengan sampel yang menampilkan variasi maksimum tidak dapat dilakukan dengan jumlah sampel terlalu kecil, mengingat jumlah sampel yang terlalu kecil akan menyulitkan diperolehnya keterwakilan semua variasi. Meskipun demikian, karena penelitian kualitatif juga sulit dilaksanakan dengan jumlah sampel yang terlalu besar, variasi harus dapat dimaksimalkan dalam jumlah sampel yang relatif tetap terbatas.

Perilaku konsumen merupakan salah satu contoh tema penelitian yang mengarah ke pengambilan sampel maksimum. Hasil penelitian dan teori dari beragam

sudut pandang menjadikan peneliti akan mengalami kesulitan untuk mencari variasi sampel yang dapat merepresentasikan seluruh varian sampel.

Akan tetapi, karena penelitian terfokus para perilaku konsumen dari segi pandang etnis, peneliti mencoba membagi sampel menurut penelitian Liu (2000) yang membagi etnis Cina di Australia dengan akulturasi tinggi, medium, dan rendah. Dari beberapa indikator relevan, peneliti kemudian mengambil variasi status sosial lainnya, seperti tingkat pendidikan, status kewarganegaraan, *socio economic status*, hingga pekerjaan konsumen untuk memaksimalkan kekayaan data.

3.7. Teknik Analisa Data

Analisis data kualitatif merupakan proses sistematis yang berlangsung terus-menerus, bersamaan dengan pengumpulan data. Analisis data tidak dimulai ketika pengumpulan data telah selesai, tetapi sesungguhnya berlangsung sepanjang riset dikerjakan. Penelitian kualitatif memungkinkan peneliti untuk mampu menyesuaikan diri pada semua proses penelitian, karena bersifat induktif sekaligus deduktif.

Penelitian pada awalnya bersifat induktif, karena pola, tema, kategori, dimunculkan dalam data, alih-alih dipaksakan pada mereka sebelum pengumpulan dan analisis data dilakukan. Penelitian kemudian berarah deduktif sejalan dengan kemajuan riset. Pengembangan proposisi-proposisi penelitian dan gagasan yang diujikan pada tahap pengumpulan serta analisis data selanjutnya, bahkan pencarian data baru untuk mengkonfirmasi proposisi peneliti merupakan arah deduktif penelitian kuantitatif.

Analisis data kualitatif berkaitan dengan:

- a. interpretasi; dimana peneliti menjelaskan makna dan pemahaman terhadap kata-kata dan tindakan partisipan dengan konsep dan teori (atau teori berdasar generalisasi). Interpretasi biasanya dilakukan dalam analisis data *grounded theory* dan analisis wacana.

- b. reduksi, yakni memisahkan data dengan *dross rate*, dan mengaturnya menjadi potongan-potongan teratur dengan koding dan menyusunnya dalam kategori, sehingga rangkumannya menjadi pola dan susunan yang lebih sederhana, umumnya dilakukan dalam studi kasus, baik tunggal maupun majemuk.

Dalam melakukan proses analisis, Daymon dan Holloway (2008) mengajukan prosedur sebagai berikut :

- a. Pengaturan data

Untuk mengatur data agar tetap rapi, utuh, lengkap, dan terlacak. Peneliti harus melengkapi data dengan tanggal, nama, judul, kehadiran, hingga deskripsi dan suasana tempat. Peneliti kemudian mengarsipkan data baik secara digital maupun yang sudah diolah. Pemikiran dan studi pustaka yang sedianya mendukung penelitian juga tidak luput dari pelabelan, agar kemudian dapat menjadi *cross-reference* pada berbagai sumber data.

- b. Koding dan kategorisasi

Koding dimulai saat seluruh data terkumpul. Data tersebut ditandai, diberi kata kunci, tema, isyu, hingga seluruh data dapat disejajarkan, diperbandingkan persamaan serta perbedaannya, yang nantinya berguna untuk membuat formulasi kategori.

- c. Mencari pola dan proporsi penelitian

Setelah muncul kategori yang telah diberi kode, maka langkah selanjutnya adalah dengan melacak secara deduktif hubungan antar kategori tersebut. Hubungan tersebut akan membentuk pola dalam data. Pola tersebut akan membantu peneliti untuk mengidentifikasi tema sentral yang lebih luas, sehingga dapat memberikan keseluruhan pemahaman terhadap analisa data.

3.8. Keterbatasan Penelitian

Penelitian analisis perilaku etnis Tionghoa Indonesia dalam pemilihan jasa kesehatan, yang akan dikaji melalui aspek budaya dari perilaku konsumen, serta proses pengambilan keputusan konsumen bertujuan untuk melihat perilaku konsumen etnis tertentu dari perspektif budaya. Tidak dapat dipungkiri bahwa akan muncul aspek-aspek lain yang mempengaruhi konsumen untuk membuat keputusan. Generalisasi pun tidak selalu dapat dilakukan, mengingat kondisi geografis dan budaya Indonesia yang sangat bervariasi.



Tabel 3.1. Pedoman Wawancara

No	Konsep yang hendak digali	Indikator	Daftar Pertanyaan Utama	Metode	Sumber
1	Akulturasi etnis Tionghoa Pontianak	Bahasa	Bahasa apa yang mayoritas Anda tuturkan setiap hari?	Wawancara, studi pustaka	Informan
		Kebiasaan	Apakah Anda masih menjalankan perayaan Tionghoa, seperti Imlek dan sembayang kubur?		
		Norma	Apakah Anda masih menganut kepercayaan dan norma budaya Tionghoa ?		
		Grup sosial	Siapakah kelompok terdekat Anda? Keluarga? Teman? Berasal dari etnis manakah mereka?		
		Penggunaan Media	Apakah media yang sering Anda akses? Lagu favorit? Film favorit? Bahasa apakah media itu?		
2	WoM terhadap pengambilan keputusan	Dampak WoM terhadap pemilihan jasa kesehatan	Siapakah yang menjadi pengaruh terbesar Anda dalam memilih jasa kesehatan?	Wawancara	Informan, narasumber
			Seberapa jauhkah Anda akan mengikuti rekomendasi dari grup referen terdekat Anda?		
			Bagaimana perilaku Anda jika rekomendasi opinion leader tidak sesuai dengan keputusan Anda?		
			Seberapa jauhkah Anda akan merekomendasikan jasa kesehatan kepada lingkungan Anda?		
3	Pengambilan keputusan	Untuk mengetahui proses pengambilan keputusan konsumen	Kapan Anda merasa memerlukan jasa kesehatan?	Wawancara	Informan, narasumber
			Darimanakah Anda mendapatkan solusi terhadap jasa kesehatan Anda?		
			Apa yang menjadi alternatif solusi jasa kesehatan Anda?		
			Jasa kesehatan manakah yang akan Anda pilih?		
			Apa saja kriteria yang menjadi pertimbangan Anda dalam pemilihan jasa kesehatan?		
Bagaimana evaluasi pasca pembelian setelah mengkonsumsi jasa kesehatan?					
4	Analisa solusi alternatif	Untuk mengetahui pendapat masyarakat terhadap alternatif jasa kesehatan	Bagaimana pendapat Anda terhadap rumah sakit pemerintah?	Wawancara, studi pustaka	Informan, narasumber
			Bagaimana pendapat Anda terhadap rumah sakit swasta?		
			Bagaimana pendapat Anda terhadap pengobatan luar negeri?		
			Bagaimana pendapat Anda terhadap pengobatan tradisional Cina?		

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Etnis Tionghoa Kota Pontianak

Selama berabad-abad, masyarakat Cina dari beberapa provinsi Tiongkok bagian Tenggara telah beremigrasi ke kepulauan Indonesia. Di antara setengah lusin kelompok dialek migrasi utama dari provinsi ini, *Hokkian* merupakan pemukim perintis. *Hokkian* banyak menempati daerah pesisir Sumatra dan Jawa. *Hokkian* yang telah menetap lebih lama dari kelompok dialek lainnya, umumnya telah menetap, mapan, dan berkembang secara politis dan ekonomis dibanding warga dialek lainnya. Warga Tionghoa yang lebih dulu datang itu terkenal dengan sebutan Tionghoa peranakan.

Menurut Heidhues dalam bukunya yang berjudul *Penambang Emas, Petani dan Pedagang di 'Distrik Tionghoa'* (2002) imigran Cina sendiri mulai menetap dalam jumlah besar di Kalimantan Barat sekitar pertengahan abad ke 18. Migrasi tersebut menempati wilayah yang disebut Distrik Tionghoa. Daerah ini meliputi sebelah Utara Pontianak, sepanjang pesisir hingga ke Sambas dan perbatasan Sarawak. Migrasi orang Tionghoa di Kalimantan Barat, dilakukan secara swakarsa, mereka diorganisir oleh sesamanya. Dan, hampir semua pendatang Tionghoa adalah calon buruh.

Sebagian besar warga Tionghoa di Kalimantan Barat, datang dari provinsi Guangdong di Tiongkok bagian Selatan. Mereka berbahasa *Hakka*, *Teociu*, *Kanton*, *Hainan*, dan lainnya. Walaupun berasal dari satu wilayah, mereka tidak saling memahami bahasa yang digunakan. Kelompok tersebut kemudian mengerucut menjadi dua kelompok suku besar, *Teociu / Hoklo* dan *Hakka*. Orang *Teociu* lebih banyak berkumpul di perkotaan dan berdagang. Sebaliknya *Hakka* bekerja di pertambangan dan pertanian.

Awal masa menetapnya, komunitas Tionghoa muncul, dibedakan dari tempat tinggal dan mata pencahariannya. Kelompok pertama, terdiri dari para penambang emas. Para penambang bermukim di asrama pertambangan dan berstatus penduduk sementara. Kelompok kedua, mereka yang bermata pencariannya sebagai pemenuh kebutuhan sehari-hari penambang, petani atau pedagang kecil. Mereka bertempat tinggal dekat pasar dan melayani kebutuhan komunitas tambang. Kelompok ketiga adalah warga penghuni perkotaan, yang berkerja sebagai pedagang, tukang, dan buruh.

Dua gelombang besar migrasi kembali terjadi pada periode 1860 – 1900 dan 1900 – 1930. Menjelang tahun 1900 ada lebih dari setengah juta kaum Tionghoa di Hindia Belanda; 277.000 ada di Jawa dan Madura, dan jumlah yang hampir sama (260.000) ada di pulau-pulau luar (Purcell, 1965 : 430). Imigrasi massal pertama (1860 – 1900) menyaksikan sekitar 318.000 pendatang baru, 40% dari jumlah itu (128.000) bermukim di Jawa, sedangkan 60% (190.000) menambah populasi Tionghoa di pulau lain – terutama pesisir timur Sumatra, Bangka, dan Belitung (Suhandinata, 2009).

Gelombang migrasi kedua (1900 – 1930) terjadi karena adanya ketidakstabilan politik di Tiongkok. Tujuan utama migrasi adalah Distrik Tionghoa (Sarawak, Brunei, dan Kalimantan Barat). Migrasi kedua tersebut berpengaruh signifikan terhadap jumlah warga Tionghoa, terutama di daerah Kalimantan Barat. Keturunan Tionghoa kelahiran lokal di Indonesia tetap membentuk 62% (750.000) dari keseluruhan populasi Tionghoa di Hindia Belanda sementara kaum totok kelahiran Tiongkok yang mayoritas masuk ke Indonesia dari gelombang migrasi kedua berjumlah 450.000.

Tidak jauh berbeda dengan pendahulunya, imigran datang dengan latar belakang petani dan buruh. Meningkatnya jumlah warga Tionghoa menjadikan mereka salah satu komunitas yang disegani, bukan hanya di Hindia Belanda. Warga Tionghoa yang lebih dulu tinggal dan mapan di Indonesia masih menjadi tokoh

komunitas. Mayoritas kaum peranakan adalah *Hokkian*, yang tinggal di daerah pesisir Sumatra, Jawa, dan Madura. Kaum peranakan secara ekonomi lebih dulu mapan dibanding kelompok dialek lain seperti *Hakka* dan *Teociu*, yang mayoritas menetap di Kalimantan Barat.

Pemimpin komunitas biasanya dipilih berdasarkan status sosial (kekayaan) dan kemampuan organisasi. Bahkan, pada abad ke-20, ketika pendidikan sudah berkembang pesat, kekayaan tetap jadi penentu terpenting bagi kepemimpinan komunitas.

Kokohnya komunitas Tionghoa di Indonesia, terutama di Kalimantan Barat dibuktikan dalam tulisan sejarawan Onghokham dalam "*The Chinese of West Kalimantan*" yang menilai bahwa di seluruh kepulauan Indonesia, orang Tionghoa Kalimantan Barat merupakan satu-satunya imigran Tionghoa yang untuk berpuluh-puluh tahun, bebas membentuk lembaga-lembaga sosial, politik, dan budaya mereka sendiri, juga lembaga lainnya. Tionghoa Kalimantan Barat relatif bebas dari segala pengaruh luar, seperti dari negara kolonial yang kuat dengan kebijakan-kebijakan sentralistisnya (Heidhues, 2002).

Di bidang ekonomi, ada sesuatu yang unik dan khas dari Tionghoa di Kalimantan Barat. Sejak pra-kolonial hingga saat ini, orientasi bisnis mereka bukanlah masyarakat Jawa, yang *notabene* adalah pusat pemerintahan dan ekonomi Indonesia. Orientasi bisnis warga Tionghoa Kalimantan Barat adalah luar negeri, seperti ekspor, seperti Singapura dan Sarawak.

Salah satu peristiwa besar yang menandai sejarah etnis Tionghoa di Kalimantan Barat, adalah pengusiran orang Tionghoa secara besar-besaran dari Distrik Tionghoa pada 1967. Pengusiran tersebut menyebabkan populasi mengerucut pada daerah Pontianak dan Singkawang. Meskipun hanya berjumlah 9% dari total penduduk Kalimantan Barat, namun etnis Tionghoa merupakan etnis penduduk terbesar di Kota Pontianak (31, 24%) melebihi Melayu (26, 05%) Bugis (13, 12%). Sedangkan di Kota Singkawang, penduduk beretnis Tionghoa sendiri mencapai angka

lebih dari 42%. Berbeda dengan etnis Tionghoa di Kota Singkawang yang mayoritas bekerja sebagai buruh dan petani (dikelompokkan oleh Heidhues sebagai kelompok 1 dan kelompok 2), mayoritas etnis Tionghoa di Kota Pontianak adalah kelompok 3, yang bermata pencaharian sebagai pedagang. Kelompok 3 inilah yang dianggap memiliki kekuatan finansial yang lebih dibanding kelompok lainnya. Sejarah mapannya finansial etnis Tionghoa di Pontianak masih berlanjut hingga saat ini, yang menyebabkan etnis Tionghoa menjadi salah satu dari tiga kekuatan etnis (selain Melayu dan Dayak, lebih dikenal sebagai Tiga Pilar) yang disegani di Kalimantan Barat.

Sebagai etnis mayoritas di Pontianak, warga Tionghoa tidak memiliki daerah tempat tinggal yang eksklusif. Praktik-praktik budaya Tionghoa lazim terlihat di beberapa tempat di Pontianak. Terlebih setelah Presiden Abdurrahman Wahid melegalkan perayaan Tahun Baru Imlek pada tahun 2000, berulang kali warga Tionghoa Pontianak menjadi sorotan Indonesia, bahkan dunia akan perayaan budayanya yang terkesan meriah. Mulai dari perayaan *U-Shi* (mandi sungai), *Ceng Beng* (sembayang kubur), *Kwee Ni* (Tahun Baru Imlek), hingga *Cap Go Meh* (penutupan perayaan tahun baru) dimeriahkan oleh atribut budaya seperti tatung, *lau ya*, *liong*, barongsai, dan lainnya. Berbeda dengan warga Tionghoa di Jawa yang tidak mewariskan bahasa ibu pada keturunannya, di Kalimantan Barat (Pontianak dan Singkawang) sebaliknya hampir seluruh warga Tionghoa masih dapat dengan fasih berbicara bahasa *Teociu* dan *Khek*, bahkan tidak jarang bahasa ibu tersebut lebih mereka kuasai daripada bahasa Indonesia.

Pemeliharaan tradisi dan budaya Tionghoa tersebut dipayungi oleh yayasan budaya dan keagamaan yang tumbuh dan berkembang di Pontianak. Hampir setiap marga Tionghoa memiliki komunitas budayanya masing-masing. Maka wajarlah apabila budaya Tionghoa di Pontianak tetap lestari dibanding daerah lainnya di Indonesia, bahkan mengundang daya tarik wisatawan negara tetangga seperti Sarawak, Brunei, Singapura, hingga Taiwan.

Peresmian Majelis Adat Budaya Tionghoa (MABT) Kalimantan Barat pada tahun 2005 mempererat posisi warga Tionghoa baik di bidang sosial, budaya, ekonomi, hingga politik. Berulang kali MABT sebagai komunitas etnis Tionghoa terbesar di Kalimantan Barat berfungsi sebagai mediator masyarakat dan pemerintah dalam mengadakan acara sosial dan budaya, diskusi terhadap regulasi yang dianggap diskriminatif, mendukung partisipasi politik warga Tionghoa, hingga mengarahkan haluan politik masyarakat.

Seperti halnya daerah lainnya partisipasi politik etnis Tionghoa Pontianak semakin meningkat semenjak era reformasi tahun 1999. Partisipan politik dari etnis Tionghoa semakin menjamur setelah Hasan Karman terpilih sebagai Walikota Kota Singkawang periode 2007-2012. Kemudian menyusul Christiandy Sanjaya, tokoh pendidikan Pontianak yang pada tahun 2008 dilantik Wakil Gubernur Kalimantan Barat. Tokoh budaya Tionghoa, Harso Suwito mencalonkan diri sebagai Walikota Kota Pontianak pada tahun 2008. Tjung Meng Seng terpilih sebagai anggota DPRD Pontianak. Hingga kini pada tahun 2012, pemilihan gubernur Kalimantan Barat menghadirkan setidaknya sepuluh politisi pria dan wanita beretnis Tionghoa baik sebagai calon gubernur maupun wakilnya.

4.2. Gambaran Umum Jasa Kesehatan di Kota Pontianak

4.2.1. Jasa Kesehatan Biomedikal di Kota Pontianak

Rumah sakit menurut World Health Organization (WHO) yang dikutip (via Djatiningsih, 2006 : 15) merupakan suatu bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan, juga berfungsi sebagai pusat latihan untuk tenaga kesehatan, serta untuk penelitian biososial.

Mengacu pada data statistik (Daerah dalam Angka : Kota Pontianak, 2010), Kota Pontianak memiliki sepuluh rumah sakit dengan 1150 tempat tidur, dengan jumlah penduduk yang berkisar antara 520 ribu jiwa. Atau dengan kata lain, dengan rasio ideal di angka 1 : 500, Kota Pontianak melampaui rasio ideal tersebut dengan angka 1 : 452. Pada bulan Oktober 2012, Pemerintah Kota Pontianak kembali akan meresmikan sebuah rumah sakit tipe C, yakni Rumah Sakit Kota Pontianak. Rumah sakit tersebut didesain untuk dapat menampung minimal 100 pasien.

Sementara itu, Kota Pontianak tercatat memiliki lebih sedikit puskesmas dibanding daerah lainnya, dengan jumlah 23 puskesmas inpres, 12 puskesmas pembantu, dan 17 puskesmas keliling. Akan tetapi, Kota Pontianak memiliki tenaga kesehatan yang cukup dengan 191 dokter umum, 100 bidan, 88 dokter spesialis, 75 dokter gigi, dan 128 perawat.

Rumah sakit di Pontianak dapat dibagi berdasarkan klasifikasi kepemilikan dipaparkan oleh Trisnantoro (2006) menjadi sebagai berikut :

4.2.1.1. Rumah Sakit Milik Pemerintah

Ada dua jenis pemilikan rumah sakit pemerintah, yaitu rumah sakit milik pemerintah pusat atau RSUP dan rumah sakit milik pemerintah provinsi dan kabupaten atau kota (Rumah Sakit Umum Daerah atau RSUD). Kedua jenis rumah sakit pemerintah ini berpengaruh terhadap gaya manajemen rumah sakit masing-masing. Rumah sakit pemerintah pusat, mengacu kepada Departemen Kesehatan (Depkes), sementara rumah sakit pemerintah provinsi dan kabupaten atau kota mengacu pada *stakeholder* utamanya yaitu pimpinan daerah dan lembaga perwakilan masyarakat daerah. Rumah sakit pemerintah yang berada di Kota Pontianak, antara lain Rumah Sakit Jiwa Pontianak (tipe A), RSUD Soedarso (tipe B), dan Rumah Sakit Kota Pontianak (tipe C) yang akan segera beroperasi.

4.2.1.2. Rumah Sakit Milik Militer

Sejarah menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit di Indonesia berasal dari program pelayanan kesehatan milik militer di masa kolonial Belanda. Contoh rumah sakit militer paling besar adalah Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Subroto di Jakarta. Pontianak memiliki salah satu rumah sakit militer, yakni Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara.

4.2.1.3. Rumah Sakit Swasta Milik Yayasan Keagamaan/Kemanusiaan

Di Indonesia, pemilikan rumah sakit oleh yayasan mempunyai sejarah panjang yang bersumber dari masa kolonial Belanda, terutama rumah sakit Kristen dan Katolik. Filosofi pemilik rumah sakit ini mempengaruhi pola manajemen dan situasi rumah sakit. Sebagai contoh, rumah sakit keagamaan yang dimiliki oleh lembaga keagamaan yang konservatif terlihat sangat berhati-hati dalam melakukan investasi untuk pengembangan. Pontianak memiliki salah satu rumah sakit yang dikelola oleh Keuskupan Agung Pontianak, yakni Rumah Sakit Umum Santo Antonius.

Dalam perkembangannya, rumah sakit keagamaan Kristiani yang berasal dari semangat misionaris tersebut saat ini justru terkenal sebagai rumah sakit untuk kelas menengah ke atas, atau dalam arti lain tarif sebagian besar kelas perawatannya adalah mahal. Hal ini wajar terjadi karena untuk biaya operasional, bantuan dari dana kemanusiaan sudah berkurang tajam. Di beberapa rumah sakit misionaris, boleh dikatakan dana sumber pendanaan dari kemanusiaan sudah mendekati nol persen. Walaupun demikian, rumah sakit keagamaan tersebut masih berusaha memberikan pelayanan kesehatan untuk orang miskin dengan konsep subsidi silang. Rumah sakit keagamaan dan sosial lain yang ada di Kota

Pontianak adalah Rumah Sakit Islam Yarsi Pontianak (Yayasan Rumah Sakit Islam Indonesia), dan Rumah Sakit Kharitas Bhakti (dimiliki oleh Yayasan Usaha Sosial Kharitas Bhakti).

4.2.1.4. Rumah Sakit Swasta Milik Dokter

Kepemilikan rumah sakit oleh dokter biasanya bersumber dari prestasi klinis seorang dokter. Sebagai contoh, seorang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan dapat memiliki rumah sakit melalui perluasan klinik spesialis kebidanan dan penyakit kandungannya. Rumah Sakit Bersalin Jeumpa milik dr. Mohammad Taufik, SpOG merupakan satu-satunya rumah sakit milik dokter di Pontianak.

4.2.1.5. Rumah Sakit Swasta Milik Perusahaan (*Profit-Oriented*)

Rumah sakit saat ini sudah dianggap sebagai tempat yang menarik dan potensial untuk menghasilkan keuntungan. Dengan demikian, berbagai perusahaan, terutama yang bersifat konglomerasi memandang perlu untuk mendirikan rumah sakit yang menguntungkan. Kecenderungan lain adalah tantangan pendirian jaringan rumah sakit, seiring dengan ekspansi bisnis konglomerasi.

Sejarah rumah sakit ini masih singkat, tetapi dengan naluri bisnis yang baik dan kekuatan modal dan sistem manajemennya, rumah sakit milik perusahaan ini dapat menggantikan peran rumah sakit keagamaan di masa mendatang, apabila rumah sakit lainnya tidak memperbaiki sistemnya. Sistem manajemen rumah sakit yang mencari keuntungan relatif lebih mudah dibandingkan dengan rumah sakit keagamaan atau rumah sakit pemerintah. Sistem manajemen perusahaan dengan mudah dapat diterapkan.

Rumah sakit swasta yang beroperasi di Kota Pontianak antara lain Rumah Sakit Swasta Pro Medika, Rumah Sakit Ibu dan Anak Anugrah Bunda, serta Rumah Sakit Anugrah Bunda Khatulistiwa.

4.2.1.6. Rumah Sakit Milik Badan Usaha Milik Negara

Beberapa Badan Usaha Milik Negara (BUMN) mempunyai rumah sakit, misalnya Pertamina, PT. Aneka Tambang, PT Pelni, dan berbagai perusahaan perkebunan. Dengan sifat sebagai organ BUMN, maka keadaan rumah sakit tersebut sangat tergantung pada kondisi keuangan induknya. Rumah sakit Pertamina Pusat terkenal sebagai rumah sakit yang mempunyai peralatan dengan teknologi tinggi karena Pertamina mampu membiayainya dan mempunyai segmen masyarakat yang menuntut penyediaan peralatan dengan teknologi tinggi. Pontianak belum memiliki rumah sakit BUMN.

4.2.2. Jasa Kesehatan Holistik dan Supernatural budaya Cina di Kota Pontianak

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes) No 1076 tahun 2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional menjelaskan mengenai arti dari pengobatan tradisional dalam pasal 1 butir 1:

“Pengobatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman dan keterampilan turun temurun dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.”

Dalam perkembangannya, pemerintah mengalami kesulitan dalam memberikan garansi legalitas dan keamanan bagi masyarakat, untuk itulah pemerintah mencari upaya untuk memberikan kualifikasi kepada pengobat tradisional melalui Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (STPT) dan Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT) sebagaimana telah tertulis dalam Kepmenkes No 1076 tahun 2003. Untuk dapat mendukung penyelenggaraan obat tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan, pemerintah bahkan membentuk Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional

(SP3T). Sayangnya, perizinan tersebut menemui kendala dengan masih minimnya pelatihan dan pengujian yang dapat dijadikan standar nasional.

Pengobatan tradisional Cina dapat dikelompokkan dalam dua kategori yang dibuat oleh Samovar, dkk (2010), yakni pengobatan holistik dan pengobatan supernatural. Minimnya data mengenai pengobatan tradisional di Pontianak, menyebabkan penulis kesulitan untuk memaparkan mengenai berapa jumlah praktik pengobatan tradisional di kota tersebut. Meskipun demikian, penulis mencoba memaparkan lebih detail mengenai jenis pengobatan tradisional Cina yang ditemukan di Pontianak. Berikut dilampirkan jenis pengobatan holistik yang ada di Pontianak :

- a. Akupunktur adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan perangsangan pada titik-titik akupunktur dengan cara menusukkan jarum dan sarana lain seperti elektro akupunktur.
- b. *Akupresuris* adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan pemijatan pada titik-titik akupunktur dengan menggunakan ujung jari dan/atau alat bantu lainnya kecuali jarum.
- c. *Shinshe* atau tabib adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan menggunakan ramuan obat-obatan tradisional Cina. Falsafah yang mendasari cara pengobatan ini adalah ajaran ‘Tao (Taoisme)’ di mana dasar pemikirannya adalah adanya keseimbangan antara unsur Yin dan unsur Yang.

Pengobatan supernatural *ala* Cina pun masih menjadi salah satu opsi kesehatan bagi masyarakat. Masyarakat Pontianak mengenal dua tipe pengobatan supernatural :

- a. *Tatung* adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan cara menyalurkan energi tenaga dalam.
- b. *Lauya* adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan sakit yang bersifat mistis. *Lauya*, yang dipercaya dapat

meramal nasib dan melihat roh halus, seringkali memberikan pantangan dan solusi yang tidak dapat dijelaskan secara ilmiah bagi pasiennya.

4.3. Profil Informan dan Narasumber

4.3.1. Profil Informan

Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini total berjumlah 4 orang dengan latar belakang serta profil yang berbeda satu sama lainnya. Penulis melakukan *purpose sampling* dengan memilih dua informan wanita dan dua informan pria, warga Kota Pontianak, beretnis Tionghoa murni, dari berbagai rentang usia, pekerjaan, penghasilan, serta tempat tinggal. Dengan heterogenitas latar belakang tersebut, penulis mencoba mencari perilaku konsumen etnis Tionghoa Kota Pontianak, khususnya dalam memilih solusi jasa kesehatan. Dalam penulisan selanjutnya, Yunny Halim akan disebut sebagai informan 1, Lusita Julita / Law Gek Eng sebagai informan 2, Antonius Sukanto sebagai informan 3, Tan Siak Tjuang sebagai informan 4, Bun Siet Cin sebagai informan 5. Sementara itu, dr. Juwira Linardi akan disebut sebagai narasumber 1.

Yunny Halim (informan 1)

Yunny Halim adalah seorang ibu berumur 36 tahun berstatus *single parent* dengan tiga anak. Masing-masing anaknya berumur 11, 14, dan 16 tahun. Semenjak bercerai dengan suaminya pada tahun 2004, Yunny tinggal dengan kedua orangtuanya yang dulu berprofesi sebagai wiraswasta. Mereka berdomisili di daerah pinggiran kota, yang didominasi oleh warga beretnis Melayu, Bugis, dan pribumi lainnya. Yunny merupakan penganut agama Budha, dengan pendidikan terakhir SMP. Dalam kesehariannya, Yunny berwiraswasta sekaligus menjaga kios pengisian pulsa elektrik. Yunny memiliki sejarah kesehatan yang kurang baik, beliau mengaku mengidap

empat penyakit akut yang mengharuskannya kontrol kesehatan secara rutin, baik di dalam dan di luar negeri. Sebagai seseorang yang sering mengkonsumsi jasa maupun barang kesehatan, Yunny seringkali menjadi referensi bagi teman-temannya untuk menentukan produk yang sesuai bagi permasalahan kesehatan mereka.

Lusia Julita / Law Gek Eng (Informan 2)

Lusia Julita / Law Gek Eng adalah seorang ibu dua anak berumur 52 tahun. Setelah resmi memiliki kewarganegaraan Indonesia pada tahun 1980, Law Gek Eng memilih mengganti namanya menjadi Lusia Julita. Dengan latar belakang keluarga yang bekerja sebagai buruh, Lusia merupakan satu-satunya orang yang memiliki kewarganegaraan Indonesia di antara keluarganya yang lain. Lusia merupakan penganut agama Katolik sejak lahir.

Setelah lulus dari SMK, Lusia melanjutkan pendidikannya di Sekolah Pendidikan Guru (SPG), mengajar sebagai guru Bahasa Indonesia selama 30 tahun, Lusia melanjutkan pendidikan Bahasa Mandarin di RRC dan hingga kini mengajar di Universitas Negeri Tanjungpura Pontianak. Menikah dengan pria beretnis Dayak yang berprofesi sebagai Wakil Kepala Dinas Pendidikan Kalimantan Barat, hingga kini keduanya berdomisili di salah satu perumahan yang mayoritas dihuni oleh kaum pribumi pendatang. Lusia Julita tidak memiliki penyakit akut yang dideritanya saat ini, penyakit terburuk yang dideritanya hanya kecelakaan motor dan pengangkatan tumor kista.

Antonius Sukanto (Informan 3)

Antonius Sukanto lahir sebagai anak laki-laki tertua dalam keluarganya, 29 tahun silam. Dibesarkan dalam keluarga wiraswasta dan berfinansial kuat, Antonius tidak mengalami kesulitan dalam menamatkan studinya di bidang teknologi informatika di Universitas Bina Nusantara Jakarta sembari mengembangkan bisnisnya di bidang produk kecantikan. Selesai studinya, penganut agama Katolik ini memilih untuk bekerja di salah

satu perusahaan penyalur jaringan teknologi di Jakarta sebagai manager penjualan daerah Kalimantan Barat. Tidak hanya itu, dalam rangka melebarkan bisnis pribadinya, Antonius memasok produk kecantikan dan juga menyewakan beberapa apartemen yang ia miliki. Masih muda dan belum menikah, Antonius tidak memiliki catatan penyakit akut yang pernah dideritanya. Sebaliknya, beliau seringkali membantu biaya pengobatan kedua orangtuanya.

Tan Siak Tjuang (Informan 4)

Tan Siak Tjuang, umur 45 tahun, adalah seorang guru dan dosen matematika di SMA dan universitas swasta di Pontianak. Lahir dan dibesarkan oleh keluarga buruh dari Cina Selatan, Tan tumbuh dengan tradisi dan budaya Tionghoa yang kuat. Pria penganut agama Budha ini menamatkan SMA di tempat bekerjanya saat ini. Melanjutkan kuliahnya dengan beasiswa jalur prestasi di Universitas Sanata Dharma Yogyakarta, Tan memilih untuk kembali dan membangun keluarga di Pontianak. Tan bertempat tinggal di daerah pemukiman etnis Tionghoa bersama istri dan kedua anaknya. Sembari menyelesaikan kuliah masternya, Tan berperan aktif dalam organisasi vegetarian Indonesia. Maka wajarlah bila obat herbal dan pengobatan tradisional Cina menjadi favoritnya dibanding pengobatan modern yang menurutnya kurang holistik. Tan tidak memiliki penyakit akut yang dideritanya saat ini, namun kecelakaan saat berkendara dan sinusitis masuk dalam catatan sejarah kesehatannya.

Bun Siet Cin (Informan 5)

Bun Siet Cin adalah seorang ibu dan nenek dengan empat anak perempuan, yang masing-masing berumur 31, 29, 24, dan 20 tahun, dan empat cucu. Sepeninggalan suaminya 15 tahun silam, Bu Siet Cin menghidupi seluruh anaknya dengan membuka warung kopi di Kelurahan Siantan, pinggiran Kota Pontianak yang mayoritas penduduknya adalah warga

Tionghoa. Meninggalkan bangku sekolah sejak kelas 2 SD, Bu Siet Cin sudah mulai diajarkan untuk mencari nafkah sebagai pembantu rumah tangga sejak kecil. Dibesarkan dan didik dengan budaya Tionghoa yang sangat kental, tidak heran bahwa Bun Siet Cin mengalami sedikit kesulitan berbahasa Indonesia dengan lancar. Wawancara pun dituturkan dengan bahasa Teociu, dengan transkrip terjemahan berbahasa Indonesia. Bun Siet Cin, penganut agama Kong Hu Cu yang berumur 57 tahun, telahberulangkali mengalami masalah kesehatan, terutama rematik kaki yang dideritanya sejak 4 tahun lalu.

4.3.2. Profil Narasumber

dr. Juwira Linardi (Narasumber 1)

Sejak lulus dari Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 1975, dr. Linardi, begitu ia akrab disapa, menjadi salah satu pionir dokter beretnis Tionghoa di Pontianak. Sempat menjadi pegawai negeri dan dokter praktik di RSUD Soedarso selama satu tahun, kariernya lama dihabiskan di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (4 tahun), sebelum mengakhiri masa abadinya di Kanwil selama 11 tahun. Di usianya yang mendekati 70 tahun, dr. Linardi telah 36 tahun menjadi abdi kesehatan masyarakat Pontianak. Membuka praktik sebagai dokter umum di Jalan Tanjungpura, yang terkenal sebagai pusat domisili etnis Tionghoa di Pontianak, praktik dr. Linardi menjadi salah satu praktik dokter yang paling padat dikunjungi warga dari berbagai etnis, hingga saat ini. Salah satu keunggulan dr. Linardi di mata masyarakat adalah interaksi yang komunikatif dengan pasien. Beliau menganggap komunikasi adalah kunci penting bagi kesembuhan pasien. Profesi dokter bagi dr. Linardi tidak dapat dilepaskan dari aspek sosialnya, dokter harus dapat mengesampingkan unsur bisnis, karena tugas utama dokter baginya adalah menyembuhkan pasien.

4.4. Klasifikasi Tipe Akulturasi Informan

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, Kota Pontianak merupakan salah satu kota yang dikenal dengan ciri khas budaya Tionghoanya yang menonjol. Perayaan budaya seperti Tahun Baru Imlek, *Cap Go Meh*, dan lainnya selalu mendapat sorotan dari berbagai pihak di Indonesia. Begitu pula dengan bahasa daerah, sementara di daerah lain warga Tionghoa fasih melafalkan bahasa berikut logat Jawa, Betawi, dan lainnya, warga Tionghoa di Pontianak masih memelihara bahasa *Khek* dan *Teociu*, bahasa yang mereka warisi dari Cina Selatan. Seluruh informan mengaku fasih berbahasa *Teociu* dan *Khek*.

Informan 5, Biasanya pakai Teociu atau Khek, bahasa Mandarin tidak bisa.

Informan 1, kalau dengan keluarga bahasa Teociu, saat bekerja saya lebih banyak menggunakan bahasa Indonesia.

Informan 4, saya lebih sering berbahasa Teociu, meskipun untuk bekerja fasih saya gunakan bahasa Indonesia.

Informan 3, ngomong dengan mereka orangtua Mandarin, meskipun dengan keluarga besar lebih familiar Teociu.

Informan 2, saya seorang guru bahasa Indonesia, dan suami bukan orang Cina. Jadi meskipun bahasa ibu bahasa Cina, tapi untuk sehari-hari, saya sering berbahasa Indonesia.

Informan menguasai bahasa daerah dengan baik, kebanyakan dari informan mengatakan bahwa bahasa Tionghoa masih merupakan bahasa utama di keluarga. Menurut Solomon (2009), penguasaan bahasa asal, yakni bahasa Tionghoa melalui agen akulturasi seperti keluarga, menjadi penghubung dan penjaga interaksi warga Tionghoa dengan budaya asal mereka di Cina Selatan. Meskipun seluruh informan dapat dikatakan Tionghoa peranakan, namun bahasa asal masih dapat mereka warisi. Berbeda dengan Tionghoa peranakan yang berdomisili di daerah lain yang belum tentu fasih berbahasa Tionghoa.

Di sisi lain, informan 1, 2, 3, dan 4 mengakui bahwa mereka menguasai bahasa Indonesia dengan baik, dan menggunakannya di lingkungan kerja, bahkan

salah satu dari informan menjadi pengajar bahasa tuan rumah, bahasa Indonesia. Sementara itu, informan 5 masih belum fasih menggunakan bahasa Indonesia, oleh karena itu. Cateora (1999) menekankan pentingnya penguasaan bahasa tuan rumah dalam proses akulturasi. Individu yang menguasai bahasa pokok dalam budaya baru, akan lebih mudah beradaptasi dibanding yang kurang fasih. Hal tersebut menjelaskan bahwa meskipun telah lahir dan tinggal di Indonesia, namun budaya Indonesia pada umumnya tidak dapat diserap dengan sempurna oleh informan 5, seperti yang dikutip dalam wawancara dengan informan 5, bahwa budaya Tionghoa masih sangat kental dalam kesehariannya.

Informan 5, sembayang kubur tiap tahun masih rutin dua kali, ke kelenteng masih juga sering, tapi di rumah anak perempuan semua, jadi ga ada pai lau ya. Imlek juga sering kumpul keluarga besar. Pernah ke Tiongkok, satu kali sama anak cucu.

Di sisi lain, informan yang fasih berbahasa tuan rumah, tidak serta merta berarti bahwa informan menyerap habis tradisi dan budaya tuan rumah, begitu pula dengan warga Tionghoa Pontianak lainnya. Budaya Tionghoa masih sangat sering diterapkan oleh informan 1 dan 4.

Yunny Halim (Informan 1) lingkungan ya masih kuat budaya Cina nya, Seperti sembayang kubur, pai lau ya (sesembah pada dewa,) peraturan lain juga ada.

Tan Siak Tjuang (Informan 4) Saya keturunan kedua di Pontianak, orang tua datang langsung dari negeri Tiongkok. Jadi mengenai tradisi, keluarga dan saya masih sangat erat menerapkan kepercayaan dan budaya. Setiap Tahun Baru dan Sembayang Kubur keluarga selalu berkumpul.

Kedua informan di atas mengakui bahwa selain Imlek dan sembayang kubur, keluarga masih kuat mengaplikasikan budaya dan norma budaya Tionghoa dalam kesehariannya. Meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa muncul pengaruh budaya Indonesia yang diterapkan informan, pengaplikasian berbagai tradisi Tionghoa oleh informan 1 dan 4 terlihat lebih kental daripada informan 2 dan 3.

Antonius Sukanto (Informan 3) Hehe...Kalau ceng beng sama imlek ga di rumah bisa diteror wa. Itu tradisi lah dit. Waktu family gathering. Kalau budaya lainnya, tahyul sih kita uda modern, pendidikan juga uda tinggi. Kayak lau ya atau ramal nasib kita ga pernah percaya.

Lusia Julita (Informan 2) Kalau di keluarga saya sudah mengikuti pedoman Katolik ya, sekedar Imlek atau sembayang kubur kita kadang masih ikut, tapi kalau lau ya atau yang lainnya kita tidak deh. Beda dengan Ibu yang masih ikut merayakan beberapa tradisi.

Kedua informan lainnya mengatakan bahwa mereka masih turut berpartisipasi dalam tradisi seperti Imlek dan *Ceng Beng* / sembayang kubur. Kedua acara tersebut dianggap sebagai ajang kumpul keluarga. Namun berbeda dengan informan lainnya, mereka tidak lagi mempercayai norma dan kebiasaan budaya Tionghoa lainnya seperti ramal nasib dan pengusiran roh oleh *lau ya*.

Penulis mengindikasikan adanya subkultur agama dan kepercayaan yang mendasari perbedaan tersebut. Informan 1 dan 4 yang memeluk agama Budha dan informan 5 yang beragama Kong Hu Cu kental dengan tradisi dan budaya Tionghoa, sementara sebaliknya informan 2 dan 3 yang beragama Katolik tidak lagi percaya dengan hal yang mereka anggap tidak dapat dibuktikan kebenarannya (tahyul). Solomon (2009) memberi contoh bagaimana agama dapat mempengaruhi konsumsi, seperti kaum Muslim yang hanya akan mengkonsumsi makanan bersertifikat halal. Sama halnya dengan peraturan gereja yang mampu mengarahkan masyarakatnya untuk mempercayai, atau sebaliknya tidak mempercayai hal lainnya. Agama Katolik menganggap ramal nasib dan pengusiran roh tersebut sebagai kepercayaan terhadap berhala. Sementara informan 1, 4, dan 5 masih mempercayai kebiasaan tersebut, informan 2 dan 3 tidak lagi menerapkan tradisi yang tidak sesuai dengan ajaran agama yang mereka anut.

Hawkins (2000) mengatakan bahwa budaya dapat mempengaruhi fungsi dari institusi melalui keluarga dan media massa. Dengan demikian budaya menghasilkan bingkai perilaku perkembangan gaya hidup individu dan rumah tangga. Keluarga dan

teman merupakan agen budaya dan pengaruh yang membuat seseorang tetap berhubungan dengan budaya lama atau budaya baru. Kedekatan informan dengan keluarga dan teman dapat mempengaruhi budaya yang diserap. Berikut hasil wawancara informan saat ditanyakan mengenai kelompok yang memiliki hubungan paling dekat dengan mereka juga etnis mayoritas kelompok tersebut.

Informan 1, anak-anak saya dan dengan keluarga. Keluarga memang keturunan Cina.

Informan 3, kebetulan aku banyak di influence sama keluarga. Semua orang Chinese.

Informan 4. 90% rekomendasi dari orang Chinese. Informasi didapat dari famili dan teman-teman

Informan 5, dekat sama tetangga. Anak-anak sudah besar semua, sudah kerja, sudah kawin. ya semua etnis Tionghoa

Informan 2, keluarga. Suami bukan orang Cina

Hampir seluruh informan mengatakan bahwa mereka dikelilingi kelompok dengan etnis yang sama dengan mereka. Sementara Informan 2 mengatakan bahwa meskipun dia dekat dengan keluarga, keluarganya tidaklah beretnis Tionghoa seperti halnya. Maka dapat disimpulkan bahwa intensitas interaksi informan 2 dengan budaya lain lebih tinggi daripada informan lainnya.

Telah disebutkan sebelumnya, informan 3, Antonius Sukanto dapat berbicara bahasa Mandarin dan Inggris dalam percakapan sehari-harinya, yang *notabene* bukan bahasa asal tuan rumah. Selain keluarga, budaya dapat mempengaruhi fungsi dari institusi melalui media massa. Salah satu potret budaya yang paling berpengaruh adalah yang diperlihatkan media massa. Teori kultivasi mengasumsikan bahwa masyarakat dibawa pada lingkungan yang dimediasi oleh media massa yang menanamkan nilai dan norma sosial masyarakat (Weber dan Weber, 2001). Adanya subkultur seperti pengaruh media dapat berpengaruh terhadap perilaku akulturasi pada informan 3. Oleh karena itulah, penulis menanyakan pada informan mengenai bahasa dari media yang sering mereka akses.

Informan 1, saya tidak terlalu bisa bahasa Mandarin. Tapi kalau lagu sih apa aja, Mandarin boleh, Barat boleh, Indonesia pun boleh.

Informan 3, wa sih jarang ya Mandarin. Kalau media palingan online. Any language la.

Informan 2, beberapa tahun belakangan ini saya fokuskan di bahasa Mandarin. Bisa juga dengan menonton film dan mendengar lagu berbahasa Mandarin.

Informan 4, koran berbahasa Mandarin kalau sempat baca. Koran lokal (berbahasa Indonesia) juga perlu, karena berita sekitar juga kadang perlu terus diperbaharui. Kalau televisi, keluarga saya terbiasa menonton siaran luar, siaran Mandarin.

Informan 5, tidak ada, dengar lagu juga lagu lama

Informan 2 dan 4 mengatakan bahwa mereka sering mengonsumsi media berbahasa Mandarin, sebaliknya informan 1 dan 3 mengatakan bahwa mereka tidak punya preferensi bahasa dalam media. Sebuah riset yang dilakukan oleh Doremido, distributor koran berbahasa Mandarin di Indonesia bahwa 67% pembaca koran Mandarin di Indonesia adalah mereka yang berumur 40 tahun ke atas. (<http://blog.doremindo.com/?p=20>) Dengan informan 2 yang berumur 55 tahun dan informan 4 yang berumur 45 tahun, maka profil kedua informan tersebut sesuai dengan hasil riset di atas. Pengecualian terjadi pada informan 5. Tingkat pendidikan informan 5 yang tidak setinggi informan lainnya selaras dengan minimnya konsumsi media yang dicerna olehnya. Sebaliknya informan 1 yang berumur 36 tahun dan informan 3 yang berumur 29 tahun mengatakan bahwa mereka tidak memiliki preferensi bahasa dalam media, baik bahasa Inggris, maupun bahasa Indonesia. Adanya perbedaan selera dalam subkultur umur ini berfungsi sebagai indikator perbedaan selera dan tren pada umur tersebut.

Solomon menulis bahwa karakteristik umur terdapat dalam orang yang berumur setara dengan pengalaman yang setara. Pengalaman yang setara itu dapat berupa tokoh budaya yang sama, kebiasaan yang sama, ataupun peristiwa historis yang sama. Informan 2, 4, dan 5 yang masih mengalami awal proses akulturasi,

sementara eksklusivitas etnis Tionghoa masih sangatlah erat dibanding keterbukaannya di jaman globalisasi pada era reformasi politik ini. Media yang diakses pun masih sangat terbatas yang menyebabkan pilihan hanya terbatas pada media berbahasa asal atau media berbahasa Indonesia. Pengecualian terjadi pada informan 5 yang tingkat pendidikan yang tidak memungkinkan dirinya untuk banyak mengikuti perkembangan media. Sedangkan kini, media telah diramaikan oleh masuknya internet dan siaran berbahasa Inggris. Sementara generasi lanjut tidak lagi gencar mengikuti perkembangan media, generasi muda seperti informan 1 dan 3 masih berada di garis terdepan kemajuan teknologi. Subkultur usia inilah yang ditenggarai sebagai salah satu aspek dapat mempengaruhi konsumsi media etnis Tionghoa.

Sebagai kesimpulan, meskipun berstatus etnis yang sama, yakni etnis Tionghoa, para informan, sebagai representasi dari warga Tionghoa Pontianak, memiliki tingkat akulturasi yang tidak sama satu sama lain. Informan 1 menguasai bahasa Tionghoa dan bahasa Indonesia, masih menganut tradisi, kepercayaan dan norma budaya Tionghoa, kebiasaan yang dimilikinya pun banyak dipengaruhi oleh keluarganya yang *notabene* adalah orang Tionghoa.

Informan 2 menguasai bahasa Tionghoa, namun bermata pencaharian sebagai guru bahasa Indonesia, tinggal dengan keluarga yang berasal dari etnis non-Tionghoa. Meskipun sering mengakses media dengan bahasa Mandarin, namun kepercayaan dan norma budaya Tionghoa semakin pudar diterapkannya.

Informan 3 menggunakan bahasa Inggris, Mandarin, sekaligus bahasa Tionghoa sebagai bahasa sehari-harinya. Tinggal bersama keluarganya yang beretnis Tionghoa tidak serta merta membuatnya mempercayai norma dan kebiasaan dari budaya Tionghoa. Hal tersebut terlihat dari akses medianya yang bervariasi dalam bahasa.

Informan 4 merupakan anak dari imigran Cina Selatan. Akan tetapi, bahasa Indonesia tetap fasih digunakannya di samping bahasa Tionghoa digunakannya

sehari-hari. Selain bahasa, kebiasaan dan norma Tionghoa pun masih kental diterapkan olehnya.

Yang terakhir, Informan 5 memiliki latar belakang Tionghoa sangat kental. Bahasa Tionghoa seperti bahasa Teociu dan Khek fasih dilafalkan, sebaliknya penggunaan bahasa Indonesia yang minim menyebabkan interaksi informan 5 terbatas hanya pada warga Tionghoa. Interaksi tersebut berujung pada pola pikir dan kebiasaan yang mayoritas merujuk pada budaya Tionghoa.

4.5. Analisa Proses Pengambilan Keputusan Pembelian Jasa Kesehatan

Dalam pembahasan mengenai perilaku konsumennya, Hawkins (2001) menekankan mengenai pemilihan produk tidak akan dapat dimengerti tanpa pemahaman mengenai konteks budaya. Budaya memiliki andil dalam sukses maupun gagalnya suatu produk dalam pasar. Produk yang membawa nilai tambah yang sesuai dengan *culture values* budaya tersebut memiliki potensi penerimaan pasar yang lebih tinggi. Venkatesh (*via* Costa dan Bamossy 1995; 26) mengaitkan pemilihan produk (dan perilaku konsumen) dan budaya sebagai *ethnoconsumerism*.

Terutama pada sektor produk jasa, dimana nilai-nilai dan tradisi budaya sangatlah dijunjung tinggi. Oleh karena itulah, produk jasa sangat tergantung pada faktor pengalaman dan kepercayaan yang hanya bisa dirasakan konsumen setelah pembelian dan konsumsi. Tipikal karakteristik jasa seperti abstrak, produksi dan konsumsi yang berlangsung di waktu yang sama, cepat musnah, heterogen, dan butuhnya partisipasi konsumen, berujung pada para produsen jasa tidak dapat mempresentasikan produk mereka sebelum menjual (Schoefer, 1998). Sebagai dampaknya, konsumen produk jasa sangat tergantung pada sejumlah komunikasi personal dan pertukaran pengalaman dengan konsumen lain.

4.5.1. Routine Response Behavior

Faktor budaya sebagai salah satu faktor yang dominan dalam pemilihan solusi kesehatan dimulai dari tahap pengenalan masalah. Masalah

pemenuhan kesehatan dimasukkan dalam *need recognition*. Menurut Schoefer (1998) awalnya konsumen harus menyadari bahwa kebutuhan yang disadari penting untuk dipenuhi. Dengan kata lain, konsumen harus menganggap bahwa posisinya sudah terlampaui jauh dari aktual. Kedua, konsumen harus merasa solusi dari kebutuhan tersebut ada dalam jangkauan pemenuhan mereka. Jika solusi tersebut melampaui sumber ekonomi dan fisik lainnya saat kebutuhan disadari, kemungkinan aksi tidak akan terjadi. Kondisi inilah yang mengubah pemenuhan kesehatan menjadi *opportunity recognition*. Pemenuhan kesehatan tidaklah lagi semata-mata bertujuan kesembuhan, namun telah dibungkus dengan berbagai fasilitas mewah sehingga dapat memberikan nilai tambah. Fasilitas mewah ini dapat berupa privasi, fasilitas ruangan, respon dokter yang cepat, hingga kenyamanan bagi kerabat yang menjaga.

