

## BAB II PARADIGMA KEPERAWATAN

### A. Desentralisasi Kesehatan

Pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan pengamalan dari amanat undang-undang dasar Negara yang telah mengalami beberapa perubahan. Melalui UU No. 23 Tahun 1992 tentang Sistem Kesehatan Masyarakat telah diatur berbagai hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan, baik yang mencakup, filosofi, pengaturan antara hak dan kewajiban, tugas dan tanggung jawab, upaya-upaya kesehatan maupun SDM. Dalam UU tersebut telah ditetapkan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Untuk itu salah satu tugas pemerintah yang paling penting dalam sektor kesehatan adalah menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Dalam UU No. 23 Tahun 1992, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termuat pada pasal 10 dimana upaya kesehatan dilakukan melalui pendekatan *promotive* (pemeliharaan, peningkatan kesehatan), *preventive* (pencegahan penyakit), *curative* (penyembuhan penyakit) dan *rehabilitative* (pemulihan kesehatan) yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan meliputi :

1. Kesehatan Keluarga
2. Perbaikan Gizi
3. Pengamanan Makanan dan Minuman
4. Kesehatan Lingkungan

5. Kesehatan Kerja
6. Kesehatan Jiwa
7. Pemberantasan Penyakit
8. Penyembuhan Penyakit dan Pemulihan Kesehatan
9. Penyuluhan Kesehatan
10. Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan
11. Pengamanan zat Adiktif
12. Kesehatan Sekolah
13. Kesehatan Olah raga
14. Pengobatan Tradisional
15. Kesehatan Mata

Namun penyelenggara kesehatan di Indonesia, belum cukup mampu menampilkan sebuah pelayanan publik yang memadai, misalnya dalam kasus penanganan busung lapar atau penyebaran firus flu burung yang terkesan lamban. Gambaran semacam ini mencerminkan bahwa birokrasi kita (termasuk birokrasi kesehatan) masih memakai paradigma lama, masih bersifat *reactive* (baru melakukan tindakan apabila ada kasus) bukan *promotive* (promosi dan sosialisasi masalah); masih memakai pendekatan *curative* dari pada *preventive*, sehingga kesan-kesan pasif dan kaku, masih sangat kental mewarnai (Sondakh, 2007)

Tabel 1: Perbandingan Birokrasi

Paradigma Lama	Paradigma Baru
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasif</li> <li>• Birokratis/kaku</li> <li>• Kaku</li> <li>• Abdi Negara</li> <li>• Orientasi politik</li> <li>• Kurang professional</li> <li>• Statis</li> <li>• <i>Reactive</i></li> <li>• <i>Curative</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktif</li> <li>• Familiar</li> <li>• Fleksibel</li> <li>• Abdi Masyarakat</li> <li>• Netral</li> <li>• Professional</li> <li>• Dinamis</li> <li>• <i>Promotive</i></li> <li>• <i>Preventive</i></li> </ul>

Pelaksanaan otonomi daerah sebagaimana yang tertuang dalam UU No.22 maupun UU No. 25 Tahun 1999, merupakan buah dari reformasi yang menghendaki adanya distribusi kekuasaan akibat sentralisasi yang begitu kuat diterapkan di masa-masa pemerintahan sebelumnya. Kedua UU yang mendorong ke arah desentralisasi ini, telah melahirkan PP No. 25 Tahun 2000 yang berisikan berbagai fungsi pelayanan kesehatan kepada pemerintah kabupaten dan kota, baik yang menyangkut peran dan fungsi sektor pemerintah maupun swasta. Fungsi instansi kesehatan di tingkat propinsi akan berkurang, sementara fungsi di tingkat kabupaten/kota menjadi sangat signifikan.

Dengan sistem desentralistik diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efektif dan efisien serta menyentuh kepada kebutuhan kesehatan riil masyarakat. Selain itu, sistem desentralistik juga memberi kewenangan bagi daerah untuk menentukan sendiri program serta pengalokasian dana pembangunan kesehatan di daerahnya. Hal ini berbeda dengan sistem sentralistik yang mekanisme penyusunan program dan pengalokasian dana pembangunannya yang *top-down*.

