

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Isu kesehatan kini tidak lagi berdiri sendiri sebagai bidang ide dan praktik klinis-medis, tetapi merupakan bagian dari suatu persoalan holistik masyarakat dan kebudayaan yang terkait dengan masalah-masalah kemiskinan, pengangguran, etnisitas, perubahan tatanan internasional dan global, yang terkait secara langsung maupun tidak langsung dengan hak asasi manusia. Dalam mengatasi berbagai persoalan yang dihadapi dalam praktik medis, kini ilmu-ilmu sosial khususnya antropologi, telah turut menaruh perhatian. Misalnya, seringkali terdengar kegagalan seorang dokter dalam mengenal tanda dan gejala penyakit secara tepat untuk berbagai jenis penyakit yang akut, sangat membahayakan jiwa pasien. Ini merupakan persoalan tersendiri bagi para ahli kesehatan yang membutuhkan penjelasan antropologis untuk mencari pemecahannya. (Saifuddin, 2005). Menurut Fabrega (1970: 167), ada berbagai faktor, mekanisme dan proses yang memainkan peranan didalam atau mempengaruhi cara-cara dimana individu-individu dan kelompok-kelompok terkena oleh atau berespons terhadap sakit dan penyakit.

Bagi sebagian orang, sakit merupakan suatu peristiwa yang dapat dianggap sebagai gangguan yang perlu dirisaukan, sedangkan bagi sebagian lagi tidak. Pada orang-orang tertentu, gejala-gejala tersebut mungkin dibiarkan saja dalam jangka waktu lama, atau pasrah terhadap setiap kemunduran, dengan jalan mencoba mengobati sendiri, meremehkannya atau tidak mempedulikannya, atau ada yang mengatasinya dengan mengubah pola hidupnya (Tuckett, dalam Fauzi Muzaham, 1995: 95). Memang ada perbedaan orang memandang sakit, ada yang memandang sebagai suatu penderitaan sehingga merasa ingin mati saja. Namun

ada juga yang menganggap dapat merasa sakit setiap waktu tetapi karena kondisi tertentu tidak dapat merasakan sakit bahkan di saat sakit sekalipun.

Tampaknya orang yang menderita gejala-gejala penyakit tertentu terlebih dahulu mencoba melakukan pengobatan sendiri, hal itu merupakan bagian dari kegiatan sehari-hari. Adapula orang yang berkunjung ke dokter biasanya tidak menyampaikan semua keluhan yang dirasakan, dan ketika mereka pergi gejala-gejala tersebut tidak begitu memburuk. Atau ada motif serta hubungan dengan perubahan-perubahan dalam kehidupan sosialnya dibandingkan dengan persoalan yang menyangkut perubahan penyakit itu sendiri. Jika mengetahui gejala sosial tersebut, dalam kaitannya dengan manfaat antropologi dalam praktik medis, memudahkan tidak hanya dokter tetapi juga petugas kesehatan lainnya, menemukan secara tepat apa yang sesungguhnya dibutuhkan pasien.

Perilaku kesehatan seseorang sangat berkaitan dengan pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan norma dalam lingkungan sosialnya, berkaitan dengan terapi, pencegahan penyakit (fisik, psikis, dan sosial) berdasarkan kebudayaan mereka masing-masing. Ini berarti bahwa, persepsi warga masyarakat penyandang kebudayaan mereka masing-masing akan menghasilkan suatu pandangan atau persepsi yang berbeda tentang suatu pengertian yang sama dan tidak sama dalam konteks penyakit, sehat, sakit (Dumatubun, 2002: 24)

Seiring dengan perkembangan yang dicapai di bidang teknologi kedokteran, terutama kemajuan bidang pencegahan penyakit dan usaha-usaha yang bertujuan memperbaiki standar kehidupan, maka ancaman penyakit menular dewasa ini sudah semakin berkurang. Misalnya, penyakit cacar kini sudah jarang penderitanya dan walaupun ada, tidak lagi menjadi ancaman kematian utama. Atau seringkali terdengar, orang tidak lagi peduli terhadap suatu penyakit yang dianggap sangat berbahaya, yang dapat menimbulkan kematian, seperti pada kasus flu burung yang muncul akhir-akhir ini.