Informan 1, em..tidak tentu sih. Kalau memang sakit biasa ya pakai obat biasa.

Informan 2, kalau sakit yang dialami lumayan ringan, yang bisa dengan obat herbal, itu memang kita tidak minum obat paten. Selain karena harganya lebih murah, efek samping dari obat herbal itu lebih kecil daripada obat paten.

Informan 3, kalau cuma batuk atau flu itu kita ga ke dokter, tapi telpon ke dokternya tanya resep kan juga bisa itu.

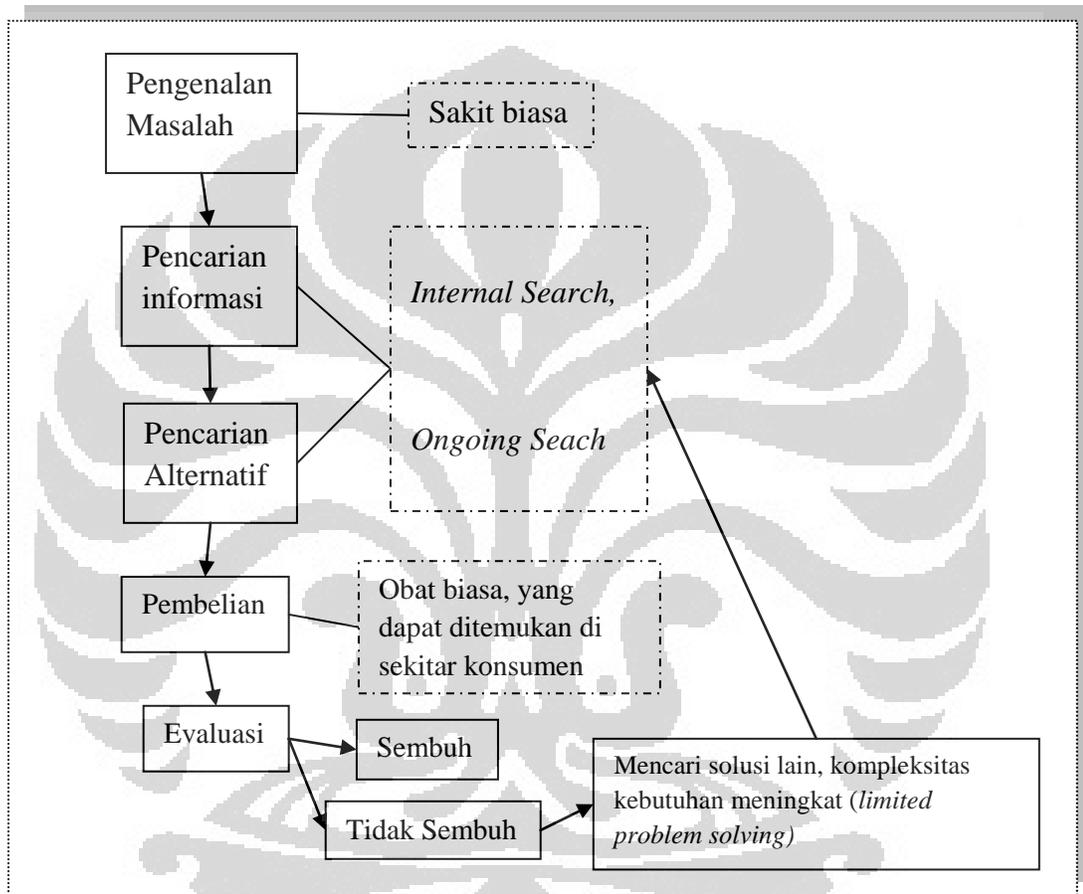
Informan 4, ya kalau sakitnya biasa, pusing atau kelelahan sih saya tidak masalah.

Informan 5, Obat biasa, panadol atau sanmol bisa.

Seluruh informan setuju bahwa penyakit biasa dapat menggeser posisi aktual mereka menurun hingga menimbulkan *need recognition*. Akan tetapi, solusi yang dipilih untuk penyakit biasa adalah pengobatan standar ataupun obat herbal murah yang mudah didapatkan. Cara pengumpulan informasi yang mereka lakukan adalah *internal search*. Ketika konsumen dihadapkan pada keputusan pembelian, ada kemungkinan mereka kembali mencari informasi

dari dalam otaknya untuk membantu informasi mengenai berbagai produk alternatif yang berbeda. Pola *routine reponse behavior* pada etnis Tionghoa Kota Pontianak dapat dilihat di gambar 4.1.

Gambar 4.1. *Routine Response Behavior pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak*



4.5.2. *Limited Problem Solving*

Pada saat solusi pengobatan standar tersebut tidak lagi dianggap dapat menyelesaikan masalah, maka timbul *need recognition* yang lebih besar dari sebelumnya. Merasa tidak memiliki informasi yang cukup untuk menyelesaikan permasalahan mereka, pencarian jasa kesehatan akan

dilakukan. Seluruh informan sepakat untuk menanggapi permasalahan mereka lebih serius dengan melakukan *eksternal search*. Peran grup referen seperti teman dan keluarga mulai dibutuhkan.

Sebagai solusi atas *actual condition* yang terus menjauh dari ideal, konsumen mulai memikirkan ahli kesehatan sebagai alternatif akan kesembuhan mereka. Meskipun seluruh informan beretnis Tionghoa, pemilihan solusi jasa kesehatan oleh konsumen pun tidaklah sama.

Informan 1, cuma saya punya sejarah penyakit, ginjal ya, tidak bisa sembarang minum obat, karena efek sampingnya bisa ke organ lainnya. Biasanya kalau sudah sakit begitu saya ke dokter. Dokternya juga tergantung penyakitnya ya. Saya pergi ke beberapa dokter sih. Saya ke luar kalau di sini tidak bisa menangani

Informan 2, kalau untuk penyakit berat, kalau tidak sembuh dengan obat herbal, saya langsung ke dokter. Saya tidak berani juga terlalu bergantung pada obat herbal.

Informan 3, kalau memang sakitnya ga sembuh, kita baru akan cari dokter umum. Yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu. Yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana.

Informan 4, tapi kalau sakit berkelanjutan, saya segera konsultasi dengan tabib. Saya hingga saat ini cocok dengan satu tabib tidak ada masalah Cuma anak Bapak tidak cocok dengan tabib itu, sehingga saya mencari tabib lainnya. Kalaupun tabib belum menyembuhkan, mereka akan referensi tempat lain.

Informan 5, tapi kalau misalnya saya demam, tidak sembuh ya saya ke sinshe. Kalau memang belum sembuh juga ya ke Sinshe lain. Kalau memang belum sembuh juga, liat dulu penyakitnya. Kalau tanda-tanda aneh ya ke lau ya.

Berbeda dengan jasa lainnya, jasa kesehatan merupakan jasa konsultasi, dimana selain memberikan solusi akan kesehatan, dokter juga berfungsi sebagai *opinion leader*, dokter juga memiliki *expert power*. Maka tidaklah heran jika pemilihan ahli kesehatan oleh seluruh informan tidak jauh dari anggota kelompok sosial yang dimilikinya (grup referen), baik anggota

yang memiliki intensitas tinggi dengan informan (grup primer) ataupun intensitas yang lebih minim (grup sekunder).

Grup referen menurut Solomon (2009 : 430) sebagai individu atau grup aktual atau imajiner yang memiliki relevansi yang signifikan terhadap evaluasi, aspirasi atau kebiasaan. Maka bukanlah sesuatu yang mustahil jika di antara banyaknya alternatif ahli kesehatan yang ada, yang dipilih dan disarankan oleh grup referen adalah ahli kesehatan yang memiliki relevansi signifikan terhadap konsumen. Hal tersebut terbukti dari komentar informan 3 yang menyatakan bahwa dokter umum yang dicari adalah dokter yang dikenal.

Secara lebih detail, dalam kutipan di atas dapat dikelompokkan sebagai berikut: informan 1, 2, dan 3 menganggap ahli kesehatan modern, yakni dokter umum, sebagai solusi kesehatan mereka. Dalam pemilihannya, ketiga informan tersebut tidak menyatakan adanya etnis sebagai salah satu pertimbangan pemilihan dokter.

Informan 1, saya tidak memilih dokter harus Chinese atau tidak. Semua dokter di Pontianak saya sudah coba. Ga juga, soalnya teman2 saja beragam. Terakhir pengalaman saya dapat dokter lokal juga baik, bukan Chinese, tapi orang Jawa. Obatnya awalnya memang cocok, tapi untuk pengobatan lainnya, dia juga angkat tangan. Saya memang masih ke tempat dia, namun untuk penyakit lainnya.

Informan 2, tidak masalah, tidak ada preferensi etnis. bagi saya yang penting meyakinkan, yang rekomendasinya banyak.

Informan 3, sekarang trendnya bukan cari dokter Chinese. Dulu trendnya cari dokter yang kita kenal. Terutama spesialis. Wa liat tingkat kehidupan njuga sudah naik lah ya, mereka di pontianak tingkat pendidikan juga uda oke lah ya. Saya juga ngeliat kalau saudara-saudara sakit nyarinya spesialis. Dan itu tidak peduli ras.

Tidak adanya preferensi etnis dalam pertimbangan dokter, merupakan salah satu indikator bahwa informan tidak memiliki rasa etnosentris yang berlebih terutama dalam pemilihan jasa kesehatan. Dapat dikatakan bahwa

tidak adanya preferensi etnis tersebut merupakan salah satu indikator dari minimnya *ethnoconsumerism* konsumen tersebut. Solomon (2009) juga menyebutkan bahwa individu yang memiliki tingkat akulturasi tinggi cenderung akan mengkonsumsi produk yang identik dengan etnis mereka. Berdasarkan ciri tersebut ketiga informan tersebut dapat dikategorikan sebagai individu memiliki identifikasi etnis Tionghoa yang kuat.

Akan tetapi, informan 4 dan 5, yang memiliki latar belakang budaya Tionghoa yang kuat, memilih tabib / *sinshe*, yang notabene masih diperdebatkan legalitasnya oleh ahli kesehatan dan pemerintah Indonesia. Narasumber ahli, dr. Linardi pun memberikan argumentasi yang senada mengenai pengobatan tradisional Tionghoa di Pontianak.

Narasumber 1. Obat tradisional biasanya diberikan berdasarkan pengalaman, berdasar empiris, dan belum dibuktikan. Sedangkan pengobatan barat, atau modern itu sudah dibuktikan, evidence-based. Tapi sekarang karena, pengobatan barat tidak bisa menangani semua kasus, maka ada lowong. Maka sebagian tersebut dapat diisi oleh pengobatan tradisional. Karena pembuktian tidak ada, maka kita pun tidak bisa menentukan yang mana yang bisa. Sekarang mereka juga mulai mempromosikan obat tersebut. Namun karena obat tersebut berdasar logical science, obat tersebut belum bisa meyakinkan internasional.

Informan 4 mengatakan bahwa alasan pemilihan solusi pengobatan tradisional sebagai solusi kesehatan yang ia yakini adalah pengetahuannya mengenai obat tradisional yang ia yakini lebih akurat dalam mendeteksi penyakit. Alasan lain yang diutarakan adalah warisan perilaku budaya dari grup referen.

Informan 4. Ya. Ini mungkin merupakan warisan atau perilaku orang tua juga yang dari dulu memang cenderung ke pengobatan tradisional. Jadi mungkin sedikit banyak juga terpengaruh dari orang tua. Lagian kalau kita lihat biasanya ada kasus tertentu dimana pengobatan barat itu tidak mampu mendeteksi. Kemungkinan karena kemampuan pengobatan

dokter itu belum begitu baik. Sedangkan dari pengobatan tradisional Chinese, pemeriksaannya menggunakan periksa nadi. Nah itu akan ada hal yang tidak terungkap oleh pengobatan medis barat.

Sama halnya dengan informan 4, pemilihan jasa kesehatan *sinshe* juga dilakukan oleh informan 5. Selain mengatakan bahwa jasa kesehatan tradisional merupakan sesuatu yang familiar baginya, informan 5 Mengaitkan berbagai kepercayaan Tionghoa dengan kesehatannya.

Informan 5, dari kecil ya ke sinshe. Orangtua dulu ajak kita ke sana, sekarang kita percaya sama sinshe. Kalau lau ya, kita kan orang cina banyak pantang, kalau lagi kurang sehat, jangan ke tempat orang meninggal, orang melahirkan, orang menikah. Itu cari penyakit namanya.

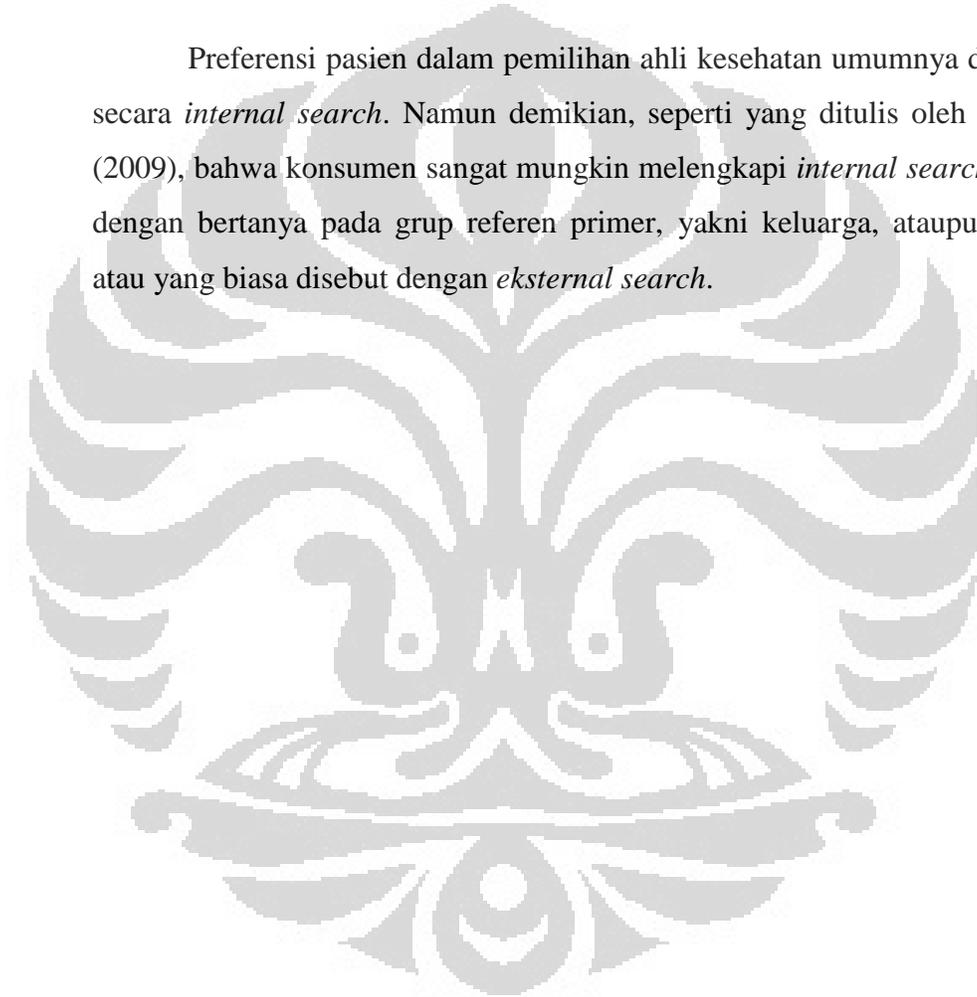
Adanya kecenderungan pemilihan solusi berdasarkan tingginya pengaruh budaya Tionghoa yang dimiliki oleh informan 4 dan informan 5 juga terwujud dalam pemilihannya pada dokter umum. Informan 4 mengatakan bahwa latar belakang budaya dokter akan berpengaruh terhadap keputusan yang diberikan oleh dokter. Pasien kadangkala menemukan informasi yang kontras antara sugesti yang berikan oleh dokter dan kepercayaan budaya yang mereka yakini.

Informan 4. Salah satu alasan kenapa orang Chinese ini kadang-kadang dokternya milih yang agak Chinese, karena kalau mereka bicara dengan dokter-dokter yang Chinese ini mungkin lebih paham tentang apa yang terjadi di komunitas orang Cina, pengalaman keluarganya mungkin jadi pertimbangan juga untuk memilih pengobatan. Dibanding mereka yang tidak kenal budaya Chinese, karena kalau diobati mereka mungkin tidak tahu bahwa orang Chinese punya preferensi apa. Contohnya, Orang China sangat dianjurkan untuk berpantang bila sakit, agar tidak berakibat buruk. Tapi kalau didengar dari dokter barat, tidak ada pantangan. Bagi orang Chinese sendiri hal tersebut jadi dilemma. Dari kata kakek nenek, bahwa dilarang makan ini, tapi dokter bilang boleh.

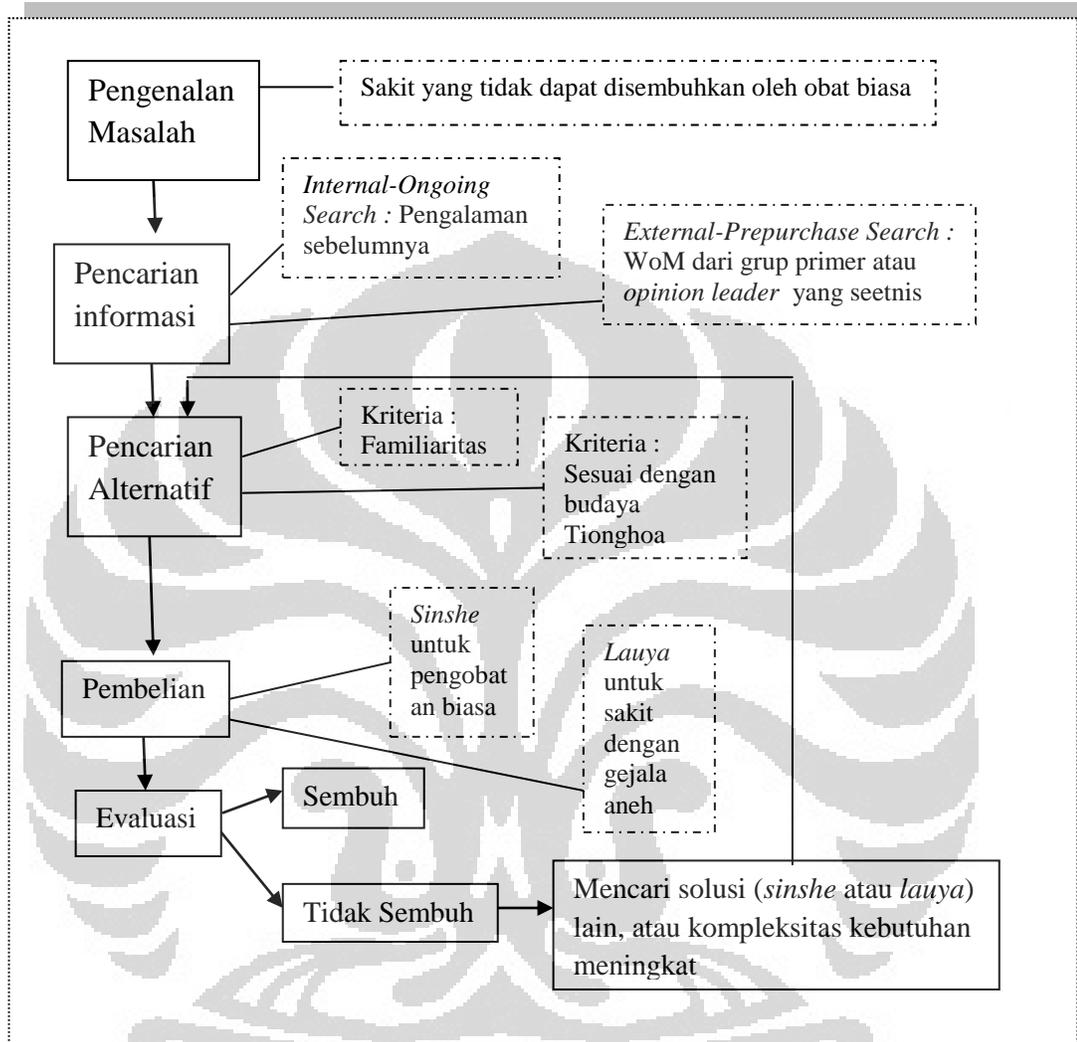
Sama halnya dengan informan 4, informan 5 mengatakan bahwa jika pun pengobatan modern harus dikonsumsi olehnya, dokter beretnis sama akan menjadi preferensinya.

Informan 5, dokter ya dokter cina kan ada. Kita mau ngomong apa yang orang Tionghoa percaya juga dokter nya ngerti. Kita disuruh puasa, dibilang pantang ini itu, dokter bukan orang kita mana ngerti.

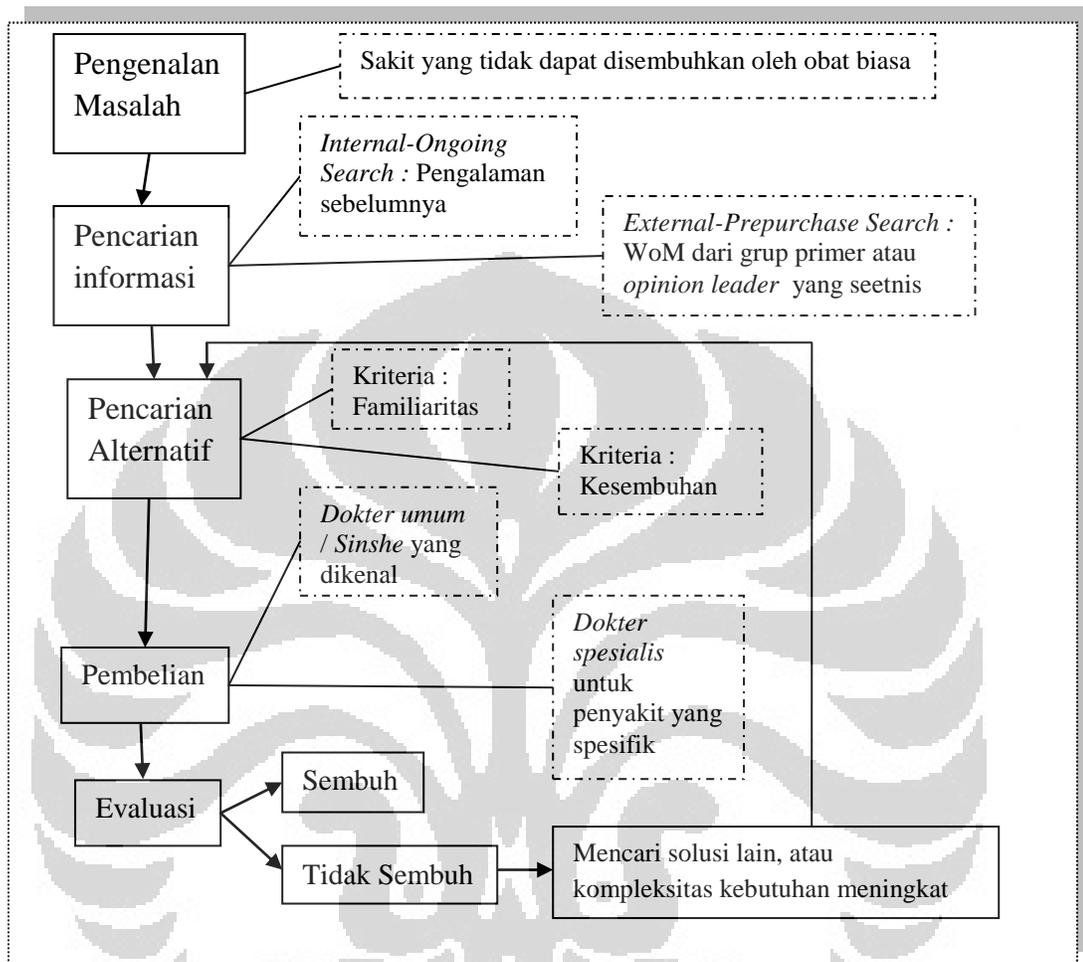
Preferensi pasien dalam pemilihan ahli kesehatan umumnya dilakukan secara *internal search*. Namun demikian, seperti yang ditulis oleh Solomon (2009), bahwa konsumen sangat mungkin melengkapi *internal search* mereka dengan bertanya pada grup referen primer, yakni keluarga, ataupun teman, atau yang biasa disebut dengan *eksternal search*.



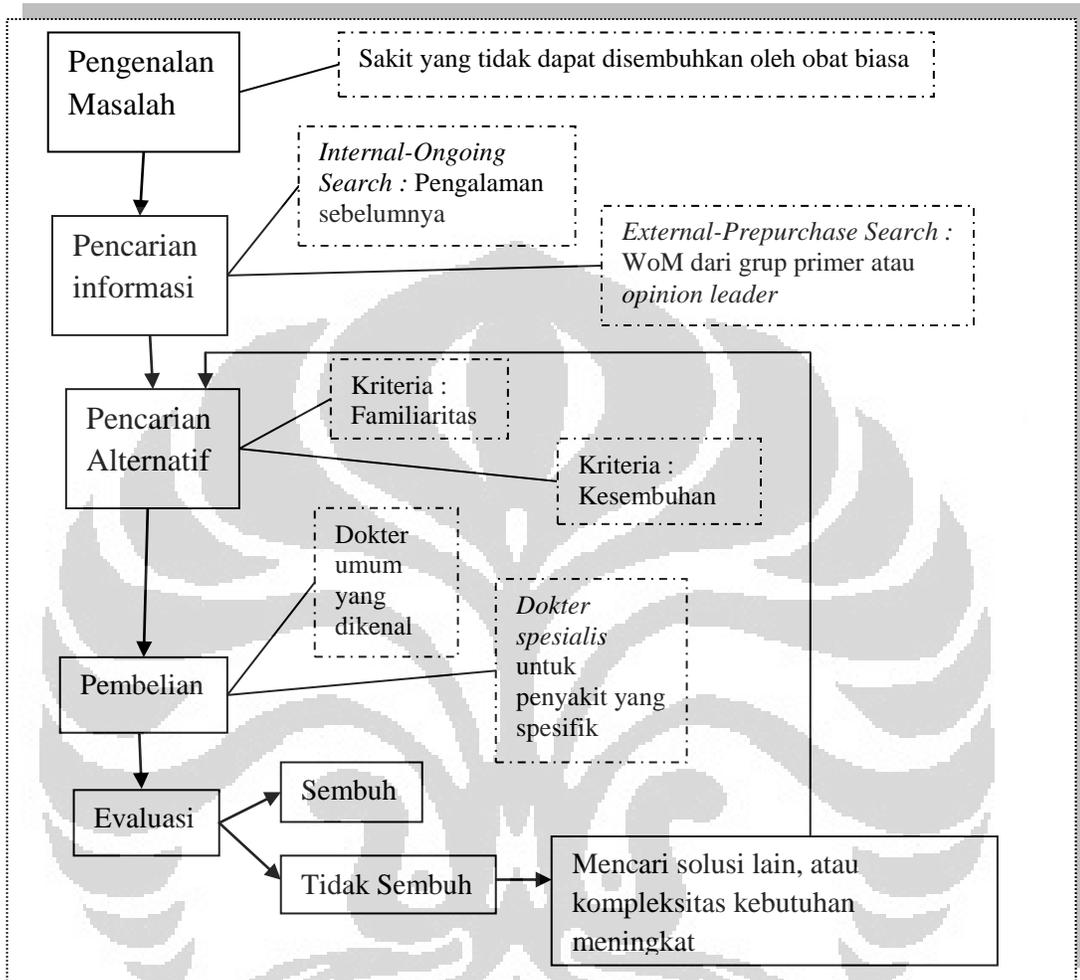
Gambar 4.2. Limited Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Rendah



Gambar 4.3. Limited Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Medium



Gambar 4.4. *Limited Problem Solving* pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Tinggi



4.5.3. *Extensive Problem Solving*

Extensive problem solving dapat terjadi dalam pencarian solusi kesehatan, jika solusi sebelumnya tidak lagi membawa pasien pada kondisi idealnya. Semakin jauh jarak antara kondisi ideal konsumen dengan kondisi aktual, semakin konsumen merasa kebutuhan tersebut harus segera dipenuhi. Terlebih lagi dalam masalah kesehatan, dimana hal yang dipertaruhkan adalah kehidupan. Konsumen diharuskan untuk mencari informasi yang sebanyak-

banyaknya, berhadapan dengan berbagai produk yang tidak familiar. Grup referen akan lebih aktif memberikan berbagai *advice giving*, agar konsumen dapat segera kembali pada kondisi ideal, seperti yang dikutip dari wawancara dengan Informan 3.

Informan 3, biasanya kita Sudarso karena dekat, wa sih mikirnya Antonius ya. Tapi ya biasanya kalau wa sakit, nyokap yang ribut-ribut.

Di sini dapat terlihat bahwa faktor situasional sangatlah berpengaruh. Informan 3 mengatakan bahwa dalam situasi darurat, dengan ancaman kehidupan, terkadang malah informan tidak dapat mengambil keputusan, melainkan grup referen akan memberikan pengaruh yang lebih besar bahkan dapat membantu mengambil keputusan.

Muslihuiddin (1996) menulis mengenai mutu pelayanan rumah sakit yang dianggap baik harus dapat memenuhi kriteria berikut :

- a. petugas penerima pasien harus mampu melayani dengan cepat karena pasien mungkin memerlukan penanganan segera,
- b. penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat pasien menaruh kepercayaan bahwa pengobatan maupun perawatannya dimulai secara benar,
- c. penanganan oleh para dokter yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pada pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit,
- d. ruangan bersih serta nyaman, akan dapat memberikan nilai tambah kepuasan bagi pasien yang menjalani pengobatan atau perawatan,
- e. peralatan yang memadai disertai dengan profesionalisme operatornya menimbulkan persepsi pasien tentang rumah sakit itu sendiri,
- f. lingkungan rumah sakit yang nyaman dan bersih serta tidak bising akan memberikan kepuasan serta menunjang kecepatan penyembuhan.

Dalam situasi darurat (a dan b), dimana waktu pemilihan keputusan sangatlah krusial. Faktor situasional pun menjadikan kriteria posisi pasien dan rumah sakit. Schoefer (1998) mengatakan bahwa reaksi tergantung atas dua faktor : kebutuhan yang disadari penting untuk dipenuhi. Kedua, konsumen harus merasa solusi dari kebutuhan tersebut ada dalam jangkauan pemenuhan mereka. Jika solusi tersebut melampaui sumber ekonomi dan fisik lainnya saat kebutuhan disadari, kemungkinan aksi tidak akan terjadi. Sumber fisik yang tidak dapat dipenuhi, seperti waktu dan kedekatan tempat, menjadi salah satu kriteria penting pemilihan jasa kesehatan. Dalam hal ini, konsumen tidak lagi dihadapkan pada pencarian informasi, pemilihan alternatif dan lainnya.

Informan 1, kebanyakan sih Antonius ya. Kharitas Bhakti saya belum pernah pergi. Karena kita di Pontianak tidak dikasi pilihan banyak untuk rumah sakit. Orang Pontianak kalau memang tidak terpaksa butuh cepat tidak bisa jalan mau tidak mau ke Antonius. Saya biasa setiap 6 bulan sekali ke luar, kalau di sini sekitar 2 bulan sekali. Ke luar juga karena di sini tidak bisa menangani.

Informan 2, kalau untuk keadaan darurat, memang Yarsi yang paling dekat, bisa juga kita manfaatkan sebagai solusi sementara.

Informan 3, mungkin kalau dia pertama kali di vote sakit, dia akan ke Soedarso. Karena kita memang rumah lebih dekat ke Soedarso. Kalau bukan sakit yang kecelakaan dan tiba-tiba, dia akan ke yang paling besar dulu, yang paling luas, yang kira-kira dia bisa dapat VIP. Dia pikir pasti ada dokter. Wa ketemu sendiri soalnya, tahun 2010, wa pusing banget. Nyokap kecelakaan. Wa pindah 3 rumah sakit sampai ke Kuching.

Informan 4, kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu, terakhir saya ke Antonius waktu kemarin kecelakaan. Karena kecelakaannya dekat ke Antonius ya saya ke sana. Saya tidak puas sama pelayanannya. Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin. Di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter.

Informan 5, dulu wa sakit kaki, wa uda keliling tabib semua tak ada yang sembuh, ke lau ya sembuh, sebentar lalu sakit lagi. Ujung2 wa uda lemes, ga mampu kemana, dibawa ke Antonius karena dekat. Kita ke sana karena memang ga ada solusi lain, ga ada tempat lain mau pergi. Soalnya kita pilih yang paling dekat. Karena terpaksa kok

Seluruh informan mengatakan bahwa rumah sakit terdekat menjadi pilihan dalam situasi darurat. Informan 1, 4, dan 5 mengatakan bahwa RSU St. Antonius merupakan rumah sakit pilihan, karena memang mereka dirawat dalam kondisi darurat. Di sisi lain, pemilihan informan 2 akan RS Yarsi dan informan 3 akan RSUD Soedarso menjadi pilihannya karena alasan yang sama. Perawatan di jasa layanan kesehatan (kriteria c, d, e, f) tersebut bukanlah pelayanan terbaik, akan tetapi dipilih karena kebutuhan bersifat sangatlah mendesak. Informan menyatakan tidakpuasannya terhadap solusi tersebut dalam kutipan di bawah.

Informan 1, dan rata-rata rumah sakit swasta di sini, masuknya malah makin parah, hasilnya ga akurat lagi. Sakit perut malah langsung disuruh operasi, dan ditakut-takuti. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching. Sampai sana dibilang tidak apa-apa, saya dikasi obat lalu disuruh pulang. Belum lagi anaknya ipar saya juga pernah ada yang meninggal di Antonius. Kalau bisa jalan saya maunya ke Kuching aja, napain ke dokter di sini.

Informan 2, ya begitulah, kita tidak bisa terlalu berharap dengan rumah sakit kecil ya. Pelayanannya seadanya saja. Suster dan dokternya tidak terlalu responsif. Begitu saya sudah bisa keluar dari rumah sakit, saya lanjutkan dengan rawat jalan. Selanjutnya pengobatannya saya lanjutkan di Antonius.

Informan 3, pertama memang rawat di Soedarso. Karena dekat, kecelakaannya di Ayani. Masuk Soedarso, medical checkup full, ga apa-apa katanya. Tapi nyokap sekali berdiri langsung pingsan. Wa takut donk, full checkup, dibilang ga apa-apa. Ga ada yang retak satupun, tapi nyokap ga bisa duduk. Duduk pingsan, duduk pingsan. Kalau tidur ga apa-apa. Tapi sakit. Orangnya sadar. Apa yang le lakukan kalau nyokap le kayak gitu? Panik donk, cari yang lain.

Informan 4, Pak Tan rawat inap dua hari, setelah bisa jalan, saya keluar, saya pemulihan dengan obat herbal.

Informan 5, Jelek. Soalnya pasiennya ditelantarkan dulu. Kalau ga bayar dulu, registrasi belum selesai, itu dibiarin. Padahal orang uda sakit parah, sampai ga bisa berdiri. Tapi dicuekin, dibiarin, ditelantarkan. Harus uda bayar, uda apa baru dikasi naik ranjang, didorong gitu. Kalau waktu itu uda sangat lemah ga mungkin ke sinshe lagi.

Seluruh informan menyalurkan ketidakpuasannya atas pemilihan solusi darurat tersebut. Hal tersebut dikarenakan oleh keterbatasan waktu untuk memilih solusi yang terbaik. Akan tetapi, pada kenyataannya solusi sementara terkadang diperlukan oleh konsumen untuk mempertahankan kondisi aktualnya, sebelum melakukan tahap selanjutnya dalam pencarian solusi ideal.

Jika konsumen memiliki waktu untuk mempertimbangkan keputusannya, konsumen akan melakukan *extensive search*, pencarian informasi dengan jumlah yang besar. Di sinilah peran grup referen, terutama grup primer, mulai terlihat.

Informan 1, biasanya dari tanya-tanya teman-teman, mulut ke mulut. Urutan pengaruh pengambilan keputusannya rekomendasi dari dokter, rekomendasi dari teman Chinese, teman non Chinese, TV, dan Majalah. Pernah juga ada keluarga yang membantu biaya pengobatan merekomendasi rumah sakit pada saya tapi tidak saya ikuti karena yang direkomendasi rumah sakit mahal

Informan 2, memang bukan hanya dengar dari satu orang, tapi beberapa keluarga, pengalaman teman dan tetangga sehingga itu kesimpulan yang bisa diambil, walaupun tidak ada penelitian. Istilahnya dengar referensi dari orang, coba-coba langsung juga tidak berani. Tentu saran dokter juga tidak bisa kita abaikan.

Informan 3, yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana. Starting point selalu dokter yang kita kenal. Nanti baru refer kemana-mana. Bisa juga dari teman. Tapi dokter biasanya refer. Kalau le ga sembuh kan pasti dia refer kan. Kan pasti le perlu 2nd opinion kan.

Informan 4, walaupun tabib belum menyembuhkan, mereka akan referensi tempat lain. Kemudian ada juga info dari family, teman-teman sebagai 2nd opinion. Sehingga 2nd opinion itu sangat diperlukan ya. Memang dari mulut ke mulut itu pengaruh.

Informan 5, kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga.

Produk jasa sangat tergantung pada faktor pengalaman dan kepercayaan yang hanya bisa dirasakan konsumen setelah pembelian dan

konsumsi (Murray via Schoefer, 1998). Sama halnya dengan produk jasa yang lain, pemilihan dokter umum sangatlah tergantung dari *internal search* ataupun *external search* dari grup referen. Dalam kesehariannya, narasumber 1 memiliki pengalaman yang sama dengan perilaku para informan, yang dituangkan dalam kutipan sebagai berikut :

Narasumber 1, kalau dia perilaku kesehatannya benar, semestinya menyembuhkan. Jika memang menyembuhkan, mereka akan rekomendasi saya ke orang lain. Dan info dari mulut ke mulut yang negatif akan berefek lebih cepat dibanding yang positif. Ada pasien yang mengatakan bahwa ada dokter A atau B yang dia kunjungi tidak mau jawab.

Pencarian informasi eksternal dilakukan oleh informan kepada berbagai pihak yang umumnya adalah grup primer. *WoM* akan semakin kuat ketika konsumen relatif tidak memiliki informasi yang banyak dengan kategori produknya. Seringkali konsumen dihadapkan pada produk baru atau yang berteknologi tinggi. Salah satu cara untuk mengurangi ketidakpastian dalam pembelian adalah dengan membicarakan mengenai hal tersebut. Berbicara memberikan konsumen kesempatan untuk menerima argumen tambahan dan mendapatkan dukungan lebih banyak sebelum mengambil keputusan. Hal tersebut diakui oleh narasumber 1, yang mengutarakan hal yang sama saat ditanyakan mengenai informasi yang telah didapat oleh konsumen sebelum mengkonsumsi jasa kesehatan tersebut.

Narasumber 1, kalau dulu memang lebih buta, kecenderungan yang saya dapat belakangan memang terutama pasien muda, mereka bisa lebih mengerti, dan mereka ingin tahu lebih banyak. Memang jumlahnya belum terlalu besar, tapi kini cenderung membesar, dan sebagian di antaranya lihat di internet lebih dahulu. Jadi sebetulnya, dokter harus lebih pintar daripada pasien, kalau tidak bisa kalah sama internet. Lepas dari info benar atau salah di internet. Tapi mereka sudah memiliki informasi sebelum datang ke dokter.

Dalam pencarian informasi dengan jumlah yang besar. Berbagai pihak dilibatkan, termasuk dokter atau tabib sebagai ahli dan pemimpin opini. Akan tetapi meskipun ahli kesehatan memiliki *expert power*, konsumen pun seringkali tidak puas dengan informasi yang didapatkan oleh *opinion leader* tersebut.

Narasumber 1, kita mesti update sendiri, supaya kita lebih pintar dari internet itu. Kalau tidak kita habis. Mereka bisa balik melawan dan kita tidak bisa menjawab. Atau hilang kepercayaan dan tidak akan kembali lagi.

Kekuatan pemimpin opini tidaklah lagi multak, seperti hipotesis dua arah yang dipaparkan oleh Robertson (1971). Hipotesis tersebut seringkali dikritik dari berbagai landasan ilmu. Pertama, pengikut tidaklah selalu pasif. Informasi dapat diminta ataupun tidak. Kedua, mereka yang memberikan informasi seringkali juga menerima informasi; karena itulah *opinion leader* juga adalah pengikut, begitu juga sebaliknya. Ketiga, *opinion leader* bukanlah satu-satunya pihak yang menerima informasi dari media massa. Pengikut juga dapat dipengaruhi oleh iklan.

Sama seperti halnya yang diungkapkan oleh narasumber, informasi dari *opinion leader* yang bertolakbelakang dengan pemikiran konsumen dapat berujung pada penolakan informasi. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan informan, penulis mendapatkan beberapa informasi berikut.

Informan 1, sakit perut malah langsung disuruh operasi, dan ditakut-takuti. Alat di sini sebenarnya canggih, tapi mereka tidak bisa menggunakannya dengan baik, atau memang sengaja dibuat lebih mahal. Mereka juga kebanyakan dapat promosi dari sales obat untuk menjual obat tertentu. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching. Sampai sana dibilang tidak apa-apa, saya dikasi obat lalu disuruh pulang.

Informan 2, karena sangat mungkin dalam satu rumah sakit ada oknum tertentu yang mengambil keunggulan dari orang lain, tapi relative lebih kecil. Ada yang memuaskan, ada juga yang terkesan sekedar

mencari untung. saya akan tanya opinion dokter lain dulu sebelum ke rumah sakit tersebut. Kalau dokter tersebut masih suruh saya ke sana, saya cari informasi lain lagi. punya pengalaman buruk juga di rumah sakit sudarso, waktu itu sinus, saya langsung disuruh operasi. Tapi dengar dari orang lain bahwa operasinya bisa mematikan banyak saraf, saya tidak jadi. Malah saya berobat ke dokter Linardi, meksipun lama tapi toh sembuh juga

Informan 3, Jadi hari itu kita telepon dokter, kebetulan teman, paranormal satu, lauya. Nah kata dokter, Ini ga firm nih. Le mesti ke luar. Nah paranormal, kebetulan ini dia ga pakai jurusnya, kekuatannya. Dia bilang ini mesti ke luar. Paranormal, loh yang ngomong. Ya mo gimana menyiksa banget. Di Indonesia itu seems ada yang di hide atau dia takut gitu untuk vonis. Yang dia mau dapat untung. Tebus obat terus. Datang kasi obat terus ya wa tebus terus kan. Tapi resultnya apa, malah tambah parah.

Informan 4, ya tergantung ya. Saya akan tanya-tanya orang dulu, apakah ada yang punya pengalaman serupa. Kalau ada, bagaimana pendapatnya. Kalau memang pengalamannya baik, saya baru akan ke sana. Terutama dengan dokter junior. Mungkin karena pengalaman mereka yang belum matang, sedikit-sedikit disuruh operasi, atau pengobatan maksimal.

Informan 5, kalau tabib menyuruh ke Sudarso, harus tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga. Tidak perlu langsung ke sudarso. tabib lain juga masih ada. Rumah sakit lain juga masih ada. Ga perlu ke sudarso lah. Kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Obat dokter kan tidak bagus.

Seluruh informan mengatakan bahwa mereka tidak harus mengikuti saran dari ahli. Malah sebaliknya beberapa informan menuduh bahwa saran yang didapatkan dari *opinion leader*, bukanlah solusi yang cocok bagi mereka. Beberapa informan menilai solusi yang diberikan oleh ahli kesehatan bertujuan sebagai keuntungan pemasar. Informan menganggap ahli kesehatan tidak lagi berlaku sebagai *opinion leader*, namun menonjolkan perannya sebagai produsen jasa kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan Schoefer (1998) yang menuliskan bahwa WoM cenderung terlihat lebih terpercaya dan mapan dari kata-kata yang didapat dari kanal pemasaran lainnya, karena informasi tersebut didapat dari orang yang kita kenal dan berupa *advice giving*.

Keinginan konsumen untuk mendapatkan *advice giving* dari ahli kesehatan sebagai *opinion leader*, juga terwujud dalam keinginan konsumen untuk berkomunikasi dengan dokter / tabib tersebut. Kurangnya komunikasi antar dokter dan pasien, yang berujung pada ketidakpuasan pasien terhadap saran yang diberikan dokter, dibenarkan oleh data statistik yang dikutip *KOMPAS*, 28 Juni 2011 menunjukkan bahwa sejak tahun 2006 hingga Mei 2011, jumlah pengaduan masyarakat yang masuk ke Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) terkait pelanggaran disiplin dokter mencapai 135 laporan. Sebanyak 80 persen dari total laporan, bermuara pada kurangnya komunikasi antara dokter dan pasien. Hal tersebut dibenarkan oleh narasumber 1 dalam kutipan berikut.

Narasumber 1, betul. Sebagian besar memang seperti itu. Mungkin karena sibuk, atau pasiennya terlalu banyak. Kalau saya biasanya seperti ini, kalau tidak sembuh, saya akan merujuk dia ke dokter lainnya dari awal. Jadi ada langkah berikutnya. Atau misalnya mengulang pemeriksaan. Jadi ada inform concernnya di situ. Jadi info tersebut akan menolong dia, sehingga dia tahu batas mana yang bisa diusahakan dokter, sehingga kemudian dia tahu harus berbuat apa. Misalnya, jika masih tidak sembuh hingga nanti malam, pasien harus langsung ke rumah sakit. Hal ini yang sering terjadi, dokter disalahkan karena tidak memberikan langkah selanjutnya dari awal. Jadi pasien marah-marah karena hanya pemikirannya hanya berdasarkan analisa dokter yang sudah kadaluarsa.

Komunikasi oleh ahli kesehatan tersebutlah yang dibenarkan oleh beberapa informan sebagai berikut.

Informan 1, kalau di luar, apapun yang kita tanya pasti dijawab. Jadi misalkan jawabannya beda dengan yang kita rasakan, dia pasti menjelaskan, meskipun sedang ramai. Kalau di sini, kalau kita tanya, dia akan diam. Karena ada dokter yang tidak bisa jawab karena memang dia tidak tau. Misalnya kita divonis penyakit A, tapi begitu ditanya kenapa bisa, tidak dijawab. Kadang juga ada yang menanyakan misalnya ada keluhan di kepala, tapi dokternya tidak memberikan jawaban. Kalau pengobatan tradisional di sini ramah, sama seperti pengobatan di luar. Pasien tentunya lebih senang yang bisa menjawab.

Informan 2, faktor tersebut sangat berpengaruh. Karena kita sudah sakit, namun begitu ditanya dokter sakit apa, dia hanya tertawa dan tidak menjawab. Dan ini umumnya memang dialami di rs pemerintah. Karena ramai dan jam prakteknya tidak lama. Kita masuk, diperiksa, diberi resep dan pulang. Jawaban yang diberikan pun hanya pendek-pendek. Lain kalau rs swasta, itu kita tanya sampai puas. Sehingga memberi ketenangan dan kelegaan sama kita.

Informan 3, justification pasien sakit apa. Di Kuching itu berani vonis. Sangat berani vonis. Dia sakit ini, tinggal berapa bulan, sakit ini tinggal berapa bulan. Mesti kayak gini. Ga di hide gitu loh. Di Indonesia itu seems ada yang di hide atau dia takut gitu untuk vonis. Mereka datang minta cek ini, cek itu, bilanganya akhirnya trauma, cek terus. Wa akhirnya pindah ke Kuching.

Informan 4, faktor komunikasi pernah berpengaruh. Sewaktu di Antonius, saya tidak puas sama pelayanannya. Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin. setelah bisa jalan, saya keluar, saya pemulihan dengan obat herbal.

Informan 5, dokter sama tabib kita juga ga banyak omong lah. Dengar mereka ngomong apa ya kita ikut.

Terutama bagi pemakai pelayanan kesehatan di rumah sakit, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang diderita (Robert dan Prevost *via* Kurniana, 2008). Oleh karena itulah, tidaklah salah jika informan memilih rumah sakit yang mampu memberikan saran yang dianggap kredibel dan memuaskan sebagai rumah sakit yang baik bagi mereka.

Kriteria rumah sakit yang baik-seperti yang telah dipaparkan oleh Muslihuddin (1996) sebelumnya, seperti: kecepatan pelayanan, penanganan pertama yang baik, penanganan profesional oleh dokter, ruangan yang bersih dan nyaman, peralatan yang memadai, lingkungan yang tenang dapat menjadi konsiderasi informan dalam pemilihan *evoked set*.

Setelah mendapatkan informasi dan saran dari berbagai pihak konsumen akan mempertimbangkan beberapa *brand*, mengunjungi beberapa

toko, berkonsultasi pada teman, dan sebagainya. Kelebihan informasi sebaliknya, dapat menjadi masalah bagi konsumen. Konsumen yang memiliki terlalu banyak informasi biasanya cenderung mengambil keputusan yang kurang sesuai dengan dirinya.

Pencarian informasi dapat dikatakan sukses apabila informasi yang didapatkan melibatkan sekelompok *brand* yang dianggap konsumen sebagai solusi alternatif. Grup produk ini disebut oleh Dibb dkk (1997) sebagai *consumer's evoked set*. Terlampir merupakan informan yang memaparkan *evoked set* nya

Informan 1, setau saya, teman-teman saya yang menengah ke atas lebih memilih rumah sakit swasta. Contohnya RSS Antonius, selain karena letaknya, fasilitasnya juga lebih bagus. Untuk penyakit tertentu yang lebih ringan, mereka memang ke Antonius. Tapi untuk usus buntu, hernia, mereka bisa ke Charitas. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching.

Informan 2, kalau rumah sakit sih di Pontianak yang lebih terpercaya rumah sakit swasta. Karena RS pemerintah masih kumuh masih kurang menjanjikan. Gerak para medis dan suster termasuk lambat dalam menangani pasien. Hal itu saya sering dengar ya. Kecuali memang menggunakan askes baru kita ke sana. Kalau rumah sakit luar negeri saya belum pernah ke sana.

Informan 3, to be honest, rumah sakit di Pontianak yang gede cuma dua, Soedarso atau Antonius. Tapi case nyokap wa, kenapa wa pilih luar negeri, bukan karena wa trust luar negeri. Tiga hari di Indonesia kayak orang bego man ga ada result. Wa percaya Indonesia tiga hari loh Bro, nah habis ke Kuching itu dua hari doank. Mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu.

Informan 4, di Pontianak, pilihan yang tersedia tidak banyak. Mereka paling akan Antonius. Kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri.

Informan 5, ada ke sini dulu. Antonius karena dekat. Di sini dibilangnya urat kejepit. Uda ke sinshe ga sembuh, dokter sini ga sembuh, baru ke Kuching. Ke sana dibilang ga apa-apa.

Konsumen yang sedang menjalani pengambilan keputusan yang rumit cenderung hati-hati dalam mengevaluasi alternatif. Contohnya seperti

pemilihan rumah sakit, dimana resiko yang ditanggung oleh konsumen sangatlah besar. Penyaringan tersebut terbukti dalam *evoked set* yang dipaparkan oleh informan. Di antara 10 rumah sakit di Pontianak (7 rumah sakit umum, 2 rumah sakit bersalin, dan 1 rumah sakit khusus), dan puluhan puskesmas yang ditawarkan, hanya dua atau tiga rumah sakit di Pontianak yang berada dalam *evoked set* di empat informan beretnis Tionghoa ini.

Jika darurat tidak menjadi kriteria, seluruh informan menjadikan RSUD St. Antonius Pontianak dalam *evoked set* nya. Selain karena jarak yang relatif dekat (dalam kota), RSUD St. Antonius dianggap sebagai fasilitasnya lebih baik, lebih bersih, dan lebih besar, dokter yang dimiliki pun lebih banyak. Seluruh informan pun menganggap rata-rata warga Tionghoa memilih RSUD St. Antonius sebagai solusi akan kesehatannya. Dengan demikian, RSUD St. Antonius dianggap merupakan salah satu alternatif yang dapat memberikan solusi utama yakni, kesembuhan. Beberapa keunggulan RSUD St. Antonius lainnya seperti lebih bersih, lebih besar, dan banyaknya tenaga kesehatan menjadi kriteria tambahan yang penting bagi pasien.