Secara tidak langsung sistem sentralistik menganggap masalah kesehatan di seluruh Indonesia sama, padahal kenyataannya tidak dan bahkan sangat berbeda dari daerah yang satu ke daerah lain. Dengan sistem desentralistik diharapkan pembangunan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan masalah dan kebutuhan kesehatan dan potensi setempat. Dengan sistem desentralistik, juga, diharapkan adanya keterlibatan masyarakat (*community involvement*) yang besar dalam pembangunan kesehatan di daerahnya. Dengan cara ini masyarakat tidak lagi sebagai objek pembangunan tetapi akan berperan sebagai subjek pembangunan.

Tanggal 11 Maret 1999, Presiden RI mencanangkan Paradigma Sehat dengan sebutan “**Gerakan Pembangunan yang berwawasan Kesehatan**” yang mengubah pola pikir bahwa kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat aktif, bahwa pelayanan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah (*fragmented*) melainkan menjadi terpadu (*integrated*).

Peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata yang diterapkan dalam Paradigma Sehat adalah:

1. Pelayanan kesehatan yang memberi kepuasan kepada konsumen, bahkan lebih dari yang mereka harapkan. Pelayanan kesehatan berorientasi pada pemeliharaan, peningkatan dan perlindungan kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan yang prima, efektif, efisien dan berkualitas yang didukung tenaga-tenaga professional, melayani pasien dengan pendekatan hubungan antar manusia, selain memberi pelayanan teknis juga memberikan informasi yang jelas kepada pasien, mempunyai standar pelayanan yang berbasis bukti nyata, memiliki peralatan handal, responsif (cepat tanggap) dan cenderung meningkat ke arah yang lebih baik.
3. Pelayanan yang menjamin persamaan hak, tidak membedakan seks, usia, etnis, daerah, suku terasing. Biaya dapat terjangkau oleh bagian terbesar masyarakat, terutama melalui JPKM. Masyarakat miskin memperoleh subsidi melalui JPSBK, DSK Harkes (Dana sosial keagamaan bagi pemeliharaan kesehatan), Asakeskin dan JPK Gakin (khususnya di Propinsi DKI Jakarta).
4. Pelayanan kesehatan yang bermutu diberikan melalui dokter keluarga, bidan desa, puskesmas yang merupakan pelayanan tingkat pertama (primer).
5. Selanjutnya pelayanan kesehatan diselenggarakan di Rumah Sakit kabupaten/kota yang merupakan pelayanan kesehatan tingkat sekunder, RS Provinsi dan di pusat yang merupakan kesehatan tingkat tersier dan pelayanan kesehatan unggulan nasional (RSCM, RS Dr. Sutomo, RS Dr. Wahidin, RS Adam Malik) yang merupakan pelayanan tingkat kwarter (Tutuko, 2002)

Implikasi tersebut tidak saja positif tetapi juga, mungkin negatif. Hal ini dapat dimengerti karena, di satu sisi, selama ini pihak pelaksana pembangunan kesehatan di daerah (Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota) sudah terbiasa dengan kebijakan

yang digariskan secara *top-down*. Mereka tidak terbiasa menyusun program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan potensi setempat. Di sisi lain, masyarakat yang selama ini dianggap sebagai objek pembangunan, dengan adanya desentralisasi kesehatan, akan turut menentukan apa yang menurut mereka baik dan sesuai untuk dilakukan. Hal ini tidak mudah, tidak saja karena selama ini masyarakat jarang dilibatkan dalam setiap program pembangunan, tetapi juga adanya ‘stigmatisasi negatif’ masyarakat terhadap pemerintah, yang menyebabkan mereka sulit untuk dilibatkan.

Tabel 2: Perubahan paradigma pembangunan kesehatan

Paradigma Lama	Paradigma Baru
Program dan Kebijakan yang <i>top-down</i>	Program dan Kebijakan yang <i>Bottom-up</i>
Mentalitas <i>nrimo</i>	Mentalitas proaktif
<i>Meninabobokan</i> potensi lokal	Pemberdayaan sumberdaya lokal
Pembangunan Kesehatan berbasis Pemerintah	Pembangunan Kesehatan Berbasis Masyarakat
Sistem purna bayar pelayanan kesehatan	Sistem prabayar pelayanan kesehatan
Pembangunan Kesehatan Sektoral	Pembangunan Kesehatan Multi Sektor

Desentralisasi kesehatan di Indonesia secara lebih jelas dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU No. 22 tahun 1999, PP No. 25 tahun 2000, serta SE Menkes No. 1107/Menkes/E/VII/2000. UU No. 22 tahun 1999 pasal 1 ayat h menyebutkan “*otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan), menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku*”.