Informan 1, setau saya, teman-teman saya yang menengah ke atas lebih memilih rumah sakit swasta. Contohnya RSUD St. Antonius, selain karena letaknya, fasilitasnya juga lebih bagus.

Informan 2, biasanya saya memilih rumah sakit yang lebih besar, yang kebetulan memang rumah sakit Yayasan Katolik (RSUD St. Antonius). Dari segi fasilitas, tenaga yang tersedia, pelayanannya, memang lebih bagus dari rumah sakit pemerintah. Sehingga memang nampaknya masyarakat di sini lebih banyak ke sana.

Informan 3, cuma memang mayoritas Chinese lebih senang ke Antonius, sorry to say, orang Chinese lebih banyak yang menengah ke atas, dia mau cari yang bagus. Antonius lebih gede, Antonius selalu penuh. Makanya mereka perbesar rumah sakit lagi sekarang. Kamarnya ada yang VIP, ada beberapa kelas, kelas I, II III. VIP tempatnya bagus, rapi, bersih, susternya lebih bagus, dedicated. Itu benar di Pontianak. Jadi kualitas, tempat, luas parkir, lebih bersih, itu Pontianak bisa bersaing, even better.

Informan 4, umumnya orang China lebih banyak ke rs swasta, dalam hal ini Antonius. Kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu.

Dalam kriteria pemenuhan kebutuhan konsumen, mayoritas konsumen masih memilih RSU St. Antonius sebagai *evoked set*. Hal tersebut dirasa wajar, karena berdasarkan kriteria waktu dan kapasitas kemampuan pemenuhan kebutuhan, informan menganggap RSU St. Antonius masih yang terdepan di Kota Pontianak. Maka seluruh informan tidak ragu untuk membeli jasa RSU St. Antonius sebagai solusi kesehatan mereka. Keunggulan RSU St. Antonius sebagai rumah sakit terbaik di Pontianak pun diakui oleh narasumber 1 sebagai narasumber ahli.

Narasumber 1, untuk rumah sakit Antonius memang masih terdepan. Satu rumah sakit sampai running well itu butuh waktu. Itu waktunya butuh sangat banyak dan mentalnya pun harus cukup. Misalnya perawatnya, cleaning servicesnya, itu perlu suatu system. Kalau suatu system itu belum established, seperti rumah sakit baru, pasti banyak lubangnya.

Dalam pemilihan rumah sakit, informan 2 memasukkan RSUD Soedarso sebagai *evoked set* dengan menganggap harga jasa kesehatan yang lebih murah menjadi daya tarik. Sementara itu, informan 1 memasukan RS Kharitas Bhakti sebagai solusi untuk penyakit tertentu, seperti usus buntu dan hernia.

Pilihan lainnya yang berada dalam *evoked set* dari informan 1 adalah rumah sakit luar negeri (rumah sakit di Kuching, Malaysia), sama dengan *evoked set* yang dimiliki oleh informan 3 dan 4. Munculnya alternatif rumah sakit luar negeri sebagai *evoked set* pada seluruh informan yang pernah mengkonsumsi jasa kesehatan di luar negeri (informan 2 belum pernah mengkonsumsi jasa kesehatan luar negeri) dibanding rumah sakit lainnya di Kota Pontianak menjadi pusat perhatian penulis. Adanya faktor jauhnya jarak (kriteria kecepatan penanganan), besarnya biaya (pengobatan dan luar

pengobatan, seperti hotel dan transportasi) yang umumnya merupakan kriteria utama dalam pengambilan keputusan, mendorong penulis pada untuk mengetahui pemilihan solusi utama (pembelian) informan.

Informan 1, menurut saya, dari total pemasukannya pasti 80% lebih dari orang Indonesia. Karena memang wajar dekat dengan perbatasan Kalimantan. Sama juga di Singapore, atau di Malaka, sama saja ramai orang Indonesia. Saya kalau bisa ke Kuching saya mending langsung ke sana.

Informan 2, ke Kuching belum pernah pergi, dengar dari orang sih ada yang bagus ya. Memang yang saya dengar pelayanan lebih bagus, obat tidak asal-asalan. Hasil lab pun sangat lengkap dan berhalaman-halaman, baru diberi obat. Jadi tidak sembarangan memberi obat. Bahkan untuk sakit yang biasa, begitu sampai langsung di infus.

Informan 3, jam ketiga loh wa di Kuching uda dapat hasil. Mereka berani vonis. Dokter kasi pilihan, le ada tiga cara mau sembuh. Dan bukan pilihan yang paling mahal yang mereka suggest ke kita. Besok pagi jam9 langsung operasi, jam11 uda bisa duduk nyokap. 1 hari pemulihan. langsung bisa pulang Pontianak. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana ada sih yang kecewa.

Informan 4, kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri. Visi misinya kan beda. Mungkin karena mereka pikir mereka sudah jauh-jauh ke luar negeri, mereka akan menangani lebih serius. Jadi penghargaan terhadap hidup manusia itu lebih. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani.

Informan 5, di sana hampir semua pasiennya orang Pontianak semua. Bersih, dokternya lebih pintar, susternya juga ramah, jaga terus. Sinshe juga banyak langsung suruh ke Kuching, tetangga juga sering berobat ke sana. Cuma kita mau ke sana kan jauh.

Informasi yang positif dan lengkap mengenai rumah sakit di Kuching, Malaysia dapat berarti bahwa informan menampung banyak informasi dari *internal search*. Rumah sakit di Kuching, Malaysia telah menjadi *top of mind* konsumen, terutama karena sedikitnya informasi negatif yang mereka terima dari Kuching.

Informan 1, itu karena di sana mereka punya pelayanan bagus, dan banyak spesialis yang praktek di sana. Karena kita sering punya sugesti

bahwa pengobatan luar selalu lebih baik dari pengobatan dalam, dan memang kenyataannya seperti itu. Soalnya kebanyakan orang mau ke sana karena ke sini tidak bisa. Bukannya dari awal memang mau ke luar, yang namanya orang sakit, awalnya pasti lari ke sini dulu. Nah begitu mereka mendapatkan obat, dicoba sekali tidak sembuh, dua kali ga ada perbaikan. Akhirnya dengar-dengar di luar ada, mereka pasti lari ke tempat lain.

Informan 3, mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu. Apa sih susahnya ke Kuching? 15 menit sampai man. Karena wa punya lebih duit sedikit, wa ke Kuching. Napain wa ke Pontianak lagi? Sampai sana, wa tanya, I already order ambulance with this number. Dia bilang not yet coming, but this is the same, you can use. Pergi, man. Dan kayaknya itu bukan ambulance khusus Normah, itu ambulance di bandara. Ga bayar loh, gratis sampai Normah. Cost nya sama. Ga jelas lagi. Mendingan wa agak tunggu, terkumpul lebih dikit wa ke Kuching. Kecuali le ga ada duit, le pasti ga akan obatin, uda siap mati gitu loh. Uda waktu kumpulin duit, dikit lagi aja uda nambah, uda ke Kuching. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana ada sih yang kecewa. Kecuali yang uda kanker, uda pasti mati ga mungkin hidup lagi.

Informan 4, memang lebih baik ya pelayanannya. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani. Berobat di sini sama di Kuching itu sama dilayaninya. Kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu, tapi di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter.

Informan mengatakan bahwa jasa kesehatan di Kuching selalu menjadi opsi terbaik mereka karena banyak hal, selain karena fasilitas rumah sakit yang lebih modern juga oleh sebab pelayanan oknum penyedia jasa yang lebih baik. Menurut Robert dan Prevost (via Kurniana, 2008) bagi pemakai pelayanan kesehatan di rumah sakit, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang diderita.

Jasa pelayanan dan kesembuhan dianggap oleh Robert dan Prevost sebagai indikator utama rumah sakit yang baik bagi pasien. Hal tersebut

senada dengan pendapat narasumber 1, sebagai narasumber ahli dan seorang dokter, yang mengklaim bahwa tidak seluruh rumah sakit di Kuching, Malaysia adalah rumah sakit yang baik bagi pasien. Namun narasumber membenarkan bahwa faktor *word of mouth* positif merupakan sebab utama rumah sakit Kuching dianggap lebih baik. *Word of mouth* positif mengenai komunikasi dan pelayanan pasien yang baik di Kuching menyebabkan masyarakat merekomendasi Kuching sebagai pilihan pengobatan utama.

Narasumber 1, Tidak 100% seperti itu. Sebagian memang baik, sebagian hanya ikut-ikutan. Karena menurut mereka setelah mendengar dari temannya, siapanya, atau keluarganya, rumah sakit ini di satu tempat bagus. Atau dokter A dan dokter B ini bagus. Itu info dari teman atau keluarganya. Sebagian memang benar. Karena pelayanan di sini memang tidak komunikatif. Ada juga yang setelah ke sana kecewa. Jadi kalau mau dibilang rumah sakit di luar negeri semuanya baik juga tidak.

Narasumber 1 sebagai narasumber ahli merasakan bahwa ada sebagian ketidakseuaian pelayanan rumah sakit di Kuching dengan perkembangan ilmu dan otonomi, yakni dengan menyembunyikan informasi pengobatan dari pasien, Akan tetapi, pasien masih menganggap bahwa rumah sakit di Kuching merupakan rumah sakit terbaik.

Dari segi biaya yang dikeluarkan pun, pembelian akan dilakukan tergantung atas dua faktor : kebutuhan yang disadari penting untuk dipenuhi. Kedua, konsumen harus merasa solusi dari kebutuhan tersebut ada dalam jangkauan pemenuhan mereka. Jika solusi tersebut melampaui sumber ekonomi dan fisik lainnya saat kebutuhan disadari, kemungkinan aksi tidak akan terjadi. Berikut komentar informan mengenai biaya jasa kesehatan luar negeri.

Informan 1, terus di sana juga ada paket murah, tidak semua serba mahal. Seperti contoh kalau mau check jantung, di KPJ itu 250 MYR . Dengan fasilitas yang lebih bagus di KPJ, dokter yang ramah. Hasilnya di

sana juga langsung. Karena di sana pengobatannya benar-benar gratis, dan hanya perlu membayar uang administrasi saja. Untuk melahirkan saja hanya perlu 1 MYR. Operasi Katarak mata hanya perlu 1 MYR. Saya pernah dengar dari supir taxi di Kuching bahwa rata-rata orang Indonesia untuk kemotherapy akan datang ke Kuching.

Informan 2, dengar-dengar sih harganya juga ga jauh beda ya.

Informan 3, karena wa punya lebih duit sedikit, wa ke Kuching. Napain wa ke Pontianak lagi? Cost nya sama. Ga jelas lagi. Mendingan wa agak tunggu, terkumpul lebih dikit wa ke Kuching. Kecuali le ga ada duit, le pasti ga akan obatin, uda siap mati gitu loh. Uda waktu kumpulin duit, dikit lagi aja uda nambah, uda ke Kuching. Napain di sini? Beda 5 tiau, 3 tiau. Di Kuching wa kan buru-buru nih, bawa duitnya kurang. Dia suruh wa pulang coba, le besok transfer deh ke Normah perwakilan Pontianak. Pulang, ga perlu insurance! Luar negeri man, dia suruh wa pulang dia kurang bayar. No worry pay me via Normah.

Informan 4, soal harganya juga kurang lebih ya dengan di sini.

Informan 5, mahal juga, belum hitung bayar bis, bayar penginapan, dokter

Bagi informan 1, 2, 3, dan 4 rumah sakit di Kuching, Malaysia, memiliki harga yang sebanding dengan pelayanannya. Sementara itu informan 5 masih merasa biaya rumah sakit di Kuching mahal, meskipun setuju bahwa rumah sakit di Kuching memenuhi kriteria sebagai rumah sakit yang baik, namun rumah sakit tersebut belum berada dalam jangkauan konsumsinya.

Di sisi lain, rumah sakit lainnya, RSUD Soedarso adalah rumah sakit umum pemerintah terbesar di Pontianak. Akan tetapi mayoritas informan tidak memasukkan rumah sakit tersebut dalam *evoked set* nya. Hal tersebut dikarenakan oleh beberapa hal berikut.

Informan 1, ga pernah ke Soedarso. Soalnya kalau ke rumah sakit negeri itu ribet. Kadang ada teman dan saudara juga cerita. Kadang kalau ada kecelakaan dan kejadian mendadak, kalau kejadiannya di Soedarso, di situ akan ketahuan, dari susternya, ranjangnya, kamarnya, rumah sakitnya semua beda.

Informan 2, saya sendiri pernah berobat ke rumah sakit itu. Tidak sampai rawat inap, saat itu memang pelayanannya lumayan memuaskan. Tapi mendengar dari orang lain, jadi kita kurang begitu sreg ke sana. Kecuali memang menggunakan askes baru kita ke sana.

Informan 3, rumah sakit negeri, orangnya ya pegawai negeri. Once le sama pegawai negeri, gimana perlakuannya? Kalau sudah jam5, apa mereka bakal cek atau pulang? Mereka bakal pulang toh.

Informan 4, tidak pernah ke sana. Kita kalau sudah dengar pengalaman dari orang lain, sudah jangan ke sana, pasien kok dibiarkan seperti itu. Itu secara responsif kita tidak akan ke sana. Mungkin karena dokternya sudah terlalu sibuk.

Informan 5, ga pernah e.. Jauh sih. Dengar-dengar dari orang katanya kurang bagus e. takut juga.

Seluruh informan mengungkapkan alasan informan untuk tidak memasukkan RSUD Soedarso dalam *evoked set* nya. Beberapa informan malahan tidak pernah berobat ke rumah sakit tersebut. RSUD Soedarso dianggap tidak memenuhi kriteria sebagai rumah sakit yang baik, baik dari segi pelayanan, maupun fasilitas rumah sakit. Dalam kutipan sebelumnya, tercatat bahwa alasan informan 2 untuk memilih RSUD Soedarso hanya semata karena kemurahan biaya, sementara informan 3 karena kedekatan domisili. Stereotipe negatif terhadap rumah sakit RSUD Soedarso bahkan tidak akan hilang meskipun WoM diberitahukan oleh tabib dan dokter yang memiliki *expert power*.

Informan 1, saya baru saja disuruh ke rumah sakit sudarso oleh dokter. Tapi saya menolak. Karena saya mencari fasilitas yang lebih bagus. Saya malah ke Antonius.

Informan 2, saya akan tanya opinion dokter lain dulu sebelum ke rumah sakit tersebut. Kalau dokter tersebut masih suruh saya ke sana, saya cari informasi lain lagi. Saya punya pengalaman buruk juga di rumah sakit sudarso, waktu itu sinus, saya langsung disuruh operasi. Tapi dengar dari orang lain bahwa operasinya bisa mematikan banyak saraf, saya tidak jadi. Malah saya berobat ke dokter Linardi, meksipun lama tapi toh sembuh juga. Dan memang kejadian tidak beberapa, dokter tersebut diusut karena kasus serupa.

Informan 3, sebelumnya pasti kita ask for 2nd opinion dulu lah. Wa akan tanya dokter lain, kalau memang harus ke sana ya oke. Ya wa ga masalah dengan sudarsonya, tapi why sudarso gitu. Rumah sakit lain juga bisa kan.

Informan 4, ya tergantung ya. Saya akan tanya-tanya orang dulu, apakah ada yang punya pengalaman serupa. Kalau ada, bagaimana pendapatnya. Kalau memang pengalamannya baik, saya baru akan ke sana.

Informan 5, kalau tabib menyuruh ke Sudarso, harus tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga. Tidak perlu langsung ke sudarso. tabib lain juga masih ada. Rumah sakit lain juga masih ada. Ga perlu ke sudarso lah. Kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Obat dokter kan tidak bagus.

Seluruh informan menyatakan reluktansinya untuk mengkonsumsi jasa kesehatan di RSUD Soedarso. Selain karena fasilitasnya yang kurang baik, *brand attitudes* yang buruk menyebabkan konsumen harus kembali menggali informasi untuk mengkonfirmasi saran tersebut. Schoefer (1998) mengatakan bahwa sangat kecil kemungkinan WoM merubah kebiasaan konsumen yang sudah memiliki *brand attitudes* yang kuat. WoM juga sangat susah untuk mengubah perilaku konsumen jika konsumen memiliki keraguan mengenai produk karena informasi negatif yang kredibel, seperti yang dialami oleh informan 2 yang mengatakan bahwa WoM negatif dari rekannya.

Oleh karena itulah, berdasar *evoked set* dan pengalaman konsumen dari beberapa hal, konsumen kemudian mengambil keputusan sebagai berikut.

Informan 1, orang Pontianak kalau memang tidak terpaksa butuh cepat tidak bisa jalan mau tidak mau ke Antonius. Jadi memang kalau bisa jalan saya maunya ke Kuching aja, napain ke dokter di sini.

Informan 2, biasanya saya memilih rumah sakit yang lebih besar, yang kebetulan memang rumah sakit Yayasan Katolik.

Informan 3, mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu.

Informan 4, Pak Tan pernah mengidap sinusitis dan berobatnya di Kuching. Itu juga ke tabib dulu, setelah pengeringan sinus sembuh, baru saya operasi ke Kuching, karena memang tidak bisa ditangani oleh tabib.

Informan 5, uda ke sinshe ga sembuh, lau ya juga kambuh lagi, rumah sakit Antonius ga sembuh, baru ke Kuching.

Informan 1, 3, dan 4 mengatakan bahwa rumah sakit di Kuching merupakan rumah sakit pilihan utama mereka terutama jika tidak dihadapkan

pada keadaan darurat. Sementara itu, kedua informan lainnya, yakni informan 2 dan 5 memilih RS St. Antonius sebagai pilihan utamanya.

Akan tetapi, keputusan pembelian tidaklah berhenti saat pembelian telah dilakukan. Setelah produk dibeli, konsumen akan mengevaluasi kemampuan produk tersebut selama proses konsumsi. Hasilnya adalah kepuasan atau ketidakpuasan. Hasil evaluasi tersebut tergantung pada hubungan antara ekspektasi konsumen dan kemampuan yang ditampilkan produk. Jika produk tersebut melebihi ekspektasi, konsumen akan sangat puas, jika produk mencapai ekspektasi, konsumen cukup puas, sebaliknya, jika produk masih berada di bawah ekspektasi, maka konsumen akan kecewa. Perasaan ini akan menentukan kapan konsumen akan menerima komplain, membeli produk lagi, atau membicarakan produk tersebut pada orang lain.

Segera setelah membeli produk yang mahal, evaluasi pasca pembelian dapat berdampak pada kognisi yang kurang baik, dengan kata lain, keraguan, yang ditandai dengan munculnya pertanyaan dari konsumen terhadap keputusan pembelian yang dia buat. Dampaknya, konsumen akan termotivasi untuk mengurangi kognisi yang kurang baik tersebut. Konsumen dapat mengembalikan produk tersebut atau terus mencari informasi positif untuk membenarkan pilihannya. Peran penting dari marketing dalam hal ini adalah mengingatkan konsumen bahwa mereka membuat keputusan yang benar.

Salah satu hal yang menyebabkan reluktansi informan untuk memilih RSU St. Antonius sebagai rumah sakit pilihan utamanya adalah karena dalam *postpurchase evaluation*, argument informan mengenai RSU St. Antonius tidak mencerminkan kepuasan akan pilihan mereka, hal tersebut dapat menghadirkan *Word of Mouth* negatif bagi jasa layanan kesehatan tersebut.

Ketidakpuasan akan rumah sakit dalam kota terbaik, mengakibatkan informan mencari alternatif lain di luar negeri terdekat, yakni rumah sakit di Kuching, Malaysia. Seperti informan 1, 4, 5 telah menunjukkan

ketidakpuasannya. Kedua informan tersebut mengabaikan rumah sakit terkait dan mengganti opsinya kepada rumah sakit di luar negeri. Sementara Informan 3 telah melakukan komplain pada produsen jasa (dengan menggebrak meja) dan pada akhirnya mengganti opsinya ke rumah sakit luar negeri. Hanya informan 2 yang belum pernah mengalami ketidakpuasan.

Informan 1, dan rata-rata rumah sakit swasta di sini, masuknya malah makin parah, hasilnya ga akurat lagi. Sakit perut malah langsung disuruh operasi, dan ditakut-takuti. Alat di sini sebenarnya canggih, tapi mereka tidak bisa menggunakannya dengan baik, atau memang sengaja dibuat lebih mahal. Mereka juga kebanyakan dapat promosi dari sales obat untuk menjual obat tertentu. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching. Sampai sana dibilang tidak apa-apa, saya dikasi obat lalu disuruh pulang. Belum lagi anaknya ipar saya juga pernah ada yang meninggal di Antonius. Kalau bisa jalan saya maunya ke Kuching aja, napain ke dokter di sini.

Informan 2, memang ada hal-hal yang tidak enak dari pasiennya, karena pernah dengar dari kawan yang habis operasi ternyata ada yang keliru, namun dokternya tidak menerima kekeliruan itu, sehingga harus operasi ulang di Kuching. Sehingga jelas menyebabkan rasa tidak nyaman karena operasi dua kali dan ongkos dua kali

Informan 3, hari kedua nyokap sakit, pindah Antonius full body scan lagi. Ga ada beda hasilnya. Hari ketiga ini wa tanya dokter, tiap hari dokter cek berapa kali? Tiap hari Cuma dua kali. Pagi sama malam. Obatnya itu-itu aja. Sama bius. Diagnose dari dokternya itu cuma trauma, dan masih agak lemah, nanti juga kalau bisa sembuh. Tapi nyokap wa ga bisa bangun, tiap bangun pingsan. Pokoknya ga jelas. Panas donk, panic man. Bukan ditenangin malah dicuekin. Wa sampai gebrak meja, wa tanya le bisa ngobatin ga, kalau ga, wa ga di sini. Wa mo pindah malah ga bisa keluar dari rumah sakit. Suruh sign kalau dia ga mau dituduh kalau ada apa-apa. Pokoknya bermacam-macam gitu. Antonius tuh bermacam-macam gitu.

Informan 4, tapi ada juga da juga pengobatan swasta yang seperti itu. Kadang-kadang di satu tempat lama banget baru ada dokter. Pemerintah harus meningkatkan customer service di rumah sakit. Terakhir saya ke Antonius waktu kemarin kecelakaan. Karena kecelakaannya dekat ke Antonius ya saya ke sana. Saya tidak puas sama pelayanannya. Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin. Saya juga sering mendengar mengenai salah diagnosa RS swasta di sini. Terutama dengan dokter junior. Mungkin karena pengalaman mereka yang belum matang, sedikit-sedikit disuruh operasi, atau pengobatan maksimal.

Informan 5, Jelek. Soalnya pasiennya ditelantarkan dulu. Kalau ga bayar dulu, registrasi belum selesai, itu dibiarin. Padahal orang uda sakit parah, sampai ga bisa berdiri. Tapi dicuekin, dibiarin, ditelantarkan. Harus uda bayar, uda apa baru dikasi naik ranjang, didorong gitu. Kalau waktu itu uda sangat lemah ga mungkin ke sinshe lagi.

Seluruh informan membahas mengenai pengalaman mereka di RSUD St. Antonius, yang diklaim sebagai rumah sakit pilihan utama mereka dengan kesalahan diagnosa. Richins (via Schoefer 1998) membagi tiga reaksi ketidakpuasan, yakni (1) Mengganti *brand* atau mengabaikan toko terkait. (2) Membuat komplain pada penjual (3) Memberitahu orang lain mengenai produk atau penjual yang membuatnya tidak puas (WoM negatif).

Schoefer mengindikasikan bahwa 34% pelanggan yang tidak puas memberitahukan orang lain mengenai ketidakpuasannya. Jika pelanggan yang tidak puas berada dalam jumlah yang banyak, maka hal tersebut dapat menimbulkan gambaran negatif dan berpotensi mengurangi penjualan (Richins via Schoefer 1998).

Sebaliknya, beberapa informan menyatakan *postpurchase evaluation* nya saat mengkonsumsi rumah sakit di Kuching. Tidak jarang pula informan mendapat informasi evaluasi pascapembelian informan lainnya atas rumah sakit di Kuching.

Informan 1, di Normah, kita ditanya apakah sudah puasa atau belum. Kalau sudah, kita langsung dibawa ke lab, tanpa menunggu lagi. Yang kedua, labnya sangat bersih. Berbeda dengan rumah sakit pemerintah, labnya kelihatan kumuh, buat saya jadi kurang yakin. Dengan fasilitas yang lebih bagus di KPJ, dokter yang ramah. Hasilnya di sana juga langsung. Kalau di sini masih kurang akurat, karena kita check up karena ada penyakit, mereka masih belum berani memastikan jantungnya sehat masih banyak kemungkinan lain yang disebutkan. Kalau di sana, mereka berani menjamin jantung sehat, masalahnya bukan di jantung. Bahkan rumah sakit pemerintah di Kuching, pelayanannya jauh dari rumah sakit pemerintah Indonesia.

Informan 3, konsistensi. Kualitas pelayanannya. Tapi kalau dibilang fasilitasnya di Indonesia, jauh meningkat. Tapi layanannya ga. Coba liat

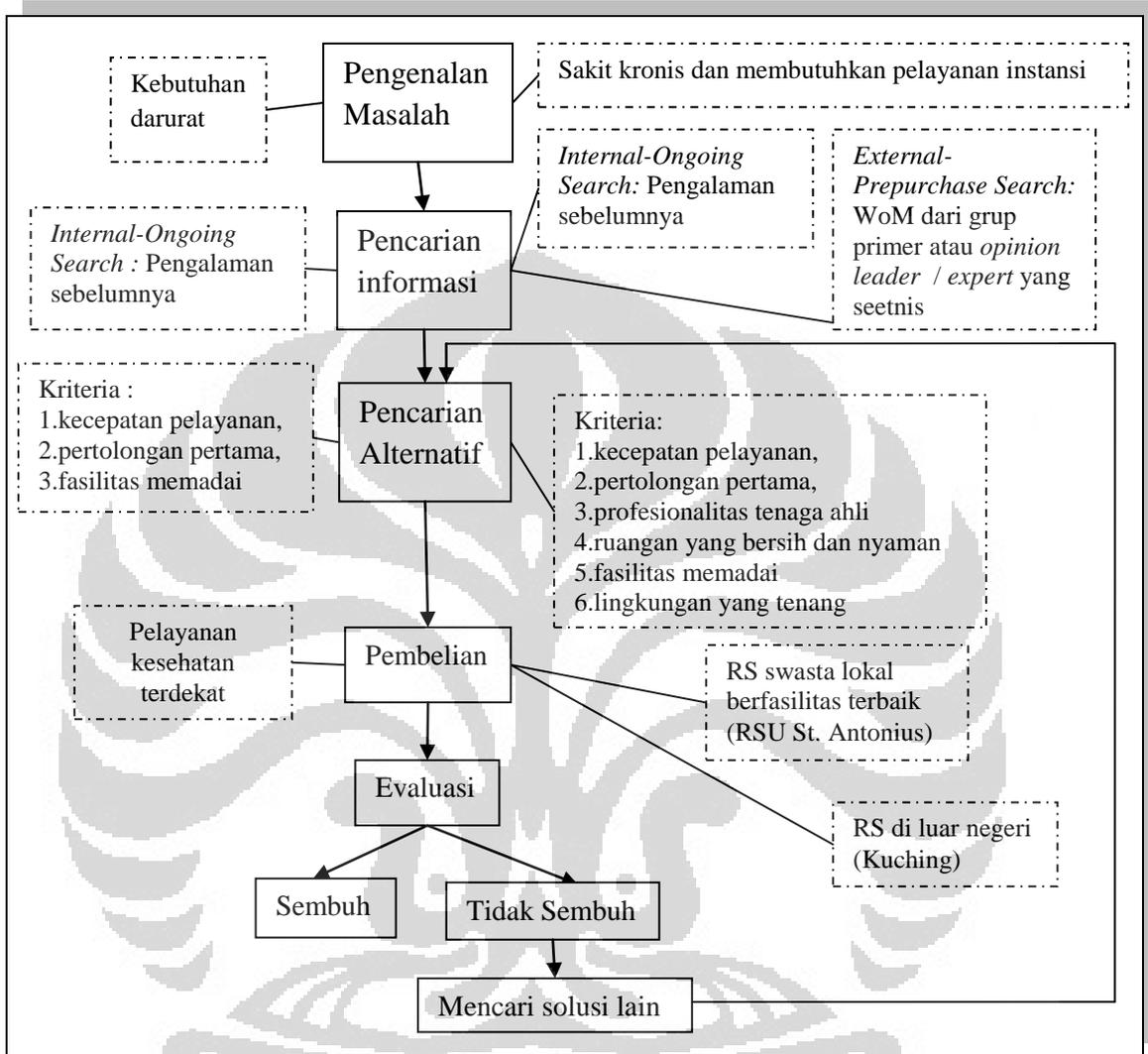
kualitas dokter di Kuching, ga pinter banget dibanding Indonesia. Indonesia juga banyak yang pinter-pinter. Gelarnya sama kok. Tapi kalau uda namanya ngerawat, bantu orang, dia konsisten. Dan mereka berani vonis, gitu.

Informan 4, kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri. Visi misinya kan beda. Mungkin karena mereka pikir mereka sudah jauh-jauh ke luar negeri, mereka akan menangani lebih serius. Jadi penghargaan terhadap hidup manusia itu lebih. Selain itu, mungkin karena belum dikabarkan secara baik. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani. Berobat di sini sama di Kuching itu sama dilayaninya. Kalau di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter.

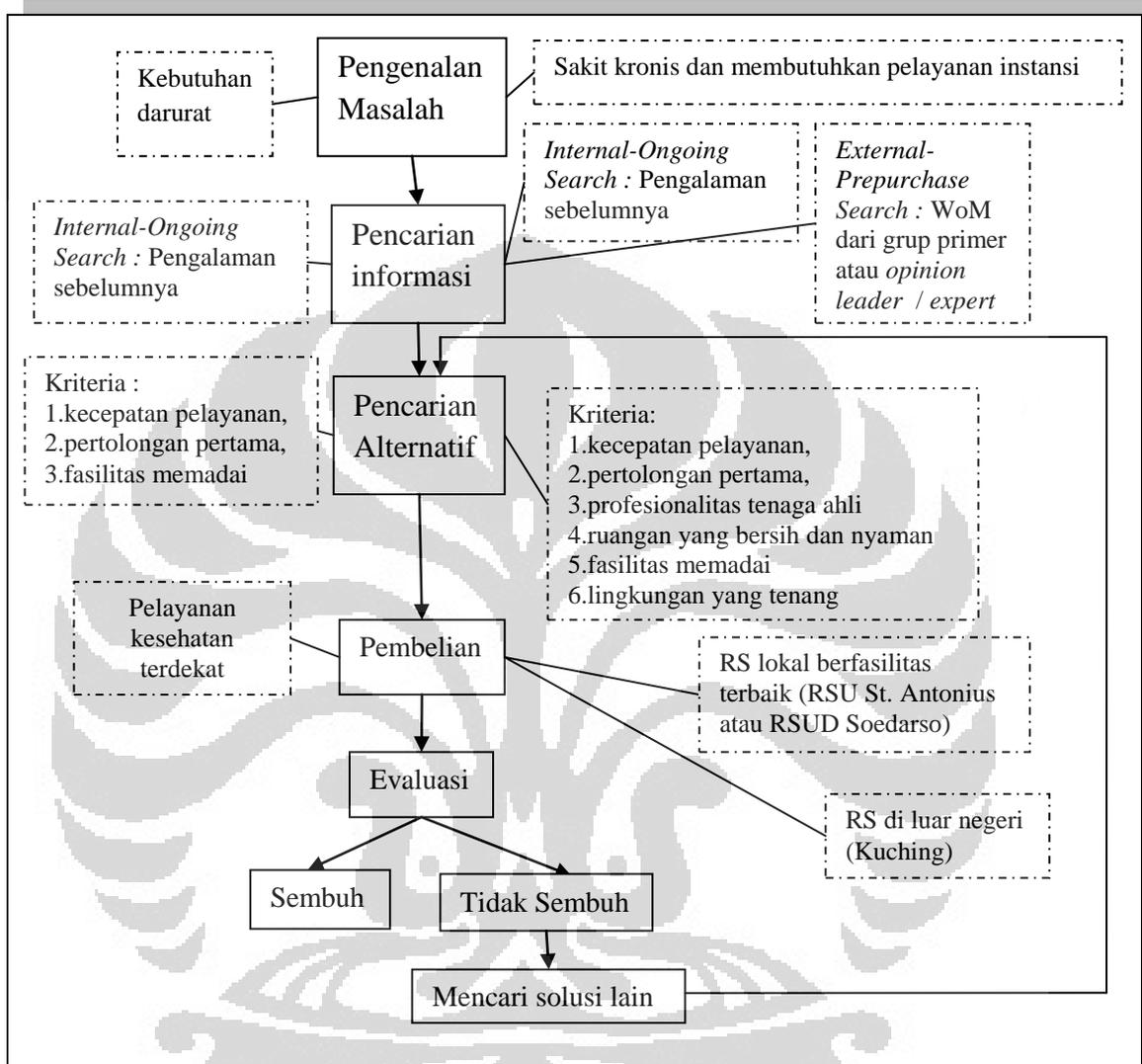
Informan 5, bagus ya bagus. Mereka ceknya cepat, hasilnya juga cepat. Mereka juga bisa bahasa Tiociu, jadi kita enak ngomong sama mereka. Saya juga berapa kali antar cucu berobat ke sana, mereka ga biarkan kita tunggu lama-lama. Kasi obat cepat sembuh

Seluruh informan yang pernah mengkonsumsi jasa kesehatan di Kuching memberikan komentar positif terhadap jasa kesehatan di Kuching. *Schofer* (1998) mengatakan bahwa jika konsumsi suatu produk melebihi atau mencapai ekspektasi, maka konsumen akan mencerminkan kepuasannya. Perasaan tersebut mengarahkan informan untuk membeli produk lagi. Tidak heran jika kemudian komentar positif informan tersebut berujung pada *repurchase* atau konsumsi ulang jasa kesehatan.

Gambar 4.5. Extensive Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Akulturasi Rendah



Gambar 4.6. Extensive Problem Solving pada Etnis Tionghoa Kota Pontianak Akulturasi Medium dan Tinggi



BAB V

KESIMPULAN PENELITIAN

5.1. Kesimpulan

Pada bab sebelumnya telah dipaparkan hasil penelitian beserta analisa penelitian atas perilaku konsumen etnis Tionghoa dalam pemilihan jasa kesehatan, dengan warga Tionghoa Kota Pontianak sebagai studi kasus. Penelitian ini berfokus pada perilaku konsumen etnis Tionghoa di Indonesia, dan bertujuan untuk melihat peran budaya dalam mempengaruhi perilaku konsumen. Warga Tionghoa di Indonesia yang merupakan warga keturunan imigran asal Cina bagian Selatan, seperti layaknya imigran lainnya, mengalami bentrokan budaya asal (budaya Cina) dan tuan rumah (budaya Indonesia), yang berujung pada proses pencampuran budaya / akulturasi antara kedua budaya tersebut.

Dalam area penelitian konsumen, akulturasi didefinisikan sebagai ‘akuisisi perilaku tuan rumah oleh imigran’ dan ‘perawatan perilaku dari budaya asal’ (Laroche *via* Liu, 2000). Etnis yang memiliki akulturasi tinggi oleh Askeggard, dkk (*via* Cherrier, 2009) disebut asimilasi, sementara etnis yang memiliki akulturasi rendah disebut sebagai *hyperculture*. Proses akulturasi memiliki andil dalam identifikasi etnis. Akulturasi berdampak pada bahasa, makanan, dan barang yang dibeli. LaRoche dkk (1996).

Warga Tionghoa Kota Pontianak secara umum dapat dikategorikan sebagai etnis yang memiliki akulturasi rendah. Hal ini disebabkan oleh kuatnya identifikasi etnis, yang diwujudkan dalam penggunaan dua bahasa Tionghoa, yakni *Teociu* dan *Khek* hampir oleh seluruh warga Tionghoa di Pontianak. Di samping itu, tradisi dan upacara Tionghoa masih dilakukan secara meriah dan rutin oleh mayoritas warga Tionghoa di Pontianak. Akan tetapi, dari hasil penelitian, ditemukan bahwa perilaku

konsumen berbeda antara satu dan individu lainnya, tergantung dari tingkat akulturasi yang dimilikinya. Hal tersebut sesuai dengan kutipan dari Liu (2000) yang mengatakan bahwa meskipun akulturasi individu berkontribusi pada dan dipengaruhi oleh akulturasi level grup, namun tingkat akulturasi yang terjadi tidak selalu sama. Liu (2000) menilai tingkat akulturasi atas indikator-indikator seperti faktor lingkungan (tempat kerja, keinginan untuk bersosialisasi), dan karakteristik individual (umur, generasi, budaya asal, motivasi, dan kepribadian). Sementara Quester, dkk (2000) menambahkan indikator-indikator seperti penggunaan bahasa, preferensi media, etnis grup primer.

Seluruh indikator tersebut kemudian diselaraskan dengan pengambilan keputusan pembelian jasa kesehatan konsumen. Proses pengambilan keputusan, sendiri memiliki tiga tingkat kompleksitas pemenuhan, yakni *routine response behavior*, *limited problem solving*, *extensive problem solving* (Engel, dkk, 1993; Dibbs, dkk, 1997; Schoefer, 1998; Solomon 2009). Pada kompleksitas tertinggi proses pengambilan keputusan terdiri dari lima tahap yang dilewati, yakni pengenalan masalah, pencarian informasi, perumusan alternatif, pembelian, dan evaluasi pascapembelian. Begitu pula dalam proses pengambilan keputusan terhadap pembelian solusi kesehatan yang dilakukan oleh konsumen. Adanya kompleksitas yang mencakup resiko tinggi (kematian) mendorong konsumen untuk mencari solusi terbaik yang didapat dari pengaruh individu maupun lingkungan.

Berdasar konsep di atas, penulis membagi hasil analisa menurut tingkat akulturasi, kemudian menyajikan proses pengambilan keputusan dalam kesimpulan analisa seperti di bawah.

5.1.1. Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Rendah

Dari kelima informan yang diwawancarai, dua informan, yakni informan 4 (Tan Siak Tjuang) dan informan 5 (Bun Siet Cin) ditenggarai sebagai informan berakulturasi rendah. Hal ini disebabkan oleh identitas diri

(keduanya masih belum memiliki status WNI), subkultur umur (45 dan 57 tahun, generasi tua yang masih memiliki pengaruh imigran yang kuat), penggunaan bahasa (keduanya fasih berbahasa *Teociu* dan *Khek*), daerah tempat tinggal di kawasan perumahan etnis Tionghoa, pelaksanaan tradisi dan norma budaya Tionghoa secara rutin, beragama yang memiliki kedekatan historis dengan budaya Tionghoa (Budha dan Kong Hu Cu), dan etnis grup primer (keluarga dan teman dan pasangan mayoritas Tionghoa).

Yang membedakan kedua informan adalah informan 4 dapat berbahasa Indonesia dengan baik sedangkan informan 5 tidak. Informan 4 sering mengonsumsi media berbahasa Indonesia maupun Mandarin, sedangkan informan 5 sangat minim konsumsi media. Sedangkan menurut kondisi sosial, berdasarkan pengelompokan *Socio Economic Status* oleh Nielsen (2010) Informan 4 berada dalam SES kelompok A dan informan 5 berada dalam kelompok C1. Informan 4 berpendidikan akhir Strata 1, di sisi lain, informan 5 terakhir duduk di bangku kelas 2 SD. Perbedaan lainnya adalah mata pencaharian, informan 4 bermatapencaharian sebagai guru, sedangkan informan 5 adalah seorang wiraswasta).

Dengan memiliki identitas budaya yang sama, namun berbeda status sosialnya, penulis ingin melihat adanya persamaan perilaku konsumen dari kedua informan tersebut. Dalam pengambilan keputusan solusi kesehatan yang dapat dikelompokkan dalam *routine response behavior*, seperti pemilihan produk barang untuk sakit biasa (sakit dengan obat yang dapat ditemukan di lingkungan sekitar seperti : sakit kepala, batuk, flu, demam, sakit perut) kedua informan belum menggunakan jasa kesehatan, dan masih menggunakan obat-obatan yang dengan mudah ditemukan di sekitar konsumen.

Dalam *routine response behavior* untuk mengambil keputusan solusi kesehatan, konsumen belum merasa perlu untuk mengonsumsi jasa

kesehatan. Pencarian informasi yang dilakukan hanyalah sebatas pencarian informasi *internal-ongoing*, dimana pencarian informasi tidaklah dilakukan secara spesifik untuk pemenuhan kebutuhan ini. Pengambilan keputusan juga bersifat cepat, karena solusi kesehatan dapat ditemukan sekitar konsumen. Jika sembuh, maka permasalahan selesai, akan tetapi jika tidak sembuh, maka kompleksitas kebutuhan menjadi meningkat disebabkan oleh kondisi aktual pasien yang menurun, urgensi kebutuhan yang meningkat, serta informasi yang dibutuhkan semakin meningkat.

Jika permasalahan tidak dapat diselesaikan secara *routine response*, maka kompleksitas permasalahan akan meningkat menjadi *limited problem solving*. Konsumen etnis Tionghoa dengan akulturasi rendah akan mencari informasi dari pengalaman sebelumnya (*internal-ongoing search*), ataupun berdasarkan dari WoM dengan grup primer ataupun *opinion leader* yang seetnis (*eksternal-prepurchase search*). Pencarian informasi internal tersebut seringkali mengarah kepada pengobatan tradisional Cina yang banyak tersedia di Pontianak, yakni *sinshe* dan *lauya*. Pengobatan oleh *sinshe* (atau biasa disebut tabib) jika permasalahan yang dikeluhkan belum diketahui penyebabnya. Sedangkan pengobatan oleh *lauya* dilakukan jika penyebabnya dianggap berunsur mistis / melanggar norma budaya. Alasan dilakukannya pengobatan antara lain adalah :

- Familiaritas : sejak dahulu konsumen telah dibiasakan dengan pengobatan tradisional,
- Pengaplikasiannya yang sesuai dengan kepercayaan dan kebiasaan budaya Tionghoa
- Kepuasan konsumsi sebelumnya

Jika permasalahan belum selesai, ada dua kecenderungan yang terjadi :
(1) konsumen untuk mencari alternatif pengobatan tradisional Tionghoa lainnya, baik *sinshe* lain, ataupun *lauya* lain. Sangat kecil kemungkinan

konsumen untuk mengkonsumsi pengobatan modern dalam level ini. (2) Kompleksitas kebutuhan meningkat, maka kebutuhan akan masuk dalam tahap *extensive problem solving*.

Dalam pola *extensive problem solving* etnis Tionghoa, kebutuhan meningkat, informasi yang dimiliki pun tidaklah banyak. Pemenuhan kebutuhan jasa kesehatan umumnya beranjak dari jasa kesehatan individu menjadi instansi seperti rumah sakit. Pencarian informasi dilakukan baik secara *internal-ongoing* dan *external-prepurchase*. Sementara itu, kondisi aktual yang semakin menurun menjadikan kebutuhan semakin mendesak. Kriteria rumah sakit yang baik—seperti yang telah dipaparkan oleh Muslihuddin (1996) sebelumnya, seperti: kecepatan pelayanan, penanganan pertama yang baik, penanganan profesional oleh dokter, ruangan yang bersih dan nyaman, peralatan yang memadai, lingkungan yang tenang dapat menjadi pertimbangan informan dalam pemilihan *evoked set*.

Terkadang dalam jasa kesehatan membutuhkan *extensive problem solving* dengan beberapa kriteria yang menjadi prioritas, seperti kebutuhan yang bersifat darurat. Kebutuhan seperti itu, konsumen dihadapkan pada pengambilan keputusan dengan waktu yang sesingkatnya (bahkan seringkali tidak dalam kondisi dapat mengambil keputusan). Kriteria berupa kecepatan pelayanan, pertolongan pertama, dan fasilitas yang memadai menjadi kriteria yang wajib untuk dipenuhi. Oleh karena itulah, pelayanan kesehatan yang dipilih adalah pelayanan kesehatan terdekat yang memadai dari posisi konsumen. Resiko keputusan adalah nyawa konsumen. Adanya pertolongan pertama tersebut dapat memberikan waktu tambahan bagi konsumen ataupun grup referensi untuk dapat mencari informasi, mempertimbangkan informasi dan dapat mengambil keputusan lainnya dalam waktu yang tersedia.

Jika konsumen menderita penyakit kronis dan membutuhkan fasilitas instansi sebagai solusi kesehatannya, maka konsumen akan mencari informasi

baik dari pengalaman sebelumnya maupun dari grup primer, *opinion leader* atau bahkan ahli kesehatan seetnis. Pengambilan keputusan dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa kriteria tambahan seperti ruangan yang nyaman dan bersih, profesionalitas tenaga ahli, dan lingkungan yang tenang. Pembelian diutamakan pada rumah sakit di Kuching, selain karena fasilitas tersebut, selain karena kriteria di atas, ahli kesehatan yang dapat berbahasa dalam bahasa *Teociu* dan *Khek* menjadi nilai tambah bagi rumah sakit tersebut. Di sisi lain, konsumen yang berakulturasi rendah biasanya menghindari rumah sakit pemerintah (simbol agen budaya tuan rumah), dan menjadikan rumah sakit swasta lokal berfasilitas terbaik sebagai alternatif, di samping rumah sakit di luar negeri, yang dianggap konsumen memiliki *brand attitude* yang baik.

Hasil dari pembelian tersebut (terutama dalam *limited decision-making* dan *extensive problem solving*) akan dikaji ulang oleh konsumen, baik yang berakulturasi tinggi, medium ataupun rendah, untuk menyusun evaluasi pascapembelian. Evaluasi tersebut nantinya akan digunakan sebagai *internal search* maupun *WoM* kepada pihak lain.

5.1.2. Etnis Tionghoa Kota Pontianak Tipe Akulturasi Medium dan Tinggi

Berbeda dengan kedua informan lainnya, informan 1 (Yunny Halim), informan 2 (Lusia Julita) dan informan 3 (Antonius Sukanto) dapat dikelompokkan pada etnis Tionghoa yang berakulturasi medium dan tinggi. Adanya perbedaan beberapa unsur budaya dari ketiga informan tersebut menjadi indikator akulturasi satu dengan yang lain.

Informan 1 dan informan 3 memiliki banyak kesamaan dalam hal budaya. Keduanya sudah berstatus WNI, subkultur umur (29 dan 36 tahun, dapat dikelompokkan sebagai generasi muda yang lebih modern dan terbuka

terhadap perkembangan jaman), penggunaan bahasa (keduanya fasih berbahasa *Teociu*, *Khek*, juga berbahasa Indonesia), daerah tempat tinggal yang berkawasan di perumahan etnis campuran, pelaksanaan tradisi budaya Tionghoa secara rutin meskipun norma Tionghoa tidak lagi diikuti dan etnis grup primer (keluarga dan teman dan pasangan mayoritas Tionghoa). Keduanya juga masuk dalam *Socio Economic Status* kelompok A, mengkonsumsi media berbahasa Indonesia dan Inggris.

Yang membedakan kedua informan adalah informan 1 yang beragama Budha, yang *notabene* masih memiliki kesamaan historis dengan budaya Tionghoa) sedangkan informan 3 beragama Katolik, yang mana sebagian ajarannya bertentangan dengan kepercayaan Tionghoa. Dari segi pekerjaan, informan 1 bekerja sebagai wiraswasta, sementara informan 3 adalah seorang pengusaha lepas di samping pekerjaan tetapnya sebagai manajer perusahaan swasta. Perbedaan lainnya adalah tingkat pendidikan (informan 1 berpendidikan akhir Strata 1, sementara informan 2 berijazah SMP) , dan status perkawinan, (informan 1 sudah menikah, dan informan 3 belum menikah).

Sementara itu, berdasarkan indikator budayanya, informan 2 (Lusia Julita / Law Gek Eng) dapat dikelompokkan sebagai individu Tionghoa dengan tingkat akulturasi yang tinggi. Meskipun dapat dikelompokkan dalam generasi tua (52 tahun) dan dapat berbahasa Tionghoa (*Khek*, *Teociu* dan Mandarin) dengan lancar, namun informan 2 menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa sehari-hari, selain karena pekerjaannya sebagai dosen bahasa Indonesia, informan 2 memiliki grup primer dengan mayoritas etnis pribumi (Dayak). Berstatus kewarganegaraan WNI, beragama Katolik, tidak lagi menjalankan tradisi dan norma Tionghoa, tinggal di daerah dengan mayoritas etnis non-Tionghoa, adalah indikator lainnya yang meninggikan tingkat

akulturasi informan 2. Dari status sosialnya, informan 2 telah menikah, dan dikategorikan sebagai SES kelompok A.

Baik etnis Tionghoa berakulturasi medium dan tinggi memiliki pola yang sama dengan etnis Tinoghoa berakulturasi rendah dalam *routine response behavior*. Konsumen cenderung menyelesaikan permasalahannya dengan membeli obat yang dapat ditemukan di sekitar lingkungannya (lihat gambar 5.1).

Perbedaan mulai terlihat pada proses *limited problem solving* baik oleh konsumen dengan akulturasi tinggi maupun oleh konsumen berakulturasi medium. Berbeda dengan konsumen dengan akulturasi rendah, kedua tipe konsumen tersebut tidak lagi menjadikan pengobatan tradisional Tionghoa seperti *sinshe* ataupun *lauya*. Informasi dari grup primer yang seetnis masih menjadi preferensi bagi konsumen berakulturasi medium.

Pada konsumen dengan akulturasi budaya yang medium, pencarian informasi dilakukan dengan pola *external-prepurchase* terhadap grup primer yang seetnis. Kriteria alternatif juga diarahkan familiaritas dan kesembuhan. Berbeda dengan etnis Tionghoa berakulturasi tinggi, pemilihan *sinshe* tidak didasarkan pada kesamaan budaya. Pada konsumen dengan akulturasi budaya medium, *sinshe*, sama halnya sebagai dokter umum dianggap sebagai salah satu solusi yang tersedia. Pengecualian terdapat pada hasil penelitian informan 3 tidak memilih *sinshe* karena *brand attitude sinshe* yang negatif baginya. Jikalau konsumen memiliki penyakit spesifik, dokter spesialis dapat menjadi salah satu alternatif selain dokter umum.

Sedikit berbeda dengan yang lainnya, pencarian informasi oleh konsumen dengan akulturasi budaya yang tinggi juga tidak lagi dibatasi oleh etnis, karena kedekatan konsumen dengan grup primer yang berbeda etnis. Berkurangnya intensitas terhadap budaya dan kepercayaan Tionghoa

berdampak pada hilangnya *sinshe* sebagai salah satu alternatif solusi jasa kesehatan.

Sebaliknya, etnis Tionghoa berakulturasi medium dan tinggi tidak berbeda dengan mereka yang berakulturasi rendah dalam proses pengambilan keputusan kompleks atau yang lazim disebut *extensive decision-making* (lihat gambar 5.3). Dalam pemilihan solusi jasa kesehatan yang bersifat mendesak, maka rumah sakit terdekat manapun akan menjadi pilihan. Pemilihan rumah sakit oleh etnis Tionghoa berakulturasi medium dan rendah melibatkan kriteria yang sama dengan etnis Tionghoa berakulturasi tinggi.

Di level lokal, etnis Tionghoa berakulturasi medium menjadikan rumah sakit swasta berfasilitas terbaik, dan memandang rumah sakit pemerintah tidak sebagai opsi, karena berdasarkan WoM yang didapat, konsumen menganggap kriteria rumah sakit yang baik tidak terpenuhi oleh instansi jasa kesehatan tersebut. Sementara itu, meskipun terdengar adanya rasa ketidakpuasan terhadap rumah sakit pemerintah, etnis Tionghoa yang berakulturasi tinggi tetap menjadikan rumah sakit pemerintah (RSUD Soedarso) sebagai alternatif pilihan selain rumah sakit swasta (RSU St. Antonius).

Berdasar hasil penelitian yang didapat pula, etnis Tionghoa yang berakulturasi rendah cenderung lebih puas terhadap instansi jasa kesehatan lokal daripada etnis Tionghoa lainnya. Hal ini diindikasikan oleh WoM pascapembelian positif yang diberikan pada rumah sakit swasta lokal (RSU St. Antonius) oleh informan 2. Informan 2 juga adalah satu-satunya informan yang belum pernah mengkonsumsi jasa kesehatan di luar negeri.

5.2. Implikasi Teoritis

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa adanya perbedaan perilaku konsumen etnis Tionghoa Indonesia, terutama dalam hal pengambilan keputusan pembelian jasa

kesehatan. Perilaku konsumen etnis Tionghoa Indonesia dapat dibagi atas tiga menurut tingkat akulturasi, yakni akulturasi rendah, medium, dan tinggi.

Etnis Tionghoa berakulturasi rendah adalah individu/kelompok Tionghoa yang masih belum mampu berasimilasi sempurna dengan budaya Indonesia. Hal tersebut mengakibatkan tingkat penolakan yang tinggi terhadap agen budaya Indonesia. Etnis Tionghoa berakulturasi medium adalah individu/kelompok yang selektif memilih praktik-praktik budaya yang dianggap cocok baginya maupun bagi kelompok sosialnya yang mayoritas masih berada dalam etnis yang sama. Sebaliknya, etnis Tionghoa berakulturasi tinggi adalah individu/kelompok yang melepaskan hampir seluruh identitas budaya Tionghoanya, dan telah menyatu dengan kelompok sosial masyarakat, tradisi, dan budaya Indonesia. Tingkat akulturasi di atas juga berlaku pada perilaku konsumsi individu/kelompok tersebut.

Perbedaan perilaku konsumen intra-etnis tersebut merupakan jawaban atas berbedanya pola konsumsi individu satu dan yang lain, meskipun masih berada dalam satu budaya, bahkan satu kelompok. Perbedaan budaya di tingkat individu inilah yang disebut Graves (*via* Liu, 2000) sebagai *psychological acculturation*. Akulturasi ini kontras dengan akulturasi level kelompok, dimana perubahan struktur, ekonomi, dan nilai lainnya lebih banyak diperbincangkan. Meskipun akulturasi individu berkontribusi pada dan dipengaruhi oleh akulturasi level grup, namun tingkat akulturasi yang terjadi tidak selalu sama.

5.3. Implikasi Praktis

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa warga Tionghoa yang berakulturasi rendah cenderung memilih produk yang familiar dengan budayanya. Maka tidaklah heran jika etnis Tionghoa berakulturasi rendah menjadikan *sinshé* atau *lauya* sebagai alternatif, karena familiaritas mereka terhadap pengobatan tersebut.

Sebaliknya, warga Tionghoa yang berakulturasi medium dan tinggi tidak lagi menganggap kriteria familiaritas dari segi budaya Tionghoa sebagai kriteria penting

dalam pengambilan keputusan jasa kesehatan. Dokter umum ataupun dokter spesialis menjadi alternatif utama sewaktu mereka mengalami masalah kesehatan. Akan tetapi, grup referen yang seetnis mengakibatkan preferensi warga Tionghoa berakulturasi medium cenderung mengikuti pola konsumsi grup seetnisnya. Hal tersebut terlihat dari reluktansi konsumen untuk mengkonsumsi jasa kesehatan di rumah sakit pemerintah.

Di sisi lain, warga Tionghoa yang berakulturasi tinggi cenderung jarang mengkonsumsi pengobatan tradisional Cina. Terlebih jika praktik pengobatan tersebut bertolakbelakang dengan kepercayaan / agama yang dianut. Warga Tionghoa yang berakulturasi tinggi tidak memiliki permasalahan untuk mengkonsumsi jasa kesehatan di rumah sakit pemerintah.

Salah satu fenomena yang patut disorot adalah minimnya alternatif rumah sakit berkualitas pelayanan yang baik di Kota Pontianak. Seluruh informan mengatakan bahwa rumah sakit dengan fasilitas terbaik di Kota Pontianak, yakni RSUD St. Antonius, masih belum memuaskan pasien, sehingga seluruh informan mau tidak mau harus mengkonsumsi alternatif jasa kesehatan luar negeri. Rumah sakit di luar negeri (Kuching) selain menawarkan fasilitas yang memenuhi kriteria, juga memiliki nilai tambah, yakni personil dengan kemampuan berbahasa daerah Tionghoa, yakni *Teociu* dan *Khek* yang memudahkan pasien etnis Tionghoa yang tidak lancar berbahasa Indonesia untuk berkomunikasi dengan personil jasa kesehatan di luar negeri.

5.4. Rekomendasi Penelitian

5.4.1. Rekomendasi Akademis

Hasil dari penelitian ini cukup menjawab adanya perbedaan perilaku konsumen intra-etnis Tionghoa Indonesia terutama dalam mengkonsumsi jasa kesehatan. Penulis merekomendasikan diadakannya penelitian lanjutan

mengenai kiat-kiat pemasar sebagai respon atas perbedaan perilaku intra-etnis tersebut, baik pada produk jasa kesehatan maupun produk lainnya.

Pola konsumsi jasa yang sangat tergantung pada WoM, khususnya konsumsi jasa kesehatan yang memiliki resiko tinggi terhadap konsumen, dapat berdampak pada tingginya pengaruh faktor familiaritas konsumen dan grup referen. Oleh karena itulah, penelitian lanjutan sebagai bentuk penerapan perbedaan perilaku konsumen intra-etnis Tionghoa Indonesia dalam produk lain masih sangat luas terbuka.

5.4.2. Rekomendasi Praktis

Budaya adalah salah satu elemen penting dalam pengambilan keputusan pembelian, terutama dalam *limited problem solving* dan *extensive problem solving*. Banyak hal yang dapat dilakukan pemasar jasa kesehatan untuk merespon perbedaan perilaku konsumen intra-etnis Tionghoa tersebut

Adanya kecenderungan pola *ethnoconsumerism* pada warga Tionghoa berakulturasi tinggi dapat direspon dengan melakukan *ethnomarketing*. *Ethnomarketing* adalah strategi pemasaran yang mana etnis diasumsikan sebagai bingkai dan esensi dari bisnis. Perilaku konsumen, pengambilan keputusan organisasi dan dinamisme pasar dimana bisnis melakukan dan mengembangkan aktivitas mereka, dianalisa melalui dimensi tingkah laku individu maupun tingkah laku kelompok (Morales, 179; 2005). Tradisi, kebiasaan, norma, hingga bahasa Tionghoa akan menjadi nilai tambah para produsen jasa kesehatan di mata warga Tionghoa Indonesia.

Para pemasar dengan memanfaatkan WoM pun patut menjadi salah satu opsi pemasaran. Pemasar yang menggunakan grup referen sebagai strategi pemasaran, akan mendekati dan mempengaruhi *opinion leader* dalam grup referen sebagai target konsumen (Schoefer, 1998). Pemasar dapat mendekati diri pada *opinion leader*, seperti dokter umum, dokter spesialis,

sinshe untuk dapat merekomendasikan baik jasa kesehatan individu ataupun instansi (rumah sakit).

Namun sebelum itu, peningkatan jasa pelayanan di rumah sakit menjadi suatu keharusan. Perbaikan di bidang pelayanan, khususnya interaksi dengan pasien, rasa nyaman dan percaya terhadap para personil rumah sakit menjadi prioritas. Hal tersebut dikarenakan oleh negatifnya opini konsumen terhadap pelayanan rumah sakit dalam kota berbanding terbalik dengan *brand attitude* rumah sakit di luar negeri yang sangat baik di mata konsumen.



DAFTAR PUSTAKA

Referensi Buku :

- Betrand, Jaques. *Nationalism and Ethnic Conflict in Indonesia*. Toronto : University of Toronto, 1997.
- Badan Pusat Statistik Kota Pontianak. *Statistik Daerah Kota Pontianak 2010*. Pontianak : Badan Pusat Statistik Kota Pontianak, 2010.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Barat. *Kalimantan Barat dalam Angka 2010*. Pontianak : Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Barat, 2010.
- Cateora, Philip. *International Marketing*. USA: McGraw-Hill, 1999.
- Coppel, Charles. *Tionghoa Indonesia Dalam Krisis (Tim Penerjemah PSH, Penerjemah)*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1994.
- Costa, J. A. dan Bamossy, G (ed.). *Marketing in Multicultural World*. California : Sage Publications, 1995.
- Daymon, Christine. dan Holloway, Immy. *Riset Kualitatif dalam Public Relations & Marketing Communications (Cahya Wiratama, Penerjemah)*. Yogyakarta: Bentang Pustaka, 2008.
- Engel, J. F. dkk. *Consumer Behavior*, New York: Dreyden Press, 1993.
- Supranto, J. *Metode Riset Aplikasinya dalam Pemasaran*. Jakarta: Rineka Cipta, 2003.
- Foster, Timothy. R. V. *Seratus Satu Cara Meningkatkan Kepuasan Pelanggan (Palupi T.Rahadjeng, Perjemah)*. Jakarta: Elex Media Komputindo, 1997.
- Hawkins, dkk. *Customer Behaviour: Building Marketing Strategy*. New York: McGraw-Hill, 2001.
- Heidues, Mary Sommers. *Penambang Emas, Petani, dan Pedangang di "Distrik Tionghoa" di Kalimantan Barat, Indonesia (Asep Salmin, Suma Mihardja dkk, Penerjemah)*. Jakarta : Yayasan Nabil, 2008.

- Kotler, Philip. *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Controlling*. New Jersey: Prentice Hall, 1995.
- Miles, Matthew B. dan Huberman, Michael A. *Analisis Data Kualitatif* (Tjetjep Rehendy R, Penerjemah). Jakarta : UI-Press, 1992.
- Mooren, T.T.M. *The Impact of War : Studies on the Psychological Consequences of War and Migration*. Chicago : University of Chicago Press, 2001.
- Neuman, W. Lawrence. *Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches*. Massachusetts : Allyn and Bacon, 2000.
- Poerwandari, Kristi. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Depok : LPSP3 UI, 2007.
- Purcell, Victor. *The Chinese in Southeast Asia*. Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1965.
- Samovar, Larry A., dkk. *Communication between Cultures*. Boston : Wadsworth Cengage Learning, 2010.
- Schoefer, Klaus. *Word-of-Mouth: Influences on the choice of Recommendation Sources*. Newcastle : NUBS Press, 1998.
- Smith, Paul R. *Great Answers to Tough Marketing Questions : Jawaban Jitu untuk Berbagai Pertanyaan Pemasaran yang Sulit* (Endi Achmadi, Perjemah). Jakarta : Erlangga, 2001.
- Suryadinata, Leo. *Ethnic Chinese at Southeast Asians*. Singapore: Singapore Institute of Southeast Asian Studies, 1997.
- Solomon, Michael. *Customer Behavior, Buying, Having, and Being*. New Jersey: Prentice Hall, 2009.
- Suhandinata, Julian. *WNI Keturunan Tionghoa dalam Stabilitas Ekonomi dan Politik Indonesia*. Jakarta: Gramedia, 2009.
- Tjiptono, Fandy. *Manajemen Jasa*. Yogyakarta: Andi Offset, 2004.
- _____. *Service Quality Satisfaction*. Yogyakarta: Andi Offset, 2007.

Trisnantoro, Laksono. *Memahami Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2006.

Referensi Jurnal/Majalah :

Azhary, M. Emil. “Potret Bisnis Rumah Sakit Indonesia”. *Jurnal Economic Review* No. 218, Desember 2009.

Cherrier, Hélène, dkk. “The Globalizing Arab World : Impact on Consumers’ Level of Materialism and Vanity”. *Journal of 10th International Business Research Conference*. 2009.

Cheung, Christy dan Thadani, Dimple R. “The Effectiveness of Electronic Word-of-Mouth Communication : A Literature Analysis”. *Journal of 23rd BLED*, 2010.

Clark, Terry. “International Marketing and National Character: A Review and Proposal for an Integrative Theory”. *Journal of Marketing* Vol. 54 No.3 1990.

Levitt, Theodore. “The Globalization of Markets”. *Harvard Business Review* No. 61, Mei-Juni 1998.

Holland, Jonna dan Gentry, James. “Ethnic Consumer Reaction To Targeted Marketing: A Theory Of Intercultural Accommodation”. *Journal of Advertising* No.1 1999.

LaRoche, Michel dan Joy, A.. “An Empirical Study of Multidimensional Ethnic Change: The Case of French Canadians in Quebec”. *Journal of Cross-Cultural Psychology* Vol 27 No.11 1996.

McCracken, Grant. “Culture and Consumption: A Theoretical Account of the Structure and Movement of the Cultural Meaning of Consumer Goods”. *Journal of Consumer Research* No.13, Juni 1986.

Muslihuddin, Adji. “Pola Pelayanan Keperawatan di Indonesia dalam Upaya Meningkatkan Mutu Rumah Sakit”. *Jurnal Dekpes RI*, 1996.

Morales, Dagoberto Páramo. “Ethnomarketing, The Cultural Dimension of Marketing”. *Revista de Universidad del Norte*, 2005.

- Tian, Robert Guang dan Wang, Camilla Hong. "Cross-Cultural Customer Satisfaction at Chinese Restaurant : The Implications to China Foodservice Marketing". *International Journal of China Marketing* Vol 1 (1) 2010.
- Quester, Pascale dkk. "Acculturation and Consumer Behaviour: The Case of Chinese Australian Consumers". *Anzmac 2000 Visionary Marketing for 21th Century*, 2000.
- Santoso, Siti dan Media, Yulfira. "Obat Tradisional untuk Penyembuhan Penyakit Diabetes Mellitus dari Pengobatan Tradisional (BATTRA) di DKI Jakarta, Yogyakarta, dan Surabaya". *Jurnal Ekologi Kesehatan* Vol II No 2, Agustus 2003.
- Sari, Lusiana Kumala. "Pemanfaatan Obat Tradisional dengan Pertimbangan Manfaat dan Keamanannya", *Majalah Ilmu Kefarmasian* Vol III No. 1, April 2006.
- Suryadinata, Leo. "Etnik Tionghoa, Pribumi Indonesia, dan Kemajemukan : Peran Negara, Sejarah, dan Budaya dalam Hubungan Antaretnis". *Jurnal Antropologi Indonesia*, No. 71 Mei – Agustus 2003.
- Weber, J. Michael dan Weber, Sandra Murillo. "An Investigation of Cultural Assimilation and Its Impact on Consumption Behaviors". *Society for Marketing Advances Journal*, November 2001.
- Wei, Yujie dan Talpade, Salil. "Materialism of Mature Consumers in China and USA : A Cross-Cultural Study". *Journal of Behavioral Studies in Business*, Vol. 1 2007.

Referensi Penelitian

- Djatiningsih, Tri. Pendapatan Pasien tentang Pelayanan Rumah Sakit : Studi pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah Kabupaten Pontianak Provinsi Kalimantan Barat. *Tesis Magister Kesejahteraan Sosial*. Depok : Universitas Indonesia, 2006.

Fathia, Mira. Gaya Hidup dan Perilaku Pengambilan Keputusan Konsumen Metroseksual terhadap Pemilihan Merek Produk Perawatan Tubuh dan Penunjang Penampilan. *Tesis Magister Komunikasi Pemasaran*. Depok : Universitas Indonesia, 2006.

Kurniana. Analisis Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Husada Jakarta. *Tesis Magister Administrasi dan Kebijakan Bisnis*. Depok : Universitas Indonesia, 2008.

Tanoto, Indrawati. Pengobatan Tradisional Cina di Jakarta. *Skripsi Sarjana Sastra Asia Timur*. Depok : Universitas Indonesia, 1995.

Referensi Online:

<http://bahasa.kemdiknas.go.id/kbbi/index.php>

<http://beritanda.com/nasional/berita-nasional/kesehatan/5357-waduh-ribuan-warga-kalbar-berobat-ke-malaysia.html>

<http://beritasi.blogspot.com/2011/07/pijat-akupresur-pijat-yang-menyembuhkan.html>

<http://cetak.kompas.com/read/2011/01/31/02371831/keturunan.china.mulai.tampil>

<http://hurahura.wordpress.com/2010/06/22/obat-tradisional-paling-awal/>

http://indo983.tripod.com/indochinese/idch0698_12.html

<http://indonesian.cri.cn/381/2009/06/28/1s98390.htm>

<http://kalbar.bps.go.id/Content/kda2011.html>

<http://permalink.gmane.org/gmane.culture.media.mediacare/31314>

<http://www.pontianakkota.go.id/?q=book/sarana-kesehatan>

<http://www.pontianakkota.go.id/?q=tentang/suku-bangsa>

<http://pontianak.tribunnews.com/2012/02/15/menkes-prihatin-pasien-kalbar>

<http://pusham.uui.ac.id/index.php?page=news&id=347>

<http://vidinur.com/2010/11/04/ses-socio-economic-status-ndonesia/>

<http://www.news-medical.net/news/20101207/2229/Indonesian.aspx>

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>

TRANSKRIP WAWANCARA

Informan 1

Nama : Yunny Halim
Umur : 36 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Cerai Hidup, 3 anak
Pekerjaan : Wiraswasta
Tanggal / Waktu Wawancara : 18 Januari 2012, Pukul 09.00 WIB
Tempat Wawancara : Kediaman Yunny Halim
Bahasa Wawancara : Indonesia

P : Apa bahasa yang Anda gunakan sehari-hari?

A : Kalau dengan keluarga bahasa Teociu, saat bekerja saya lebih banyak menggunakan bahasa Indonesia. keluarga memang belum terlalu lancar berbahasa Indonesia, mungkin karena lingkungan ya masih kuat budaya Cina nya.

P : Budaya seperti apa yang diikuti?

A : ; Seperti sembayang kubur, pai lau ya (sesembah pada dewa), peraturan lain juga ada.

P : Orang-orang terdekat Anda mayoritas etnis Cina?

A : Keluarga memang keturunan Cina. Untuk teman tidak juga. Saya punya banyak teman tidak harus etnis Cina.

P : Mayoritas waktu Anda habiskan dengan keluarga?

A : Ya dengan anak-anak saya. Biasanya sih di toko karena toko kan buka di depan rumah.

P : Terus di toko apa yang Anda lakukan?

- A : Apa ya? Ya melayani pelanggan lah. Kalau tidak ya paling baca majalah, dengar lagu.
- P : Berbahasa Mandarin?
- A : Tidak, saya tidak terlalu bisa bahasa Mandarin. Tapi kalau lagu sih apa aja, Mandarin boleh, Barat boleh, Indonesia pun boleh.
- P : Kisaran pendapatan Anda tiap bulan berapa?
- A : Tidak tentu ya. Sekitar 3 juta.
- P : Kalau pengeluaran pribadi anda tiap bulan?
- A : Sekitar 2-3 juta.
- P : Kalau dengan keperluan sekolah anak?
- A : Kalau dengan anak sekitar 4 juta.
- P : Berapa setahun pengeluaran anda untuk kesehatan?
- A : Mungkin sekitar 8-9 juta per tahun. Itu uda termasuk obatan². Kalau hanya dokter sekali pergi sekitar 150.000.
- P : Cukup besar ya, apakah setiap kali Anda sakit, Anda langsung ke dokter?
- A : Em..tidak tentu sih. Kalau memang sakit biasa ya pakai obat biasa. Cuma saya punya sejarah penyakit, ginjal ya, tidak bisa sembarang minum obat, karena efek sampingnya bisa ke organ lainnya. Biasanya kalau sudah sakit begitu saya ke dokter.
- P : Ada dokter tertentu?
- A : tergantung penyakitnya ya. Saya pergi ke beberapa dokter sih.
- P : Rata-rata setahun berapa kali pergi?
- A : Setahun sekitar 6 kali pergi. Di luar negeri dan di lokal.
- P : Kapan keluar negeri, kapan di sini?
- A : Biasa setiap 6 bulan sekali ke luar, kalau di sini sekitar 2 bulan sekali.

- P : memangnya kenapa harus ada siklus itu?
- A : kalau yang 2 bulan, karena saya punya sejarah penyakit, jadi harus check up. Jadi kalau di 2 bulan itu tidak ada masalah, saya tidak harus check ke luar.
- P : Kenapa yang 6 bulan tidak di sini atau di Jakarta?
- A : Karena yang di sini tidak bisa menangani.
- P : Oh, baik. Yang 6 bulanan itu di luar negeri mana?
- A : Di Kuching, Malaysia.
- P : Sudah berapa tahun lamanya punya siklus tersebut?
- A : Sekitar tujuh tahunan. Baru-baru ini, sih saya periksa seperti itu. Sebelumnya saya ke luar negeri lebih banyak lagi. Sekitar 7 tahun yang lalu, dalam satu tahun bisa keluar sebanyak... (menghitung...) pernah dalam satu tahun ini sebanyak 12 kali.
- P : Di rumah sakit mana saja Anda periksa?
- A : Dulu di Normah (Normah Medical Specialist Centre), sekarang di KPJ (KPJ Healthcare Kuching Specialist Hospital).
- P : Kenapa tidak di satu rumah sakit saja?
- A : Karena jenis penyakitnya beda. Memang pertama ke Normah cocok. Namun karena Normah mahal, untuk jenis penyakit lain yang saya obati, saya pergi ke KPJ.
- P : Dapat rekomendasi dari?
- A : Dari tanya-tanya teman-teman, mulut ke mulut.
- P : Kalau memang yang tadi mahal, kenapa tidak coba pengobatan tradisional?
- A : Pernah coba, tapi tubuh saya menolak pengobatan tradisional. Malah efeknya lebih parah.
- P : itu pengobatan tradisional di lokal?
- A : Ya pengobatan tradisional di sini.

- P : Bagaimana menurut Anda pengobatan tradisional di sini?
- A : Kalau pengobatan tradisional di sini ramah, sama seperti pengobatan di luar. Cuma kalau pengobatan lokal (modern lokal), dokternya tidak mau ngomong. Uda itu, kalau soal obatnya, tidak juga terlalu murah, ada juga yang mahal sampai jutaan.
- P : Namun harusnya pengobatan di luar negeri lebih mahal donk, karena ada biaya transport, hotel?
- A : Ya, itu Cuma transport, hotel, dan biaya makan.
- P : Kenapa tidak di lokal saja kalau gitu?
- A : Ya kalau memang obatnya bisa, saya lebih pilih ke lokal.
- P : Kalau misalnya dokter lokal tidak ramah, apa itu berpengaruh?
- A : Dokter lokal kebanyakan kalau kita tanya memang diam, tidak menjawab. Itu menjadi masalah komunikasi.
- P : Oh, baik. Itu dokternya orang Chinese?
- A : Ga juga. Semua dokter di Pontianak saya sudah coba.
- P : Dokter Chinese, dan non Chinese beda ga?
- A : Ga begitu beda.
- P : Kalau diharuskan memilih, apa akan memilih?
- A : Ga juga, selama bisa menyembuhkan.
- P : Dokter Chinese dan non Chinese itu dapat rekomendasi dari teman-teman Chinese?
- A : Ga juga, soalnya teman2 saja beragam. Rekomendasi dari mana aja saya dengar. Kalau orangtua yang direkomendasi mungkin beda, karena kalau mereka tidak semua bisa bahasa Indonesia dengan lancar. Tapi untuk yang lebih muda tidak terlalu bermasalah. Terakhir pengalaman saya dapat dokter lokal juga baik, bukan Chinese, tapi orang Jawa. Obatnya awalnya memang cocok, tapi untuk pengobatan lainnya, dia juga angkat tangan. Saya memang masih ke tempat dia, namun untuk penyakit lainnya.

- P : Tadi Anda sebutkan teman2 Anda beragam, memang itu sifat Anda untuk punya teman dari berbagai etnis?
- A : Ya. Saya termasuk cepat akrab dengan siapapun ya. Mungkin karena mereka menganggap saya tidak seperti orang Cina kebanyakan.
- P : Maksudnya orang Cina kebanyakan?
- A : Ya kebanyakan, lah. Biasanya mereka tertutup dan tidak mau berbagi dengan etnis lain. Kebetulan daerah sekitar dan konsumen juga kebanyakan orang pribumi.
- P : Berarti yang sekarang sedang intensif Anda obati ada berapa penyakit?
- A : empat penyakit. Masing-masing dokternya beda-beda sendiri.
- P : Dan tidak satu pun pengobatan tradisional?
- A : Saya masih ada pakai satu, tapi karena kurang cocok dengan saya, saya tidak berpikir untuk menambah obatnya lagi.
- P : Tidak coba complain ke tabibnya?
- A : Saya tidak perlu complain, karena tabibnya sudah menekankan di depan, bahwa untuk jenis saya memang agak sulit. Dan jika dengan obat ini tidak sembuh, makan pengobatan dihentikan.
- P : Semua bilang gitu? Dokter lokal juga bilang gitu?
- A : Tidak. Untuk tahap pertama, ada yang bilang langsung, ada yang tidak. Ada juga yang pada pertemuan kedua baru bilang seperti itu. Ada dokter yang bilang kalau tidak cocok, ganti obat lain, ada yang bilang kalau tidak cocok saya hentikan.
- P : Dokter juga ikut merekomendasikan dokter lain?
- A : Ada yang merekomendasikan dokter lain, ada juga dokter yang saya tanya di rumah sakit mengenai spesialis di penyakit saya.
- P : Kalau dokter merekomendasikan rumah sakit Sudarso, apakah Anda akan mengikuti?

- A : Saya baru saja disuruh ke rumah sakit sudarso oleh dokter. Tapi saya menolak. Karena saya mencari fasilitas yang lebih bagus. Saya malah ke Antonius.
- P : Bagaimana Anda memilih solusi kesehatan sewaktu Anda sakit?
- A : Saya lumayan sering ke rumah sakit. Hampir seluruh dokter di Pontianak saya sudah coba
- P : Rumah sakit mana itu?
- A : Kebanyakan sih Antonius ya. Charitas saya belum pernah pergi. Karena kita di Pontianak tidak dikasi pilihan banyak untuk rumah sakit. Orang Pontianak kalau memang tidak terpaksa butuh cepat tidak bisa jalan mau tidak mau ke Antonius. Bukan apa, saya sakit perut di sana, gara-gara infeksi, langsung disuruh operasi. Dikit-dikit operasi. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching. Sampai sana dibilang tidak apa-apa, saya dikasi obat lalu disuruh pulang. Belum lagi anaknya ipar saya juga pernah ada yang meninggal di Antonius. Jadi memang kalau bisa jalan saya maunya ke Kuching aja, napain ke dokter di sini.
- P : Kenapa tidak coba ke rumah sakit pemerintah di Pontianak?
- A : Ga pernah.
- P : Kenapa bisa tidak pernah?
- A : Soalnya kalau ke rumah sakit negeri itu ribet. Selain itu, kita di sini anggapannya kita ya rumah sakit umum, duh semuanya ada di sana. Uda gitu juga soal bersih ya, masih kurang bersih dari rumah sakit lain. Jadi kalau tidak sembuh di Antonius ya mending langsung ke luar negeri.
- P : Tapi seharusnya fasilitasnya kan tidak memadai?
- A : Kadang kalau di rumah sakit, kalau lagi sibuk-sibuknya, tidak stand by langsung, sedangkan kalau di tempat prakteknya lebih pasti.
- P : Pernah dengar dari teman-teman mungkin, kenapa tidak ke rumah sakit umum / pemerintah?
- A : Mungkin karena rumah sakitnya kurang meyakinkan

- P : padahal yang saya baca, rumah sakit di Indonesia, juga di Jakarta, rumah sakit pemerintah selalu publish fasilitasnya bagus. Cuma apa yang bikin tidak bagus?
- A : saya pernah ke RSUP Fatmawati. Tapi rasanya, sewaktu saya konsul dengan dokternya, dokternya kelihatan enggan dan tidak berikan jawaban. dan info yang dia berikan ke saya, saya tidak bisa terima.
- P : Setelah itu tidak pernah berobat ke sana lagi?
- A : Tidak pernah. Saya waktu itu perlu biopsy, dan di situ tidak ada alatnya. Disuruh ke rumah sakit luar.
- P : Berarti dari RSU Indonesia pun merekomendasikan ke luar.
- A : Iya. Dan setelah ada hasilnya baru kembali lagi ke dia. Makanya waktu itu saya pikir, kenapa saya tidak langsung periksa di luar saja. Kalau harus kembali ke dia kan jadi ribet banget. Alat-alat di situ lebih canggih lagi.
- P : Dari biaya sebesar itu yang Anda keluarkan, apa ada yang membantu biaya pengobatan anda?
- A : Ada.
- P : Dari yang membantu pengobatan Anda, mereka merekomendasikan rumah sakit tertentu?
- A : Ada. Tapi tidak saya ikuti.
- P : Kenapa seperti itu?
- A : Karena yang mereka tunjuk adalah rumah sakit mahal. Rumah sakit Normah. Di luar ada tiga rumah sakit, yang paling mahal itu Normah. Tapi kalau di luar, semakin mahal rumah sakit, semakin bagus pelayanannya.
- P : bisa dijabarkan seperti apa pelayanannya?
- A : Bagi yang pertama kali pergi, yang pertama kali disarankan adalah medical check up. Ada Timberland (Timberland Medical Centre), KPJ, dan Normah. Dari tiga rumah sakit yang saya sebutkan tadi, yang paling murah adalah Timberland. Kalau kita check up di sana, kita dicuekin. Kita dibiarkan. Mau sudah makan, belum makan, kita dibiarkan untuk tunggu giliran, dan

lainnya. Tapi kalau di Normah, kita ditanya apakah sudah puasa atau belum. Kalau sudah, kita langsung dibawa ke lab, tanpa menunggu lagi. Yang kedua, labnya sangat bersih. Berbeda dengan rumah sakit pemerintah, labnya kelihatan kumuh, buat saya jadi kurang yakin. Terus di sana juga ada paket murah, tidak semua serba mahal. Seperti contoh kalau mau check jantung, di KPJ itu 250 MYR (sekitar 750 ribu rupiah), kalau di sini kalau mau check jantung, kita harus bayar dokter, bayar check ini dan check itu, kira-kira bisa sampai 1 juta lebih. Dengan fasilitas yang lebih bagus di KPJ, dokter yang ramah. Hasilnya di sana juga langsung. Kalau di sini masih kurang akurat, karena kita check up karena ada penyakit, mereka masih belum berani memastikan jantungnya sehat masih banyak kemungkinan lain yang disebutkan. Kalau di sana, mereka berani menjamin jantung sehat, masalahnya bukan di jantung.

P : Berarti mereka merekomendasikan Anda ke Normah karena itu rumah sakit bagus?

A : Ya seperti itu.

P : Bukannya Anda dibiayai? Kenapa tidak ke sana saja?

A : Ya malah karena itu. Kalau saya pakai uang sendiri sih saya mau ke Normah.

P : Anda merasa tidak enak hati?

A : Ya namanya juga uang orang. Kalau ternyata pas-pasan masa saya mau minta lagi. Belum lagi mau tebus obat. Saya satu tahun bisa berapa kali pergi ke luar.

P : Kalau dari teman-teman sendiri, kira-kira bagaimana pendapat mereka tentang rumah sakit pemerintah?

A : Setau saya, teman-teman saya yang menengah ke atas lebih memilih rumah sakit swasta. Contohnya RSS Antonius, selain karena letaknya, fasilitasnya juga lebih bagus. Tapi sekarang juga banyak yang berpindah ke Charitas (RS Charitas Bakti). Charitas adalah rumah sakit lama yang diperbaharui. Dulu sempat ditutup tapi sekarang dibuka lagi.

P : Kenapa mereka semua tidak ke Antonius?

- A : Untuk penyakit tertentu yang lebih ringan, mereka memang ke Antonius. Tapi untuk usus buntu, hernia, mereka ke Charitas.
- P : Bukan karena masalah pelayanan?
- A : Ada yang bilang di Charitas juga ramah, dan biayanya tidak mahal. Rata-rata dokter langganan mereka, untuk penyakit tertentu, memang praktek di Charitas.
- P : Kalau teman-teman Chinese Anda yang menengah ke bawah?
- A : umumnya mereka masuk rumah sakit pemerintah, seperti Soedarso. Soalnya ada Askes dan Surat Miskin, sehingga lebih murah. Tapi dari segi fasilitasnya kurang, lebih banyak di rumah sakit swasta. Ada banyak kecenderungan memang, meskipun mereka tidak mampu, mereka berobat ke rumah sakit swasta, karena kualitas di sana lebih baik.
- P : tau dari mana sebenarnya kualitas di rumah sakit itu?
- A : Sewaktu kita masuk rumah sakit, biasanya kita akan ketemu pasien lain dan mereka akan cerita. Kadang ada teman dan saudara juga cerita. Kadang kalau ada kecelakaan dan kejadian mendadak, kalau kejadiannya di Soedarso, di situ akan ketahuan, dari susternya, ranjangnya, kamarnya, rumah sakitnya semua beda.
- P : Kenapa mereka tidak memilih pengobatan tradisional saja dibanding pemerintah?
- A : Malah lebih banyak yang memilih tradisional. Soalnya banyak dari mereka yang tidak suka pakai obat-obatan, mereka lebih suka pakai herbal. Kalau herbal menurut mereka lebih aman, kalau obat-obatan dari dokter itu katanya larinya ke ginjal, dan ke organ lainnya.
- P : pernah ada kejadian memangnya seperti itu?
- A : Yang saya dengar sih pernah. Saya sendiri coba mengurangi obat dokter, kalau penyakit ringan saya lebih suka herbal. Karena yang herbal sekalipun ada masalah, selalu ada penawarnya.
- P : Padahal dari segi sertifikasi dan ijin perobatan tradisional, siapa saja seharusnya bisa mengaku jadi tabib.

- A : Tidak bisa, mereka juga harus ada ijin kesehatan juga.
- P : Berarti kalau misalnya ada sinthe atau tabib yang tidak punya ijin kesehatan, tidak ada yang pergi?
- A : Kalau tidak ada ijin kesehatan, mereka pasti tidak bisa buka praktek. Rata-rata dari mereka punya sertifikat, dan dipajang. Itu langsung dari Depkes keluar ijin prakteknya. Mereka juga kadang ada seminar, bahkan hingga taraf internasional.
- P : Kalau dari harganya lebih murah ya
- A : kalau dari jasanya memang lebih murah, tapi kalau obat-obatannya tidak selalu murah, kadang ada yang import.
- P : Apakah pengobatan tradisional masih ramai hingga sekarang
- A : Masih ramai. Mungkin ada beberapa yang memang lebih cocok sama herbal. Contohnya saja, untuk yang patah tulang, rata-rata ke tabib. Soalnya kalau ke rumah sakit pasti operasi, sedangkan untuk tabib, bisa dicarikan solusi lain, seperti sambung tulang.
- P : Belum pernah ada complain mengenai sambung tulang? Apakah aman atau tidak?
- A : Sebenarnya itu bukan masalah aman atau tidak. Kalau operasi, biayanya pasti lebih mahal. Dan kalau bergeser sedikit harus dibuka lagi. Apalagi kalau harus sampai pasang pen, itu nantinya harus dibuka setelah beberapa bulan kemudian. Sedangkan kalau sambung tulang tidak perlu dibuka pasang, asalkan sambung, lurus, ok.
- P : Kalau untuk menengah ke atas, apakah juga ke tabib?
- A : ada juga yang ke tabib. Tidak semua yang menengah ke atas pikirannya modern. Masih banyak yang takut minum obat-obatan dan operasi, apalagi mereka yang Chinese. Mereka agak tabu untuk masalah operasi. Kecuali tidak ada cara lain, mau tidak mau operasi.
- P : Mengapa mereka tabu untuk masalah operasi? Apakah karena dengar dari teman-teman?

- A : Oh tidak, karena dulu kebanyakan yang operasi, tidak pandai jaga diri, hingga kehilangan nyawa, jadi orang takut. Apalagi berhubungan dengan membelah, orang jadi takut.
- P : Saya baca ada problem bahwa sekitar 80% dari complain kedokteran di Indonesia adalah problem komunikasi. Seperti dokter terkesan egois, atau tidak mau menjelaskan ke pasien. Apa anda pernah mengalami hal tersebut?
- A : Saya Tidak pernah. Kalau yang lain pernah, anggota keluarga saya pernah.
- P : Komunikasi seperti apa yang dicomplain?
- A : Misalnya kita divonis penyakit A, tapi begitu ditanya kenapa bisa, tidak dijawab. Kadang juga ada yang menanyakan misalnya ada keluhan di kepala, tapi dokternya tidak memberikan jawaban. Kadang ada yang memberikan jawaban, tetapi tidak menjawab lagi. Pasien tentunya lebih senang yang bisa menjawab. Kadang kita juga mau tau, kenapa bisa seperti itu, jadi kita bisa menjauhi. Daripada dia diam dan setelah selesai periksa hanya menyebutkan tarif.
- P : Jadi menurut Anda dokter yang diam lebih money oriented?
- A : Ya kesannya seperti itu.
- P : Apa Anda akan datang kembali jika mendapatkan dokter seperti itu?
- A : Biasanya kalau tidak sembuh, kita akan langsung ke dokter lain.
- P : Apa Anda akan menyebarkan ke yang lain mengenai dokter itu?
- A : Kalau orang tidak tanya ya tidak, tapi umumnya teman-teman saya, ya.
- P : Begitu mendengar rekomendasi tersebut, apakah Anda jadi takut untuk pergi?
- A : Ga juga sih, soalnya dokter yang dibilang tidak bagus saya tidak pernah pergi, dan dokternya ok-ok aja. Walaupun saya mendengar dari orang lain dokter itu jelek, tapi kalau memang tidak ada solusi lain, saya akan pergi. Awalnya saya akan ke dokter lain dulu, baru ke dokter itu, tapi kalau memang harus dokter itu, mau gimana lagi.

- P : Sekarang ini banyak rumah sakit swasta yang besar dan elite, apakah anda setuju dengan rumah sakit seperti itu?
- A : Tidak masalah. Tergantung yang mau masuk ke rumah sakitnya. Yang punya kemampuan, mereka mau masuk rumah sakit elite seperti itu pun tidak masalah. Tapi mereka yang menengah ke bawah, mereka cenderung mencari yang menyembuhkan saja. Rata-rata yang punya kemampuan memang mengedepankan pelayanan. Di sini banyak yang seperti itu. Tidak hanya Chinese, pribumi pun seperti itu. Makanya rumah sakit elite di sini banyak meniru rumah sakit luar.
- P : Jika ada rumah sakit di sini ada rumah sakit elite yang dibangun dengan kualitas seperti Malaysia dan Singapore, apakah anda akan pergi ke rumah sakit tersebut?
- A : Ya dicoba dulu. Seandainya memang hasilnya sama dengan yang di luar, pasti orang akan memilih ke rumah sakit itu. Kalau memang ada di sini kan tidak perlu lagi transport dan waktu.
- P : Apa tidak masalah anda coba-coba?
- A : Coba pertama kali yang tidak masalah donk.
- P : Meskipun biayanya lebih mahal?
- A : Kalau memang bisa menyembuhkan, kenapa tidak.
- P : Anda setuju jika di Indonesia perlu ada rumah sakit bertaraf Internasional. Bahkan rumah sakit pemerintah harus setara dengan rumah sakit swasta?
- A : Ya setuju, setidaknya dari segi pelayanan, susternya harus lebih ramah. Tidak hanya di rumah sakit pemerintah, swasta pun susternya tidak ramah. Bahkan suster yang Chinese, meskipun tidak banyak, sama saja tidak ramah.
- P : Ada rumah sakit Mount Elizabeth Singapore 90% pasiennya orang Indonesia, menurut Anda mengapa bisa seperti itu?
- A : Itu karena di sana mereka punya pelayanan bagus, dan banyak spesialis yang praktek di sana. Karena kita sering punya sugesti bahwa pengobatan luar selalu lebih baik dari pengobatan dalam, dan memang kenyataannya seperti itu. Soalnya kebanyakan orang mau ke sana karena ke sini tidak bisa.

Bukannya dari awal memang mau ke luar, yang namanya orang sakit, awalnya pasti lari ke sini dulu. Nah begitu mereka mendapatkan obat, dicoba sekali tidak sembuh, dua kali ga ada perbaikan. Akhirnya dengar-dengar di luar ada, mereka pasti lari ke tempat lain.

P : Bisa diurutkan, yang mana yang paling mempengaruhi anda dalam mengambil keputusan? TV, Majalah, Rekomendasi dari teman-teman Chinese, Rekomendasi dari Dokter, dan Rekomendasi dari teman-teman non Chinese.

A : Rekomendasi dari dokter, rekomendasi dari teman Chinese, teman non Chinese, TV, dan Majalah.

P : Apakah anda akan terpengaruh dari TV dan Majalah, atau internet?

A : Saya jarang melihat dari tv dan majalah. Kalau dari internet, biasanya saya sudah dapat rekomendasi dari teman, kemudian saya cek di internet untuk tau lebih detail. Jadi saya tidak coba langsung dari internet.

P : Mengapa prioritas Anda seperti itu?

A : Karena kalau dari mulut ke mulut memang lebih cepat. Kalau internet, susah mencarinya kalau kita masih belum punya gambaran.

P : Apa Anda tertarik ke Mount Elizabeth, toh 90% pasien di sana orang Indonesia?

A : Tidak. Karena memang terlalu mahal. Rata-rata orang Indonesia yang pergi ke sana adalah orang yang elite. Makanya kebanyakan orang memilih rumah sakit di Malaysia daripada ke Singapore, karena mata uangnya lebih besar di Singapore.

P : Saya simpulkan bahwa dari pembicaraan kita, yang menjadi pertimbangan anda nomor satu dalam memilih rumah sakit adalah kesembuhan

A : Ya yang pertama adalah kesembuhan, yang kedua pelayanan, dan yang ketiga fasilitas.

P : Harga tidak menjadi masalah?

- A : Tidak kalau di lokal, karena rata-rata biayanya sama saja. Cuma saran saya kalau mau ke dokter, cari dokter yang tidak terlalu ramai.
- P : Oh ya, saya sempat membaca bahwa satu dokter bisa praktek di dua tiga tempat. Setujukah Anda bahwa dokter di Indonesia memang sangat kurang, atau malah lebih terpusat pada dokter yang memiliki kualitas bagus?
- A : Tidak, dokter tidak kurang. Cuma pasiennya yang memilih dokter. Kebanyakan pasien yang mendengar satu dokter bagus, semua pasien akan lari ke dokter tersebut.
- P : Hal itu karena memang dokter tersebut komunikasinya baik, ataukah karena memang obatnya terbukti manjur?
- A : Kalau di sini, yang saya tau ada dua jenis dokter yang paling laris di Pontianak. Yang satu pintar ngomong dan obatnya manjur, sedangkan yang satu lagi kurang bisa berkomunikasi, tapi obatnya manjur.
- P : berarti komunikasi sebenarnya tidak masalah?
- A : Untuk orang-orang tertentu ya.
- P : bagaimana dengan Anda?
- A : Bagi saya kalau obatnya manjur, tidak masalah dia mau banyak omong atau tidak. Dari hasil analisisnya saja sudah kelihatan, jika memang analisisnya tepat dengan yang saya rasakan, saya tidak akan banyak bertanya. Tapi kalau analisisnya beda dengan yang saya rasakan, saya tentu akan bertanya. Kalau dia tidak jawab, berarti dia hanya mengira-ngira. Dan lain kali saya tidak akan ke sana itu.
- P : Kalau di luar seperti itu?
- A : Kalau di luar, apapun yang kita tanya pasti dijawab. Jadi misalkan jawabannya beda dengan yang kita rasakan, dia pasti menjelaskan, meskipun sedang ramai. Kalau di sini, kalau kita tanya, dia akan diam. Karena ada dokter yang tidak bisa jawab karena memang dia tidak tau.
- P : Apakah di Malaysia itu mayoritas pasiennya juga orang Indonesia?

- A : Menurut saya, dari total pemasukannya pasti 80% lebih dari orang Indonesia. Karena memang wajar dekat dengan perbatasan Kalimantan. Sama juga di Singapore, atau di Malaka, sama saja ramai orang Indonesia.
- P : Dari pendapat Anda, orang Chinese lebih banyak yang ke luar negeri daripada di Jakarta?
- A : Ya. Karena di Indonesia meskipun banyak rumah sakit bagus, banyak yang membiarkan kita mengantri lama. Bahkan rumah sakit pemerintah di Kuching, pelayanannya jauh dari rumah sakit pemerintah Indonesia. Walaupun di sana perlu nomor antrian, rata-rata rumah sakit swasta di Kuching untuk kondisi gawat seperti kemotherapy, akan larikan ke rumah sakit pemerintah. Karena di sana pengobatannya benar-benar gratis, dan hanya perlu membayar uang administrasi saja. Untuk melahirkan saja hanya perlu 1 MYR. Operasi Katarak mata hanya perlu 1 MYR. Saya pernah dengar dari supir taxi di Kuching bahwa rata-rata orang Indonesia untuk kemotherapy akan datang ke Kuching. Sebelumnya mereka akan janji dengan dokter di rumah sakit swasta. Karena biaya rumah sakit swasta biasanya mahal, mencapai 500 – 600 MYR. Sedangkan untuk pasien lokal Malaysia, di General Hospital, hanya memakan 10 – 20 MYR, sedangkan untuk orang luar hanya perlu 100 MYR. Memang di rumah sakit swasta di luar, alat-alatnya lebih canggih, dan dokter spesialis kebanyakan stand by di rumah sakit swasta. Tapi untuk urusan penting, dokter spesialis akan ke rumah sakit pemerintah. Mereka punya kesepakatan bahwa harus ke rumah sakit pemerintah segera jika dibutuhkan. Sedangkan di sini, contohnya spesialis kandungan, pasiennya harus mengikuti dokternya praktek dimana, meskipun kita lebih dekat ke rumah sakit lainnya. Bisa saja mereka datang, tapi membutuhkan waktu yang lama, bahkan keburu melahirkan. Dia merasa dia lebih berkewajiban di rumah sakit tempat dia praktek. Sedangkan kalau di luar, malah mereka menganjurkan untuk di rumah sakit pemerintah, dan akan dibantu pendaftarannya. Tunggu jadwal keluar, kita bisa pergi. Dan rata-rata rumah sakit swasta di sini, masuknya malah makin parah, hasilnya ga akurat lagi. Sakit perut malah langsung disuruh operasi, dan ditakut-takuti. Alat di sini sebenarnya canggih, tapi mereka tidak bisa menggunakannya dengan baik, atau memang sengaja dibuat lebih mahal. Mereka juga kebanyakan dapat promosi dari sales obat untuk menjual obat tertentu. Di luar tidak seperti itu, jika memang kita tidak jantungan, maka memang tidak jantungan. Uda itu yang di luar, saya sempat kesulitan biaya.

Saya pulang dulu ke Indonesia juga tidak apa-apa. Kalau di sini malah tidak boleh. Kalau di sini, mereka punya perwakilan mereka juga yakin karena saya daftarnya pakai passport. Bahkan saya pernah mengadu ke dokter di luar bahwa obatnya mahal, saya juga pernah diberi gratis 2 strip obat tersebut. Saya bahkan belum pernah mengenal dokternya. Mereka mau mengurangi harganya untuk kita.

P : Setelah itu tentunya anda akan ke sana lagi karena pelayanannya bagus

A : Tidak saya tidak ke sana lagi, karena dengan obat itu saja saya sudah sembuh.

P : Untuk medical check up Anda lebih memilih dimana?

A : Saya lebih memilih di luar. Sebenarnya di luar, kalau medical check up, begitu ada masalah, langsung ada dokter yang menangani, sedangkan di sini, laboratorium tidak selalu ada dokternya. Terakhir saya bandingkan harga di Prodia dan di luar, justru lebih murah di luar. Medical check up di luar itu sekitar 258 MYR, itu full semua hasil. Hepatetis, Kolestrol, Ginjal, Liver, Asam Urat, Jantung. Tapi kalau di Prodia, untuk semua hasilnya, bahkan belum termasuk jantung, sudah sebesar 1,9 juta.

Informan 2

Nama : Lusita Julita (Law Gek Eng)

Umur : 52 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Kewarganegaraan : Indonesia

Status : Menikah, 2 anak

Pekerjaan : Dosen Universitas Negeri

Tanggal / Waktu Wawancara : 19 Januari 2012, Pukul 18.00 WIB

Tempat Wawancara : Kediaman Lusita Julita

Bahasa Wawancara : Indonesia

P : Apa bahasa sehari-hari Ibu tuturkan?

- A : Saya seorang dosen bahasa Indonesia, dan suami bukan orang Cina. Jadi meskipun bahasa ibu bahasa Cina, tapi untuk sehari-hari, saya sering berbahasa Indonesia.
- P : Berarti untuk budaya tradisional Cina juga sudah tidak terlalu mengikuti?
- A : Kalau di keluarga saya sudah mengikuti pedoman Katolik ya, sekedar Imlek atau sembayang kubur kita kadang masih ikut, tapi kalau lau ya atau yang lainnya kita tidak deh. Beda dengan Ibu yang masih ikut merayakan beberapa tradisi
- P : Ibu menghabiskan waktu lebih banyak dengan keluarga atau teman Bu?
- A : Dengan keluarga
- P : Keluarga Ibu sendiri? Atau dengan keluarga besar?
- A : Keluarga sendiri biasanya.
- P : Seberapa dekat Ibu dengan keluarga besar?
- A : Dengan keluarga saya sendiri sih masih satu kota, ya. Jadi masih sering ketemu. Akhir-akhir ini keluarga suami yang sering datang ke rumah.
- P : Sering ada keluarga suami yang tinggal menetap ke rumah ibu?
- A : Hampir selalu ada di rumah.
- P : Ibu tidak masalah dengan keluarga diluar keluarga inti yang menetap?
- A : Tidak juga, karena umumnya mereka bantu mengurus rumah.
- P : Apa yang Ibu kerjakan di waktu luang?
- A : Jarang sih ada waktu luang. Kalaupun ada saya mendalami bahasa Mandarin.
- P : Ibu fasih berbahasa Mandarin?
- A : Saya dosen bahasa Mandarin.
- P : Berarti ibu pengajar untuk dua bahasa, Indonesia dan Mandarin?
- A : Ya. Baru beberapa tahun belakangan ini saya fokuskan di bahasa Mandarin.

- P : Pembelajaran lewat media?
- A : Bisa juga dengan menonton film dan mendengar lagu berbahasa Mandarin.
- P : Pengeluaran pribadi Ibu per bulan kira-kira berapa Bu?
- A : Pribadi itu sekitar 1,5 – 2 juta.
- P : Kalau pengeluaran keluarga, Bu?
- A : Kita ada cicilan rumah dan kuliah anak, mungkin sekitar 20 juta per bulannya.
- P : Di luar cicilan rumah dan biaya tetap kira-kira berapa Bu?
- A : Antara 6-8 juta.
- P : Kalau untuk pengeluaran kesehatan setahun?
- A : Satu bulan sekitar 100 lebih, mungkin sekitar 2 juta per tahun. Di luar yang sakit. Hanya untuk obat-obat rutin untuk jaga kesehatan. Seperti untuk panas dalam, atau vitamin untuk melancarkan pencernaan.
- P : Untuk pengeluaran pengobatan keluarga, semua ditanggung oleh ibu sekeluarga?
- A : Seringkali, bisa dibilang hampir selalu. Keluarga dari suami mayoritas dari luar kota, bukan juga dari keluarga yang terbilang berada, dan fasilitas kesehatan terbaik memang di Pontianak.
- P : Keluarga mana saja yang biasanya Ibu tangani biaya pengobatannya?
- A : Kakak suami, baru saja dari Antonius, pengobatan infeksi usus.
- P : Tidak masalah Ibu yang membayar biayanya?
- A : Namanya keluarga ya. Kebetulan kita ada uang sedikit ya kita bantu.
- P : Dengan membayar biaya, apa Ibu akan turut mencarikan dan memilihkan rumah sakit pada keluarga?
- A : Biasanya sih ya. Saya dan suami akan bawa cek ke dokter kenalan kita dulu, kemudian dari saran dokter baru kita ikuti. Seringnya ke Antonius.