Menurut aturan perundang-undangan, desentralisasi bidang kesehatan di Indonesia menganut semua jenis desentralisasi (dekonsentrasi, devolusi, delegasi, dan privatisasi), hal ini terlihat dari masih adanya kewenangan pemerintah pusat yang didekonsentrasikan di daerah provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi. Selain itu, berdasarkan SE Menkes/E/VII/2000 disebutkan beberapa tugas yang

mungkin tidak dapat dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten/kota dapat diserahkan ke tingkat yang lebih tinggi.

Kewenangan Desentralisasi Kesehatan Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota diatur melalui PP No. 25 tahun 2000 pasal 2 No. 10 bidang kesehatan dan dijabarkan dalam SE No. 1107/Menkes/E/VII/2000. Selanjutnya, berdasarkan PP No. 25 tahun 2000 pasal 3 ayat 3 disebutkan selain kewenangan yang dimaksud dalam pasal 1 dan pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota, Provinsi dapat melaksanakan kewenangan yang tidak atau belum dapat dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Ayat 4 menyebutkan kewenangan Kabupaten/Kota pada bidang tertentu dan bagian tertentu dari kewenangan wajib dapat dilaksanakan oleh Provinsi dengan kesepakatan antar Kabupate/Kota dan Provinsi. Pasal 3 ayat 3 dan 4 ini memberi peluang pada bertambahnya kewenangan Provinsi atau berkurangnya kewenangan Kabupaten/Kota, tergantung kepada kesiapan sumberdaya Kabupaten/Kota.

Makna dari desentralisasi adalah bagaimana menyejahterakan dan menciptakan keadilan bagi kehidupan masyarakat di daerah dan pada intinya, pelaksanaan otonomi daerah memberi keluwesan pemerintah daerah untuk melaksanakan pemerintahan sendiri atas prakarsa, kreativitas, dan peran serta masyarakat dalam mengembangkan dan memajukan daerahnya, yang dalam bidang kesehatan, berimplikasi pada:

1. Terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis yang berdasarkan atas aspirasi masyarakat.
2. Pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan,
3. Optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap,
4. Memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan,
5. Menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan) tanpa mengabaikan peran serta sektor lain.

## **B. Pelayanan Kesehatan**

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pernyataan ini tertuang dalam ayat 1, pasal 1, bab I, UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Selanjutnya, dalam pasal 56 ayat 1 tercantum : Sarana kesehatan meliputi balai pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit umum, rumah sakit khusus, praktek dokter, praktek dokter gigi, praktek dokter spesialis, praktek dokter gigi spesialis, praktek bidan, toko obat, apotek, pedagang besar farmasi, pabrik obat dan bahan obat, laboratorium, sekolah dan akademi kesehatan, balai pelatihan kesehatan, dan sarana kesehatan lainnya.

Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas, berdasarkan pedoman kerja Puskesmas yang disusun Departemen Kesehatan 1990/1991 memiliki empat fungsi dasar, yaitu: preventif (pencegahan penyakit), promotif (peningkatan kesehatan), kuratif (pengobatan penyakit), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Sebelum ada Puskesmas, pelayanan kesehatan di Kecamatan meliputi Balai Pengobatan, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Hygiene Sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit Menular, dan lain-lain. Usaha-usaha tersebut masih bekerja sendiri-sendiri dan langsung melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Dati II. Petugas Balai Pengobatan tidak tahu menahu apa yang terjadi di BKIA, begitu juga petugas BKIA tidak mengetahui apa yang dilakukan oleh petugas Hygiene Sanitasi dan sebaliknya. Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, maka berbagai kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan bersama di bawah satu koordinasi dan satu pimpinan.