- P : Kalau keluarga Ibu sendiri ada yang membantu biayanya?
- A : Tidak, selama kita bisa tangani sendiri masih belum perlu dibantu.
- P : Ibu sendiri satu tahun berapa kali ke rumah sakit?
- A : Ke rumah sakit kalau sakit berat sih nggak ya. Ke dokter ya sekitar 5-6 kali per tahun. Sedangkan kalau Check up biasanya di lab.
- P : Check up biasa dimana?
- A : Check up biasanya ke lab yang terdekat. Karena rata-rata standard lab di sini, jadi dimana pun hasilnya kurang lebih.
- P : Kalau rumah sakit ada pilihan tertentu?
- A : Kalau rumah sakit sih di Pontianak yang lebih terpercaya rumah sakit swasta. Karena RS pemerintah masih kumuh masih kurang menjanjikan. Gerak para medis dan suster termasuk lamban dalam menangani pasien.
- P : Lamban itu maksudnya?
- A : Bisa jadi cuek, bisa juga dokternya tidak datang-datang.
- P : Pernah mengalami sendiri atau dengar?
- A : Dengar dari orang lain sih, saya sendiri pernah berobat ke rumah sakit itu. Tidak sampai rawat inap, saat itu memang pelayanannya lumayan memuaskan. Tapi mendengar dari orang lain, jadi kita kurang begitu sreg ke sana. Kecuali memang menggunakan askes baru kita ke sana.
- P : Memang banyak tanggapan masyarakat yang seperti itu. Menurut Ibu apa penyebab anggapan masyarakat bahwa rumah sakit swasta selalu lebih baik dari pemerintah?
- A : Mungkin karena insentif untuk para medis dan dokter relative lebih kecil. Demikian juga biaya atau ongkos yang harus dibayar oleh pasien lebih murah, kemungkinan penyebabnya seperti itu.
- P : Berarti kesimpulan yang saya dapat adalah mereka melakukan itu sekedar kewajiban?

- A : Ya. Lagipula pasiennya juga ramai. Menunggunya juga luar biasa lama. Kadang menunggunya sudah sepanjang hari. sehingga sangat menghabiskan waktu. Bagi yang bekerja sangat tidak efektif dan tidak efisien. Sangat boros dengan waktu.
- P : tapi dari segi biaya bukankah lebih murah?
- A : Ya dari segi harga memang bisa dikatakan seperti itu. Rumah sakit rakyat, ya. Banyak masyarakat dari berbagai lapisan berobat di sana. Obatnya juga rata-rata generik.
- P : Kalau dokter merekomendasikan rumah sakit Sudarso, apakah Anda akan tetap ke sana?
- A : Saya akan tanya opinion dokter lain dulu sebelum ke rumah sakit tersebut. Kalau dokter tersebut masih suruh saya ke sana, saya cari informasi lain lagi. punya pengalaman buruk juga di rumah sakit sudarso, waktu itu sinus, saya langsung disuruh operasi. Tapi dengar dari orang lain bahwa operasinya bisa mematikan banyak saraf, saya tidak jadi. Malah saya berobat ke dokter Linardi, meksipun lama tapi toh sembuh juga. Dan memang kejadian tidak beberapa, dokter tersebut diusut karena kasus serupa.
- P : Rumah sakit swasta sendiri terdiri dari beberapa jenis, ada yang didirikan oleh Yayasan Islam, Kristen, ataupun Yayasan Sosial lainnya. Ada pemilihan dari rumah sakit tersebut?
- A : Biasanya saya memilih rumah sakit yang lebih besar, yang kebetulan memang rumah sakit Yayasan Katolik. Karena rumah sakitnya besar, terawat, dokter juga tercukupi. Sehingga memang nampaknya masyarakat di sini lebih banyak ke sana.
- P : Bukan karena kedekatan historis?
- A : Pelayanan dari rumah sakit pada pasien sebenarnya sama saja, tidak membedakan agama. Namun dari segi fasilitas, tenaga yang tersedia, pelayanannya, memang lebih bagus dari rumah sakit pemerintah. Sehingga saya pribadi maupun dengar dari masyarakat, lebih suka ke sana.
- P : dari segi biaya apa lebih murah?

- A : Karena fasilitasnya lebih, ya wajar harganya memang lebih mahal.
- P : Kalau rumah sakit swasta lainnya pernah coba?
- A : Memang pernah. Dulu saya pernah rawat inap di Yarsi, karena kecelakaan kebetulan dekat rumah. Rawat inap lumayan lama ya di sana sekitar 1 minggu.
- P : bagaimana dengan perawatannya Bu?
- A : Ya begitulah, kita tidak bisa terlalu berharap dengan rumah sakit kecil ya. Pelayanannya seadanya saja. Suster dan dokternya tidak terlalu responsif. Begitu saya sudah bisa keluar dari rumah sakit, saya lanjutkan dengan rawat jalan. Selanjutnya pengobatannya saya lanjutkan di Antonius.
- P : Selanjutnya, apa Ibu pernah berobat lagi ke Yarsi?
- A : Tidak lagi ya. Kalau untuk keadaan darurat, memang Yarsi yang paling dekat, bisa juga kita manfaatkan sebagai solusi sementara.
- P : Bagaimana pendapat Ibu dengan perawatan di Antonius?
- A : Ada juga. Memang ada hal-hal yang tidak enak dari pasiennya, tapi relative lebih kecil. Karena sangat mungkin dalam satu rumah sakit ada oknum tertentu yang mengambil keunggulan dari orang lain, tapi relative lebih kecil. Ada yang memuaskan, ada juga yang terkesan sekedar mencari untung. Karena pernah dengar dari kawan yang habis operasi ternyata ada yang keliru, namun dokternya tidak menerima kekeliruan itu, sehingga harus operasi ulang di Kuching. Sehingga jelas menyebabkan rasa tidak nyaman karena operasi dua kali dan ongkos dua kali.
- P : Banyak dapat referensi dari kawan atau keluarga?
- A : Memang bukan hanya dengar dari satu orang, tapi beberapa keluarga, pengalaman teman dan tetangga sehingga itu kesimpulan yang bisa diambil, walaupun tidak ada penelitian. Tentu saran dokter juga tidak bisa kita abaikan.
- P : Bukankah harusnya karena rumah sakit tersebut banyak pasien, bisa malah menimbulkan semakin banyak laporan?

- A : Nampaknya, cukup memuaskan pasien, walaupun sebagian kecil mungkin juga mendapat pelayanan yang kurang memuaskan ongkos tinggi, ternyata penyakit tidak sembuh.
- P : Ada terpikir untuk mencoba rumah sakit lainnya?
- A : Tidak , karena dari segi fasilitas, yang rumah sakit swasta Katolik tersebut lebih lengkap, juga tenaga medisnya dibanding rumah sakit lain yang relative lebih kecil dan penyakit yang ditangani juga lebih sedikit.
- P : Pernah ada baca buku atau sekedar referensi?
- A : Sekedar referensi sih.
- P : Kalau pengobatan tradisional pernah coba?
- A : Dalam arti mengobati sendiri (dengan obat herbal), pernah. Beberapa kali juga pernah pergi ke tabib dan sinshe, hasilnya juga cukup bagus. Demikian juga konsumsi obat-obatan herbal, boleh dikatakan rutin, umpamanya panas dalam, sakit tenggorokan, atau batuk biasa, saya lebih cenderung obat tradisional dibanding obat dokter.
- P : Bisa dijelaskan kapan memilih tradisional dan kapan obat modern?
- A : Kalau sakit yang dialami lumayan ringan, yang bisa dengan obat herbal, itu memang kita tidak minum obat paten. Selain karena harganya lebih murah, efek samping dari obat herbal itu lebih kecil daripada obat paten.
- P : Ada beberapa artikel yang mengklaim bahwa obat herbal dapat menyembuhkan penyakit berat, seperti kanker, diabetes. Tidak berniat mencoba?
- A : Belum sih. Biasanya kalau penyakit berat tidak sembuh dengan obat herbal, saya langsung ke dokter. Saya tidak berani juga terlalu bergantung pada obat herbal.
- P : Kalau dalam kasus patah tulang, apa lebih pilih sinshe?
- A : Tergantung juga. Kalau ada sinshe yang bagus, bisa jadi saya lebih percaya dengan sinshe., Pengalaman ibu saya, jatuh, tangannya patah. Beliau bersikeras tidak mau dioperasi, lebih memilih ke sinshe, ternyata dalam

waktu kurang lebih satu bulan bisa sembuh 80%, padahal umurnya sudah lumayan tua. Ini juga meyakinkan saya bahwa sinthe yang bagus bisa jadi lebih bagus daripada dokter dan operasi.

P : Apa memang keberatan dengan metode operasi?

A : memang bagus, Cuma dari segi biaya dan resiko, Memang susah dengan operasi, karena harus menyayat daging, tulang dan sebagainya. Jadinya cukup mengkhawatirkan juga.

P : Kalau kita bahas dari segi biaya ada beberapa masyarakat menengah ke atas, tetap takut operasi dan lebih senang pengobatan tradisional.

A : Tampaknya memang begitu, apalagi mereka yang sudah terbiasa dengan pengobatan tradisional, mereka lebih senang ke sinthe untuk patah tulang, keseleo, salah urat. Dan nampaknya lebih cocok untuk mereka. Walaupun tidak sedikit yang gagal.

P : Bukankah itu tandanya sinthe juga beresiko?

A : Ya artinya sinthe nya juga pilih-pilih. Sinthe yang pernah terbukti menyembuhkan penyakit yang kita derita, itulah yang kita kunjungi. Istilahnya dengar referensi dari orang, coba-coba langsung juga tidak berani.

P : Berarti saya asumsikan bahwa sumber informasi yang ibu dapatkan itu dari orang-orang terdekat?

A : Ya. Kebanyakan dari etnis Tionghoa. Dari etnis lain juga ada, contohnya ada juga pengobatan akupunktur, yang berobat di sana banyak juga yang bukan Tionghoa, banyak juga dari etnis lain, dan sangat ramai.

P : ada beberapa sinthe yang tidak berijin, tapi tetap juga ramai

A : Ya, karena memang orang yang diobati berhasil sembuh. Dan memang dia juga sering membaca buku. Dia bisa menjelaskan dimana letak pembuluh darah, yang mana yang sakit, sakit ini mana yang harus diobati. Jadi dia juga ikut kursus, bukan hanya berdasar pengalaman turun temurun. Maka kita percaya dia bisa mengobati, bahkan kursus yang diikuti dari luar negeri.

P : Pernah coba pengobatan tradisional non Chinese?

- A : Belum sih. Ada juga beberapa yang saya dengar bagus.
- P : Apakah memang pemilihan pengobatan tradisional Chinese karena kemudahan komunikasi?
- A : Bisa jadi, tapi itu bukan faktor utama.
- P : Begitu juga dengan dokter, tidak ada preferensi etnis?
- A : Tidak masalah, bagi saya yang penting meyakinkan. Jika kendalanya di bahasa, biasanya akan ditemani oleh mereka yang lancar berbahasa Indonesia.
- P : Yang disebut meyakinkan ini seperti apa?
- A : Yang referensinya banyak, dan tahu bahwa dia tidak sembarang memberi obat dan terbukti sembuh dengan obat ini.
- P : Sekitar 80% komplain yang ditujukan kepada dokter adalah problem komunikasi. Bagaimana pendapat ibu?
- A : Ya. Faktor tersebut sangat berpengaruh. Karena kita sudah sakit, namun begitu ditanya dokter sakit apa, dia hanya tertawa dan tidak menjawab. Dan ini umumnya memang dialami di rs pemerintah. Karena ramai dan jam prakteknya tidak lama. Kita masuk, diperiksa, diberi resep dan pulang. Jawaban yang diberikan pun hanya pendek-pendek. Lain kalau rs swasta, itu kita tanya sampai puas. Sehingga memberi ketenangan dan kelegaan sama kita. Nah itulah kalau rumah sakit pemerintah, sikapnya ya cukuplah. Apalagi kalau kita menggunakan askes. Kita hanya diberi obat generik. Bukan berarti obat generik tidak bagus, tapi kadang-kadang kita tidak tau apakah obat yang kita minum itu tepat. Lain kalau dia praktek di rs pemerintah dan praktek sendiri. Kalau di praktek sendiri, dia bisa menjelaskan sampai detail karena memang dia di bayar, sedangkan di rs pemerintah memang terlihat penjelasan seadanya, ditambah lagi waktu singkat, pasien banyak.
- P : Makin banyak rs swasta yang mewah di Indonesia. Harga mahal, dan pelayanannya mahal. Bagaimana menurut Ibu rs swasta tsb?
- A : Saya juga mikir-mikir kecek ya. Di samping itu, tujuan utama untuk berobat memang bukan untuk menikmati pelayanan di sana, tapi mau berobat. Jadi

bagi saya fasilitas itu tidak terlalu penting, lebih penting yang tepat sasaran untuk mengobati penyakitnya, bukan pelayanannya yang mewah.

P : Kalau rumah sakit di luar negeri, pernah pergi?

A : Belum pernah pergi, dengar dari orang sih ada yang bagus ya.

P : Yang saya baca, banyak rumah sakit di Singapore dan di Malaysia mayoritas pasiennya adalah orang Indonesia. Belum pernah dengar kenapa di sana bagus?

A : Memang yang saya dengar pelayanan lebih bagus, obat tidak asal-asalan. Hasil lab pun sangat lengkap dan berhalaman-halaman, baru diberi obat. Jadi tidak sembarangan memberi obat. Saya juga pernah berkunjung ke RS di Tiongkok, dan memang RS di sana menggunakan banyak obat herbal. Obat patennya, walaupun itu rs pemerintah, nyaris tidak ada. Sedangkan di sini, bahkan untuk sakit yang biasa, begitu sampai langsung di infus.

P : Di Indonesia sendiri, baru-baru ini akan dimasukkan pengobatan herbal ke RS. Menurut Ibu apakah sudah terlambat?

A : Memang ada obat tradisional tertentu memang cukup baik, untuk penyakit ringan, saya kurang tau untuk penyakit berat, meskipun ada yang bilang bahwa untuk kanker itu pengobatan tradisional sangat baik. Tapi saya sendiri belum pernah mengalami, jadi belum tau efeknya dari obat herbal seperti apa.

P : Dampak dari kasus Prita Mulyasari, apakah ibu akan pergi ke rs Omni International?

A : Yang jelas saya tidak akan pergi ke sana.

P : Berarti media juga berpengaruh ya. Ada kemungkinan ibu baca majalah atau televise, menjadi tertarik mengikuti rating, dan pergi ke rs rating tersebut.

A : Bisa jadi. Kalau memang biayanya cocok, saya mungkin mengikuti saran majalah itu.

P : Info yang saya dapatkan bahwa rating majalah tidak akan berpengaruh kalau berlawanan dengan referensi dari mulut ke mulut.

A : Saya rasa saya tidak akan ke sana. Saya orangnya lebih cari aman. Jadi kalau memang ada info jelas tentang rs tersebut, baru saya akan ke sana.

Informan 3

Nama : Antonius Sukanto

Umur : 29 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Kewarganegaraan : Indonesia

Status : Belum Menikah

Pekerjaan : Karyawan Swasta/Wiraswasta

Tanggal / Waktu Wawancara : 29 Januari 2012, Pukul 18.00 WIB

Tempat Wawancara : Kediaman Antonius Sukanto

Bahasa Wawancara : Indonesia

P : Apa yang merupakan bahasa sehari-hari?

A : *Language native*, komunikasi dengan papa mama, Teociu, dengan kakek nenek, Mandarin. Tapi di kantor ya wajib lah bahasa Indo

P : Berapa pendapatan Anda per bulan?

A : Include bisnis lain? 15 - 20 jutaan.

P : Dengan pengeluaran per bulan? Di luar biaya kredit dan lain-lain?

A : Pengeluaran sih ga fixed ya itu sekitar 8juta.

P : Untuk ukuran anak muda, Anda termasuk sangat sukses dari segi pendapatan.

A : Gini, keluarga memang *basic* bisnis, wa dari kuliah juga sudah buka bisnis. Sekarang kita ga bisa harap pemasukan dari 1 bidang, mesti ada *side job*. Sukses itu satu hal. Sekarang wa kerja di IT, tapi suatu saat ada kenapana, kan ga ada yang tau.

P : Bisnis apa yang selain kerja di IT?

- A : *Property*.
- P : Ada keinginan untuk terus kembangkan bisnis?
- A : Pasti ada lah. Wa sekarang juga masih jauh, masih makan gaji boss.
- P : Biaya pengeluaran rumah Anda yang tanggung?
- A : Belum lah. Cece wa sudah *married*, orangtua juga masih jalan bisnis.
- P : Di rumah tinggal dengan orangtua? Keluarga besar?
- A : Orangtua dan Ama.
- P : Bahasa sehari-harinya pakai bahasa apa?
- A : Ngomong dengan mereka *mostly* Mandarin, meskipun dengan keluarga besar lebih *familiar* Teociu.
- P : Kenapa Mandarin?
- A : Karena dari dulu diajari Mandarin. Papa mama waktu kecil mengajari bahasa Indonesia, Kakek nenek Mandarin
- P : Berarti tidak ada kesusahan mengakses media bahasa Mandarin?
- A : Wa sih jarang ya Mandarin. Kalau media palingan *online*. *Any language* la
- P : Berarti Nenek keturunan langsung?
- A : Bokapnya Nenek, langsung. Nenek itu anak pertama dari istri yang kedua. Wa uda keturunan ketiga.
- P : Kalau sembayang kubur , atau imlek masih sering dirayakan?
- A : Hehe...Kalau *ceng beng* sama imlek ga di rumah bisa diteror wa.
- P : Keluarga semuanya Chinese?
- A : Ya.
- P : Berarti aspek budaya Chinese masih kuat ya di rumah

A : Itu tradisi lah dit. Waktu *family gathering*. Kalau budaya lainnya, tahyul sih kita uda modern, pendidikan juga uda tinggi. Kayak lauya atau ramal nasib kita ga pernah percaya.

P : Kalau mereka biasanya berobat kemana?

A : Tergantung penyakitnya ya. Jadi kita di rumah kalau mau berobat ga di Indonesia, kenapa? Dari sisi cost kita liat kalaupun berobatnya di Indonesia nya berobat lebih murah. Tapi dari sisi kualitas per cost yang kita dapatkan, mending berobat di luar, di Kuching. Respon dokternya bagus, respon sewaktu rawat inap juga bagus. Kontrolnya sejam sekali, kalau ada apa-apa dia berani kasi tau, dia berani vonis sakitnya apa.

P : Kuching juga rumah sakitnya macam-macam, itu ada spesifik kemana?

A : Jadi kalau si Ama, dia kan operasi kaki, itu dari 10 tahun lalu, operasi kaki kan, itu di Timberland. Jadi dia kontrol lutut setahun itu dua kali. Dan dia Cuma percaya dokter di sana. Meskipun ada di Singapore, dia lebih proven di Kuching.

P : Ama bisa bahasa Indonesia?

A : Ama aku? Kurang bisa. Cuma Mandarin nya Ok. Kalau le keluar, itu enak ya. Kalau di Indonesia, le berobat, kalau untuk orangtua, ngomong bahasa Indonesia susah, le ngomong Mandarin kan. Mereka kalau di luar lebih enak, bisa ngomong Mandarin, bisa ngomong Teociu, bisa ngomong bahasa lokal. At least 5 bahasa. Teociu, Khek, Mandarin, Inggris, sama Melayu. Sedangkan dokter Indonesia pasti 1 bahasa. Lagi beruntung kamu ketemu yang bisa 2 bahasa. Bahasa Chinese sama Indonesia. Dari sisi price per quality juga lebih unggul memang tempat nya lebih jauh tapi sekarang uda ga masalah, saya naik pesawat 15 menit ke Malaysia. Kalau kita perekonomian di level menengah kita mampu. Tapi once le middle low, le ga pentingin kualitas yang penting ke dokter ya dokter Indonesia.

P : Nah kalau penyakit biasa seperti demam, flu?

A : itu kita ga ke dokter, tapi telpon ke dokternya tanya resep kan juga bisa itu.

P : Tadi Amanya sakit kaki kan ya? Kenapa ga ke sinshe?

A : Nah kebetulan keluarga biasa believe sama dokter. Jadi keluarga kita tidak pernah percaya dengan yang namanya lauya atau sinshe. Paman wa pemain basket, cedera, gara-gara ke sinshe, karirnya hancur. Dan begitu dia konsultasi ke dokter dibilang kalau dari awal dia ke sana, karirnya masih bisa lanjut. Memang tidak menutup kemungkinan ke sinshe kalau kita masih kenal baik ya sama orangnya. Tapi itu hanya back up solution. Wa pasti ke dokter dulu, dibilang harus operasi wa operasi. Tapi sebenarnya yang pertama, penyakit ini ke sinshe tidak ada jawabannya. Ini memang kaki sakitnya fisik bukan yang diurut atau apa bisa sembuh. Mesti ganti tempurung kaki. Kedua, kita dari keluarga tidak percaya sama yang namanya lauya, sama yang namanya sinshe. Tukang urut memang bisa sembuhih kaki secara fisik, tapi untuk hal yang aneh2 itu kita ga percaya. Soalnya kita dari kecil kalau kena penyakit pasti ke dokter.

P : Kenapa bisa begitu ya? Apa karena faktor pendidikan? Apakah faktor sejarah keluarga yang tidak percaya dengan pengobatan tradisional?

A : Kebetulan aku banyak di influence sama keluarga. Karena memang solusinya memang kadang ga *make sense*. Biar katanya pengobatan tradisional lebih murah tapi untuk sakit kita ga berani main-main deh. Awalnya dari nenek aku sih, dari nenek yang masih hidup ini, memang dari dulu itu penentang utama pengobatan tradisional. Dari dulu tidak percaya. Tapi ada 1 nenek yang sudah meninggal, itu dia percaya. Jadi dulu itu paralel, jadi satu ke dokter, satu ke tradisional. Kayak aku sakit kan, cucunya, dia bawa ke dokter, kemudian ke tradisional, dua-duanya. Jadi kita ga ngeliat sembuhihnya dimana, tapi dua-duanya kita coba, yang penting sembuh. Kita pandang tradisional itu back up solution. Jadi aku ke dokter, papa mama itu pasti ke dokter, nenek ke dokter, sedangkan nenek satu lagi percaya sama yang aneh-aneh lah. Jadi kalau kita uda ke dokter, dia mau bawa kemana terserah. At least dia feeling aman dan lega. Yang penting uda ke sana kan, jadi terserah dia mau bilang apa kita ga olah. Soalnya no impact kan, napain gitu, yang penting dia tenang, jadinya kita juga tenang. Comfort. Tapi wa sendiri yakin kalau dokter yang menyembuhkan.

P : Semua dokter?

A : Umumnya dokter yang kita kenal.

- P : Karena di jaman modern ini melihatannya mereka tidak ada prefer dokternya orang aman, dari etnis apa, yang penting menyembuhkan.
- A : Bener. Sekarang trendnya bukan cari dokter Chinese. Dulu trendnya cari dokter yang kita kenal. Terutama spesialis. Wa liat tingkat kehidupan njuga sudah naik lah ya, mereka di pontianak tingkat pendidikan juga uda oke lah ya. Saya juga ngeliat kalau saudara-saudara sakit nyarinya spesialis. Yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu. Yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana. Starting point selalu dokter yang kita kenal. Nanti baru refer kemana-mana. Dan itu tidak peduli ras.
- P : Tapi itu kalau dokter me refer. Kalau tidak? Dari teman-teman?
- A : Bisa juga. Tapi dokter biasanya refer. Kalau le ga sembuh kan pasti dia refer kan. Kan pasti le perlu 2nd opinion kan.
- P : Pernah browsing memilih dokter dari internet?
- A : Never.
- P : Pokoknya kalau penyakit yang fatal, langsung ke Kuching, kalau bisa ditangani di sini, pasti di sini ya.
- A : Ya.
- P : Medical checkup?
- A : Rutin. Tiga bulan sekali di Prodia. Kalau medical checkup rutin mah itu bisa dimana aja ga harus di dokter. Siapa juga bisa lakukan.
- P : Beberapa info bilang kalau medical checkup di Kuching lengkap banget?
- A : ga juga lah. Kalau itu aku ga percaya harus di Kuching. Kalau aku ke Kuching harus medical checkup, itu hanya karena dokternya ga percaya medical checkup Indonesia. Dia minta kita ulang, kita baru ulang. Tadi kalau Prodia, itu standardnya bagus, Kuching sudah bisa pakai. Waktu kemarin ke Kuching untuk berobat nyokap, kita pakai Prodia punya, dia masih terima. Tapi kalau le mau bilang kelengkapan, Pontianak juga ga kalah kok medical checkupnya, yang general checkup.

- P : Tadi sempat bilang bahwa kualitas pengobatan yang di Pontianak masih kalah, tapi dari peralatan yang ada sekarang sudah mulai meningkat, misalnya operasi Katarak yang dulu hanya ada di Kuching. Sekarang sudah ada di Soedarso, kenapa tidak bisa meningkatkan pelayanannya?
- A : Gini, kalau dibilang meningkat, Pontianak dan Jakarta, fasilitas itu mereka jauh lebih bagus. Contohnya Pontianak, kamarnya ada yang VIP, ada beberapa kelas, kelas I, II III. VIP tempatnya bagus, rapi, bersih, susternya lebih bagus, dedicated. Itu benar di Pontianak. Jadi kualitas, tempat, luas parkir, lebih bersih, itu Pontianak bisa bersaing, even better. Tempat tidur lebih bagus ada elektronik, dibanding dengan Kuching. Kuching saya ke sana semua tradisional, tapi clean. Pertama. Dan dia tidak bedain kualitas kelas I, kelas II, kelas III, yang bedain itu tempat tidurnya. Kelas III berempat atau berapa, kelas II berdua, kelas I sendiri tapi sharing, masuk akal kan? VIP sendiri murni. Tapi, dari sisi orangnya, jadi misalnya ada suster untuk kelas I, itu semua suster datang sekali ke semua kelas. Bedanya Cuma wa tidur ramai-ramai. Kalau di Indonesia beda, yang jagain beda, yang dedicated pun beda. Jadi dokter datang ke kelas I, itu lebih jarang daripada dia datang ke kelas VIP di Indonesia. Kalau yang lain itu ga, dokter itu attached ke pasien, dia ga mau tau dia tidur di kelas berapa. Tapi once wa tanggungjawab ke pasien ini, dia disuruh datang jam5, dia dateng, disuruh jam10 dia dateng. Konsistensi. Kualitas pelayanannya. Tapi kalau dibilang fasilitasnya di Indonesia, jauh meningkat. Tapi layanannya ga. Coba liat kualitas dokter di Kuching, ga pinter banget dibanding Indonesia. Indonesia juga banyak yang pinter-pinter. Gelarnya sama kok. Tapi kalau uda namanya ngerawat, bantu orang, dia konsisten. Dan mereka berani vonis, gitu.
- P : Memang ada artikel yang mengatakan seperti itu bahwa komunikasi dokter di Indonesia masih menjadi masalah utama pasien.
- A : Komunikasi memang sangat penting, Jadi kalau di Pontianak, kan wa uda bilang di awal, once le orangtua, bahasa Indo dia tidak bisa lancar, dia bisanya mix Chinese, waktu le ke Malaysia itu dokternya kuasai semua loh itu. Itu aku rasa sih uda di luar pertimbangan ras ya.
- P : berarti yang pertama terpenting adalah bahasa?

- A : Betul, bahasa. Kedua, justification pasien sakit apa. Di Kuching itu berani vonis. Sangat berani vonis. Dia sakit ini, tinggal berapa bulan, sakit ini tinggal berapa bulan. Mesti kayak gini. Ga di hide gitu loh. Di Indonesia itu seems ada yang di hide atau dia takut gitu untuk vonis. Yang dia mau dapat untung.
- P : By the way, mengenai cleanliness itu refer ke rumah sakit?
- A : Aku refernya ke rumah sakit swasta.
- P : Bagaimana pendapatnya tentang rumah sakit negeri?
- A : rumah sakit negeri, orangnya ya pegawai negeri. Once le sama pegawai negeri, gimana perlakuannya? Kalau sudah jam5, apa mereka bakal cek atau pulang? Mereka bakal pulang toh. Antonius kan dijaga suster. Memangnya mereka ada kerjaan lain selain jaga rumah sakit? Nah oleh karena itu mereka bisa terus stand by, commit timenya lebih banyak. To be honest, rumah sakit di Pontianak yang gede cuma dua, Soedarso atau Antonius. Antonius dijaga oleh suster, mereka agamis, dan bisa stand by di rumah sakit terus. Kalau Soedarso ya sesuai administrasi, semuanya sesuai jam kerja.
- P : Kalau soal harga?
- A : Sama saja. Coba masuk ke Soedarso VIP, bandingin deengan Antonius VIP. Yakin lebih murah? Kalau itu karena faktor dokter? Ingat dokternya sama loh. Spesialisnya pasti sama. Dokternya Cuma pindah praktek. Obat? Obat kalau generic ya semuanya murah. Cara dokter kasi obat, kalau dokternya sama ya cara kasi obatnya juga sama. Beda berapa sih memangnya? Ga signifikan. Yang membedakan paling fasilitas. Soedarso itu ada VIPnya banyak. Jumlah ruangan lebih banyak Soedarso, jadi kalau Antonius penuh bisa dibawa ke Soedarso kemungkinan masih ada. Cuma memang mayoritas Chinese lebih senang ke Antonius, sorry to say, orang Chinese lebih banyak yang menengah ke atas, dia mau cari yang bagus. Antonius lebih gede, Antonius selalu penuh. Makanya mereka perbesar rumah sakit lagi sekarang. Wa aja lah, kalau memang di Antonius ada VIP kosong, wa akan pilih ke Antonius. Kalau full, baru pindah.
- P : berarti tidak menutup kemungkinan dia akan ke Soedarso?

- A : Mungkin kalau dia pertama kali di vote sakit, dia akan ke Soedarso. Kalau bukan sakit yang kecelakaan dan tiba-tiba, dia akan ke yang paling besar dulu, yang paling luas, yang kira-kira dia bisa dapat VIP. Dia pikir pasti ada dokter. Wa ketemu sendiri soalnya, tahun 2010, wa pusing banget. Nyokap kecelakaan. Wa pindah 3 rumah sakit sampai ke Kuching.
- P : Kenapa ga ke Antonius?
- A : Karena kita memang rumah lebih dekat ke Soedarso. Wa sih mikirnya Antonius ya. Tapi ya biasanya kalau wa sakit, nyokap yang ribut-ribut.
- P : Kalau dokter yang menyuruh Anda ke rumah sakit Soedarso, apa Anda akan ke sana?
- A : Sebelumnya pasti kita ask for 2nd opinion dulu lah. Wa akan tanya dokter lain, kalau memang harus ke sana ya oke. Ya wa ga masalah dengan sudarsonya, tapi why sudarso gitu. Rumah sakit lain juga bisa kan. Case nya beda waktu nyokap wa kecelakaan. Pertama memang rawat di Soedarso. Karena dekat, kecelakaannya di Ayani. Masuk, medical checkup full. Nyokap memang kondisi fisiknya ga bagus, ditabrak hampir pingsan. Masuk Soedarso, medical checkup full, ga apa-apa katanya. Tapi nyokap sekali berdiri langsung pingsan. VIP ada di situ, wa bukan masalah VIP nya, wa perlu diagnose. Kasi jawaban donk, kenapa nyokap wa pingsan dibilang ga apa-apa. Wa takut donk, full checkup, dibilang ga apa-apa. Ga ada yang retak satupun, tapi nyokap ga bisa duduk. Duduk pingsan, duduk pingsan. Kalau tidur ga apa-apa. Tapi sakit. Orangnya sadar. Apa yang le lakukan kalau nyokap le kayak gitu? Panik donk, cari yang lain. Pindah, ke Antonius. Cek kamar VIP ga ada. Adanya kelas I, yang Cuma ada 2 tempat tidur. Wa booking semua. Lalu wa diagnose juga. Hasil yang di Soedarso tidak bisa dipakai di Antonius. Kebetulan dokternya beda, dokter emergency. Full body scan. Hari kedua pindah Antonius full body scan lagi. Ga ada beda hasilnya. Hari pertama tabrakan kan adrenaline masih tinggi, hari kedua uda mulai agak kecil, uda minum obat, antibiotic juga uda masuk, painkiller juga. Hari ketiga, bengkak uda mulai keluar. Uda mulai sakit badan. Wa suruh cek dokter, suruh scan lagi, ga ada yang salah. Ga ada yang salah, uda cek. Wa pulang hari keempat. Hari ketiga ini wa tanya dokter, tiap hari dokter cek berapa kali? Tiap hari Cuma dua kali. Pagi sama malam. Obatnya itu-itu aja. Sama bius. Diagnose dari dokternya ga lah itu

Cuma trauma, dan masih agak lemah, nanti juga kalau bisa sembuh. Tapi nyokap wa ga bisa bangun, tiap bangun pingsan. Bingung kan? Jadi hari itu kita telepon dokter, kebetulan teman, paranormal satu, lauya. Nah kata dokter, Ini ga firm nih. Le mesti ke luar. Nah paranormal, kebetulan ini dia ga pakai jurusnya, kekuatannya. Dia bilang ini mesti ke luar. Paranormal, loh yang ngomong. Ya mo gimana menyiksa banget, bingung kan le. Langsung booking tiket pesawat, sewa 6 seats satu deret, besoknya hari keempat kan wa uda nyampe. Kita mesti berangkat. Pagi itu kita malah ga bisa keluar dari rumah sakit. Suruh sign kalau dia ga mau dituduh kalau ada apa-apa. Pokoknya bermacam-macam gitu. Antonius tuh bermacam-macam gitu. Dokter teman bokap wa kan dokter, ga masalah katanya, sign aja. Dia ga boleh cabut infus loh. Jadi kita keluar, obat kita tebus, tapi infus harus cabut. Disuruh cabut, cabut kita. Jadi hari kelima wa nyampe di Kuching. Wa dari bandara sampe Normah 1 jam. Langsung dibawa ke Normah, kita masuk emergency room. Medical checkup ga full, karena sebagian besar data dari Soedarso bisa dipakai katanya. Jadi ga usah cek lagi. Wa uda bilang sama mereka kalau wa uda cek di Antonius, mereka bilang data di sudarso ga bisa dipakai, Cuma bisa dipakai yang paru(-paru). Keluar dari ruangan ER. Masuk ke ruangan kelas dua, karena kita ramai, dia kasi loh kita tempat tidur extra. Tadinya mau di book lagi tapi kata mereka gak apa-apa. Karena itu ga ada orang, tapi kalau ada orang dia mesti occupied. Dia akan usaha ini kosong tapi kita ga usah bayar, kita boleh tidur. Dingomongin kayak gitu loh. Jadi wa hari jumat nyampe, jam kedua, err..jam ketiga lah wa di Kuching, dokter nyampe. Ngomong ke kita bahasa Mandarin, karena nyokap lebih lancar bahasa Mandarin kan. Dia bolang nyokap wa tulang punggungnya itu retak satu. Jadi ini kan punggung nih (menggambarkan tulang punggung), itu retak satu, ada tulang tengahnya hilang ga keliatan, jadi gabung man, remuk ke dalam. Jadi ini mesti digituin (memperagakan penyisipan tulang), itu abis. Jam ketiga loh wa di Kuching uda dapat hasil. Dia kasi pilihan, le ada tiga cara mau sembuh. Yang pertama operasi, angkat pakai pen itu paling mahal. Kedua dia pakai semen suntik ke dalam, dari induk semen, jadi tulang lagi. Jadi diangkat. Itu kedua, jadi itu gampang dan murah. Resikonya, sekitar 80 – 90% kalau ga salah, eh 9% ada kejadian kecil atau apa, dan mesti dioperasi dan itu jarang banget. Yang ketiga dia minum obat, nanti sembuh sendiri, tapi itu lama. Itu paling murah. Jadi le pilih yang mana? Wa pilih yang pertama, yang operasi. Yang pertama pakai pen, dia bilang lagi, nyokap le tuh stamina ga begitu bagus. Le pakai pen itu

zat besinya terlalu banyak dan sebenarnya ga ada bedanya antara le pakai pen sama yang lebih murah. Bedanya kalau le pakai pen itu jadinya lebih tegap, jadi le bisa kosmetik gitu. Kalau le ga butuh kosmetik kan tapi yang le butuh garansi disarankan yang lebih murah pakai semen. Resikonya berapa gede? Ga ada resiko sebenarnya 9% itu dia ngomongin lah. Kalau sampai itu jadinya sakit, resikonya lebih kecil lagi, resikonya langsung operasi. Itu option dua. Besok option dua jam9 pagi dit. Jadi semalam tidur. Tiap jam suster datang kontrol. Lalu wa kan bilang kemungkinan otaknya juga kena karena ada sampai luka, ada biru-biru dikit. Kebetulan itu kan jumat. Dokternya datang. Kebetulan itu kan jumat, uda malem kan. Head of rumah sakitnya datang sendiri. Dia kebetulan dokter otak. Lalu dia cek dia bilang no problem wa uda liat resultnya lu ga perlu cek tulang. Kecuali le mau MRI itu buat baca perilaku otaknya, itu wa yakin le ga butuh, itu mahal, napain. You believe me lah, I already 20 years been a doctor. Dijawabnya kayak gitu, jangan challenge wa lah. Kalau le habis operasi masih ada aneh-aneh le tanya wa. Wa diomelin sama dokternya. Karena wa kan kritis gitu, di rumah sakit wa selalu kritis. Di Antonius sama di sudarso wa kritis makanya pindah ke sini jg wa kritis. Besoknya surgery jam9, jam10 selesai, jam11 nyokap uda bisa duduk. Wa tiga hari man di Pontianak, empat hari, dua rumah sakit. Jam10 tungguin semennya kering, therapist datang, jam11 nyokap ud abisa duduk man. Hari senin wa balik Pontianak. Dua hari wa kontrol kan, nyokap kan masih belum bisa berdiri lama lah. Masih sakit kalau jalan. Wa sehari operation , kontrol sehari lagi untuk full check up. Dibilang le ga usah stay di rumah sakit, le pulang aja deh. Disuruh pulang, man. Nah itu beda. Itu kalau kita ngomongin services. Wa belum ngomongin uang ya. Biayanya berapa di Kuching? Wa di Kuching itu habis sekitar...18 Juta. Wa di Pontianak, rumah sakit dua itu 10 juta. Wa keluar 18 juta Cuma perlu 1 – 2 jam man keluar resultnya. Hebatnya, di Pontianak itu sebelum kita keluar duit jaminannya mesti ada. Di Kuching wa kan buru-buru nih, bawa duitnya kurang. Dia suruh wa pulang coba, le besok transfer deh ke Normah perwakilan Pontianak. Kebetulan kantor perwakilan Normah itu punya nyokapnya temen. Pulang, ga perlu insurance! Luar negeri man, dia suruh wa pulang dia kurang bayar. No worry pay me via Normah. Kurangnya memang ga signifikan, jadi abis surgery wa dipanggil, ini karena uda surgery, uda boleh pulang, payment gitu kan, kalau ga obatnya ga keluar. Obat apa juga itu juga sebenarnya ga ada obat. Painkiller doank. Wa kurang berapa ratus gitu, wa pakai rupiah dia

ga mau. Jadi wa kan ga enak kan. Jadi wa telepon om wa suruh transfer dulu. Di Soedarso, Wa nervous. Full check gitu kan. Wa tanya, hasilnya kapan. Setelah makan. Jam berapa?? Setelah makan lah satu jam gitu. Dokternya dateng. Ngasi obat. Harusnya kasi tau donk, nyokap wa tu sakit apa. Ga... Ga sakit kok, check medicalnya oke, paling trauma, nanti juga sembuh. Pokoknya ga jelas. Panas donk, panic man. Bukan ditenangin malah dicuekin. - Wa smpai gebrak meja, wa tanya le bisa ngobatin ga, kalau ga, wa ga di sini. Cici wa uda debat paginya ga ngaruh soalnya. Itu setelah di Antonius, di Soedarso ga napa-napain. Ya kita panic lah sebagai anak, ga dikasi tau apa-apa, dikasi tau jawaban ga jelas. Tebus obat terus. Datang kasi obat terus ya wa tebus terus kan. Tapi resultnya apa, malah tambah parah. Bukan bilang ga apa-apa, mereka bilangnnya nanti juga sembuh. Mereka datang minta cek ini, cek itu, bilangnnya akhirnya trauma, cek terus. Bukan mereka ga cek tulang punggung, pertama datang cek, mereka cek tulang punggung man. Itu bedanya, di Kuching wa ga pakai cek lagi man, pakai cek yang di Sudarso. Ga scan lagi sendiri. Diagnosenya beda, tulangnya hilang satu. I don't know mereka ngerti apa ga. Wa bukan dokter man, tapi wa bisa liat lah ini ga ada result, sampai wa gebrak meja. Lalu salahnya, waktu hari pertama, kan wa di situ, kan hari itu. Itu di sampingnya sakit tipus kan, itu kerjanya nelpon terus. Yang sakit kan nyokap, bokap tu sampai ga bisa tidur Bro jadinya. Cici wa ada di sana sih, Cuma ya dia ragu-ragu take decision, makanya wa langsung datang. Wa seneng di kuching, cepet, cost nya murah, ya lebih mahal sih dibanding Pontianak, tapi lebih murah gitu menurut wa karena cepet. Dan yang wa kesel waktu kita di sana. Waktu kita tanya ke sana, dokter bukan kasinya jawaban tapi kasinya ancaman, kalau le ngerasa bener ya le cari aja dokter lain gitu loh. Wa panic loh waktu itu. Kenapa di kuching wa ga panic, wa panikin dokter, yang mau MRI. Dia Cuma bilang You have to trust me, 20 years been a doctor. Kalau dia uda ngomong gitu, le mau gimana? Percaya aja kan? Liat result dulu kan? Percaya yang dia omongin, dan itu ga disuruh napa2in, bukan disuruh tebus obat apa. Itu lah beda Quality dan facility

P : apa itu ga lebih ke SDM?

A : Kalau SDM, wa yakin sama lah. Bedanya apa? Sekolahnya sama-sama di luar kan.

P : Kenapa ga waktu itu ke RS di Jakarta?

A : Jakarta, flight 1 jam, man. Dari Jakarta, airport ke rumah sakit terdekat itu berapa lama? Wa bingung pilih rumah sakitnya. Jakarta itu banyak rumah sakit bagus. Le coba sebut rumah sakit yang bagus? Nah le pilih yang mana? Sedangkan di Kuching, dari bandara sampai Kuching total 15 menit Bro. Sampai di sana ada mobil, wa uda order kan dari Pontianak wa mau pakai ambulance. Sampai di sana, mobil yang wa order belum ada Bro. Yang ada di sana mobil perwakilan yang mirip ambulance, ada tempat tidurnya. Ga usah ngomongin. Yang wa pesen kan nomornya kan, wa tanya, I already order ambulance with this number. Dia bilang not yet coming, but this is the same, you can use. Pergi, man. Dan kayaknya itu bukan ambulance khusus Normah, itu ambulance di bandara. Ga bayar loh, gratis sampai Normah. Sampai sana langsung masuk ER. Jam ketiga dokternya datang kasi tau, langsung besok surgery kan. Harganya 18 juta bisa utang lagi. Padahal kita orang luar negeri, wa ga submit KTP, man. Padahal nyokap ga pernah ke Normah, selalu ke Timberland. Karena katanya untuk accident lebih bagus Normah, kita ke Normah. Kalau specialist carinya ke Timberland. Sama dengan Normah tapi mereka fokus di situ, misalnya lumpuh gitu. Kalau Normah itu Soedarsonya Kuching lah.

P : Di Pontianak, tidak semua Chinese menengah ke atas, ada Chinese yang menengah ke bawah pun memiliki demand untuk berobat ke Kuching. Menurut Anda alasannya apa?

A : Karena wa punya lebih duit sedikit, wa ke Kuching. Napain wa ke Pontianak lagi? Cost nya sama. Ga jelas lagi. Mendingan wa agak tunggu, terkumpul lebih dikit wa ke Kuching. Kecuali le ga ada duit, le pasti ga akan obatin, uda siap mati gitu loh. Uda waktu kumpulin duit, dikit lagi aja uda nambah, uda ke Kuching. Napain di sini? Beda 5 tiau, 3 tiau. Berapa duit sih? Bis berapa duit sih? 80 ribu, Bro.. Wa naik pesawat bolak balik Cuma sa pek go, Ceng Beng pulang 9 pek, man! Kuching pesawatnya 1 minggu 3 kali. Selasa, Kamis, Jumat. Bis banyak dan anytime, Cuma 5 jam paling cepet. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana ada sih yang kecewa. Kecuali yang uda kanker, uda pasti mati ga mungkin hidup lagi.

P : Memangnya banyak pengalaman kecewa di Jakarta?

A : Kalau Jakarta ya le dengar sendiri aja, dari tv juga banyak. Soalnya media di Indonesia kan payah kan yang jelek-jelek di blow up yang bagus ga pernah kan. Tapi di Kuching ga pernah kedengaran kan yang aneh-aneh. Pernah denger ga malpraktek di Kuching. Jarang-jarang kan. Sampai dia ga bisa tangani dia kasi yang lain. Sampai general hospital pun mereka support. Ini wa cerita lagi kenapa mereka lebih senang ngeladenin orang luar negeri. Waktu itu wa ke kasir nih bayar. Orang sebelah wa juga bayar, waktu itu barengan surgery, bayar. Tapi wag a tau dia surgernya apa. Jadi setelah nyokap wa surgery, orangnya masuk surgery. Le tau ga dia bayar berapa? Fasilitas ama, masuk ke ruangan yang sama. Wa tu waktu itu bayar berapa belas ribu gitu, pokoknya 18 juta lah hitungannya. Dia bayar sekitar 800 – 900 ringgit. Untuk medical treatment itu. Dia beli obat, 1 ringgit Bro. Wa beli obat beberapa ratus ringgit itu, dia Cuma bayar admin doank. Mereka jaminan kesehatannya bagus. Bisnisnya rumah sakit dimana? Turis-turis ini. Mereka kalau ngobatin orang sendiri, medical itu free. Cuma bayar admin. Surgery juga lebih murah, Cuma beberapa ratus. Yang dibayar itu dokternya. Jadi dokternya perlu gaji kan, tapi facility free. Gaji dokternya gede. Tiap konsultasi bayar 200 – 300. Itu untuk bayar dokternya. Obatnya juga yang generic 1 – 2 ringgit. Dan mereka ga perlu claim insurance loh. Wa masih claim insurance, Prudential. Tapi waktu kita bilang Prudential dia uda tau dia cepat isinya. Tanpa ba bi bu. Mereka lebih seneng insurance, berapa ringgit, pakai ID. Jadinya tu cepat. Kalau di sini kita pakai insurance, rumah sakitnya lebih worry, duit wa uda pasti ga. Di sini takut banget, Jamkesmas, pemerintah, wah antrinya belakang-belakang. Murah, tapi diagnose nya tu parah, takut ditipu, man. Mending langsung di luar, mahal dikit tapi ada result.

P : Kesimpulannya berate karena ada trust terhadap kualitas luar negeri?

A : Bukan begitu juga. Case nyokap wa, kenapa wa pilih luar negeri, bukan karena wa trust luar negeri. Kalau memang iya, dari hari pertama kemarin juga uda wa bawa ke luar negeri, tapi ini hari keempat. Hari kelima nyokap uda bisa duduk man. Tiga hari di Indonesia kayak orang bego man ga ada result. Wa percaya Indonesia tiga hari loh Bro, nah habis ke Kuching itu dua hari doank. Mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu. Apa sih susah nya ke Kuching? 15 menit sampai man. Kuching kan tiket selalu kosong Bro, wa booking 6 seat langsung. Wa bawa nurse loh dari Indonesia. Jadi si Normah ini hebat, itu bisnis lah ya. Dia provide Nurse.

Jadi di pesawat dia infus. Sudah disediakan nurse dari Pontianak, tambah 3 juta.

P : Kalau le ditanya untuk rekomendasi rs di Kuching, Anda bakal rekomendasi keluarga ke sana?

A : Kalau memang keluarga yang tanya dan penyakit mereka berat tanpa ba bi bu langsung Kuching. Tapi kalau ringan ya ga perlu sampai Kuching lah. Antonius juga bisa

Informan 4

Nama : Tan Siak Tjuang

Umur : 45 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Kewarganegaraan : Asing (Cina)

Status : Menikah, 2 anak

Pekerjaan : Guru Sekolah/Dosen Universitas Swasta

Tanggal / Waktu Wawancara : 25 Januari 2012, Pukul 15.00 WIB

Tempat Wawancara : Kediaman Tan Siak Tjuang

Bahasa Wawancara : Indonesia

P : Pak Tan, boleh saya tahu bahasa sehari-hari yang Bapak tuturkan?

A : Pak Tan lebih sering berbahasa Teociu, meskipun untuk bekerja fasih saya gunakan bahasa Indonesia.

P : Dari segi budaya Pak Tan masih sangat erat menerapkan tradisi Pak?

A : Saya keturunan kedua di Pontianak, orang tua datang langsung dari negeri Tiongkok. Jadi mengenai tradisi, keluarga dan Pak Tan masih sangat erat menerapkan kepercayaan dan budaya. Setiap Tahun Baru dan Sembayang Kubur keluarga selalu berkumpul.

P : Di rumah, Pak Tan ada media yang sering diakses?

A ; Koran berbahasa Mandarin kalau sempat baca. Koran lokal (berbahasa Indonesia) juga perlu, karena berita sekitar juga kadang perlu terus diperbaharui. Kalau televisi, keluarga terbiasa menonton siaran luar, siaran Mandarin.

P : Saya dengar Pak Tan sering menggunakan obat tradisional?

A : Ya. Ini mungkin merupakan warisan atau perilaku orang tua juga yang dari dulu memang cenderung ke pengobatan tradisional. Jadi mungkin sedikit banyak juga terpengaruh dari orang tua. Lagian kalau kita lihat biasanya ada kasus tertentu dimana pengobatan barat itu tidak mampu mendeteksi. Kemungkinan karena kemampuan pengobatan dokter itu belum begitu baik. Sedangkan dari pengobatan tradisional Chinese, pemeriksaannya menggunakan periksa nadi. Nah itu akan ada hal yang tidak terungkap oleh pengobatan medis barat. Dengan pemeriksaan getaran nadi, biasanya terungkap apa yang kita derita. Terlebih lagi, medis barat memeriksakan penyakit sesuai kata-kata keluhan dari pasien, sehingga pemberian obat pun terkesan coba-coba, karena sesuai dengan kata-kata pasien. Sebaliknya, dengan pemeriksaan getaran nadi, tabib yang akan menentukan penyakit yang diderita pasien, sehingga hasil yang diberikan akan lebih luas, tidak sekedar keluhan penderita. Maka pemberian obat pun lebih akurat. Jadi kalau ada pengobatan barat yang dikombinasikan dengan timur, mungkin jauh lebih baik. Sekarang yang Pak Tan tau dari pengobatan di negara maju, mereka selain mendapatkan ilmu kedokteran barat, mereka juga mengadopsi pengobatan budaya timur yang lebih holistic. Walaupun memang pengobatan barat ada keunggulannya juga, tapi mungkin lebih baik dikombinasikan. Itu pun menjadi salah satu alasan kenapa orang Chinese ini kadang-kadang dokternya milih yang agak Chinese, karena kalau mereka bicara dengan dokter-dokter yang Chinese ini mungkin lebih paham, jadi kalau apa yang terjadi di komunitas orang Cina, pengalaman-pengalaman keluarganya mungkin jadi pertimbangan juga untuk memilih pengobatan. Dibanding mereka yang tidak kenal budaya Chinese, karena kalau diobati mereka mungkin tidak tahu bahwa orang Chinese punya preferensi apa. Jadi kalau disuruh milih, saya memang lebih memilih yang holistic. Chinesenya ada, pengobatan juga ada. Dikombinasi akan lebih baik. Kedokteran barat mau tidak mau harus belajar juga, yang dari China juga kan sudah maju dan mengembangkan diri.

- P : Di beberapa artikel memang ada yang mengatakan bahwa pengobatan di Indonesia sudah mulai mengadaptasi pengobatan tradisional. Namun, ada yang kurang setuju dengan pengobatan tradisional, karena belum terbukti secara ilmiah, dan memang bisa berakibat pad pasiennya sendiri
- A : Kalau menurut Pak Tan sendiri, pengobatan Chinese sendiri itu juga bukan tidak ada pengalaman. Sudah melalui pengujian ribuan tahun, dan itu juga bukan waktu yang pendek untuk menghasilkan suatu pengobatan. Mungkin juga ada semacam pengaruh takhyul, itu yang menimbulkan pendapat secara medis tidak terbukti. Contohnya, Orang China sangat dianjurkan untuk berpantang bila sakit, agar tidak berakibat buruk. Tapi kalau didengar dari dokter barat, tidak ada pantangan. Jadinya, bagi orang Chinese sendiri hal tersebut jadi dilemma. Dari kata kakek nenek, bahwa dilarang makan ini, tapi dokter bilang boleh saja.
- P : Berarti kalau Pak Tan sakit, Pak Tan akan langsung ke tabib?
- A : Ya kalau sakitnya biasa, pusing atau kelelahan sih tidak masalah. Tapi kalau sakit berkelanjutan, segera konsultasi dengan tabib.
- P : Begitu juga dengan sinshe, Pak?
- A : Ya terutama untuk kasus tulang, kalau memang bisa disembuhkan oleh sinshe, saya akan ke sana.
- P : Jadinya Pak Tan sendiri memang menggunakan obat tradisional karena sudah terbukti dari pengalamannya ya
- A : Ya. Jadi memang kita tidak langsung percaya, karena memang sudah lihat. Memang kita juga terbuka pada perkembangan kedokteran Barat. Karena kemajuan teknologi pesat, begitu juga pengobatan barat. Tapi mungkin di kedokteran barat juga ada yang meleset. Di Indonesia terlebih kita ragu dengan pengobatan ragu karena ketidaktelitian. Mereka sering menjadikan pasien untuk uji coba obat. Jadi kita jadi khawatir. Sedangkan di tempat lain harus periksa darah terlebih dahulu.
- P : Dari segi biaya?
- A : tentu dari pengobatan modern lebih mahal. Kalau pengobatan herbal karena banyak menggunakan apotik hidup, dengan menggunakan tanaman di

kebun. Cara pengobatannya juga sederhana, hanya ditumbuk, jadinya lebih murah. Sedangkan dengan pengobatan barat, karena menggunakan pabrik, jadinya banyak biaya yang harus ditanggung.

P : Apa Bapak akan merekomendasikan pengobatan tersebut pada orang lain?

A : saya rekomendasikan pengobatan tradisional bukan hanya pada keluarga, kadang teman dan kolega yang meminta saran, juga akan saya beritahukan mengenai kebaikan pengobatan tradisional

P : Kalau dari masalah komunikasi, enak dengan pengobatan tradisional?

A : Ya karena memang kesamaan bahasa, kultur dan budayanya sama. Tapi sekarang juga banyak dokter Tionghoa. Jadi harusnya tidak ada masalah dengan komunikasi.

P : Ada artikel yang menyebutkan 80% pengaduan kedokteran adalah pengaduan komunikasi. Pernah mengalami?

A : Mungkin ini pengalaman yang lain. Faktor komunikasi pernah berpengaruh. Terlebih mereka yang lebih tua, yang bahasa Indonesianya tidak lancar, itu yang menjadi masalah.

P : Dari segi pelayanan, beberapa komplain menyebutkan bahwa pelayanan di rs pemerintah kurang baik, apa Pak Tan setuju?

A : Orientasinya kembali ke hati ya. Bagaimana dia mau melayani. Orientasi dokter kan sekarang waktu. Waktu adalah uang juga bagi mereka. Kadang-kadang di satu tempat lama banget baru ada dokter. Itu merupakan contoh pelayanan buruk. Sering Pak Tan dengar kasus tersebut di beberapa rumah sakit. Terlebih lagi itu rumah sakit umum, dimana semua orang ada di sana.

P : Itu berpengaruh terhadap pemilihan rumah sakit Pak Tan?

A : Ya. Saya selama ini tidak pernah ke sana. Kita kalau sudah dengar pengalaman dari orang lain, sudah jangan ke sana, pasien kok dibiarkan seperti itu. Itu secara responsif kita tidak akan ke sana. Mungkin karena sudah terlalu sibuk. Jadi ya pengaruh. Tapi pernah beberapa kali menjenguk teman yang sakit di sana, sehingga sudah melihat sendiri juga bahwa penanganannya lambat dan dokternya tidak selalu ada.

- P : Meskipun harganya mungkin lebih murah Pak?
- A : Betul dari segi harga mungkin lebih murah daripada rumah sakit swasta. Namun Pak Tan lebih cenderung mengkonsumsi obat-obatan herbal yang lebih baik bagi tubuh.
- P : kalau dengan rs swasta?
- A : Meskipun umunya orang China lebih banyak ke rs swasta, dalam hal ini Antonius, tapi ada juga pengobatan swasta yang seperti itu. Pemerintah harus meningkatkan customer service di rumah sakit. Terakhir Bapak ke Antonius waktu kemarin kecelakaan. Karena kecelakaannya dekat ke Antonius ya saya ke sana. Tapi pelayanannya aduh.
- P : Kenapa tidak puas Pak? Itu pelayanan VIP?
- A : Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin. Kebetulan memang belum pernah ke VIP. Karena yang penting bagi Pak Tan itu memang kesembuhannya. Tapi yang saya tahu VIP itu fasilitasnya yang berbeda, pelayanannya tidak jauh berbeda.
- P : Setelah itu Pak Tan keluar dari rumah sakit?
- A : Pak Tan rawat inap dua hari, setelah bisa jalan, saya keluar, saya pemulihan dengan obat herbal.
- P : Mengenai biayanya Pak?
- A : Relative ya. Waktu kecelakaan kemarin di Antonius saja habis 3-4juta termasuk biaya obat. Pemulihan dengan obat herbal sekitar 500an ribu.
- P : Mungkin karena perawatan itu alasan orang Pontianak banyak berobat ke luar negeri
- A : Di Pontianak, pilihan yang tersedia tidak banyak. Mereka paling akan Antonius. Kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri. Visi misinya kan beda. Mungkin karena mereka pikir mereka sudah jauh-jauh ke luar negeri, mereka akan menangani lebih serius. Jadi penghargaan terhadap hidup manusia itu lebih.
- P : Di Jakarta banyak rs mewah. Kenapa mereka lebih milih ke Kuching.

- A : Mungkin karena belum dikabarkan secara baik. Mereka memang harus mempromosikan diri. Pengobatan di Kuching rajin diberitakan di koran. Sekarang saja sudah muncul yang baru. Apalagi jarak dari sini ke Kuching jauh lebih murah daripada ke Jakarta.
- P : Pernah berobat ke Kuching?
- A : Pernah pengobatan sinusitis. Itu juga ke tabib dulu, setelah pengeringan sinus sembuh, baru saya operasi ke Kuching, karena memang tidak bisa ditangani oleh tabib.
- P : Alasannya memilih Kuching?
- A : Mungkin karena rasa ketidakpercayaan saja terhadap pengobatan lokal. Karena masalah begini bukan untuk dicoba-coba. Jadi kita perlu suatu yang ada jaminan, yang aman. Kebetulan tabib juga waktu itu menyarankan ke Kuching.
- P : Biasanya dapat rekomendasi dari?
- A : Dari family, teman-teman. Keluarga semuanya menganjurkan di Kuching sih. Memang dari mulut ke mulut itu pengaruh.
- P : Bagaimana pelayanan di Kuching?
- A : Memang lebih baik ya pelayanannya. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani. Berobat di sini sama di Kuching itu sama dilayaninya. Kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu, tapi di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter. Soal harganya juga kurang lebih ya dengan di sini. Mungkin sekarang sudah lebih mahal. Saya juga sering mendengar mengenai salah diagnosa RS swasta di sini. Terutama dengan dokter junior. Mungkin karena pengalaman mereka yang belum matang, sedikit-sedikit disuruh operasi, atau pengobatan maksimal. Begitu diminta operasi, tentunya tidak akan langsung kita cerna, dan akan saya tanyakan ke yang lain.
- P : Kalau dengan dokter senior Pak?

- A : Ya kalau dengan dokter senior, kita sering ke Gunawan Hadibrata, tidak ada masalah ya. Problemnya memang di holistik, pengalamannya yang kurang. Karena itu saya lebih sering mengkonsumsi pengobatan herbal. Kalau pengobatan herbal, tabibnya berbeda. Kita kalau ke pengobatan modern, kita ditanya kita sakit apa, padahal belum tentu kita mengerti mengenai tubuh kita, apalagi dokter yang menangani dokter junior. Oleh karena itu, kemungkinan untuk salah diagnose sangat besar. Kalau di pengobatan herbal, kita sampai sana, kita tidak boleh bicara sama sekali. Nanti tabibnya yang akan menentukan kita sakitnya apa. Memang sekarang sudah ada teknologi yang lebih maju seperti cek darah, yang sudah banyak diterapkan di Kuching. Itu mungkin akan membuat diagnose lebih akurat.
- P : Selama ini dengan pengobatan tradisional tidak ada masalah Pak?
- A : tergantung juga dengan tabibnya, kalau sudah cocok ya biasanya tidak ada masalah. Saya hingga saat ini cocok dengan satu tabib tidak ada masalah. Cuma anak Bapak tidak cocok dengan tabib itu, sehingga saya mencari tabib lainnya. Walaupun tabib belum menyembuhkan, mereka akan referensi tempat lain. Kemudian ada juga info dari family, teman-teman sebagai 2nd opinion. Sehingga 2nd opinion itu sangat diperlukan ya.
- P : Berarti Bapak pertama merasa tidak enak badan atau sakit, langsung menemui tabib?
- A : Untuk penyakit ringan, seperti flu atau demam, ya tentu tidak perlu langsung ke tabib. Tapi kalau untuk penyakit tidak berangsur sembuh, tabib tentunya diperlukan. Nantinya tabib akan mendeteksi penyakit.
- P : Kalau tabib belum bisa menyembuhkan penyakit Pak?
- A : Kalau masih juga tidak sembuh sehingga tabib sudah angkat tangan berdasar info dari saudara-saudara dan teman-teman, maka baru dipilih solusi yang cocok.
- P : Kalau tabib tersebut rekomendasi Bapak ke Sudarso?
- A : Ya tergantung ya. Saya akan tanya-tanya orang dulu, apakah ada yang punya pengalaman serupa. Kalau ada, bagaimana pendapatnya. Kalau memang pengalamannya baik, saya baru akan ke sana.

- P : Bapak sering mengikuti komunitas-komunitas?
- A : Kalau komunitas etnis dan budaya sih tidak terlalu aktif ya. Pak Tan cukup aktif di Komunitas Vegetarian Indonesia. Tapi dari keluarga, teman-teman, juga siswa saya lumayan sering berinteraksi dengan mereka.
- P : Berarti bisa dibilang 90% rekomendasi itu dari orang Chinese
- A : Ya bisa dibilang begitu. Kebetulan profesi Pak Tan guru, jadi rekan-rekan juga sering cerita, juga siswa-siswa. Memang kebanyakan dari mereka satu etnis dengan Bapak.
- P : Apakah pergaulan Bapak terbatas dengan etnis Chinese saja?
- A : Oh, bukan berarti seperti itu. Rekan seprofesi, bahkan atasan Pak Tan juga non Chinese. Memang dalam bergaul kita tidak pernah membatasi.
- P : dari profesi Bapak, berapa pendapatan Bapak per bulan?
- A : Pak Tan mengajar di beberapa tempat, kalau digabung berkisar 8 - 10 juta
- P : Bapak mengajar dimana saja Pak?
- A : Selain di Gembala Baik, juga di Widya Dharma. Sembari mengajar juga masih melanjutkan pendidikan.
- P : Berarti sangat sedikit waktu Pak Tan bisa bersama keluarga di rumah?
- A : Mau gimana lagi ya. Profesi guru menuntut saya terus berkembang, memang tidak bisa seperti orang umumnya pergi pagi, sore sudah di rumah.
- P : Tidak mencoba bidang lain, misalnya wiraswasta?
- A : Memang biasa orang Cina berwiraswasta ya. Tapi Pak Tan memang dari dulu sudah tertarik di dunia pendidikan.
-

Informan 5

- Nama : Bun Siet Cin
- Umur : 57 tahun
- Jenis Kelamin : Perempuan

Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Cerai Mati, 4 anak
Pekerjaan : Wiraswasta
Tanggal / Waktu Wawancara : 29 Mei 2012, Pukul 19.00 WIB
Tempat Wawancara : *via* Telepon
Bahasa Wawancara : *Teociu* (diterjemahkan ke bahasa Indonesia oleh penulis)

P : Sehari-hari pakai bahasa apa?

A : Biasanya pakai Teociu atau Khek, bahasa Mandarin tidak bisa

P : Pai Lau ya, sembayang kubur semua masih rutin?

A : tiap tahun masih rutin dua kali, ke kelenteng masih juga sering, tapi di rumah anak perempuan semua, jadi ga ada pai lau ya.

P : Kalau Tahun Baru, makan besar, keluarga masih kumpul?

A : Masih ada.

P : sehari-hari dekatnya sama siapa, keluarga, teman?

A : Dekat sama tetangga. Anak-anak sudah besar semua, sudah kerja, sudah kawin.

P : Semuanya beretnis Tionghoa?

A : ya semua etnis Tionghoa.

P : Ada menonton media, film, lagu?

A : Tidak ada, dengar lagu juga lagu lama.

P : Pernah pulang ke Tiongkok?

A : pernah, satu kali sama anak cucu.

P : Pengeluaran keluarga satu bulan berapa duit?

A : Kira-kira 2 juta.

- P : Ada ikut kegiatan yayasan, atau sumbangan?
- A : Ada yang wajib la ikut. Satu tahun dua kali.
- P : Biasa orang Chinese sekarang sudah banyak yang modern dan terbuka, baik di politik, apa Anda setuju dengan hal tersebut?
- A : Kalau memang mereka bisa kenapa tidak. Kita sebagai orang China pun merasa bangga ya ada orang China naik. Berati orang china sudah pintar-pintar, dulu kan tidak ada yang bisa naik.
- P : Sewaktu Anda sakit, apa yang Anda lakukan?
- A : Obat biasa, panadol atau sanmol bisa. Tapi kalau misalnya saya demam, tidak sembuh ya saya ke sinshe.
- P : Kenapa ke sinshe?
- A : dari kecil ya ke sinshe. Orangtua dulu ajak kita ke sana, sekarang kita percaya sama sinshe. Biasa sih ke mutiara.
- P : Biasanya bagaimana pengobatan di sinshe?
- A : Kan periksa nadi, nanti mereka uda tau kita sakit apa, kita dikasi daun-daun. Daun nantinya kita rebus, biasanya obat untuk dua hari.
- P : Kalau dari dua hari belum sembuh?
- A : tergantung. Kadang kalau sakitnya parah memang pengobatan berkali-kali. Pertama untuk obati apa, kedua untuk obati apa. Kalau memang belum sembuh juga ya ke Sinshe lain.
- P : kenapa ke sinshe lain ga ke dokter?
- A : Kan pengobatannya beda. Hasilnya juga ga sama. Kalau sinshe nya belum kasi jawaban ya berati kurang pintar. Kalau ke dokter susah, obatnya ga bagus, mahal.
- P : Kenapa ga bagus?
- A : Kalau sinshe kan pakai daun, dokter kan obatnya buatan pabrik. Pakai daun biasa lebih aman lah. Ga ada yang pernah kenapa-napa. Memangnya tiap

sinshe beda obat, tapi obatnya ga akan beda jauh sama yang lain, kalau kenapa-napa juga ada penawarnya. Obatnya juga ga mahal Cuma 20-30ribu.

P : Kalau dari sinshe juga belum sembuh gimana?

A : liat dulu penyakitnya. Kalau tanda-tanda aneh ya ke lau ya.

P : Tanda-tanda aneh misalnya?

A : Cucu wa dulu tu sering nangis malam-malam, tiap malam ribut terus, wa ke lauya, itu biasanya ada tanda roh yang masuk, bikin cucu ga tenang. Kita kan orang cina banyak pantang, kalau lagi kurang sehat, jangan ke tempat orang meninggal, orang melahirkan, orang menikah. Itu cari penyakit namanya. Sering tetangga juga bilang pusing kepala, wa tanya, habis dari mana? Habis melayat. Ya wa langsung bilang, minta lau ya tolong. Habis itu ga ada masalah.

P : Bagaimana cara tau lau ya itu benar?

A : Habis itu ga sakit lagi.

P : Bagaimana cara liat lau ya yang bagus dan yang ga?

A : tergantung dia kerasukan roh apa. Kalau rohnya roh leluhur, apalagi jendral perang atau Dewi Kwan Im, kan orang besar. Biasanya mereka kalau kita sakit apa bisa usir roh lebih pintar. Kalau sakit atau apa gitu kan kita dimasuki roh orang, kalau yang usir jendral mana ada yang berani.

P : Pernah ke rumah sakit swasta?

A : pernah satu kali.

P : Kenapa waktu itu ga ke tabib?

A : Dulu wa sakit kaki, wa uda keliling tabib semua tak ada yang sembuh, ke lau ya sembuh, sebentar lalu sakit lagi. Ujung2 wa uda lemes, ga mampu kemana, dibawa ke Antonius karena dekat.

P : bagaimana pelayanannya?

A : jelek. Soalnya pasiennya ditelantarkan dulu. Kalau ga bayar dulu, registrasi belum selesai, itu dibiarin. Padahal orang uda sakit parah, sampai ga bisa

berdiri. Tapi dicuekin, dibiarin, ditelantarkan. Harus uda bayar, uda apa baru dikasi naik ranjang, didorong gitu. Kalau waktu itu uda sangat lemah ga mungkin ke sinshe lagi. Pernah ada anak teman wa sakit, tiba-tiba sakit, kemarin di sini rata-rata pergi ke Antonius sakit. Dia lagi kerja, pakai baju kerja jadinya anaknya mau masuk rumah sakit ga dilayani, dianggapnya tu orang ga ada duit dicuekin. Sekalinya dia telepon dokternya, dokternya baru telepon orang depannya, baru dilayani. Biaya di sana mahal, jadinya mereka takut kita ga bisa bayar gitu. Tapi orang kan bukannya ga bayar. Makanya banyak yang kecewa sama yang lokal. Kita ke sana karena memang ga ada solusi lain, ga ada tempat lain mau pergi. Soalnya kita pilih yang paling dekat. Karena terpaksa kok.

P : Pernah ke Sudarso?

A : ga pernah e.. Jauh sih. Dengar-dengar dari orang katanya kurang bagus e. takut juga.

P : kurang bagus maksudnya?

A : orang bilang lama banget baru ada dokter. Mau jani dulu. Rumah saya jauh, kalau jauh-jauh ke sana ga ada dokter kan jadinya kecewa.

P : kalau tabib yang menyuruh ke Sudarso?

A : tabib lain juga masih ada. Rumah sakit lain juga masih ada. Ga perlu ke sudarso lah.

P : Bukannya ga terlalu mahal di Sudarso?

A : ga juga. Namanya sakit mana ada yang murah.

P : Tapi untuk pertama kali pasti ke tabib?

A : Ya. Kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Obat dokter kan tidak bagus.

P : Langsung ke sana atau tanya-tanya dulu?

A : tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga.

P : Pernah berobat ke Kuching?

- A : Pernah juga.
- P : Sakit apa?
- A : Dibilang ga sakit apa-apa. Waktu itu kan ada keluhan, tapi waktu itu cek ga apa2.
- P : ga ke sini dulu?
- A : Ada, ada ke sini dulu. Di sini dibilangnya urat kejepit. Uda ke sinshe ga sembuh, lau ya juga kambuh lagi, rumah sakit sini ga sembuh, baru ke Kuching. Ke sana dibilang ga apa-apa.
- P : Bagaimana pelayanan di sana?
- A : Bagus ya bagus. Mereka ceknya cepat, hasilnya juga cepat. Mereka juga bisa bahasa Tiociu, jadi kita enak ngomong sama mereka. Saya juga berapa kali antar cucu berobat ke sana, mereka ga biarkan kita tunggu lama-lama. Bayarnya juga mahal, tapi mereka bagus. Kasi obat cepat sembuh.
- P : Bagaimana pendapat teman-teman tentang di Kuching?
- A : Di sana hampir semua pasiennya orang Pontianak semua. Bersih, dokternya lebih pintar, susternya juga ramah, jaga terus. Sinshe juga banyak langsung suruh ke Kuching, tetangga juga sering berobat ke sana. Cuma kita mau ke sana kan jauh. Naik bis aja uda berapa lama, mahal juga, belum hitung bayar bis, bayar penginapan, dokter.
- P : Kenapa tidak langsung ke Kuching, tapi ke rumah sakit sini dulu?
- A : Ke Antonius dulu la. Kan dekat. Di Kuching mahal lah. Kalau dokter di sini bisa ya di sini dulu aja.
- P : Ada kendala bahasa kalau ke dokter di Pontianak?
- A : Dokter ya dokter cina kan ada. Kita mau ngomong apa yang orang Tionghoa percaya juga dokter nya ngerti. Kita disuruh puasa, dibilang pantang ini itu, dokter bukan orang kita mana ngerti.
- P : Dokter di Kuching kan bisa bahasa Teociu, Khek, apa itu lebih baik dari dokter Indonesia?

- A : Ya kalau bahasa Indonesia yang gampang sih wa masih bisa, tapi bahasa Teociu memang lebih baik, karena kita bisa kasi tau lebih banyak.
- P : kalau komunikasi, cerita soal sakit, lebih enak dokter atau tabib?
- A : Biasanya gak ada masalah ya. Dokter sama tabib kita juga ga banyak omong lah. Dengar mereka ngomong apa ya kita ikut.
-

Narasumber 1

Nama : Juwira Linardi (*A Jue*)
Umur : 65 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Kewarganegaraan : Indonesia
Pekerjaan : Dokter Umum
Lama Bekerja : 36 tahun
Alamat Praktek : Jl. Tanjungpura, No. 194, Pontianak.
Tanggal / Waktu Wawancara : 22 Januari 2012, Pukul 14.00 WIB
Tempat Wawancara : Tempat Praktik Dokter Linardi
Bahasa Wawancara : Indonesia

- P : Sudah berapa lama buka praktek?
- A : 36 tahun.
- P : rata-rata pasien berapa banyak?
- A : Puluhan, lebih dari 30 per harinya.
- P : Buka prakteknya per hari berapa jam Dok?
- A : Pagi jam 7.30 – 11, sore jam 3 – 9 malam.
- P : Kalau masih ada pasien, tetap ditangani walaupun sudah lewat jadwal?
- A : Ya. Kadang-kadang molor sedikit, kadang-kadang lebih awal sedikit. Kalau hari kamis sore tutup.

- P : Kenapa hari kamis sore tutup? Karena alasan keluarga?
- A : Ya. Itu dulu sebenarnya bermula dari dulu saya pegawai negeri. Kita tutup kamis sore, supaya jumat lebih ramai, karena biasanya jumat pulang awal. Jadi kita juga punya energy lebih banyak. Dan supaya ada satu hari atau keluarga.
- P : Dokter selain buka praktek di sini ada praktek di tempat lain?
- A : Kalau sekarang tidak, tapi kalau dulu waktu jadi pegawai negeri, ya. Di Soedarso 1 tahun, pernah di Budiman, BP4 (Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru) 4 tahun. Pernah di Kanwil 11,5 tahun.
- P : Rata-rata yang diobati di sini penyakit apa saja ya dok?
- A : Sebagian besar penyakit infeksi. Tapi kalau tentang penyakit yang lain, darah tinggi, kencing manis, juga banyak.
- P : Sebagian bisa dokter tangani sendiri?
- A : Sebagian bisa, kalau tidak ya ke spesialis.
- P : Biasa ada rekomendasi ke spesialis tertentu?
- A : Kalau dulu memang tidak banyak pilhan, karena masing-masing Cuma satu. Sekarang sudah banyak pilihan ya ke yang kita kenal, biasanya yang senior. Tapi ke junior karena kita belum kenal.
- P : Tidak ada rekomendasi berdasarkan etnis? Yang Chinese lebih nyaman dengan yang Chinese misalnya?
- A : Tidak.
- P : Kalau rekomendasi ke rumah sakit?
- A : Biasanya ke swasta. Karena pelayanan yang swasta menurut pasien lebih baik daripada yang pemerintah. Biasanya saya memberikan mereka alternative ke rumah sakit mana, saya tidak pernah mengarahkan mereka ke rumah sakit mana. Kalau mereka tidak menentukan, baru saya yang menentukan.
- P : Sampai ke rumah sakit luar negeri?

- A : Kadang. Saya tidak pernah mengarahkan mereka spesifik ke rumah sakit tertentu. Kecuali beberapa penyakit yang khas seperti Hypertiroid, tenggorokan, atau penyakit lain seperti Radioaktif, itu mesti ke Singapore. Itu memang khusus, karena untuk meneliti Radiasi dari Radioaktif tidak semuanya bisa. Ke Kuching mereka masih harus menunggu kiriman dari Kuala Lumpur. Repot sekali. Sedangkan untuk ke Singapore, mereka hanya perlu pergi ke Batam, menyeberang dan tinggal kos. Biaya juga tidak susah, karena sekarang sudah bebas fiscal.
- P : Dari pasien yang datang mayoritas dari etnis tertentu?
- A : Mungkin pada permulaan, lebih banyak Chinese. Karena faktor bahasa masih menentukan. Sebagian dari etnis Tionghoa tidak bisa berbahasa Tionghoa dengan lancar untuk generasi tua, sedangkan untuk generasi muda memang tidak. Dan mereka bahasa sudah tidak jadi masalah. Sekarang mixed. Mungkin sekitar 50 – 50.
- P : Kalau ditanyakan alasan merujuk ke rumah sakit tertentu tadi, itu tergantung dari pasien ya
- A : Pertama, dari kemauan pasien, karena dia juga dengar cerita dari kawan-kawannya bahwa rumah sakit tertentu lebih bagus. Tapi kalau memang keputusannya tidak mutlak, saya akan merujuk ke rumah sakit, tanpa menyebut nama dokter spesialisnya. Saya Cuma menulis KEPADA : UGD. Jadi biar UGD di sana yang menentukan dokternya siapa, untuk spesialis apa. Jadi saya tidak menulis nama dokter. Kalau dulu memang tidak ada dokter lain, kita tulis namanya. Sesudah banyak, saya tidak tulis lagi. Saya hanya tulis misalnya : Dokter Penyakit Dalam.
- P : Kalau dokter praktek lainnya, biasanya mereka menulis nama ke dokter tertentu?
- A : Ya. Saya rasa ada. Tergantung dari kedekatan.
- P : Ada pertimbangan, Dok, kenapa tidak mencantumkan nama?
- A : Sekarang begini. Di rumah sakit mereka biasanya ada jadwalnya, si A praktek hari ini, si B praktek hari lainnya. Kalau kita tujukan pada dokter A, yang sedang jaga dokter B, menimbulkan perasaan tidak enak. Jadi lebih baik kita tergantung rumah sakit yang ada hari itu dokter siapa. Atau kita

kiriman langsung, Kepada : Dokter Jaga di RS apa. Biar yang menawarkan rumah sakit. Kecuali untuk praktek di luar, misal dokter Mata, saya tawarkan, di Pontianak ada dokter ini, ini dan ini, kamu pilih yang mana. Intinya pasien ada kecenderungan dengar dari teman-temannya siapa yang bagus, mereka yang dipilih. Tapi saya menolak adanya pertimbangan ras dalam pemilihan dokter. Sebab sebagian besar dokter memang non-Chinese. Hingga saat ini pun belum ada pasien yang menolak karena perbedaan ras.

P : Pasien kadang seberapa mengerti tentang ilmu kedokteran?

A : kalau dulu memang lebih buta, kecenderungan yang saya dapat belakangan memang terutama pasien muda, mereka bisa lebih mengerti, dan mereka ingin tahu lebih banyak. Memang jumlahnya belum terlalu besar, tapi kini cenderung membesar, dan sebagian di antaranya lihat di internet lebih dahulu. Jadi sebetulnya, dokter harus lebih pintar daripada pasien, kalau tidak bisa kalah sama internet. Lepas dari info benar atau salah di internet. Tapi mereka sudah memiliki informasi sebelum datang ke dokter.

P : Dan kalau mereka minta penjelasan lebih lanjut, dokter pasti berikan?

A : Ya. Selalu berikan. Kita mesti update sendiri, supaya kita lebih pintar dari internet itu. Kalau tidak kita habis. Mereka bisa balik melawan dan kita tidak bisa menjawab. Atau hilang kepercayaan dan tidak akan kembali lagi.

P : Memang ada pasien sering mengatakan bahwa jika dokter tidak memberikan jawaban yang memuaskan, dia tidak akan kembali lagi. Katanya dokternya tidak pintar.

A : Betul. Karena itulah dokter itu dituntut untuk terus mengisi diri supaya uptodate kalau tidak, kita habis.

P : yang disebut pasien yang puas adalah mereka yang bisa mendapat penjelasan tuntas dari dokter?

A : Betul. Dan saya cenderung memberikan informasi lebih dengan brosur tertentu. Itu seperti inform concern, bahwa informasi tersebut saya berikan untuk beberapa penyakit yang umum. Info tersebut sebenarnya dari koran, majalah, sebagian juga saya tulis sendiri, tapi saya merasa itu perlu diberitahukan. Karena waktu yang bisa saya habiskan bersama pasien tidak banyak. Tapi perlu dapat informasi yang begitu lengkap. Sehingga brosur

tersebut merupakan solusi. Memang tidak semua pasien meminta informasi yang sedemikian lengkap, kalau pasien tersebut memang membutuhkan, saya tidak ragu untuk memberi info kepadanya.

P : Pernah pasien tidak puas dan dokter dikalahkan dengan info yang didapatkan oleh pasien?

A : Hingga saat ini saya belum pernah. Memang ada beberapa informasi salah yang mereka dapat dari internet, saya akan counter, contohnya MMR, suntik yang hubungannya dengan autisme, jadi sebagian pasien tidak mau suntik MMR ke anaknya karena ada efek resiko autisme. Maka saya ada print out dari internet, bahwa info tersebut salah. Saya akan berikan ke mereka untuk baca. (sambil memberikan beberapa artikel), yang seperti ini bermacam artikel saya punya. Sebagian dari koran, sebagian dari internet, sebagian saya tulis sendiri, sehingga ini akan memberikan informasi lebih kepada mereka. Saya mungkin sedikit lain dari dokter yang lain. Sebagian dokter tidak mau cerita, saya tidak tahu kenapa. Kalau saya cenderung, pasien saya dibuat pintar supaya kerjasamanya lebih baik.

P : Ada statistic 80% dari total pengaduan terhadap dokter adalah masalah komunikasi. Bagaimana pendapat dokter?

A : Betul. Sebagian besar memang seperti itu. Mungkin karena sibuk, atau pasiennya terlalu banyak. Kalau saya berusaha komunikasikan dengan baik, karena puas atau tidaknya tergantung dari situ.

P : Sebagai seorang produsen jasa berarti dokter sangat mementingkan kepuasan pasien ya dok?

A : Saya bukan hanya ingin dia puas, tetapi juga ingin dia mengerti. Jika dia mengerti, maka dia bertindak betul, maka akan berakibat baik terhadap penyembuhannya. Kalau dia perilaku kesehatannya benar, semestinya menyembuhkan. Jika memang menyembuhkan, mereka akan rekomendasi saya ke orang lain. Dan info dari mulut ke mulut yang negatif akan berefek lebih cepat dibanding yang positif. Ada pasien yang mengatakan bahwa ada dokter A atau B yang dia kunjungi tidak mau jawab.

P : Ada yang pernah berbicara negatif tentang pengobatan dokter?

- A : Ya Ada, tapi prinsip saya begini, sesama bis kota tidak saling mendahului. Saya tidak akan menjelekkkan dokter lain, benar atau salah saya tidak akan komentar. Karena dia punya alasan untuk bertindak demikian. Kenapa? Saya tidak tahu. Misalnya komposisi obat, ada yang mengatakan ini salah. Saya hanya mengatakan bahwa obat-obat ini saya bisa pakai, yang lain berhenti, karena ini style saya. Tapi kenapa dokter itu memberi pertimbangan seperti itu? Sekalipun itu tidak logis, saya tidak akan ngomong. Sebagai dokter senior, hal itu tidak bagus.
- P : Apakah hal tersebut akan berpengaruh pada tanggapan pasien terhadap dokter?
- A : Saya tidak tahu. Kraena memang kode etik kedokteran tidak memperbolehkan. Kalau memang dokter A suka menjelekkkan dokter lain, kan berarti ada unsur promosinya.
- P : Dokter sendiri pernah dengar bahwa ada pasien yang dikomendasikan dari temannya ke dokter?
- A : Ada. Tapi tidak mungkin juga saya dipuji semua orang, yang memaki saya juga pasti banyak. Sebab kalau 60% saja yang senang, 40%nya pasti tidak senang. Diantaranya ada yang maki-maki, itu wajar. Tidak mungkin kita bisa puaskan semua orang. Kita ngomong terlalu banyak, ada orang yang tidak senang. Jadi kadang-kadang kita juga harus lihat suasana. Karen pasien harus beragam. Kadang-kadang kita mesti tahu situasi.
- P : Apakah dalam bisnis jasa, dokter menerapkan positioning?
- A : Saya tidak menentukan itu. Tarif saya dari Nol sampai tarif yang saya tentukan. Untuk pasien yang memang kurang, saya beri kemudahan mereka untuk bayar kurang. Kalau lebih kurang lagi, bayar lebih kurang lagi. Kalau tidak mampu, gratis. Lebih tidak mampu lagi, kadang-kadang saya yang beri uang untuk dia beli obat. Itu prinsip saya. Kadang-kadang saya dibohongi juga ada, tapi sebagian besar tidak. Termasuk sekarang yang bayar 10ribu, 20ribu juga ada. Tarif saya memang sesuai kemampuan pasien, tapi kalau saya ditanya tarif saya berapa, ya sekian. Saya selalu membandingkan harga dengan dokter lain. Karena saya tidak bisa pasang harga tidak boleh rendah. Kenapa? Karena saya termasuk dokter senior, dan saya praktek saya termasuk ramai. Banyak dokter junior yang buka praktek, kalau harga saya

sama dengan mereka, berarti saya banting harga. Jadi itu tidak fair bagi mereka. Namun saya tetap beri kelonggaran terhadap pasien kalau mereka tidak sanggup. Begitu juga dokter senior yang lain, banyak yang memiliki gaya seperti saya, namun tidak sedikit juga yang mengharuskan bayar full di depan. Karena menurut saya, sebagai dokter fungsi sosialnya tidak bisa lepas.

P : bagaimana tanggapan dokter mengenai kasus prita mulyasari?

A : Saya tidak bisa komentar. Masing-masing pihak punya alasannya masing-masing. Saya lebih merasa inti masalah yang terjadi adalah kurang komunikasi dari awal. Kalau dari awal komunikasinya itu jelas. Seperti kasus demam berdarah yang tadi saya perlihatkan brosurnya, kalau dari awal mereka diberi penjelasan, dia akan tahu bahwa misalnya pemeriksaan trombosit dari sekarang dan empat jam lagi itu bisa beda. Tapi karena sudah sama-sama ekspos dan jaga gengsi, jadinya rame. Jadi saya pikir komunikasi itu penting sekali, karena implikasinya sudah ke jalur hukum. Dan biasanya, pasiennya merasa tidak puas. Kalau memang pasiennya merasa puas, dia tidak akan mengungkit, sekalipun dokternya salah. Kesalahan itu tidak mungkin disengajakan oleh dokter.

P : Ada beberapa informan yang mengatakan, jika dokter tidak dapat menangani sebuah kasus, dari awal dia sudah memberi peringatan terlebih dahulu, bahwa pengobatan ini belum tentu berhasil, baru kemudian mengupayakan obat, apakah dokter setuju dengan cara seperti itu dokter?

A : Tidak begitu. Biasanya saya seperti ini, kalau tidak sembuh, saya akan merujuk dia ke dokter lainnya dari awal. Jadi ada langkah berikutnya. Atau misalnya mengulang pemeriksaan. Jadi ada inform concernnya di situ. Jadi info tersebut akan menolong dia, sehingga dia tahu batas mana yang bisa diusahakan dokter, sehingga kemudian dia tahu harus berbuat apa. Misalnya, jika masih tidak sembuh hingga nanti malam, pasien harus langsung ke rumah sakit. Hal ini yang sering terjadi, dokter disalahkan karena tidak memberikan langkah selanjutnya dari awal. Jadi pasien marah-marah karena hanya pemikirannya hanya berdasarkan analisa dokter yang sudah kadaluarsa. . Itu merupakan kelemahan dokter yang kurang berkomunikasi. Sebagai dokter, saya punya kewajiban ini. Mungkin style saya sedikit lain, saya banyak meniru luar negeri. Luar negeri mereka

sangat-sangat mementingkan komunikasi. Jadi mereka memberikan info cukup banyak sehingga ia bertindak lebih detail. Tapi tidak setiap pasien kita bisa perlakukan seperti itu. Jika memang diagnosanya belum jelas, kita juga belum bisa memberikan info yang dalam. Seperti demam, pemeriksaannya sekarang masih baik tapi malamnya sudah masuk rumah sakit, sangat mungkin. Jadi harus diberitahukan, jika memang nanti malam tidak membaik, pasien langsung ke rumah sakit.

P : Bagaimana tanggapan dokter tentang rumah sakit di luar negeri? Apakah semuanya sangat komunikatif?

A : Tidak 100% seperti itu. Sebagian memang baik, sebagian hanya ikut-ikutan. Karena menurut mereka setelah mendengar dari temannya, siapanya, atau keluarganya, rumah sakit ini di satu tempat bagus. Atau dokter A dan dokter B ini bagus. Itu info dari teman atau keluarganya. Sebagian memang benar. Karena pelayanan di sini memang tidak komunikatif. Ada juga yang setelah ke sana kecewa. Saya pernah dapat satu pasien yang dibohongi di luar negeri ini. Begini, pasien ini berobat di Pontianak terlibat pembuluh darah di jantungnya tersumbat. Di Kuching bilang, dia mesti bypass. Dia tidak puas, lalu ke Singapore. Singapore juga bilang dia mesti bypass. Ada tawaran di tempat lain, suatu tempat di Malaysia, dia dibilangin, oh bisa dengan dipasang ring. Pasiennya merasa senang karena bypass merupakan operasi besar, sedangkan pasang ring merupakan operasi kecil. Dokternya begitu meyakinkan, akhirnya operasinya berjalan, namun gagal. Tapi karena sudah terlanjur berbicara seperti itu dengan pasiennya, maka dokter menyuruh keluarganya untuk berbohong bahwa benar, ring nya sudah terpasang. Suami dari pasien ini, mau tidak mau ikut bohong. Jadi akibatnya penyakitnya tidak tertangani. Penyakit tambah parah, di cek ulang, dan kali ini harus bypass. Sewaktu bypass, akhirnya pasien meninggal di meja operasi. Ada tempat tertentu di luar negeri yang berkata seperti itu. Jadi kalau mau dibilang rumah sakit di luar negeri semuanya baik juga tidak.

P : Terus kenapa pasien di sini mengatakan bahwa rumah sakit luar negeri itu bagus ya?

A : Sebagian kasus itu terjadi karena dokter di Pontianak tidak dilengkapi dengan peralatan yang cukup canggih. Misalnya operasi mata katarak. Kuching pakai alat yang lebih canggih, Pontianak tidak. Sehingga dokter

yang berpraktek dengan cara yang lama, dengan cara yang lebih modern, tentu beda kualitasnya. Sehingga mereka setiap operasi itu ke kuching. Sekarang mereka baru ada alatnya. Kalau di sana uda tahunan. Sehingga Pontianak sebagai pemain baru tentu kalah pamor. Bahkan sampai operasi mata lain mereka juga ke kuching. Mereka tidak berani invest, dan untuk invest ini perlu latihan. Mesti tinggalkan prakteknya.

P : bagaimana pendapat Anda spesifik tentang rumah sakit di kuching?

A : di Kuching itu ada Normah, Specialist Hospital, dan Timberland. Timberland itu pelayanannya seperti rumah sakit kampung. Bisa di cek, semua obat yang diberikan Timberland pasti tidak ada nama. Hanya tempel label obat paru, obat jantung, vitamin, Cuma seperti itu, persis obat apa kita tidak diberitahukan. Cara seperti itu sama seperti dokter di kampung kita. Jika ditanya bagaimana kalau nanti obatnya habis, mereka hanya menjawab, kalau memang habis, nanti ambil di sini saja. Kenapa? Saya tidak tahu. Saya bilang itu kampung style. Tapi orang Indonesia ini tidak mengerti, mereka tahunya mereka berobat di luar negeri, meskipun dilayani dengan gaya kampung. Kalau di Normah tidak. General Hospital, Specialist Hospital, tidak. Orang di sini sebenarnya tidak sadar ini tidak benar. bahwa mereka sembunyikan sesuatu, sembunyikan informasi yang pasien sangat berhak tahu. Tiap saya dapat pasien seperti itu, saya sangat menganjurkan mereka untuk menanyakan ini obat apa. Kalau dapat pasien seperti itu tentunya kita kesulitan untuk menangani, karena kita tidak tahu itu obat apa. Tapi seperti itu, prakteknya tetap saja ramai banget. Tapi itu salah satu kekurangan pasien kita yang maunya ikut saja. Sebetulnya itu tidak benar. Jadi tidak semua di luar negeri itu bagus.

P : Mengenai harga seperti apa, Dok?

A : nah itu juga. Di Kuching untuk operasi katarak itu sekitar 7-8juta, di Jakarta 10 juta. Pontianak juga seharga itu. Jadi soal harga mereka cukup murah. Jadi factor harga mungkin berpengaruh.

P : Di Jakarta juga sangat maju pengobatannya. Terbukti dengan banyaknya rumah sakit international.

A : Betul. Jakarta memang sudah bagus. Tetapi memang Jakarta masih kalah pamor dengan kuching. Promosi kuching kuat sekali.

P : Apa anda setuju dengan model rumah sakit berbasis pelayanan mewah yang dihadirkan beberapa rumah sakit swasta di Indonesia?

A : Saya pikir tidak masalah. Kalau pelayanannya bagus, kualitasnya bagus, tidak masalah. Karena untuk mereka yang berekonomi bagus, memang rumah sakit itu ada segmen pasar tersendiri. Saya pernah kunjungi di Jakarta yang Graha Kedoya, cukup bagus, cukup mewah, dan cukup ramai. Hal itu fair, karena itu mereka yang memposisikan itu sendiri. Meskipun saya tidak akan merekomendasikan rumah sakit itu ke mereka. Saya menyerahkan pilihan sendiri pada mereka, meskipun mereka ada pada posisi ekonomi yang mampu. Karena konsekuensi biayanya sangat besar. Misalnya beberapa penyakit kronis yang harus minum obat seumur hidup, saya rekomen mereka minum obat generic. Toh bisa bertahan juga.

P : Belakangan ini banyak sales obat, yang membujuk dokter untuk menggunakan obat mereka, menurut dokter, apakah keputusan dokter yang terbujuk ini baik adanya?

A : Sekarang begini, itu tergantung pada dokternya sendiri. Kalau dia memilih obat tersebut karena kualitasnya itu tidak masalah. Tapi kalau dia memilih karena komisinya, masalah. Itu bisa dilihat dari satu resep. Kalau satu resep itu berapa item itu dari satu pabrik, rasanya ada sesuatu yang bisa kita curigai. Dokter biasanya memilih obat, karena mereka pengalaman obat itu menyembuhkan, sehingga dia percaya. Kalau masalah ini tidak bisa diungkit. Sebab dia yakin obat itu cukup paten untuk sakit seperti ini. Kalau memang di belakang layar itu ada main, nah itu beda. Seperti yang saya bilang, itu bisa dilihat dari resep dokter tersebut. Apalagi jika setiap resepnya seperti itu. Kalau memang kebetulan, resepnya satu itu saja, ya baik. Tapi kalau setiap resep pabriknya sama. Itu menimbulkan tanda Tanya. Sebetulnya ada kode etik kedokteran mengenai hal tersebut. Sebaliknya, Jika ada beberapa jenis obat, bahkan ada obat generiknya, itu bisa dipertahankan. Sebab obat generik pun jika benar-benar dipakai benar bagus.

P : Bagaimana menurut dokter pelayanan di rumah sakit pemerintah?

A : Pertama, menunggunya sangat-sangat lama. Antrinya sangat panjang. Kedua adalah pelayanan tidak terlalu bagus. Dokternya tidak banyak cerita. Mungkin karena pasiennya overloaded, jadi dokternya kebut. Saya piker ini

adalah masalah utamanya. Dokter kan juga manusia. Jadi kalau memang dokternya harus praktek di swasta pun, tapi di dua tiga tempat, dia mesti kebut, dan jadinya tidak banyak ngomong. Imbalannya pun tidak terlalu tinggi. Maka dengan sendirinya, interestnya juga kurang. Dari segi tempat pun, memang secara umum dibanding swasta masih kurang. Hal itu dengan sendirinya mengurangi minat sebagian besar pasien, meskipun bagi masyarakat ekonomi rendah hal tersebut tidak berpengaruh.

P : Kalau untuk rumah sakit swasta di Pontianak, bagaimana menurut dokter?

A : Untuk rumah sakit Antonius memang masih terdepan. Satu rumah sakit sampai running well itu butuh waktu. Itu waktunya butuh sangat banyak dan mentalnya pun harus cukup. Misalnya perawatnya, cleaning servicesnya, itu perlu suatu system. Kalau suatu system itu belum established, seperti rumah sakit baru, pasti banyak lubangnya. Persis seperti restoran. Kalau konsumen belum banyak, tentu waitress yang dihire belum terlalu banyak. Sedangkan sebaliknya, kalau waitressnya sedikit, konsumennya banyak, tentu kewalahan. Begitu pula rumah sakit, suatu system ini mesti berjalan dengan cukup lama, dengan kapasitas yang cukup besar. Kalau kepalang tanggung itu biasanya tak bisa. Rumah sakit Antonius sudah mapan.

P : bagaimana dengan pengobatan tradisional dok?

A : Obat tradisional biasanya diberikan berdasarkan pengalaman, berdasar empiris, dan belum dibuktikan. Sedangkan pengobatan barat, atau modern itu sudah dibuktikan, evidence-based. Tapi sekarang karena, pengobatan barat tidak bisa menangani semua kasus, maka ada lowong. Maka sebagian tersebut dapat diisi oleh pengobatan tradisional. Karena pembuktian tidak ada, maka kita pun tidak bisa menentukan yang mana yang bisa. Karena pengobatan modern dalam beberapa kasus belum bisa menjawab, misalnya dalam kasus Yin dan Yang. Itu dulu diketawakan oleh pengobatan barat, tapi sekarang mereka mulai menerima bahwa ada Yin dan Yang dalam tubuh kita. Pemeliharaan dan perusakan itu berlangsung terus menerus. Suatu hari Yin lebih kuat, lainnya Yang lebih kuat. Ada pengobatan berdasarkan konsep ini, tapi yang mana yang bisa dan yang mana yang tidak masih perlu pembuktian. Beberapa obat tionghoa yang dulu tidak pernah dipakai oleh barat, sekarang dipakai. Obat tersebut tidak lagi tradisional, tapi sudah diupdate jadi modern. Cuma memang ada Negara tertentu masih

belum bisa terima. Di Singapore contohnya, ada beberapa obat yang tidak dilirik sama sekali oleh dokter. Tapi di Jakarta, dokter-dokter asing pun menggunakan obat tersebut. Sekarang mereka juga mulai mempromosikan obat tersebut. Namun karena obat tersebut berdasar logical science, obat tersebut belum bisa meyakinkan internasional. Sedangkan promosi ke masyarakat oleh beberapa pengobatan, dengan beberapa kali pengobatan langsung sembuh, itu kan tidak ada pembuktian. Tapi karena diijinkan pemerintah promosi seperti ini, tentunya berhasil. Marketing seperti ini tentu ada yang tertarik. Sebab ada beberapa penyakit yang tidak mungkin sembuh. Penyakit degenerative, penyakit metabolic, nah inilah yang disasar oleh pengobatan tradisional. Makanya masyarakat tertarik, dan pengobatan tradisional menjadi punya pangsa. Sayangnya pemerintah regulasinya kurang. Seperti ada iklan di kompas yang mempromosikan dokter penyakit kulit tertentu di Singapore, itu kalau dokter Indonesia promosi seperti itu salah, melanggar kode etik. Tapi kok dokter luar negeri boleh promosi di Indonesia dengan cara tertentu. Selain itu, dokter luar juga punya agen-agen di Indonesia, seperti Normah, Specialist hospital. Jadi mereka memberikan after sales, jadi mereka perlu obat, perlu Tanya dokter atau apa-apa, mereka punya agennya. Kita ga punya. Sebagian dokter itu sibuk, sudah selesai office hour, sudah tidak bisa diganggu. Karena apa, workloadnya besar, sehingga energy habis terkuras. Sedangkan kalau di luar negeri, workloadnya kecil, agennya banyak. Rata-rata bayaran dokter luar negeri tiga kali lipat dokter di sini. Dokternya sudah cukup dengan bayaran itu, sehingga dia punya waktu untuk servis dan penelitian. Sehingga kita di sini borong, satu dokter bisa praktek dua dan tiga tempat.

P : Apa itu berarti dokter di Indonesia masih kurang?

A : Tidak. Sistemnya yang kurang bagus. Soalnya kemampuan masyarakat memang masih rendah. Dia mampunya bayar segini porsinya tak seberapa. Sementara biaya pendidikan kedokteran sangat besar. Orang tua tentu menuntut apa yang diinvestasikan ke anaknya kembali. Beda dengan dulu, kita diminta seadanya saja untuk biaya. Kalau sekarang malah ditanya dulu, bisa berapa. Motivasinya jadi bisnis. Dokter tidak memiliki panggilan, tapi menganggap dokter sebagai profesi.