Menurut Hatmoko (2006), Puskesmas berfungsi:

- 1) Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Tabel 3: Fungsi dan Kewenangan Desentralisasi dan Dekonsentrasi Kesehatan Provinsi

Fungsi	Kewenangan	
	Dekonsentrasi	Desentralisasi
Sistem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penetapan Sistem Kesehatan Provinsi</li> <li>2. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi skala provinsi</li> <li>3. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan skala provinsi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan</li> </ol>
Perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perencanaan pembangunan kesehatan wilayah provinsi</li> <li>5. Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar sangat esensial</li> </ol>	
Pembinaan dan Pengawasan	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pengawasan aspek dan dampak perencanaan tata ruang dan pembangunan terhadap kesehatan</li> <li>7. Pembinaan dan pengawasan penerapan kebijakan, standar, pedoman, dan pengaturan bidang kesehatan</li> </ol>	
Upaya Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Penyelenggaraan upaya dan sarana kesehatan tertentu skala provinsi dan yang belum dapat diselenggarakan Kabupaten/Kota</li> <li>9. Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan termasuk kesehatan pelabuhan domestik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Surveilens epidemiologi serta penanggulangan wabah dan kejadian luar biasa (KLB)</li> </ol>
Perizinan Dan penilaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Perizinan dan akreditasi upaya/sarana kesehatan serta sistem pembiayaan kesehatan skala provinsi</li> <li>11. Melaksanakan registrasi dan uji dalam rangka sertifikasi tenaga kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pengelolaan dan perizinan sarana dan prasarana kesehatan khusus</li> <li>4. Sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi</li> </ol>
Pengelolaan SDM	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Memfasilitasi pendayagunaan tenaga kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar kabupaten/kota, pendidikan tenaga kesehatan, dan pelatihan kesehatan</li> </ol>
Lainnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Kewenangan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan</li> </ol>	

Sumber:

1. PP No. 25 tahun 2000 pasal 2 No. 10 Bidang Kesehatan
2. SE No. 1107/Menkes/E/VII/2000

Tabel 4 : Fungsi dan Kewenangan Minimal Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

<b>Fungsi</b>	<b>Kewenangan Minimal</b>
Sistem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>2. Pengembangan Sistem Pembiayaan Kesehatan melalui JPKM dan atau sistem lain</li> <li>3. Pengaturan tarif pelayanan kesehatan lingkup Kabupaten/Kota</li> <li>4. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi lingkup Kabupaten/Kota</li> <li>5. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>6. Penelitian dan pengembangan kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>7. Pencatatan dan pelaporan obat pelayanan kesehatan Kabupaten/Kota</li> </ol>
Perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Perencanaan pembangunan kesehatan wilayah Kabupaten/Kota</li> <li>9. Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar esensial</li> </ol>
Bimbingan dan Pengendalian	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Bimbingan dan pengendalian kegiatan pengobatan tradisional</li> <li>11. Bimbingan dan pengendalian upaya/sarana kesehatan skala Kabupaten/Kota</li> <li>12. Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan lingkungan skala Kabupaten/Kota</li> <li>13. Bimbingan teknis mutu dan keamanan industri rumah tangga</li> </ol>
Upaya Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Penyelenggaraan upaya/sarana kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>15. Penyelenggaraan upaya dan promosi kesehatan masyarakat</li> <li>16. Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan terhadap kesehatan lingkungan Kabupaten/Kota</li> <li>17. Pencegahan dan pemberantasan penyakit-penyakit dalam lingkup Kabupaten/Kota</li> <li>18. Surveilens epidemiologi dan penanggulangan wabah/kejadian luar biasa skala Kabupaten/Kota</li> <li>19. Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif, dan bahan berbahaya lingkup Kabupaten/ Kota</li> </ol>
Perizinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Perizinan kerja/praktek tenaga kesehatan</li> <li>21. Perizinan sarana kesehatan</li> <li>22. Perizinan distribusi pelayanan obat skala Kabupaten/Kota (apotik dan toko obat)</li> </ol>
Pengelolaan SDM	<ol style="list-style-type: none"> <li>23. Pendayagunaan tenaga kesehatan</li> </ol>
Kerjasama	<ol style="list-style-type: none"> <li>24. Pengembangan kerjasama lintas sector</li> </ol>

Sumber: SE No. 1107/Menkes/E/VII/2000

Dalam melakukan fungsinya, Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan cara :

1. Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
2. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.
3. Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
4. Memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
5. Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program Puskesmas.

Dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk ikut serta menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realitis, tatalaksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat.

Rangkaian manajerial di atas bermanfaat dalam penentuan skala prioritas daerah dan sebagai bahan kesesuaian dalam menentukan RAPBD yang berorientasi kepada kepentingan masyarakat. Adapun ke depan, Puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu; namun dalam kenyataannya sampai saat ini belum banyak Puskesmas yang dapat memerankan dan bahkan mengembangkan dirinya menjadi institusi Pelayanan Kesehatan yang representatif, yang dapat memberikan manfaat secara optimal kepada masyarakat. Dengan bergesernya sistem pemerintahan dari sentralisasi menuju desentralisasi

belum menunjukkan tanda-tanda modernisasi Puskesmas sebagai garda terdepan (Hatmoko, 2006).

Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 3 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Selanjutnya dalam pasal 5 disebutkan bahwa setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya

Ada 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang atau masyarakat (Zein, 2002). Pertama, perilaku (*behaviour*) manusia terhadap dirinya sendiri, lingkungannya, sesama manusia. Termasuk disini kebiasaan, sikap, karakter, adat istiadat, yang kesemuanya tercermin dalam tingkah laku sehari-hari. Kedua, lingkungan (*environment*), termasuk lingkungan fisik, biologis dan sosial yang secara terus menerus berinteraksi dengan manusia. Ketiga, sarana pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit dengan segala komponennya, Praktek Dokter, Balai Pengobatan, Rumah Bersalin, dan Puskesmas serta Puskesmas Pembantu.

Faktor genetik atau keturunan, yang dahulu tidak bisa di intervensi, saat ini dengan berkembangnya teknologi genetik dan biomolekuler, beberapa kelainan genetik sudah bisa dideteksi secara dini dan di intervensi.

Meskipun faktor pelayanan kesehatan menempati urutan ketiga dalam mempengaruhi kesehatan masyarakat, namun faktor ini cukup mendapat perhatian dari masyarakat, karena langsung bersinggungan dengan kepentingan dan kebutuhan masyarakat akan kesehatan. Masyarakat selalu melihat sistim pelayanan kesehatan dari bentuk, kenyamanan dan pelayanan yang diterima di unit-unit pelayanan kesehatan yang ada. Rumah sakit dan puskesmas adalah sarana pelayanan kesehatan yang banyak dimanfaatkan masyarakat sekaligus banyak di dicela dan di koreksi oleh masyarakat.

Dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat, sampai tahun 2005 pemerintah telah mendirikan puskesmas di seluruh pelosok tanah air sebanyak 7.669 unit dan 2.077 diantaranya telah dilengkapi fasilitas rawat inap. Awal

pengembangan puskesmas dimulai tahun 1968 dan mengalami beberapa kali pengembangan konsep.

Secara umum puskesmas dan jaringannya dilengkapi dengan sumber daya yang meliputi :

1. Gedung, sarana dan prasarana
2. Tenaga
3. Alat kesehatan dan non kesehatan
4. Obat
5. Anggaran operasional/pemeliharaan
6. Pedoman/acuan program pelayanan

Dari keenam sumber daya tersebut, perawat menjadi salah satu yang penting. Menurut data Departemen Kesehatan Tahun 2001, jumlah perawat sebanyak 81.190 orang atau 48% dari seluruh tenaga kesehatan di Indonesia, 38.068 orang (28,3%) di antaranya bekerja di Puskesmas, dengan tingkat pendidikan S1 (69%) dan DIII (31%).

Bagian penjelasan Rancangan Undang-undang (RUU) Tentang Praktik Keperawatan, ada disebut : *Praktik keperawatan merupakan inti dari berbagai kegiatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus menerus ditingkatkan mutunya melalui registrasi, sertifikasi, akreditasi, pendidikan dan pelatihan berkelanjutan serta pemantauan terhadap tenaga keperawatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.*

Menurut pasal 1 RUU tersebut : *Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.* Pasal 3: *Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien di sarana dan tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik*

*keperawatan, dan pasal 4: Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.*

Dengan akan dikeluarkannya undang-undang tentang praktik keperawatan, paling tidak, sudah ada pengakuan betapa pentingnya peran perawat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Perawat yang dulu hanya sebagai perpanjangan tangan dokter, kini berupaya menjadi mitra sejajar dokter; dari pekerjaan yang vokasional hendak digeser menjadi profesional. Jika dulu hanya menjalankan perintah dokter, sekarang ingin diberi wewenang memutuskan berdasarkan ilmu keperawatan dan bekerja sama dengan dokter untuk memutuskan apa yang terbaik bagi klien.