Pertanyaan	Informan 1 (Yunny Halim)	Informan 2 (Lusia Julita)	Informan 3 (Antonius Sukanto)	Informan 4 (Tan Siak Tjuang)	Informan 5 (Bun Siet Cin)	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Bahasa apa yang mayoritas Anda tuturkan setiap hari?	Kalau dengan keluarga bahasa Teociu, saat bekerja saya lebih banyak menggunakan bahasa Indonesia.	Saya seorang guru bahasa Indonesia, dan suami bukan orang Cina. Jadi meskipun bahasa ibu bahasa Cina, tapi untuk sehari-hari, saya sering berbahasa Indonesia.	Ngomong dengan mereka <i>orangtua</i> Mandarin, meskipun dengan keluarga besar lebih <i>familiar</i> Teociu.	Saya lebih sering berbahasa Teociu, meskipun untuk bekerja fasih saya gunakan bahasa Indonesia	Biasanya pakai Teociu atau Khek, bahasa Mandarin tidak bisa	I. Teociu dengan bahasa Indonesia saat pekerjaan (1,4) II. Indonesia dengan bahasa Cina sebagai bahasa Ibu (2) III. Teociu dengan bahasa Mandarin, Indonesia, dan Inggris (3) IV. Teociu dan Khek saja (5)	Mayoritas menggunakan bahasa Teociu sebagai bahasa utama, dan menguasai bahasa Indonesia dengan baik (I, II, III), ada pula yang menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa utama karena berpasangan dengan orang nonChinese (II) dan ada pula yang sering menggunakan bahasa asing (Mandarin dan istilah Inggris) saat berbicara (III) ada pula yang kurang fasih menggunakan bahasa Indonesia, sehari-hari menggunakan Teociu dan Khek	Individu yang menguasai bahasa pokok dalam budaya baru, akan lebih mudah beradaptasi dibanding yang kurang fasih (Cateora 1999) Agen dari budaya asal, termasuk keluarga, teman, bisnis, dan media yang berbahasa asal berfungsi untuk terus menjaga interaksi dengan budaya asasl (Solomon, 2009)

<p>Apakah Anda masih menganut kepercayaan lama etnis Tionghoa Pontianak, seperti Lao Ya, dan sembayang kubur?</p>	<p>lingkungan ya masih kuat budayanya, Seperti sembayang kubur, pai lau ya (sesembah pada dewa,) peraturan lain juga ada.</p>	<p>Kalau di keluarga saya sudah mengikuti pedoman Katolik ya, sekedar Imlek atau sembayang kubur kita kadang masih ikut, tapi kalau lau ya atau yang lainnya kita tidak deh. Beda dengan Ibu yang masih ikut merayakan beberapa tradisi</p>	<p>Hehe... Kalau ceng ceng sama imlek ga di rumah bisa diteror wa. Itu tradisi lah dit. Waktu <i>family gathering</i>. Kalau budaya lainnya, tahyul sih kita uda modern, pendidikan juga uda tinggi. Kayak lau ya atau ramal nasib kita ga pernah percaya.</p>	<p>Saya keturunan kedua di Pontianak, orang tua datang langsung dari negeri Tiongkok. Jadi mengenai tradisi, keluarga dan saya masih sangat erat menerapkan kepercayaan dan budaya. Setiap Tahun Baru dan Sembayang Kubur keluarga selalu berkumpul.</p>	<p>sembayang kubur tiap tahun masih rutin dua kali, ke kelenteng masih juga sering, tapi di rumah anak perempuan semua, jadi ga ada pai lau ya. Imlek juga sering kumpul keluarga besar. Pernah pulang ke tiongkok, satu kali sama anak cucu</p>	<p>I. Menerapkan budaya Tionghoa (1, 4, 5) II. Menerapkan tradisi keagamaan (2) III. Budaya Tionghoa sebagai tradisi, namun tidak menerapkan norma-norma (2, 3)</p>	<p>Masih menerapkan beberapa tradisi Tionghoa seperti Imlek dan sembayang kubur, (I, III) namun untuk kepercayaan lainnya seperti ramal nasib dan lau ya sudah tidak dilaksanakan. (II) lebih mengikuti tradisi dan norma keagamaan</p>	<p>Budaya umumnya menciptakan daripada melonggarkan batas-batas perilaku individu dengan mempengaruhi fungsi dari institusi seperti keluarga dan media massa. Dengan demikian budaya menghasilkan bingkai perilaku perkembangan gaya hidup individu dan rumah tangga. Batasan yang dibuat oleh budaya pada perilaku, disebut norma. Norma, pada dasarnya adalah peraturan yang merinci atau melarang perilaku tertentu dalam situasi yang spesifik. Norma berasal dari nilai-nilai budaya. Nilai budaya adalah kepercayaan umum yang membenarkan sesuatu yang diinginkan. (Hawkins, 2000). Solomon memberi contoh bagaimana agama dapat mempengaruhi konsumsi, seperti kaum Muslim yang hanya akan mengkonsumsi makanan bersertifikat halal. Sama halnya dengan peraturan gereja yang mampu mengarahkan masyarakatnya untuk</p>
---	---	---	--	--	--	---	---	---

								mempercayai, atau sebaliknya tidak mempercayai hal lainnya. (Solomon, 2009)
Siapakah kelompok terdekat Anda? Keluarga? Teman? Berasal dari etnis manakah mereka?	Anak-anak saya dan dengan keluarga. Keluarga memang memegang keturunan Cina.	Keluarga. Suami bukan orang Cina	Kebetulan aku banyak di influence sama keluarga. Semua orang Chinese.	90% rekomendasi dari orang Chinese. Informasi didapat dari famili dan teman-teman	Dekat sama tetangga. Anak-anak sudah besar semua, sudah kerja, sudah kawin. ya semua etnis Tionghoa	I. Dekat dengan keluarga seluruhnya orang Tionghoa (1, 3, 4) II. Dekat dengan keluarga, suami non Tionghoa (2) III. Teman / Tetangga Tionghoa (5)	Grup primer dari seluruh informan adalah keluarga, meskipun grup referen belum tentu dari budaya yang sama, (I, III) grup primer adalah satu etnis, sedangkan (II) grup primer berbeda etnis	Grup primer termasuk keluarga, teman, rekan kerja, dan mereka yang terlibat secara langsung dengan konsumen dalam frekuensi interaksi yang tinggi. Grup referen yang umumnya paling dominan bagi individu adalah keluarga. Kebutuhan dari satu keluarga mempengaruhi apa yang dapat dipenuhi, sementara prioritas pembelian bergantung pada bagaimana keputusan pembelian

								dibuat. (Solomon, 2009)
media yang sering diakses	saya tidak terlalu bisa bahasa Mandarin. Tapi kalau lagu sih apa aja, Mandarin boleh, Barat boleh, Indonesia pun boleh.	beberapa tahun belakangan ini saya fokuskan di bahasa Mandarin. Bisa juga dengan menonton film dan mendengar lagu berbahasa Mandarin.	Wa sih jarang ya Mandarin. Kalau media palingan online. Any language la	Koran berbahasa Mandarin kalau sempat baca. Koran lokal (berbahasa Indonesia) juga perlu, karena berita sekitar juga kadang perlu terus diperbaharui. Kalau televisi, keluarga saya terbiasa menonton siaran luar, siaran Mandarin.	Tidak ada, dengar lagu juga lagu lama	I. Tidak ada preference bahasa dalam media, baik Indonesia & Mandarin (1, 3) II. Mengonsumsi media Mandarin (2, 4) III. Tidak mengonsumsi media (5)	Informan 2 dan 4 yang berumur lebih dari 41 tahun masih mengonsumsi media berbahasa Mandarin, sedangkan informan 1 dan 3 yang berumur 30 - 40 tahun tidak. Informan 5 tidak mengonsumsi media, karena tingkat pendidikan yang tidak tinggi	Salah satu potret budaya yang paling berpengaruh adalah yang diperlihatkan media massa. Teori kultivasi mengasumsikan bahwa masyarakat dibawa pada lingkungan yang dimediasi oleh media massa yang menanamkan nilai dan norma sosial masyarakat (Weber dan Weber 2001).

Pendapatan per bulan	Pengeluaran pribadi sekitar 2-3juta, kalau dengan anak ya sekitar 4 juta.	Kita ada cicilan rumah dan kuliah anak, mungkin sekitar 20 juta per bulannya. Di luar biaya itu pengeluaran keluarga antara 6-8 juta.	Pendapatan include bisnis lain? 15 - 20 jutaan. Pengeluaran sih ga fixed ya itu sekitar 8juta.	Saya mengajar di beberapa tempat, kalau digabung berkisar 8 - 10 juta. Pengeluaran ya sekitar 4-5juta ya.	Kira-kira 2 juta	I. Pengeluaran lebih dari 4 juta (1) II. Pengeluaran di luar cicilan antara 6-8 juta (2) III. Pendapatan 15 - 20 juta, pengeluaran 8 juta (3) IV. Pendapatan 8-10 juta, pengeluaran 4-5juta (4) V. Pendapatan 2 juta (5)	Empat informan memiliki <i>monthly household expense</i> lebih dari 3 juta, jadi dapat disimpulkan bahwa mereka termasuk SES A, Informan 5 berada di SES C (V)	Menurut data dari AGB Nielsen, individu dengan Socio Economic Status (SES) Indonesia kelas A 2010 adalah mereka yang memiliki monthly household expense di atas tiga juta rupiah per bulannya. (http://vidinur.com/2010/11/04/ses-socio-economic-status-indonesia/)
Apakah Anda setuju dengan dibuatnya rumah sakit mewah? Apakah jika Anda ke rumah sakit, Anda akan menempati kamar VIP?	Jika di Pontianak ada rumah sakit elite setara Singapore dan Malaysia, saya akan coba ke sana. Seandainya memang hasilnya sama dengan yang di luar, pasti orang akan memilih ke rumah sakit itu. Meskipun biayanya lebih mahal, kalau memang menyembuhkan.	tujuan utama untuk berobat memang bukan untuk menikmati pelayanan di sana, tapi mau berobat. Jadi bagi saya fasilitas itu tidak terlalu penting, lebih penting yang tepat sasaran untuk mengobati penyakitnya, bukan pelayanannya yang mewah	sorry to say, orang Chinese lebih banyak yang menengah ke atas, dia mau cari yang bagus. Kalau bukan sakit yang kecelakaan dan tiba-tiba, dia akan ke yang paling besar dulu, yang paling luas, yang kira-kira dia bisa dapat VIP. Wa aja lah, kalau memang di Antonius ada VIP kosong, wa akan pilih ke Antonius. Kalau full, baru pindah	Kebetulan memang belum pernah ke VIP. Karena yang penting bagi Pak Tan itu memang kesembuhannya. Tapi yang saya tahu VIP itu fasilitasnya yang berbeda, pelayanannya tidak jauh berbeda.		I. Cenderung ingin memiliki kemewahan (1, 3) II. Tidak ada kecenderungan untuk memiliki kemewahan (2, 4)	Dengan tingkat pendapatan dan pengeluarannya yang kurangimbang, informan 1 tetap berkeinginan untuk mengkonsumsi barang mewah (I), sementara informan 2 dan 4 yang berumur 40 tahun ke atas cenderung tidak memiliki keinginan memiliki yang tinggi (II).	Konsep mengenai kepemilikan juga termasuk akan kehilangan kepemilikan, hasrat untuk memiliki kontrol lebih tinggi akan kepemilikan dibanding meminjam, kredit, sewa, maupun <i>leasing</i> , dan kecenderungan untuk menyimpan dan mempertahankan kepemilikan. (Belk, 1985)

<p>Apakah Anda termasuk pihak yang tidak suka berbagi? Apakah pergaulan Anda terbatas dengan hanya rekan 1 etnis saja?</p>	<p>Saya termasuk cepat akrab dengan siapapun ya. Mungkin karena mereka menganggap saya tidak seperti orang Cina kebanyakan. Mereka tertutup dan tidak mau berbagi dengan etnis lain. Kebetulan daerah sekitar dan konsumen juga kebanyakan orang pribumi. Namun untuk mengambil keputusan, rekomendasi teman Chinese lebih saya pertimbangkan daripada yang nonChinese</p>	<p>Hampir selalu ada keluarga suami yang tinggal di rumah. Tidak ada masalah dengan mereka. Umumnya mereka bantu mengurus rumah. Biaya pengobatan keluarga juga biasanya kita bantu. Namanya keluarga ya, kalau kebutuhan kita ada uang sedikit kita bantu.</p>	<p>Cek kamar VIP ga ada. Adanya kelas I, yang Cuma ada 2 tempat tidur. Wa booking semua. Apa sih susahnya ke Kuching? 15 menit sampai man. Kuching kan tiket selalu kosong Bro, wa booking 6 seat langsung. Wa bawa nurse loh dari Indonesia</p>	<p>Rekomendasi saya 90% bisa dibilang orang Chinese. Tapi bukan berarti pergaulan saya terbatas hanya etnis Chinese saja. Rekan seprofesi saya, bahkan atasan saya juga non Chinese. Memang dalam bergaul kita tidak pernah membatasi.</p>	<p>Ada yang wajib la ikut. Satu tahun dua kali</p>	<p>I. Pergaulan tidak terbatas dengan etnis Tionghoa, tapi ada kecenderungan lebih dekat dengan rekan seetnis (1, 4) II. Menikah dan di rumahnya tinggal keluarga dari etnis lain. (2) III. Cenderung ingin memiliki privasi, individualis (3)</p>	<p>Informan 1 dan 4 lebih dekat dengan rekannya yang Tionghoa menunjukkan bahwa mereka masih memiliki eksklusivitas etnis, (I) informan 3 memiliki ketidakdermaan yang tinggi, (III) sedangkan informan 2 seringkali berbagi tempat tinggal dengan keluarga yang tidak seetnis, sebagai indikator ketidakdermaan yang rendah. (II)</p>	<p>Belk mendefinisikan <i>nongenerosity</i> sebagai keengganan untuk memberikan atau membagi kepemilikan dengan orang lain. Lingkup konsep ketidakdermaan berada dalam keengganan untuk membagi kepemilikan dengan orang lain, reluktansi untuk meminjamkan atau membagi kepemilikan dengan orang lain, dan perilaku negatif terhadap bakti sosial.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	---

<p>Kecenderungan untuk tidak puas dengan kehidupan sendiri, dan ingin menjadi orang lain</p>	<p>Belum lagi mau tebus obat. Saya satu tahun bisa berapa kali pergi ke luar. Mungkin sekitar 8-9 juta per tahun. Ada yang membantu biaya pengobatan saya. Mereka merekomendasikan rumah sakit mahal. Tapi tidak saya ikuti. Kalau ternyata pas-pasan masa saya mau minta lagi. Kalau pakai uang saya sendiri sih saya mau ke Normah.</p>	<p>Biaya pengobatan keluarga selama ini kita bisa tangani sendiri masih belum perlu dibantu.</p>	<p>Saat ini sudah lumayan sukses. Tapi keinginan untuk mengembangkan bisnis pasti ada lah. Wa sekarang juga masih jauh, masih makan gaji boss.</p>	<p>Profesi guru menuntut saya terus berkembang, memang tidak bisa seperti orang umumnya pergi pagi, sore sudah di rumah. Memang biasa orang Cina berwiraswasta ya. Tapi Pak Tan memang dari dulu sudah tertarik di dunia pendidikan.</p>	<p>I. Cenderung belum puas (1, 3) II. Tidak ada tanda ketidakpuasan (2, 4)</p>	<p>informan 1 dan 3 cenderung belum puas dengan kehidupannya, informan 1 karena merasa keuangannya belum baik, informan 3 karena memiliki ambisi (I), sedangkan informan 2 dan 4 tidak ada tanda ketidakpuasan dengan hidupnya (II)</p>	<p>Sementara itu, iri hati didefinisikan sebagai ketidaksenangan dan keinginan buruk terhadap superioritas (orang lain) dalam kebahagiaan, sukses, reputasi, dan kepemilikan terhadap sesuatu yang diinginkan. Oleh karena itulah, lingkup iri hati dibangun terhadap keinginan terhadap kepemilikan orang lain, baik itu objek material, pengalaman, bahkan manusia.</p>
--	---	--	--	--	--	---	---

<p>Pengaruh pengambilan keputusan</p>	<p>Biasanya dari tanya-tanya teman-teman, mulut ke mulut. Urutan pengaruh pengambilan keputusannya rekomendasi dari dokter, rekomendasi dari teman Chinese, teman non Chinese, TV, dan Majalah. Pernah juga ada keluarga yang membantu biaya pengobatan merekomendasi rumah sakit pada saya tapi tidak saya ikuti karena yang direkomendasi rumah sakit mahal</p>	<p>Memang bukan hanya dengar dari satu orang, tapi beberapa keluarga, pengalaman teman dan tetangga sehingga itu kesimpulan yang bisa diambil, walaupun tidak ada penelitian. Istilahnya dengar referensi dari orang, coba-coba langsung juga tidak berani. Tentu saran dokter juga tidak bisa kita abaikan.</p>	<p>Yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana. Starting point selalu dokter yang kita kenal. Nanti baru refer kemana-mana. Bisa juga dari teman. Tapi dokter biasanya refer. Kalau le ga sembuh kan pasti dia refer kan. Kan pasti le perlu 2nd opinion kan.</p>	<p>Ini mungkin merupakan warisan atau perilaku orang tua juga yang dari dulu memang cenderung ke pengobatan tradisional. Jadi mungkin sedikit banyak juga terpengaruh dari orang tua. Kalaupun tabib belum menyembuhkan, mereka akan referensi tempat lain. Kemudian ada juga info dari family, teman-teman sebagai 2nd opinion. Sehingga 2nd opinion itu sangat diperlukan ya. Memang dari mulut ke mulut itu pengaruh. 90% rekomendasi dari orang Chinese</p>	<p>tabib lain juga masih ada. Rumah sakit lain juga masih ada. Ga perlu ke sudarso lah. Kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga</p>	<p>I. expert power (1, 2, 3, 4, 5)II. Informative power (1, 2, 3, 4, 5)III. Reward power (1)</p>	<p>Grup referen mempengaruhi informan dalam pengambilan keputusan, adanya expert power dan informative power diakui oleh seluruh informan, sedangkan informan 1 menambahkan adanya reward power yang bisa mempengaruhinya</p>	<p>Informative power : Orang memiliki kekuatan hanya karena orang tersebut mengetahui apa yang orang lain ingin tahu. Orang dengan kekuatan informasi akan dapat mempengaruhi opini konsumen dengan hal yang mereka sebut 'kebenaran'. Expert power : Kekuatan yang dimiliki karena orang tersebut diakui sebagai ahli di bidangnya. Reward power : Orang atau grup yang bermaksud memberikan sesuatu yang positif kepada orang yang berhasil mengikuti pengaruh orang lain disebut kekuatan penghargaan (Solomon, 2009) Individu sangat mungkin mencari informasi dari grup referen mengenai faktor lain yang berkenaan dengan prospek pembelian, seperti dimana tempat pembelian produk tersebut (Schoefer, 1998)</p>
---------------------------------------	---	--	---	---	--	--	---	---

<p>Penggunaan WoM dalam pengambilan keputusan</p>	<p>Begitu mendengar rekomendasi yang dokter tidak bagus saya tidak selalu menolak. Soalnya dokter yang dibilang tidak bagus saya tidak pernah pergi, dan dokternya ok-ok aja. Walaupun saya mendengar dari orang lain dokter itu jelek, tapi kalau memang tidak ada solusi lain, saya akan pergi. Awalnya saya akan ke dokter yang lain dulu, baru ke dokter itu, tapi kalau memang harus ke dokter itu, mau gimana lagi.</p>	<p>Pengobatan yang menyakinkan adalah yang referensinya banyak, dan tahu bahwa dia tidak sembarang memberi obat dan terbukti sembuh dengan obat ini. Kalau info yang saya dapat dari majalah berlawanan dengan info yang saya dapat dari mulut ke mulut, saya rasa saya tidak akan ke sana. Saya orangnya lebih cari aman. Jadi kalau memang ada info jelas tentang rs tersebut, baru saya akan ke sana.</p>	<p>Sewaktu nyokap mau pindah rumah sakit, saya minta pendapat dari beberapa pihak keluarga. Kita telepon dokter, kebetulan teman, paranormal satu, lauya. Nah kata dokter, Ini ga firm nih. Le mesti ke luar. Nah paranormal, kebetulan ini dia ga pakai jurusnya, kekuatannya. Dia bilang ini mesti ke luar. Paranormal, loh yang ngomong. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana ada sih yang kecewa. Kecuali yang uda kanker, uda pasti mati ga mungkin hidup lagi. Kalau Jakarta ya le dengar sendiri aja, tapi di</p>	<p>Kita kalau sudah dengar pengalaman dari orang lain, sudah jangan ke sana, pasien kok dibiarkan seperti itu. Itu secara responsif kita tidak akan ke sana.</p>	<p>Ga pernah ke sudarso Jauh sih. Dengar-dengar dari orang katanya kurang bagus e. takut juga kalau tabib menyuruh ke Sudarso, harus tanya-tanya dulu lah,</p>	<p>I. Mereka yang sudah mendapat WoM negatif menolak untuk mengkonsumsi produk. (1, 2, 3, 4) II. Jika tidak ada solusi lain, barulah mereka mengabaikan WoM negatif tersebut (1) III. WoM positif berarti produk tersebut terpercaya (2)</p>	<p>WoM negatif membuat seluruh informan menolak mengkonsumsi jasa kesehatan (I), kecuali informan 1 yang menambahkan WoM negatif mungkin diabaikan jika tidak ada solusi lain (II), sebaliknya WoM positif berdampak besar bagi pemilihan solusi informan 2 (III)</p>	<p>Tiga reaksi ketidakpuasan pelanggan: 1. Mengganti brand atau mengabaikan toko terkait. 2. Membuat komplain pada penjual. 3. Memberitahu orang lain mengenai produk atau penjual yang membuatnya tidak puas atau WoM negatif. Schoefer mengindikasikan bahwa 34% pelanggan yang tidak puas memberitahukan orang lain mengenai ketidakpuasannya. Jika pelanggan yang tidak puas berada dalam jumlah yang banyak, maka hal tersebut dapat menimbulkan gambaran negatif dan berpotensi mengurangi penjualan. (Richins via Schoefer 1998)</p>
---	---	--	--	--	--	--	---	---

			<p>Kuching ga pernah kedengaran kan yang aneh-aneh. Pernah denger ga malpraktek di Kuching. Jarang-jarang kan. Sampai dia ga bisa tangani dia kasi yang lain. Sampai general hospital pun mereka support.</p>				
<p>Penggunaan media (tv, koran, internet) dalam pengambilan keputusan</p>	<p>Saya jarang melihat dari tv dan majalah. Kalau dari internet, biasanya saya sudah dapat rekomendasi dari teman, kemudian saya cek di internet untuk tau lebih detail. Jadi saya tidak coba langsung dari internet</p>	<p>Bisa jadi saya mengikuti saran majalah. Kalau memang biayanya cocok, saya mungkin mengikuti saran majalah itu. Jika media memberikan rating bagus namun dari mulut ke mulut berbeda, saya rasa saya tidak akan ke sana. Saya orangnya lebih cari aman. Jadi</p>	<p>Never. Kalau Jakarta ya le dengar sendiri aja, dari tv juga banyak berita kurang baiknya. Soalnya media di Indonesia kan payah kan yang jelek-jelek di blow up yang bagus ga pernah kan. Tapi di Kuching ga pernah kedengaran kan yang aneh-aneh. Pernah denger ga malpraktek di Kuching. Jarang-</p>	<p>Alasan orang memilih di luar negeri karena pemberitaan di koran. Rumah sakit di Jakarta mungkin karena belum dikabarkan secara baik. Mereka memang harus mempromosikan diri. Pengobatan di Kuching rajin diberitakan di</p>	<p>I. Pemberitaan media akan rumah sakit berpengaruh terhadap pemilihan solusi (2, 3, 4) II. Media hanya sebagai informasi tambahan (1) III. Pengaruh WoM lebih kuat daripada media (2)</p>	<p>Informan 2,3, dan 4 mengakui adanya pengaruh media terhadap pemilihan solusi jasa kesehatan, (I) namun media hanya berfungsi sebagai informasi tambahan (II), WoM lebih kuat dari media (III)</p>	<p>Penelitian oleh Katz & Lazarsfeld menyimpulkan bahwa WoM dua kali lipat lebih efektif dibanding <i>personal selling</i>, bahkan tujuh kali lipat lebih efektif daripada koran dan majalah (<i>via</i> Schoefer, 1998 : 19)</p>

		kalau memang ada info jelas tentang rs tersebut, baru saya akan ke sana	jarang kan.	koran. Sekarang saja sudah muncul yang baru.				
Kalau dokter merekomendasikan rumah sakit yang tidak sesuai dengan keinginan Anda, apakah Anda akan mengikutinya?	Saya baru saja disuruh ke rumah sakit sudarso oleh dokter. Tapi saya menolak. Karena saya mencari fasilitas yang lebih bagus. Saya malah ke Antonius.	Saya akan tanya opinion dokter lain dulu sebelum ke rumah sakit tersebut. Kalau dokter tersebut masih suruh saya ke sana, saya cari informasi lain lagi. punya pengalaman buruk juga di rumah sakit sudarso, waktu itu sinus, saya langsung disuruh operasi. Tapi dengar dari orang lain bahwa operasinya bisa memamatkan	Sebelumnya pasti kita ask for 2nd opinion dulu lah. Wa akan tanya dokter lain, kalau memang harus ke sana ya oke. Ya wa ga masalah dengan sudarsonya, tapi why sudarso gitu. Rumah sakit lain juga bisa kan.	Ya tergantung ya. Saya akan tanya-tanya orang dulu, apakah ada yang punya pengalaman serupa. Kalau ada, bagaimana pendapatnya. Kalau memang pengalamannya baik, saya baru akan ke sana.	kalau tabib menyuruh ke Sudarso, harus tanya-tanya dulu lah, ke teman, tetangga. Tidak perlu langsung ke sudarso. tabib lain juga masih ada. Rumah sakit lain juga masih ada. Ga perlu ke sudarso lah. Kalau dari tabib belum sembuh ke tabib lain, kalau memang disuruh ke	I. menolak saran dokter (1) II. Perlu ada 2nd opinion untuk membenarkan saran tersebut (2, 3, 4, 5)	Saran dari seorang <i>opinion leader</i> tidak selalu diikuti, kadang kala <i>influentials</i> diperlukan untuk mengkonfirmasi saran tersebut. Brand attitude buruk konsumen terhadap rumah sakit Sudarso tidak berubah meskipun telah direkomendasikan oleh <i>opinion leader</i> .	jika konsumen sudah memiliki kesan yang kuat dan/atau informasi negatif mengenai produk tersebut. Karena itulah, sangat kecil kemungkinan WoM merubah kebiasaan konsumen yang sudah memiliki brand attitudes yang kuat. WoM juga sangat susah untuk mengubah perilaku konsumen jika konsumen memiliki keraguan mengenai produk karena informasi negatif yang kredibel.

		banyak saraf, saya tidak jadi. Malah saya berobat ke dokter Linardi, meksipun lama tapi toh sembuh juga. Dan memang kejadian tidak beberapa, dokter tersebut diusut karena kasus serupa.			rumah sakit sama tabib, baru kita ke sana. Obat dokter kan tidak bagus.			
kesadaran kebutuhan	<p>Em..tidak tentu sih. Kalau memang sakit biasa ya pakai obat biasa. Cuma saya punya sejarah penyakit, ginjal ya, tidak bisa sembarang minum obat, karena efek sampingnya bisa ke organ lainnya. Biasanya kalau sudah sakit begitu saya ke dokter. Dokternya juga tergantung penyakitnya ya. Saya pergi ke</p>	<p>Kalau sakit yang dialami lumayan ringan, yang bisa dengan obat herbal, itu memang kita tidak minum obat paten. Selain karena harganya lebih murah, efek samping dari obat herbal itu lebih kecil daripada obat paten. Kalau untuk penyakit berat, kalau tidak sembuh dengan obat herbal, saya langsung ke</p>	<p>Kalau cuma batuk atau flu itu kita ga ke dokter, tapi telpon ke dokternya tanya resep kan juga bisa itu. Kalau memang sakitnya ga sembuh, kita baru akan cari dokter umum. Sekarang trendnya bukan cari dokter Chinese. Dulu trendnya cari dokter yang kita kenal. Terutama spesialis. Wa liat tingkat kehidupannya juga sudah naik lah ya, mereka di pontianak tingkat</p>	<p>Ya kalau sakitnya biasa, pusing atau kelelahan sih saya tidak masalah. Tapi kalau sakit berkelanjutan, saya segera konsultasi dengan tabib.</p>	<p>Obat biasa, panadol atau sanmol bisa. Tapi kalau misalnya saya demam, tidak sembuh ya saya ke sinshe.</p>	<p>I. Obat merupakan solusi untuk sakit ringan, (1, 2, 3, 4, 5) II. namun bila solusi tersebut tidak menjawab, informan langsung ke dokter (1, 2, 3) III. namun bila solusi tersebut tidak menjawab, informan langsung ke tabib / pengobatan tradisional (4, 5)</p>	<p>Sewaktu menyadari adanya penyakit, informan tidak akan langsung mengkonsumsi jasa kesehatan, melainkan membeli obat herbal atau paten sebagai solusi sementara. Akan tetapi, jika kondisi ideal belum juga didapatkan, jasa kesehatan seperti pengobatan modern menjadi solusi bagi sebagian pihak (II), pihak lainnya lebih percaya dengan pengobatan tradisional (III)</p>	<p>Reaksi tergantung atas dua faktor : kebutuhan yang disadari penting untuk dipenuhi. Kedua, konsumen harus merasa solusi dari kebutuhan tersebut ada dalam jangkauan pemenuhan mereka. Jika solusi tersebut melampaui sumber ekonomi dan fisik lainnya saat kebutuhan disadari, kemungkinan aksi tidak akan terjadi.</p>

<p>beberapa dokter sih. Setahun sekitar 6 kali pergi. Di luar negeri dan di lokal. Sebelumnya saya ke luar negeri lebih banyak lagi. Sekitar 7 tahun yang lalu, dalam satu tahun bisa keluar pernah dalam satu tahun ini sebanyak 12 kali. Saya ke luar karena di sini tidak bisa menangani</p>	<p>dokter. Saya tidak berani juga terlalu bergantung pada obat herbal.</p>	<p>pendidikan juga uda oke lah ya. Saya juga ngeliat kalau saudara-saudara sakit nyarinya spesialis. Yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu. Yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana. Starting point selalu dokter yang kita kenal. Nanti baru refer kemana-mana. Dan itu tidak peduli ras.</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>Mengapa menggunakan obat tradisional</p>	<p>Pernah coba, tapi tubuh saya menolak pengobatan tradisional. Malah efeknya lebih parah. Uda itu, kalau soal obatnya, tidak juga terlalu murah, ada juga yang mahal sampai jutaan. kalau dari jasanya memang lebih murah, tapi kalau obat-obatannya tidak selalu murah, kadang ada yang import. Saya masih ada pakai satu, tapi karena kurang cocok dengan saya, saya tidak berpikir untuk menambah obatnya lagi. Dibanding ke rumah sakit pemerintah, malah lebih banyak yang memilih tradisional. Soalnya banyak dari mereka yang tidak suka</p>	<p>Beberapa kali juga pernah pergi ke tabib dan sinshe, hasilnya juga cukup bagus. Kalau sakit yang dialami lumayan ringan, yang bisa dengan obat herbal, itu memang kita tidak minum obat paten. untuk patah tulang misalnya. Kalau ada sinshe yang bagus, bisa jadi saya lebih percaya dengan sinshe. Namun biasanya kalau penyakit berat tidak sembuh dengan obat herbal, saya langsung ke dokter. Saya tidak berani juga terlalu bergantung pada obat herbal. Pengalaman ibu saya, jatuh,</p>	<p>Jadi keluarga kita tidak pernah percaya dengan yang namanya lauya atau sinshe. Kita pandang tradisional itu back up solution. Karena memang solusinya memang kadang ga <i>make sense</i>. Untuk sakit kita ga berani main-main deh. Paman wa pemain basket, cedera, gara-gara ke sinshe, karirnya hancur. Dan begitu dia konsultasi ke dokter dibilangin kalau dari awal dia ke sana, karirnya masih bisa lanjut. Memang tidak menutup kemungkinan ke sinshe kalau kita masih kenal baik ya sama orangnya. Tapi itu hanya back up solution. Wa pasti ke dokter dulu, dibilang harus operasi wa</p>	<p>Lagian kalau kita lihat biasanya ada kasus tertentu dimana pengobatan barat itu tidak mampu mendeteksi. Kemungkinan karena kemampuan pengobatan dokter itu belum begitu baik. Sedangkan dari pengobatan tradisional Chinese, pemeriksaannya menggunakan periksa nadi. Dengan pemeriksaan getaran nadi, biasanya terungkap apa yang kita derita. Terlebih lagi, medis barat memeriksakan penyakit sesuai kata-kata keluhan dari pasien,</p>	<p>dari kecil ya ke sinshe. Orangtua dulu ajak kita ke sana, sekarang kita percaya sama sinshe. Biasa sih ke mutiara. Kalau memang belum sembuh juga ya ke Sinshe lain. Kenapa ke Sinshe lain, karena pengobatannya beda. Hasilnya juga ga sama. Kalau sinshe nya belum kasi jawaban ya berati kurang pintar.</p>	<p>I. Pernah coba, dan tidak cocok dengan obat tradisional, tapi mengakui masyarakat lebih senang ke pengobatan tradisional daripada rumah sakit pemerintah, karena obat herbal dinilai lebih aman (1). II. Memiliki pengalaman baik dengan pengobatan tradisional (2, 4, 5) III. Memiliki pengalaman buruk dengan pengobatan tradisional, tidak pernah ke pengobatan tradisional (3). IV. Tidak berani tergantung terhadap pengobatan tradisional (2)</p>	<p>Pengobatan tradisional merupakan salah satu opsi pengobatan bagi informan, terutama untuk solusi patah tulang. Terlebih untuk informan 4 dan 5 yang menggunakan pengobatan tradisional sebagai solusi untuk segala penyakit. (II). Sebaliknya, informan 2 tidak berani untuk pengobatan tradisional, untuk penyakit berat tetap ke dokter. Informan 1 pernah memiliki pengalaman buruk dengan pengobatan tradisional, namun tetap menganggap pengobatan tradisional sebagai solusi, dan menyalahkan ketidakcocokan personal sebagai kegagalan pengobatan. Sebaliknya informan 3 pernah mengalami pengalaman buruk dengan pengobatan tradisional dan tidak percaya lagi dengan</p>	<p>Salah satu dari komponen teknis dalam kualitas jasa adalah <i>experience quality</i>, yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengkonsumsi jasa, contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan. (Gronroos Alan Hutt dan Speh <i>via</i> Tjiptono, 2004) Bagi pemakai pelayanan kesehatan di rumah sakit, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang diderita. (Robert dan Prevost <i>via</i> Kurniana, 2008)</p>
---	--	---	---	---	---	---	--	--

	<p>pakai obat-obatan, mereka lebih suka pakai herbal. Kalau herbal menurut mereka lebih aman, kalau obat-obatan dari dokter itu katanya larinya ke ginjal, dan ke organ lainnya. Saya sendiri coba mengurangi obat dokter, kalau penyakit ringan saya lebih suka herbal. Karena yang herbal kalau ada masalah, selalu ada penawarnya.</p>	<p>tangannya patah. Beliau bersikeras tidak mau dioperasi, lebih memilih ke sinshe, ternyata dalam waktu kurang lebih satu bulan bisa sembuh 80%, padahal umurnya sudah lumayan tua. Ini juga meyakinkan saya bahwa sinshe yang bagus bisa jadi lebih bagus daripada dokter dan operasi. Operasi memang memang bagus, cuma dari segi biaya dan resiko, Memang susah dengan operasi, karena harus menyayat daging, tulang dan sebagainya. Jadinya cukup mengkhawatir</p>	<p>operasi.</p>	<p>sehingga pemberian obat pun terkesan coba-coba, karena sesuai dengan kata-kata pasien. Sebaliknya, dengan pemeriksaan getaran nadi, tabib yang akan menentukan penyakit yang diderita pasien, sehingga hasil yang diberikan akan lebih luas, tidak sekedar keluhan penderita. Maka pemberian obat pun lebih akurat. Kecuali untuk penyakit tertentu, Pak Tan pernah mengidap sinusitis dan berobatnya di Kuching. Itu juga ke tabib</p>		<p>pengobatan tradisional. Standar kualitas yang digunakan adalah kesembuhan pelanggan.</p>	
--	---	---	-----------------	--	--	---	--

		kan juga.		dulu, setelah pengeringan sinus sembuh, baru saya operasi ke Kuching, karena memang tidak bisa ditangani oleh tabib.				
biaya pengobatan tradisional	kalau dari jasanya memang lebih murah, tapi kalau obat-obatannya tidak selalu murah, kadang ada yang import	Kalau sakit yang dialami lumayan ringan, yang bisa dengan obat herbal, itu memang kita tidak minum obat paten. Selain karena harganya lebih	Biar katanya pengobatan tradisional lebih murah tapi untuk sakit kita ga berani main-main deh	tentu dari pengobatan modern lebih mahal. Kalau pengobatan herbal karena banyak menggunakan apotik hidup, dengan menggunakan	Obatnya juga ga mahal Cuma 20-30ribu	I. Pengobatan tradisional murah (1, 2, 3, 4, 5) II. Akan tetapi obat-obatannya tidak selalu murah (1)	Informan mengatakan bahwa pengobatan tradisional murah (I) secara spesifik, informan 1 mengatakan bahwa pengobatannya memang murah, namun obat herbalnya tidak	Salah satu dari komponen teknis dalam kualitas jasa adalah <i>search quality</i> , yaitu kualitas yang dapat dievaluasi sebelum membeli, misalkan harga. (Gronroos Alan Hutt dan Speh via Tjiptono, 2004)

	<p>murah, efek samping dari obat herbal itu lebih kecil daripada obat paten. Opsi ini lebih baik, karena dari segi biaya dan resiko lebih murah daripada operasi</p>	<p>tanaman di kebun. Cara pengobatannya juga sederhana, hanya ditumbuk, jadinya lebih murah. Sedangkan dengan pengobatan barat, karena menggunakan pabrik, jadinya banyak biaya yang harus ditanggung.</p>	<p>selalu murah, karena mengandung bahan impor</p>
--	--	--	--

<p>bagaimana tanggapan Anda tentang rumah sakit pemerintah?</p>	<p>Kita di sini anggapannya kita ya rumah sakit umum, duh semuanya ada di sana. Uda gitu juga soal bersih ya, masih kurang bersih dari rumah sakit lain. Jadi kalau tidak sembuh di Antonius ya mending langsung ke luar negeri. Sewaktu kita masuk rumah sakit, biasanya kita akan ketemu pasien lain dan mereka akan cerita. Di Kuching lab nya bersih, berbeda dengan rumah sakit pemerintah, lab nya kelihatan kumuh, buat saya jadi kurang yakin. Setidaknya dari segi pelayanan, RS pemerintah susternya harus lebih ramah. Tidak hanya di rumah sakit</p>	<p>RS pemerintah masih kumuh masih kurang menjanjikan. Gerak para medis dan suster termasuk lamban dalam menangani pasien. Bisa jadi cuek, bisa juga dokternya tidak datang-datang. Lagipula pasiennya juga ramai. Menunggunya juga luar biasa lama.</p>	<p>Di Soedarso, Wa nervous. Full check gitu kan. Wa tanya, hasilnya kapan. Setelah makan. Jam berapa?? Setelah makan lah satu jam gitu. Dokternya dateng. Ngasi obat. Harusnya kasi tau donk, nyokap wa tu sakit apa. Ga.... Ga sakit kok, check medicalnya oke, paling trauma, nanti juga sembuh. Pokoknya ga jelas. Panas donk, panic man. Bukan ditenangin malah dicuekin. Wa smpai gebrak meja, wa tanya le bisa ngobatin ga, kalau ga, wa ga di sini. Cici wa uda debat paginya ga ngaruh soalnya. Itu setelah di Antonius, di Soedarso ga napa-napain. Ya kita panic lah sebagai anak, ga dikasi tau apa-</p>	<p>Penanganannya lambat. Mungkin karena sudah terlalu sibuk. Jadi ya pengaruh. Pak Tan pernah beberapa kali menjenguk teman yang sakit di sana, sehingga sudah melihat sendiri juga bahwa penanganannya lambat dan dokternya tidak selalu ada.</p>	<p>orang bilang lama banget baru ada dokter. Mau jani dulu. Rumah saya jauh, kalau jauh-jauh ke sana ga ada dokter kan jadinya kecewa.</p>	<p>I. Kotor (1, 2)II. Pelayanannya lama (1, 2, 4, 5)III. Tidak memberikan diagnosa yang tepat (3)IV. Pelayanannya buruk (1)</p>	<p>Pendapat informan mengenai rumah sakit pemerintah adalah kotor, pelayanannya lama, pelayanannya buruk, dan diagnosa kurang tepat. Informan 1 malah tidak menjadikan rumah sakit pemerintah sebagai alternatif solusi kesehatan</p>	<p>Aspek mutu pelayanan rumah sakit dapat didefinisikan salah satunya dari kepuasan pasien, aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental, dan sosial pasien. Kepuasan terhadap lingkungan rumah sakit, suhu udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, privasi, makanan, tarif, dan sebagainya. (Jacobalis <i>via</i> Kurniana, 2008). Ruang bersih serta nyaman, akan dapat memberikan nilai tambah kepuasan bagi pasien yang menjalani pengobatan atau perawatan (Mushiluddin, 2006)</p>
---	--	--	---	--	--	---	---	--

<p>pemerintah, swasta pun suster nya tidak ramah. Bahkan suster yang Chinese, meskipun tidak banyak, sama saja tidak ramah.</p>	<p>apa, dikasi tau jawaban ga jelas. Tebus obat terus. Datang kasi obat terus ya wa tebus terus kan. Tapi resultnya apa, malah tambah parah. Bukan bilang ga apa-apa, mereka bilang nya nanti juga sembuh. Lalu salah nya, waktu hari pertama, kan wa di situ, kan hari itu. Itu di samping nya sakit tipus kan, itu kerjanya nelpon terus. Yang sakit kan nyokap, bokap tu sampai ga bisa tidur Bro jadinya. Mereka datang minta cek ini, cek itu, bilang nya akhirnya trauma, cek terus.</p>					
---	--	--	--	--	--	--

<p>Pengalaman di RS Pemerintah</p>	<p>Ga pernah. Soalnya kalau ke rumah sakit negeri itu ribet. Kadang ada teman dan saudara juga cerita. Kadang kalau ada kecelakaan dan kejadian mendadak, kalau kejadiannya di Soedarso, di situ akan ketahuan, dari susternya, ranjangnya, kamarnya, rumah sakitnya semua beda.</p>	<p>saya sendiri pernah berobat ke rumah sakit itu. Tidak sampai rawat inap, saat itu memang pelayanannya lumayan memuaskan. Tapi mendengar dari orang lain, jadi kita kurang begitu sreg ke sana. Kecuali memang menggunakan askes baru kita ke sana</p>	<p>Mungkin kalau dia pertama kali di vote sakit, dia akan ke Soedarso. Kalau bukan sakit yang kecelakaan dan tiba-tiba, dia akan ke yang paling besar dulu, yang paling luas, yang kira-kira dia bisa dapat VIP. Ke Soedarso juga karena rumah lebih dekat ke Soedarso. Wa sih mikirnya Antonius ya. Tapi ya biasanya kalau wa sakit, nyokap yang ribut-ribut</p>	<p>tidak pernah ke sana. Kita kalau sudah dengar pengalaman dari orang lain, sudah jangan ke sana, pasien kok dibiarkan seperti itu. Itu secara responsif kita tidak akan ke sana. Mungkin karena dokternya sudah terlalu sibuk.</p>	<p>ga pernah e.. Jauh sih. Dengar-dengar dari orang katanya kurang bagus e. takut juga</p>	<p>I. Tidak pernah mengkonsumsi, mendapat informasi dari grup referen (1, 4, 5) II. Pernah jika harus menggunakan askes (2) III. Pernah karena rumah dekat dan kebiasaan orang tua (3)</p>	<p>Tidak ada kriteria yang mengharuskan informan 1, 4, 5 untuk mengkonsumsi pengobatan di Soedarso. Informasi mengenai rumah sakit didapat dari grup referen (eksternal). Kriteria yang menjadikan informan 2 untuk memasukkan RS Pemerintah (RSU St.U Soedarso) sebagai evoked set adalah harga. Sedangkan kriteria yang membuat informan 3 mengkonsumsi jasa RSU St.U Soedarso adalah jarak antara tempat tinggal dan RS</p>	<p>Kriteria evaluatif biasanya beragam tergantung kepentingan dan menonjolnya kriteria tertentu. Harga, contohnya, dapat menjadi dimensi dominan dalam beberapa keputusan, yang menyebabkan kriteria lainnya menjadi tidak lagi dilihat. Kurangnya pengetahuan mengenai alternatif akan menyebabkan konsumen kembali pada lingkungan (pencarian eksternal) untuk membantu terbentuknya <i>evoked set</i>. (Schoefer, 1998)</p>
------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--

<p>Biaya di RS Pemerintah</p>	<p>Untuk yang menengah ke bawah umumnya mereka masuk rumah sakit pemerintah, seperti Soedarso. Soalnya ada Askes dan Surat Miskin, sehingga lebih murah. Tapi dari segi fasilitasnya kurang, lebih banyak di rumah sakit swasta. Ada banyak kecenderungan memang, meskipun mereka tidak mampu, mereka berobat ke rumah sakit swasta, karena kualitas di sana lebih baik. Karena di Indonesia meskipun banyak rumah sakit bagus, banyak yang membiarkan kita mengantri lama.</p>	<p>Ya dari segi harga memang bisa dikatakan seperti itu. Rumah sakit rakyat, ya. Banyak masyarakat dari berbagai lapisan berobat di sana. Obatnya juga rata-rata generik. Demikian juga biaya atau ongkos yang harus dibayar oleh pasien lebih murah, kemungkinan penyebabnya seperti itu.</p>	<p>Sama saja dengan swasta. Coba masuk ke Soedarso VIP, bandingin deengan Antonius VIP. Yakin lebih murah? Kalau itu karena faktor dokter? Ingat dokternya sama loh. Spesialisnya pasti sama. Dokternya Cuma pindah praktek. Obat? Obat kalau generic ya semuanya murah. Cara dokter kasi obat, kalau dokternya sama ya cara kasi obatnya juga sama. Beda berapa sih memangnya? Ga signifikan. Yang membedakan paling fasilitas</p>	<p>Betul dari segi harga mungkin lebih murah daripada rumah sakit swasta. Namun saya lebih cenderung mengkonsumsi obat-obatan herbal yang lebih baik bagi tubuh.</p>	<p>ga juga. Namanya sakit mana ada yang murah</p>	<p>I. Murah (1, 2, 4) II. Sama saja dengan RS Swasta (3) III. Tidak juga, tidak ada pengobatan yang murah (5)</p>	<p>Informan 1, 2, 4 mengatakan bahwa pengobatan di RS Pemerintah terbilang murah, namun informan 3 mengaitkan RS Pemerintah dengan layanan VIP, sehingga harganya tidak jauh beda dengan RS lainnya. Berbeda dengan yang lain, informan 5 merasa pengobatan merupakan solusi yang mahal, dan hal itu berlaku untuk seluruh pengobatan, termasuk Soedarso</p>	<p>Salah satu dari komponen teknis dalam kualitas jasa adalah <i>search quality</i>, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi sebelum membeli, misalkan harga. (Gronroos Alan Hutt dan Speh <i>via</i> Tjiptono, 2004)</p>
-------------------------------	---	--	---	--	---	---	--	--

<p>bagaimana menurut Anda RS Swasta</p>	<p>Setau saya, teman-teman saya yang menengah ke atas lebih memilih rumah sakit swasta. Contohnya RSU St. Antonius, selain karena letaknya, fasilitasnya juga lebih bagus.</p>	<p>Biasanya saya memilih rumah sakit yang lebih besar, yang kebetulan memang rumah sakit Yayasan Katolik. Dari segi fasilitas, tenaga yang tersedia, pelayanannya, memang lebih bagus dari rumah sakit pemerintah. Sehingga memang nampaknya masyarakat di sini lebih banyak ke sana.</p>	<p>Cuma memang mayoritas Chinese lebih senang ke Antonius, sorry to say, orang Chinese lebih banyak yang menengah ke atas, dia mau cari yang bagus. Antonius lebih gede, Antonius selalu penuh. Makanya mereka perbesar rumah sakit lagi sekarang. Kamarnya ada yang VIP, ada beberapa kelas, kelas I, II III. VIP tempatnya bagus, rapi, bersih, susternya lebih bagus, dedicated. Itu benar di Pontianak. Jadi kualitas, tempat, luas parkir, lebih bersih, itu Pontianak bisa bersaing, even better.</p>	<p>umumnya orang China lebih banyak ke rs swasta, dalam hal ini Antonius</p>	<p>Dulu wa sakit kaki, wa uda keliling tabib semua tak ada yang sembuh, ke lau ya sembuh, sebentar lalu sakit lagi. Ujung2 wa uda lemes, ga mampu kemana, dibawa ke Antonius karena dekat. Kita ke sana karena memang ga ada solusi lain, ga ada tempat lain mau pergi. Soalnya kita pilih yang paling dekat. Karena terpaksa kok</p>	<p>I. Rata-rata orang Chinese memilih RSU St. Antonius karena fasilitas memang lebih baik (1, 2, 3, 4) II. RSU St. Antonius lebih besar, (2, 3) III. RSU St. Antonius dokter tercukupi, dan terawat (2, 3) IV. RSU St. Antonius lebih dekat (5)</p>	<p>Seluruh informan pernah mengunjungi RSU St. Antonius. Rata-rata orang Chinese memilih RSU St. Antonius karena fasilitasnya lebih baik, lebih bersih, dan lebih besar, dokter yang dimiliki pun lebih banyak (1, 2, 3, 4) dalam keadaan darurat, antonius adalah solusi terbaik karena dekat rumah (5)</p>	<p>Salah satu indikator kualitas jasa rumah sakit adalah peralatan yang memadai disertai dengan profesionalisme operatornya menimbulkan persepsi pasien tentang rumah sakit itu sendiri (Muslihuddin, 1996)</p>
---	--	---	---	--	---	--	--	---

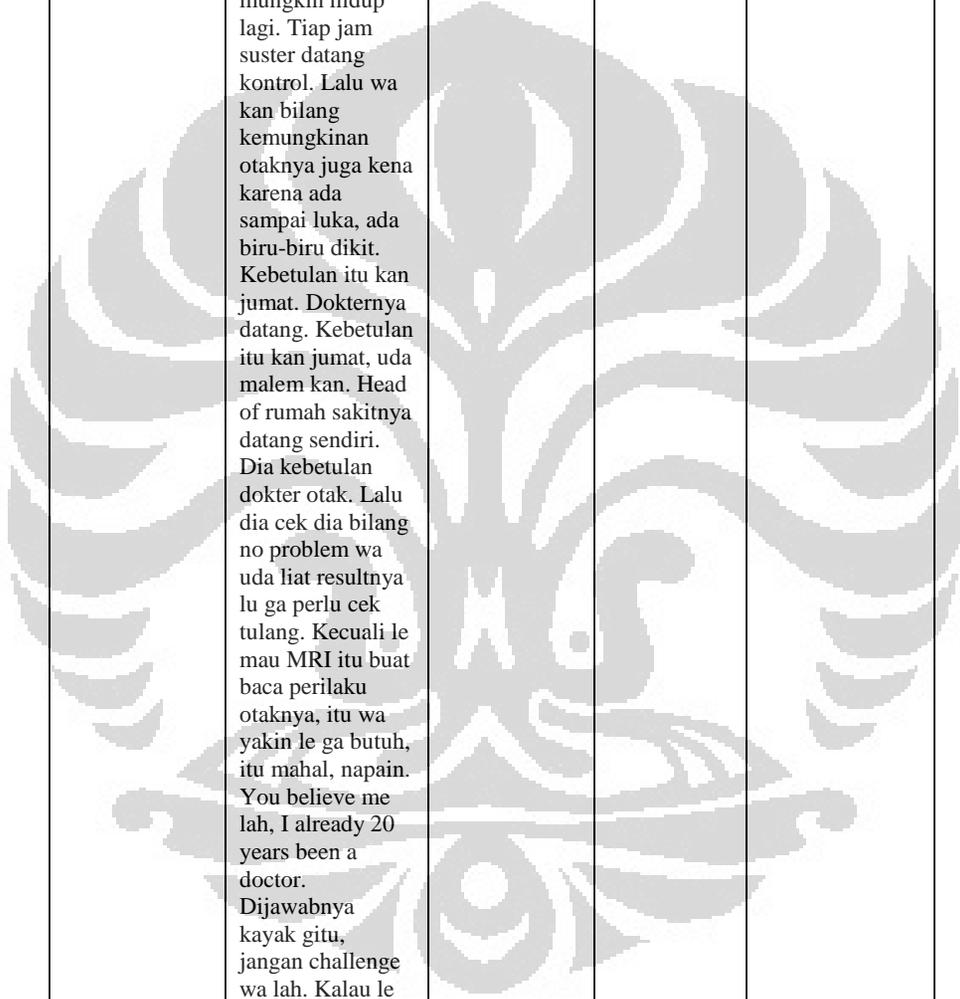
<p>pengalaman di RS Swasta</p>	<p>Dan rata-rata rumah sakit swasta di sini, masuknya malah makin parah, hasilnya ga akurat lagi. Sakit perut malah langsung disuruh operasi, dan ditakut-takuti. Alat di sini sebenarnya canggih, tapi mereka tidak bisa menggunakannya dengan baik, atau memang sengaja dibuat lebih mahal. Mereka juga kebanyakan dapat promosi dari sales obat untuk menjual obat tertentu. Saya tidak puas, saya langsung ke Kuching. Sampai sana dibidang tidak apa-apa, saya dikasi obat lalu disuruh pulang. Belum lagi anaknya ipar saya juga pernah ada yang</p>	<p>Memang ada hal-hal yang tidak enak dari pasiennya, tapi relative lebih kecil. Karena sangat mungkin dalam satu rumah sakit ada oknum tertentu yang mengambil keunggulan dari orang lain, tapi relative lebih kecil. Ada yang memuaskan, ada juga yang terkesan sekedar mencari untung. Karena pernah dengar dari kawan yang habis operasi ternyata ada yang keliru, namun dokternya tidak menerima kekeliruan itu, sehingga harus operasi ulang di Kuching. Sehingga jelas</p>	<p>Hari kedua nyokap sakit, pindah Antonius full body scan lagi. Ga ada beda hasilnya. Hari pertama tabrakan kan adrenaline masih tinggi, hari kedua uda mulai agak kecil, uda minum obat, antibiotic juga, painkiller juga. Hari ketiga, bengkak uda mulai keluar. Uda mulai sakit badan. Wa suruh cek dokter, suruh scan lagi, ga ada yang salah. Ga ada yang salah, uda cek. Wa pulang hari keempat. Hari ketiga ini wa tanya dokter, tiap hari dokter cek berapa kali? Tiap hari Cuma dua kali. Pagi sama malam. Obatnya itu-itu aja. Sama bius. Diagnose dari dokternya itu cuma trauma, dan masih agak</p>	<p>Tapi ada juga da juga pengobatan swasta yang seperti itu. Kadang-kadang di satu tempat lama banget baru ada dokter. Pemerintah harus meningkatkan customer service di rumah sakit. Terakhir saya ke Antonius waktu kemarin kecelakaan. Karena kecelakaannya dekat ke Antonius ya saya ke sana. Saya tidak puas sama pelayanannya. Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin. Saya juga sering mendengar mengenai salah</p>	<p>jelek. Soalnya pasiennya ditelantarkan dulu. Kalau ga bayar dulu, registrasi belum selesai, itu dibiarin. Padahal orang uda sakit parah, sampai ga bisa berdiri. Tapi dicuekin, dibiarin, ditelantarkan. Harus uda bayar, uda apa baru dikasi naik ranjang, didorong gitu. Kalau waktu itu uda sangat lemah ga mungkin ke sinthe lagi. Pernah ada anak teman wa sakit, tiba-tiba sakit, kemarin di sini rata-rata</p>	<p>I. Salah diagnosa (1, 2, 3, 4) II. Mencari keuntungan lebih (1, 2, 3, 4) III. Dokter lama datang (4, 5) IV. Kelas VIP nya fasilitasnya bagus (2) V. adanya perbedaan kelas sosial membuat mereka merasa diremehkan di Antonius (5)</p>	<p>Informan pernah mendengar atau mengalami salah diagnosa di RSU St. Antonius, informan mengklaim RSU St. Antonius berusaha mencari keuntungan berlebih (operasi), ataupun dengan permintaan untuk terus menerus menebus obat. Bagi informan 5 yang kelas sosialnya lebih dibawah, Antonius tidak memberikan pelayanan yang baik, karena stereotipe kelas sosial pasien yang berbeda</p>	<p>Salah satu kriteria rumah sakit berkualitas menurut pasien adalah - penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat pasien menaruh kepercayaan bahwa pengobatan maupun perawatannya dimulai secara benar, - penanganan oleh para dokter yang professional akan menimbulkan kepercayaan pada pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit, (Muslihuddin, 1996)</p>
--------------------------------	--	---	--	--	--	---	---	---

	<p>meninggal di Antonius. Kalau bisa jalan saya maunya ke Kuching aja, napain ke dokter di sini.</p>	<p>menyebabkan rasa tidak nyaman karena operasi dua kali dan ongkos dua kali</p>	<p>lemah, nanti juga kalau bisa sembuh. Tapi nyokap wa ga bisa bangun, tiap bangun pingsan. wa mo pindah malah ga bisa keluar dari rumah sakit. Suruh sign kalau dia ga mau dituduh kalau ada apa-apa. Pokoknya ancam-ancam gitu. Antonius tuh ancam-ancam gitu.</p>	<p>diagnosa RS swasta di sini. Terutama dengan dokter junior. Mungkin karena pengalaman mereka yang belum matang, sedikit-sedikit disuruh operasi, atau pengobatan maksimal.</p>	<p>pergi ke Antonius sakit. Dia lagi kerja, pakai baju kerja jadinya anaknya mau masuk rumah sakit ga dilayani, dianggapnya tu orang ga ada duit dicuekin. Sekalinya dia telepon dokternya, dokternya baru telepon orang depannya, baru dilayani.</p>			
<p>Biaya RS Swasta</p>	<p>Tidak kalau di lokal, karena rata-rata biayanya sama saja.</p>	<p>Karena fasilitasnya lebih, ya wajar harganya memang lebih mahal.</p>	<p>Wa tiga hari di Pontianak, 1 hari di Soedarso, 3 hari di Antonius. rumah sakit dua itu 10 juta.</p>	<p>Relative ya. Waktu saya kecelakaan kemarin di Antonius saja habis 3-4juta termasuk biaya obat.</p>	<p>Biaya di sana mahal, jadinya mereka takut kita ga bisa bayar gitu. Tapi orang kan bukannya ga bayar.</p>	<p>I. Relative sama dengan RS lain (1, 3, 4) II. Lebih mahal (2, 5)</p>	<p>Dari segi harga, RSU St. Antonius relative sama atau lebih mahal dibanding RS yang lain</p>	<p>Salah satu dari komponen teknis dalam kualitas jasa adalah <i>search quality</i>, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi sebelum membeli, misalkan harga. (Gronroos Alan Hutt dan Speh <i>via</i> Tjiptono, 2004)</p>

<p>Pendapat informan terhadap di RS Luar Negeri</p>	<p>Menurut saya, dari total pemasukannya pasti 80% lebih dari orang Indonesia. Karena memang wajar dekat dengan perbatasan Kalimantan. Sama juga di Singapore, atau di Malaka, sama saja ramai orang Indonesia. Saya kalau bisa ke Kuching saya mending langsung ke sana. Tapi kalau di Normah, kita ditanya apakah sudah puasa atau belum. Kalau sudah, kita langsung dibawa ke lab, tanpa menunggu lagi. Yang kedua, labnya sangat bersih. Berbeda dengan rumah sakit pemerintah, labnya kelihatan kumuh, buat saya jadi kurang yakin. Dengan</p>	<p>Ke Kuching belum pernah pergi, dengar dari orang sih ada yang bagus ya. Memang yang saya dengar pelayanan lebih bagus, obat tidak asal-asalan. Hasil lab pun sangat lengkap dan berhalaman-halaman, baru diberi obat. Jadi tidak sembarangan memberi obat. Bahkan untuk sakit yang biasa, begitu sampai langsung di infus.</p>	<p>Jadi hari kelima wa nyampe di Kuching. Wa dari bandara sampe Normah 1 jam. Langsung dibawa ke Normah, kita masuk emergency room. Medical checkup ga full, karena sebagian besar data dari Soedarso bisa dipakai katanya. Jadi ga usah cek lagi. Wa uda bilang sama mereka kalau wa uda cek di Antonius, mereka bilang data di sudarso ga bisa dipakai. Cuma bisa dipakai yang paru(-paru). Kuching saya ke sana semua tradisional, tapi clean. Dia tidak bedain kualitas kelas I, kelas II, kelas III, yang bedain itu tempat tidurnya. Kelas III berempat atau berapa, kelas II berdua, kelas I sendiri tapi</p>	<p>Kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri. Visi misinya kan beda. Mungkin karena mereka pikir mereka sudah jauh-jauh ke luar negeri, mereka akan menangani lebih serius. Jadi penghargaan terhadap manusia itu lebih. Selain itu, mungkin karena belum dikabarkan secara baik. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani. Berobat di sini sama di Kuching itu</p>	<p>Bagus ya bagus. Mereka ceknya cepat, hasilnya juga cepat. Mereka juga bisa bahasa Tiociu, jadi kita enak ngomong sama mereka. Saya juga berapa kali antar cucu berobat ke sana, mereka ga biarkan kita tunggu lama-lama. Kasi obat cepat sembuh</p>	<p>I. Pelayanannya RS di luar negeri (kuching) memuaskan (1, 2, 3, 4, 5)II. Diagnosa RS di luar negeri (kuching) cepat, jelas, dan akurat (1, 2, 3, 4, 5)III. Dokter berani beri jaminan akan solusi yang dianjurkan (1, 3) IV. Rumah sakit pelayanannya sigap (1, 2, 4)V. Bersih (1, 3)VI. Dapat memberikan privasi (2)</p>	<p>Informan 1 dan 3 yang sering berobat ke Kuching, Malaysia mampu menjelaskan setiap pelayanan RS dengan sangat detail baik dari fasilitas yang baik, pelayanan RS yang sigap, kebersihan rumah sakit, dan jaminan dokter akan solusi yang diberikan, seluruh informan pun menegaskan mengenai akurasi diagnosa yang diberikan dokter di luar. Informan 2 memberi poin plus untuk privasi yang diberikan. Informasi yang diberikan informan telah mencakup seluruh indikator kualitas jasa rumah sakit yang baik. Informan 4 dan 5 meskipun tidak sering kali ke Kuching, mengatakan bahwa pelayanan di Kuching cukup baik</p>	<p>Indikator kualitas jasa rumah sakit - petugas penerima pasien harus mampu melayani dengan cepat karena pasien mungkin memerlukan penanganan segera,- penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat pasien menaruh kepercayaan bahwa pengobatan maupun perawatannya dimulai secara benar,- penanganan oleh para dokter yang professional akan menimbulkan kepercayaan pada pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit,- peralatan yang memadai disertai dengan profesionalisme operatormya menimbulkan persepsi pasien tentang rumah sakit itu sendiri,- lingkungan rumah sakit yang nyaman dan bersih serta tidak bising akan memberikan kepuasan serta menunjang kecepatan penyembuhan.- ruangan bersih serta nyaman, akan dapat memberikan nilai tambah kepuasan bagi pasien yang menjalani pengobatan</p>
---	---	---	--	--	--	--	---	--

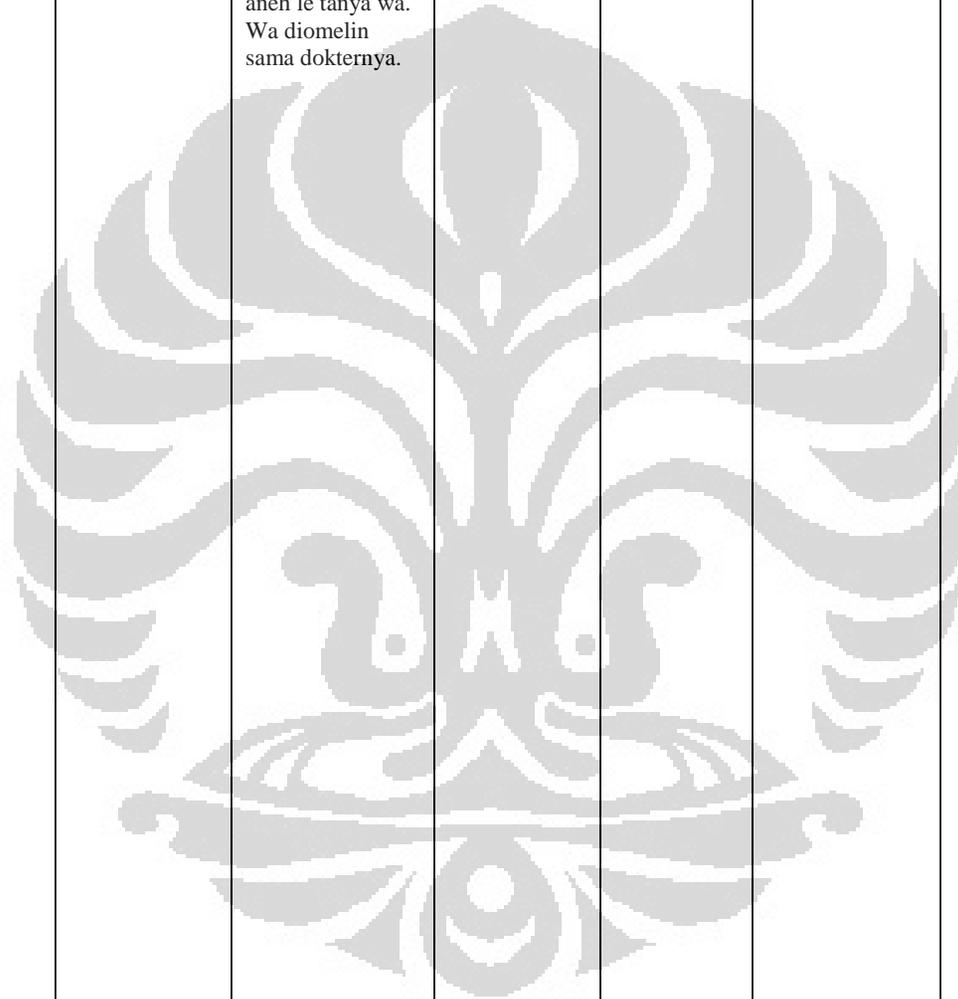
<p>fasilitas yang lebih bagus di KPJ, dokter yang ramah. Hasilnya di sana juga langsung. Kalau di sini masih kurang akurat, karena kita check up karena ada penyakit, mereka masih belum berani memastikan jantungnya sehat masih banyak kemungkinan lain yang disebutkan. Kalau di sana, mereka berani menjamin jantung sehat, masalahnya bukan di jantung. Bahkan rumah sakit pemerintah di Kuching, pelayanannya jauh dari rumah sakit pemerintah Indonesia. Walaupun di sana perlu nomor antrian, rata-rata rumah sakit swasta di</p>		<p>sharing, masuk akal kan? VIP sendiri murni. Tapi, dari sisi orangnya, jadi misalnya ada suster untuk kelas I, itu semua suster datang sekali ke semua kelas. Keluar dari ruangan ER. Masuk ke ruangan kelas dua, karena kita ramai, dia kasi loh kita tempat tidur extra. Tadinya mau di book lagi tapi kata mereka gak apa-apa. Karena itu ga ada orang, tapi kalau ada orang dia mesti occupied. Dia akan usaha ini kosong tapi kita ga usah bayar, kita boleh tidur. Dingomongin kayak gitu loh. Jadi wa hari jumat nyampe, jam kedua, err..jam ketiga lah wa di Kuching, dokter nyampe. Ngomong ke kita</p>	<p>sama dilayaninya. Kalau di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter.</p>				<p>atau perawatan,(Muslihuddin, 1996)</p>
---	--	--	---	--	--	--	---

<p>Kuching untuk kondisi gawat seperti kemotherapy, akan larikan ke rumah sakit pemerintah. Memang di rumah sakit swasta di luar, alat-alatnya lebih canggih, dan dokter spesialis kebanyakan stand by di rumah sakit swasta. Tapi untuk urusan penting, dokter spesialis akan ke rumah sakit pemerintah. Mereka punya kesepakatan bahwa harus ke rumah sakit pemerintah segera jika dibutuhkan. Sedangkan kalau di luar, malah mereka menganjurkan untuk di rumah sakit pemerintah, dan akan dibantu pendaftarannya.</p>		<p>bahasa Mandarin, karena nyokap lebih lancar bahasa Mandarin kan. Dia bilang nyokap wa tulang punggungnya itu retak satu. Jam ketiga loh wa di Kuching uda dapat hasil. Mereka berani vonis. Dokter kasi pilihan, le ada tiga cara mau sembuh. Dan bukan pilihan yang paling mahal yang mereka suggest ke kita. Besok pagi jam9 langsung operasi, jam11 uda bisa duduk nyokap. 1 hari pemulihan. langsung bisa pulang Pontianak. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana ada sih yang kecewa. Kecuali yang uda kanker, uda pasti mati ga</p>					
---	--	---	--	--	--	--	--



		<p>mungkin hidup lagi. Tiap jam suster datang kontrol. Lalu wa kan bilang kemungkinan otaknya juga kena karena ada sampai luka, ada biru-biru dikit. Kebetulan itu kan jumat. Dokternya datang. Kebetulan itu kan jumat, uda malem kan. Head of rumah sakitnya datang sendiri. Dia kebetulan dokter otak. Lalu dia cek dia bilang no problem wa uda liat resultnya lu ga perlu cek tulang. Kecuali le mau MRI itu buat baca perilaku otaknya, itu wa yakin le ga butuh, itu mahal, napain. You believe me lah, I already 20 years been a doctor. Dijawabnya kayak gitu, jangan challenge wa lah. Kalau le habis operasi masih ada aneh-</p>				
--	--	---	--	--	--	--

aneh le tanya wa.
Wa diomelin
sama dokternya.



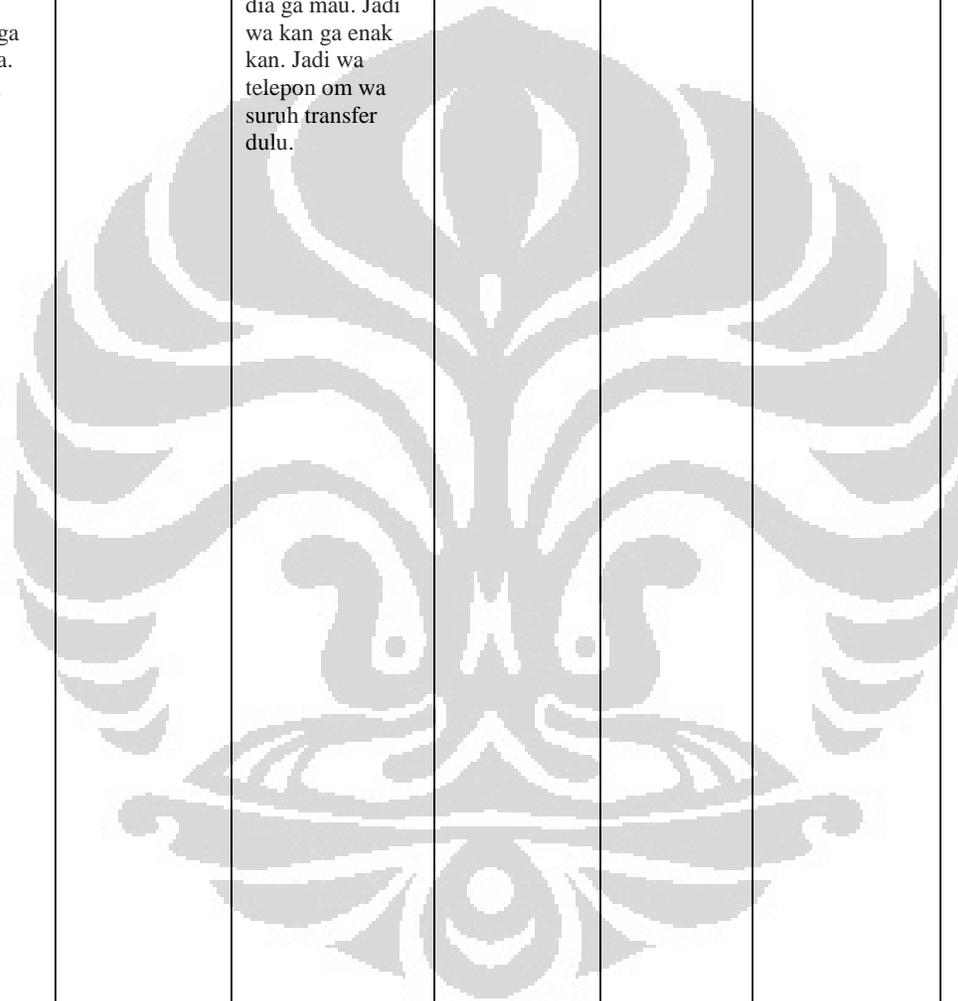
<p>Biaya Pengobatan Luar</p>	<p>Harganya juga bervariasi. Di luar ada tiga rumah sakit, yang paling mahal itu Normah. Tapi kalau di luar, semakin mahal rumah sakit, semakin bagus pelayanannya. Bagi yang pertama kali pergi, yang pertama kali disarankan adalah medical check up. Ada Timberland (Timberland Medical Centre), KPJ, dan Normah. Dari tiga rumah sakit yang saya sebutkan tadi, yang paling murah adalah Timberland. Terus di sana juga ada paket murah, tidak semua serba mahal. Seperti contoh kalau mau check jantung, di KPJ itu 250 MYR</p>	<p>Dengar-dengar sih harganya juga ga jauh beda ya.</p>	<p>Waktu itu wa ke kasir nih bayar. Orang sebelah wa juga bayar, waktu itu barengan surgery, bayar. Tapi wa ga tau dia surgernya apa. Jadi setelah nyokap wa surgery, orangnya masuk surgery. Le tau ga dia bayar berapa? Fasilitas ama, masuk ke ruangan yang sama. Wa tu waktu itu bayar berapa belas ribu gitu, pokoknya 18 juta lah hitungannya. Dia bayar sekitar 800 – 900 ringgit. Untuk medical treatment itu. Dia beli obat, 1 ringgit Bro. Wa beli obat beberapa ratus ringgit itu, dia Cuma bayar admin doank. Mereka jaminan kesehatannya bagus. Bisnisnya rumah sakit dimana? Turis-turis ini. Mereka</p>	<p>Soal harganya juga kurang lebih ya dengan di sini. Mungkin sekarang sudah lebih mahal.</p>	<p>Bayarnya juga mahal, tapi mereka bagus.</p>	<p>I. Harga yang diberikan di RS luar negeri, Kuching, Malaysia tidak jauh berbeda dengan di Indonesia (2, 4) II. Harga yang dibayarkan sebanding dengan kualitas yang diberikan, cara pembayarannya juga dipermudah (1, 3) III. Harga yang dibayarkan dapat bervariasi, tergantung rumah sakit yang dimasuki (1)</p>	<p>Menurut seluruh informan Harga yang diberikan di RS di Kuching, Malaysia tidak jauh berbeda dengan Indonesia, terlebih juga dengan kualitas sebanding yang diberikan. Cara pembayarannya juga dipermudah. Harga yang diberikan juga dapat bervariasi tergantung rumah sakit yang ditempati</p>	<p>Salah satu dari komponen teknis dalam kualitas jasa adalah <i>search quality</i>, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi sebelum membeli, misalkan harga. (Gronroos Alan Hutt dan Speh <i>via</i> Tjiptono, 2004)</p>
------------------------------	--	---	--	---	--	---	---	--

<p>(sekitar 750 ribu rupiah) , kalau di sini kalau mau check jantung, kita harus bayar dokter, bayar check ini dan check itu, kira-kira bisa sampai 1 juta lebih. Dengan fasilitas yang lebih bagus di KPJ, dokter yang ramah. Hasilnya di sana juga langsung. Karena di sana pengobatannya benar-benar gratis, dan hanya perlu membayar uang administrasi saja. Untuk melahirkan saja hanya perlu 1 MYR. Operasi Katarak mata hanya perlu 1 MYR. Saya pernah dengar dari supir taxi di Kuching bahwa rata-rata orang Indonesia untuk kemotherapy akan datang ke Kuching.</p>		<p>kalau ngobatin orang sendiri, medical itu free. Cuma bayar admin. Surgery juga lebih murah, Cuma beberapa ratus. Yang dibayar itu dokternya. Jadi dokternya perlu gaji kan, tapi facility free. Gaji dokternya gede. Tiap konsultasi bayar 200 – 300. Itu untuk bayar dokternya. Obatnya juga yang generic 1 – 2 ringgit. Dan mereka ga perlu claim insurance loh. Wa masih claim insurance, Prudential. Tapi waktu kita bilang Prudential dia uda tau dia cepet isinya. Tanpa ba bi bu. Mereka lebih seneng insurance, berapa ringgit, pakai ID. Hebatnya, di Pontianak itu sebelum kita keluar duit jaminannya mesti</p>					
---	--	---	--	--	--	--	--

<p>Sebelumnya mereka akan janji dengan dokter di rumah sakit swasta. Karena biaya rumah sakit swasta biasanya mahal, mencapai 500 – 600 MYR. Sedangkan untuk pasien lokal Malaysia, di General Hospital, hanya memakan 10 – 20 MYR, sedangkan untuk orang luar hanya perlu 100 MYR. Seperti contoh kalau mau check jantung, di KPJ itu 250 MYR (sekitar 750 ribu rupiah), kalau di sini kalau mau check jantung, kita harus bayar dokter, bayar check ini dan check itu, kira-kira bisa sampai 1 juta lebih. Uda itu yang di luar, saya sempat kesulitan biaya. Saya pulang</p>		<p>ada. Di Kuching wa kan buru-buru nih, bawa duitnya kurang. Dia suruh wa pulang coba, le besok transfer deh ke Normah perwakilan perwakilan Pontianak. Kebetulan kantor perwakilan perwakilan Normah itu punya nyokapnya temen. Pulang, ga perlu insurance! Luar negeri man, dia suruh wa pulang dia kurang bayar. No worry pay me via Normah. Kurangnya memang ga signifikan, jadi abis surgery wa dipanggil, ini karena uda surgery, uda boleh pulang, payment gitu kan, kalau ga obatnya ga keluar. Obat apa juga itu juga sebenarnya ga ada obat. Painkiller doank. Wa kurang berapa ratus gitu, wa pakai rupiah</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--

dulu ke
Indonesia juga
tidak apa-apa.
Kalau di sini
malah tidak
boleh.

dia ga mau. Jadi
wa kan ga enak
kan. Jadi wa
telepon om wa
suruh transfer
dulu.



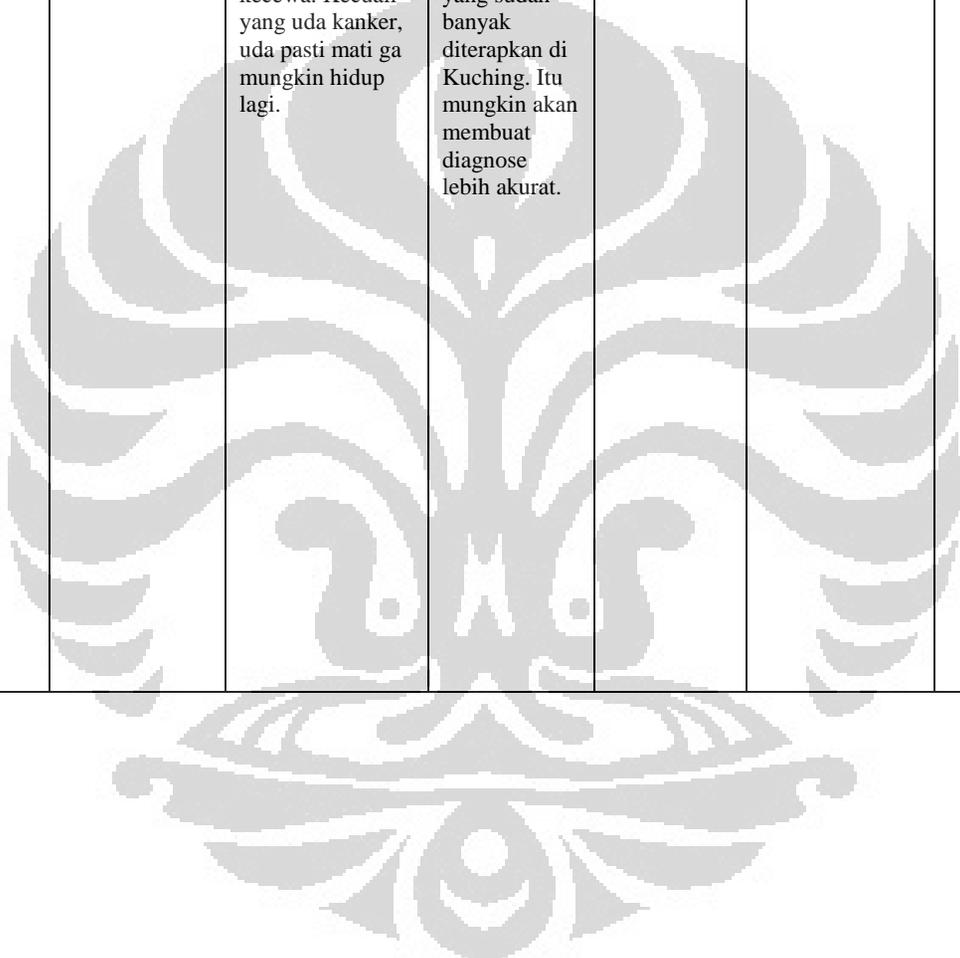
<p>Komunikasi</p>	<p>Kalau di luar, apapun yang kita tanya pasti dijawab. Jadi misalkan jawabannya beda dengan yang kita rasakan, dia pasti menjelaskan, meskipun sedang ramai. Kalau di sini, kalau kita tanya, dia akan diam. Karena ada dokter yang tidak bisa jawab karena memang dia tidak tau. Kalau pengobatan tradisional di sini ramah, sama seperti pengobatan di luar. Cuma kalau pengobatan lokal (modern lokal), dokternya tidak mau ngomong. Dokter lokal kebanyakan kalau kita tanya memang diam, tidak menjawab.</p>	<p>Faktor tersebut sangat berpengaruh. Karena kita sudah sakit, namun begitu ditanya dokter sakit apa, dia hanya tertawa dan tidak menjawab. Dan ini umumnya memang dialami di rs pemerintah. Karena ramai dan jam prakteknya tidak lama. Kita masuk, diperiksa, diberi resep dan pulang. Jawaban yang diberikan pun hanya pendek-pendek. Lain kalau rs swasta, itu kita tanya sampai puas. Sehingga memberi ketenangan dan kelegaan sama kita.</p>	<p>Kedua, justification pasien sakit apa. Di Kuching itu berani vonis. Sangat berani vonis. Dia sakit ini, tinggal berapa bulan, sakit ini tinggal berapa bulan. Mesti kayak gini. Ga di hide gitu loh. Di Indonesia itu seems ada yang di hide atau dia takut gitu untuk vonis. Yang dia mau dapat untung. Kayak waktu nyokap wa, wa perlu diagnose. Kasi jawaban donk, kenapa nyokap wa pingsan dibilang ga apa-apa. Wa takut donk, full checkup, dibilang ga apa-apa. Diagnose dari dokternya ga lah itu cuma trauma, dan masih agak lemah, nanti juga kalau bisa sembuh. Tapi nyokap wa ga</p>	<p>Faktor komunikasi pernah berpengaruh. Sewaktu di Antonius, saya tidak puas sama pelayanannya. Waktu itu saya di UGD, itu saja dicuekin.</p>	<p>Biasanya gak ada masalah ya. Dokter sama tabib kita juga ga banyak omong lah. Dengar mereka ngomong apa ya kita ikut</p>	<p>I. Faktor komunikasi penting bagi pasien (1, 2, 3, 4) II. Beberapa dokter di Pontianak tidak mampu berkomunikasi dengan baik dengan pasien (1, 2, 3, 4) III. Dokter di rumah sakit swasta di Pontianak lebih komunikatif (2) IV. Dokter di rumah sakit swasta di Pontianak tidak komunikatif (4) V. Dokter di luar negeri lebih komunikatif daripada dokter di Indonesia (1, 3) VI. Tidak ada masalah dengan komunikasi (5)</p>	<p>Faktor komunikasi dokter-pasien dinilai penting bagi informan. Sementara beberapa informan mengeluh mengenai beberapa dokter di Indonesia yang kurang komunikatif, (II) informan 5 tidak menemui permasalahan komunikasi dengan dokter. (VI) Informan 2 pun cukup puas dengan RS swasta yang lebih komunikatif dibanding RS pemerintah. (III) Berbeda dengan informan 2, informan 4 pernah pernah memiliki pengalaman komunikasi yang kurang baik dengan RS swasta. (IV) Sementara informan 1 dan 3 memuji komunikasi yang dibangun oleh dokter di luar negeri. (V)</p>	<p>Bagi pemakai pelayanan kesehatan di rumah sakit, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang diderita. (Robert dan Prevost <i>via</i> Kurniana, 2008)</p>
-------------------	--	---	--	--	---	---	--	--

<p>Itu menjadi masalah komunikasi. Misalnya kita divonis penyakit A, tapi begitu ditanya kenapa bisa, tidak dijawab. Kadang juga ada yang menanyakan misalnya ada keluhan di kepala, tapi dokternya tidak memberikan jawaban. Kadang ada yang memberikan jawaban, tetapi tidak menjawab lagi. Pasien tentunya lebih senang yang bisa menjawab. Kadang kita juga mau tau, kenapa bisa seperti itu, jadi kita bisa menjauhi. Daripada dia diam dan setelah selesai periksa hanya menyebutkan tarif. saya juga pernah ke RSUP</p>		<p>bisa bangun, tiap bangun pingsan. Tebus obat terus. Datang kasi obat terus ya wa tebus terus kan. Tapi resultnya apa, malah tambah parah. Bukan bilang ga apa-apa, mereka bilangnya nanti juga sembuh. Mereka datang minta cek ini, cek itu, bilangnya akhirnya trauma, cek terus. Wa mau pindah ke Kuching. Kita mesti berangkat. Pagi itu kita malah ga bisa keluar dari rumah sakit. Suruh sign kalau dia ga mau dituduh kalau ada apa-apa. Pokoknya ancam-ancam gitu. Antonius tuh ancam-ancam gitu. Dan yang wa kesel waktu kita di sana. Waktu kita tanya ke sana, dokter bukan kasinya</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Fatmawati. Tapi rasanya, sewaktu saya konsul dengan dokternya, dokternya kelihatan enggan dan tidak berikan jawaban. Dan info yang dia berikan ke saya, saya tidak bisa terima. Sedangkan kalau di luar negeri, Dengan fasilitas yang lebih bagus dokter yang ramah. Hasilnya di sana juga langsung. Kalau di sini masih kurang akurat</p>		<p>jawaban tapi kasinya ancaman, kalau le ngerasa bener ya le cari aja dokter lain gitu loh.</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>Kenapa tidak ke Indo dulu baru ke Kuching?</p>	<p>Itu karena di sana mereka punya pelayanan bagus, dan banyak spesialis yang praktek di sana. Karena kita sering punya sugesti bahwa pengobatan luar selalu lebih baik dari pengobatan dalam, dan memang kenyataannya seperti itu. Soalnya kebanyakan orang mau ke sana karena ke sini tidak bisa. Bukannya dari awal memang mau ke luar, yang namanya orang sakit, awalnya pasti lari ke sini dulu. Nah begitu mereka mendapatkan obat, dicoba sekali tidak sembuh, dua kali ga ada perbaikan. Akhirnya dengar-dengar</p>	<p>Belum pernah berobat ke Kuching.</p>	<p>Bukan begitu juga. Case nyokap wa, kenapa wa pilih luar negeri, bukan karena wa trust luar negeri. Kalau memang iya, dari hari pertama kemarin juga uda wa bawa ke luar negeri, tapi ini hari keempat. Hari kelima nyokap uda bisa duduk man. Tiga hari di Indonesia kayak orang bego man ga ada result. Wa percaya Indonesia tiga hari loh Bro, nah habis ke Kuching itu dua hari doank. Mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu. Apa sih susah nya ke Kuching? 15 menit sampai man. Karena wa punya lebih duit sedikit, wa ke Kuching. Napain wa ke Pontianak lagi? Cost nya sama. Ga jelas</p>	<p>Memang lebih baik ya pelayanannya. Begitu sampai di sana, uda ada dokter yang siap jaga, yang stand by untuk kita dan kita bisa langsung ditangani. Berobat di sini sama di Kuching itu sama dilayaninya. Kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu, tapi di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter. Soal harganya juga kurang lebih ya dengan di</p>	<p>Ada, ada ke sini dulu. Di sini dibilangnya urat kejepit. Uda ke sinshe ga sembuh, baru ke Kuching. Dokter sini juga ga sembuh. Ke sana dibilang ga apa-apa</p>	<p>I. Pernah mengalami kekecewaan dengan pengobatan lokal (1, 3, 4, 5)II. Perlu ada peningkatan terhadap pelayanan RS lokal, karena informan sebenarnya lebih ingin mengkonsumsi jasa kesehatan Pontianak (1, 3, 4)</p>	<p>Jasa kesehatan di Pontianak masih menjadi pilihan utama, namun kekecewaan terhadap pengobatan lokal membuat informan memilih pengobatan luar negeri. Informan menginginkan adanya perbaikan terhadap pelayanan rumah sakit di Pontianak (II)</p>	<p>Jika produk tersebut melebihi ekspektasi, konsumen akan sangat puas, jika produk mencapai ekspektasi, konsumen cukup puas, sebaliknya, jika produk masih berada di bawah ekspektasi, maka konsumen akan kecewa. Perasaan ini akan menentukan kapan konsumen akan menerima komplain, membeli produk lagi, atau membicarakan produk tersebut pada orang lain.</p>
---	---	---	--	--	---	---	---	--

	<p>di luar ada, mereka pasti lari ke tempat lain.</p>		<p>lagi. Mendingan wa agak tunggu, terkumpul lebih dikit wa ke Kuching. Kecuali le ga ada duit, le pasti ga akan obatin, uda siap mati gitu loh. Uda waktu kumpulin duit, dikit lagi aja uda nambah, uda ke Kuching. Napain di sini? Beda 5 tiau, 3 tiau. Berapa duit sih? Bis berapa duit sih? 80 ribu, Bro.. Wa naik pesawat bolak balik Cuma sa pek go, Ceng Beng pulang 9 pek, man! Kuching pesawatnya 1 minggu 3 kali. Selasa, Kamis, Jumat. Bis banyak dan anytime, Cuma 5 jam paling cepet. Daripada ke Jakarta wa mending Kuching. Jakarta masih ada yang kecewa, di Kuching mana</p>	<p>sini. Kita kalau ke pengobatan modern, kita ditanya kita sakit apa, padahal belum tentu kita mengerti mengenai tubuh kita, apalagi dokter yang menangani dokter junior. Oleh karena itu, kemungkinan untuk salah diagnose sangat besar. Kalau di pengobatan herbal, kita sampai sana, kita tidak boleh bicara sama sekali. Nanti tabibnya yang akan menentukan kita sakitnya apa. Memang sekarang sudah ada teknologi yang lebih maju seperti</p>				
--	---	--	---	--	--	--	--	--



			<p>ada sih yang kecewa. Kecuali yang uda kanker, uda pasti mati ga mungkin hidup lagi.</p>	<p>cek darah, yang sudah banyak diterapkan di Kuching. Itu mungkin akan membuat diagnose lebih akurat.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Preferensi Etnis</p>	<p>Saya tidak memilih dokter harus Chinese atau tidak. Semua dokter di Pontianak saya sudah coba. Ga juga, soalnya teman2 saja beragam. Terakhir pengalaman saya dapat dokter lokal juga baik, bukan Chinese, tapi orang Jawa. Obatnya awalnya memang cocok, tapi untuk pengobatan lainnya, dia juga angkat tangan. Saya memang masih ke tempat dia, namun untuk penyakit lainnya.</p>	<p>Tidak masalah, tidak ada preferensi etnis. bagi saya yang penting meyakinkan, yang rekomendasinya banyak.</p>	<p>Sekarang trendnya bukan cari dokter Chinese. Dulu trendnya cari dokter yang kita kenal. Terutama spesialis. Wa liat tingkat kehidupan juga sudah naik lah ya, mereka di pontianak tingkat pendidikan juga uda oke lah ya. Saya juga ngeliat kalau saudara-saudara sakit nyarinya spesialis. Yang pasti start nya pasti dari dokter umum dulu. Jadi sakit apapun larinya pasti ke dokter umum dulu. Yang le kenal. Habis itu dia akan refer le kemana. Starting point selalu dokter yang kita kenal. Nanti baru refer kemana-mana. Dan itu tidak peduli ras</p>	<p>Itu pun menjadi salah satu alasan kenapa orang Chinese ini kadang-kadang dokternya milih yang agak Chinese, karena kalau mereka bicara dengan dokter-dokter yang Chinese ini mungkin lebih paham, jadi kalau apa yang terjadi di komunitas orang Cina, pengalaman-pengalaman keluarganya mungkin jadi pertimbangan juga untuk memilih pengobatan. Dibanding mereka yang tidak kenal budaya Chinese, karena kalau diobati mereka mungkin tidak tahu</p>	<p>Dokter ya dokter cina kan ada. Kita mau ngomong apa yang orang Tionghoa percaya juga dokter nya ngerti. Kita disuruh puasa, dibilang pantang ini itu, dokter bukan orang kita mana ngerti</p>	<p>I. Tidak ada preferensi etnis dalam memilih dokter (1, 2, 3) II. Ada preferensi etnis, karena perbedaan budaya (4, 5)</p>	<p>Informan 1, 2, dan 3 tidak memiliki preferensi etnis dalam memilih jasa kesehatan. Berbeda dengan informan 4 dan 5 yang memilih dokter Tionghoa karena kesamaan budaya.</p>	<p><i>Ethnoconsumerism</i>, yakni kecenderungan untuk memilih produk atau orang dari budaya sendiri dibanding budaya lain. Masyarakat dari berbagai negara cenderung merasa produk atau orang dari daerah asal mereka superior (Solomon, 2009)</p>
-------------------------	--	--	---	---	--	--	--	--

				<p>bahwa orang Chinese punya preferensi apa. Contohnya, Orang China sangat dianjurkan untuk berpantang bila sakit, agar tidak berakibat buruk. Tapi kalau didengar dari dokter barat, tidak ada pantangan. Jadinya, bagi orang Chinese sendiri hal tersebut jadi dilemma. Dari kata kakek nenek, bahwa dilarang makan ini, tapi dokter bilang boleh saja.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Bahasa	<p>Rekomendasi dari teman chinese dan non Chinese? Rekomendasi dari mana aja saya dengar. Kalau orangtua yang direkomendasi mungkin beda, karena kalau mereka tidak semua bisa bahasa Indonesia dengan lancar. Tapi untuk yang lebih muda tidak bermasalah</p>	<p>Bisa jadi pasien memilih dokter karena bahasa, tapi itu bukan faktor utama. Jika kendalanya di bahasa, biasanya akan ditemani oleh mereka yang lancar berbahasa Indonesia..</p>	<p>Komunikasi memang sangat penting. Bahasa itu paling penting. Jadi kalau di Pontianak, kan wa uda bilang di awal, once le orangtua, bahasa Indo dia tidak bisa lancar, dia bisanya mix Chinese, waktu le ke Malaysia itu dokternya kuasai semua loh itu. Itu aku rasa sih uda di luar pertimbangan ras ya. Ama aku Kurang bisa bahasa Indo. Cuma Mandarin nya Ok. Kalau le keluar, itu enak ya. Kalau di Indonesia, le berobat, kalau ngomong bahasa Indonesia susah, le ngomong Mandarin kan. Mereka kalau di luar lebih enak, bisa ngomong Mandarin, bisa ngomong Teociu,</p>	<p>Faktor komunikasi pernah berpengaruh. Terlebih mereka yang lebih tua, yang bahasa Indonesianya tidak lancar, itu yang menjadi masalah. Ya karena memang kesamaan bahasa, kultur dan budayanya sama. Tapi sekarang juga banyak dokter Tionghoa. Jadi harusnya tidak ada masalah dengan komunikasi.</p>	<p>Ya kalau bahasa Indonesia yang gampang sih wa masih bisa, tapi bahasa Teociu memang lebih baik, karena kita bisa kasi tau lebih banyak.</p>	<p>I. Faktor bahasa dianggap penting bagi etnis Tionghoa yang tidak dapat berbahasa Indonesia dengan lancar (1, 3, 4) II. Faktor bahasa dapat berpengaruh, tapi bukan faktor utama (2)</p>	<p>Hampir seluruh informan menganggap faktor bahasa penting, terutama bagi etnis Tionghoa yang tidak dapat berbahasa Indonesia dengan lancar (I), sementara informan 2 tidak menanggapi krusialnya faktor bahasa dalam pemilihan dokter.</p>	<p>Proses akulturasi dipengaruhi oleh berbagai hal, seperti perbedaan kemampuan individu. Individu yang menguasai bahasa pokok dalam budaya baru, akan lebih mudah beradaptasi dibanding yang kurang fasih. Komunikasi dari pihak pendatang kepada 'agen akulturasi'-yakni orang/institusi yang membawa pengaruh terhadap budaya, juga sangatlah penting. Beberapa agen datang dari budaya asal, seperti keluarga, teman, dan media berbahasa asal, atau apapun yang membuat seseorang tetap berhubungan dengan budaya lamanya. (Cateora, 1999)</p>
--------	--	--	---	--	--	--	--	---

			<p>bisa ngomong bahasa lokal. At least 5 bahasa. Teociu, Khek, Mandarin, Inggris, sama Melayu. Sedangkan dokter Indonesia pasti 1 bahasa. Lagi beruntung kamu ketemu yang bisa 2 bahasa. Bahasa Chinese sama Indonesia</p>					
<p>Apa saja alternatif rumah sakit Anda?</p>	<p>Setau saya, teman-teman saya yang menengah ke atas lebih memilih rumah sakit swasta. Contohnya RSU St. Antonius, selain karena letaknya, fasilitasnya juga lebih bagus. Untuk penyakit tertentu yang lebih ringan, mereka memang ke Antonius. Tapi untuk usus buntu, hernia, mereka bisa ke Kharitas Bhakti. Saya tidak puas, saya langsung</p>	<p>Kalau rumah sakit sih di Pontianak yang lebih terpercaya rumah sakit swasta. Karena RS pemerintah masih kumuh masih kurang menjanjikan. Gerak para medis dan suster termasuk lamban dalam menangani pasien. Hal itu saya sering dengar ya. Kecuali memang menggunakan askes baru kita</p>	<p>To be honest, rumah sakit di Pontianak yang gede cuma dua, Soedarso atau Antonius. Tapi case nyokap wa, kenapa wa pilih luar negeri, bukan karena wa trust luar negeri. Kalau memang iya, dari hari pertama kemarin juga uda wa bawa ke luar negeri, tapi ini hari keempat. Hari kelima nyokap uda bisa duduk man. Tiga hari di Indonesia kayak orang bego man ga ada result. Wa percaya</p>	<p>Di Pontianak, pilihan yang tersedia tidak banyak. Mereka paling akan Antonius. Kalau punya uang lebih, mereka lebih percaya ke luar negeri</p>	<p>Ada, ada ke sini dulu. Antonius karena dekat. Di sini dibilangnya urat kejepit. Uda ke sinshe ga sembuh, lau ya juga kambuh lagi, rumah sakit di sini ga sembuh, baru ke Kuching. Ke sana dibilang ga apa-apa.</p>	<p>I. Antonius, Kharitas Bhakti, dan RS di Kuching (1) II. Antonius dan Soedarso (2) III. Antonius, Soedarso, dan Kuching (3) IV. Antonius (5) IV. Antonius dan Kuching (4)</p>	<p>Seluruh informan menjadikan RSU St. Antonius dalam solusi alternatifnya, informan 1 dan 4 tidak memasukkan RSU Soedarso sebagai alternatif, informan 1 memasukkan RS Kharitas Bhakti sebagai solusi untuk penyakit hernia dan usus buntu, informan 2 menganggap RSU Soedarso sebagai alternatif untuk penggunaan asuransi kesehatan, informan 3 menganggap Soedarso sebagai alternatif karena domisili. Sebagai alternatif untuk</p>	<p>Pencarian informasi dapat dikatakan sukses apabila informasi yang didapatkan melibatkan sekelompok <i>brand</i> yang dianggap konsumen sebagai solusi alternatif. Grup produk ini disebut oleh Dibb dkk (1997) sebagai <i>consumer's evoked set</i>.</p>

	ke Kuching.	ke sana. Kalau rumah sakit luar negeri saya belum pernah ke sana	Indonesia tiga hari loh Bro, nah habis ke Kuching itu dua hari doank. Mind set wa sekarang waktu ada apa-apa wa ke Kuching dulu.				penanganan yang lebih baik, informan 1, 3, dan 4 memilih rumah sakit di Kuching, Malaysia	
Rumah sakit mana yang menjadi solusi utama Anda sebagai solusi kesehatan?	Kebanyakan sih Antonius ya. Kharitas Bhakti saya belum pernah pergi. Karena kita di Pontianak tidak dikasi pilihan banyak untuk rumah sakit. Orang Pontianak kalau memang tidak terpaksa butuh cepat tidak bisa jalan mau tidak mau ke Antonius. Saya biasa setiap 6 bulan sekali ke luar, kalau di sini	Biasanya saya memilih rumah sakit yang lebih besar, yang kebetulan memang rumah sakit Yayasan Katolik. Karena rumah sakitnya besar, terawat, dokter juga tercukupi. Sehingga memang nampaknya masyarakat di sini lebih banyak ke sana. Memang ada hal-hal	Mungkin kalau dia pertama kali di vote sakit, dia akan ke Soedarso. Karena kita memang rumah lebih dekat ke Soedarso. Kalau bukan sakit yang kecelakaan dan tiba-tiba, dia akan ke yang paling besar dulu, yang paling luas, yang kira-kira dia bisa dapat VIP. Dia pikir pasti ada dokter. Wa ketemu sendiri soalnya, tahun 2010, wa pusing	Kalau saya butuh cepat, memang saya akan ke Antonius dulu, tapi di sini saya pergi sekarang, besok baru ada dokter. Kalau di Kuching saya pergi sekarang, besok sampai, langsung ada dokter.	Ujung2 wa uda lemes, ga mampu kemana, dibawa ke Antonius karena dekat.	I. RSUD St. Antonius karena yang paling baik di Pontianak (1, 2, 4) II. RSUD Soedarso karena dekat rumah (3) III. Antonius karena dekat (5)	Dalam kriteria pelayanan terbaik dan terdekat, kebanyakan informan memilih RSUD St. Antonius sebagai solusi kesehatan utama di Pontianak (I), sedangkan informan 3 dan 5 memilih rumah sakit karena dekat dengan domisili masing-masing (II, III)	Ketika mengevaluasi <i>consumer's evoked set</i> , konsumen mungkin akan menerapkan beberapa kriteria evaluatif yang berbeda dalam membuat keputusan. Salah satu kriteria pelayanan rumah sakit yang baik adalah pelayanan yang cepat (Muslihuddin, 1996).

	sekitar 2 bulan sekali. Ke luar juga karena di sini tidak bisa menangani.	yang tidak enak dari pasiennya, tapi relative lebih kecil. Karena sangat mungkin dalam satu rumah sakit ada oknum tertentu yang mengambil keunggulan dari orang lain, tapi relative lebih kecil.	banget. Nyokap kecelakaan. Wa pindah 3 rumah sakit sampai ke Kuching.					
Apa Anda akan merekomendasikan pilihan Anda pada orang lain	Kalau orang tidak tanya ya umumnya teman-teman saya, ya.	Dengan membayar pengobatan keluarga, saya dan suami akan bawa cek ke dokter kenalan kita dulu, kemudian dari saran dokter baru kita ikuti. Seringnya ke Antonius	Kalau memang keluarga yang tanya dan penyakit mereka berat tanpa ba bi bu langsung Kuching. Tapi kalau ringan ya ga perlu sampai Kuching lah. Antonius juga bisa,	saya rekomendasikan pengobatan tradisional bukan hanya pada keluarga, kadang teman dan kolega yang meminta saran, juga akan saya beritahukan mengenai kebaikan pengobatan tradisional	Sering tetangga juga bilang pusing kepala, wa tanya, habis dari mana? Habis melayat. Ya wa langsung bilang, minta lau ya tolong. Habis itu ga ada masalah.	(1). Informan akan merekomendasikan pengobatan favoritnya kepada saudara dan teman (1, 2, 3, 4, 5)	Informan merekomendasikan pengobatan favoritnya pada saudara atau teman, yang lebih berbentuk <i>advice giving</i> karena kebutuhan akan rumah sakit merupakan <i>need recognitioin</i>	Ada tiga alasan seseorang berbicara mengenai produk tertentu. Menginisiasi diskusi untuk menimbulkan daya tarik pada orang lain. Orang suka untuk memastikan bahwa orang yang dekat dengan mereka membeli apa yang baik bagi mereka dan tidak menyia-nyiakan uangnya (<i>advice giving</i>). (Solomon, 2009 : 443 dan Schoefer, 1998 : 26)