Menurut ketentuan Kansas Supreme Court Amerika Serikat pada tahun 1964 disebutkan, fungsi utama seorang perawat adalah mengobservasi dan mencatat gejala dan reaksi diagnosa. Perawat tidak diperkenankan memberi kesimpulan hasil diagnosa atau perawatan penyakit pada pasien.

Fungsi perawat kemudian berubah sekitar tahun 1985, dengan adanya pengakuan bahwa perawat bukan hanya menjadi petugas kesehatan yang pasif, tetapi penyedia jasa perawatan kesehatan yang desisif dan asertif (Kompas, 26 Juni 2001).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 647 Tahun 2000 mencantumkan pernyataan bahwa keperawatan sebagai profesi, dan ada pengakuan kesejajaran antara ilmu keperawatan dan ilmu kedokteran dan ada kewenangan berbeda antara perawat dan dokter.

Di samping itu, ada perkembangan baru, yakni izin praktik keperawatan. Dengan demikian para perawat harus memahami sebagai profesi mewujudkan misi memberikan pelayanan kesehatan atau perawatan prima, paripurna dan berkualitas bagi klien, pasien, keluarga dan masyarakat. Selain itu, dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan No. 1239 Tahun 2001 menaikkan derajat (strata) perawat. Lulusan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) yang semula disebut perawat, sejak dikeluarkannya Kepmenkes tersebut hanya diakui sebagai Pembantu Perawat;

lulusan D III disebut sebagai Perawat Profesional Pemula, sedangkan lulusan Sarjana Keperawatan (Skep), disebut sebagai Perawat Profesional.

Dengan dinaikkannya strata perawat, dan diperbolehkannya perawat untuk praktik mandiri, kebijakan pembangunan kesehatan yang berorientasi pada bagaimana membina bangsa yang sehat, bukan pada bagaimana menyembuhkan mereka yang sakit, *Gerakan Pembangunan yang Berwawasan Kesehatan* dapat segera terwujud. Namun, proses untuk itu tidak mudah. Banyak dari dokter yang masih berpandangan bahwa perawat, biarpun tingkat pendidikannya S1, S2 atau S3, tetaplah perawat, dalam arti perpanjangan tangan dokter.

Hal lain yang menjadi pertanyaan, siapa nantinya yang akan melakukan pekerjaan keperawatan dalam pengertian yang lama. Siapa yang membersihkan tempat tidur, membuang kotoran, menyiapkan meja operasi. Apakah dilakukan perawat profesional? Agaknya harus dibedakan antara tugas yang profesional dengan vokasional agar tidak terjadi tumpang tindih tuntutan hak dan kewajibannya.

Perubahan pandangan tentang keperawatan, di Indonesia ternyata belum terlihat jelas. Di banyak rumah sakit, perawat tampaknya masih diperlakukan dan mendapat tugas dan wewenang seperti sebelumnya, atau melakukan pekerjaan yang tidak berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

Menurut data Departemen Kesehatan tahun 2004, masih banyak perawat yang melakukan tugas administrasi atau kebersihan, bukan pelayanan kesehatan, seperti terlihat di bawah ini:

**PELAYANAN MEDIK/PENGOBATAN**

78 % PERAWAT MELAKUKAN DIAGNOSIS PENYAKIT (46% SELALU, 32% SERING)

79 % MENULIS/MEMBUAT RESEP OBAT (49% SELALU, 30% SERING)

87 % PERAWAT MEMBERIKAN TINDAKAN PENGOBATAN (48% SELALU, 39% SERING)

**PELAYANAN KEBIDANAN**

43% MELAKUKAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN

39% MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

13% MELAKUKAN PERAWATAN NIFAS

**KEGIATAN UMUM**

41 % MELAKUKAN KEBERSIHAN LANTAI

35 % MELAKUKAN TUGAS ADMINISTRASI UMUM