Ini menimbulkan anggapan bahwa ada kecenderungan pola penyakit berubah. Terlihat bahwa orang mencari pertolongan medis, bukan semata-mata karena takut akan kematian, melainkan karena tidak mau aktivitasnya sehari-hari

terganggu oleh rasa ketidaknyamanan di tubuhnya atau lebih memikirkan pengembangan kemampuan fisik secara lebih optimal. Kini berarti ada tugas tambahan bagi pekerja medis, baik di rumah sakit maupun puskesmas, yaitu bahwa tidak hanya pengetahuan medis yang harus dipelajari, tetapi juga perhatian terhadap masalah sosial ketika menolong pasien, seperti masalah ketanggapan pihak petugas layanan kesehatan dalam mengantisipasi dan menindaklanjuti keluhan pasien, masalah kepercayaan dan keterjaminan pasien terhadap petugas serta masalah keseriusan dalam memberi pelayanan.

Apabila dilihat dari segi budaya birokrasi, aspek pelayanan kesehatan dan kualitas perawatan, lebih mengedepankan prosedur kerja, kejelasan peran, perlengkapan sarana dan prasarana kerja, dan persoalan medis lainnya. Namun yang lebih penting adalah bagaimana petugas layanan kesehatan mampu mengatasi persoalan-persoalan yang dialami dalam praktik, mampu memahami dan menghargai perilaku pasien, kolega serta organisasi. Semuanya ini tujuannya adalah meningkatkan kemampuan petugas layanan kesehatan dalam menangani kebutuhan sosial dan emosional pengguna layanan.

Salah satu upaya Pemerintah dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas. Keberadaannya merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada masyarakat. Selain memberikan layanan kesehatan, Puskesmas juga membina peranserta masyarakat di bidang kesehatan secara menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya.

Kini tampaknya peran Puskesmas, bukan hanya sekedar menjalankan fungsi pelayanan publik tetapi juga sebagai pelayanan pasar. Ini mengingat bahwa ada pergeseran paradigma dimana masyarakat menuntut adanya layanan prima dari lembaga-lembaga tersebut, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan serta jelas persyaratan teknis dan administratif (KepMen. PAN No. 63/KEP/M.PAN/7/2003).

Sementara itu, Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan, Sri Astuti Suparmanto mengakui, citra rumah sakit dan Puskesmas akan semakin memburuk dalam pandangan publik jika aspek mutu pelayanan masih tetap diabaikan dan tidak segera dibenahi. Hal itu timbul karena kepercayaan dari masyarakat yang terus menurun, akibat rendahnya tingkat pelayanan yang diberikan selama ini. Ukuran kepuasan pelanggan, sambung Sri, sangat erat kaitannya dengan mutu pelayanan yang diberikan. Dengan demikian, perbaikan kualitas pelayanan merupakan suatu keharusan bagi kelangsungan hidup layanan publik ini, terutama pada era kompetisi yang semakin ketat. (Pikiran Rakyat, 2004)

Beberapa kasus dijumpai di lapangan bahwa standar pelayanan kesehatan dasar masih belum dilaksanakan dengan sepenuhnya secara konsisten, hal ini terjadi karena berbagai faktor dan yang paling dominan adalah keterbatasan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas, banyaknya tugas pokok dan kegiatan yang dilakukan serta rutinitas pekerjaan yang dihadapi. Hal ini pula yang menyebabkan petugas Puskesmas belum sepenuhnya berorientasi kepada pelanggan dalam memberikan pelayanannya. Misalnya adanya petugas yang bersikap masa bodoh dan tidak ramah dalam memberikan pelayanan kepada pasien, selalu tergesa-gesa, hampir tidak tuntas dalam memberikan pelayanannya. Belum lagi bila mengingat terbatasnya tenaga dokter yang ada di Puskesmas, sehingga perawat, misalnya pada akhirnya lebih banyak memberikan pelayanan medik yang tak sesuai dengan kewenangannya.

Tampaknya meningkatkan pelayanan kesehatan tidak cukup hanya membangun sarana dan prasarana saja, tetapi juga diperlukan peningkatan mutu atau kualitas pelayanannya. Paling tidak, yang perlu dipikirkan adalah bagaimana memberikan proteksi bagi masyarakat, terutama pada masyarakat miskin sebagai sasaran layanan utama Puskesmas, bagaimana mereka mendapat pelayanan yang memadai. Hal ini sejalan dengan UU No. 25/1999 tentang Pemerintah Daerah, yang memberi kewenangan lebih luas kepada Pemerintah Kabupaten untuk membuat kebijakan, khusus di bidang kesehatan salah satunya adalah peningkatan mutu pelayanan.

Untuk itu yang menjadi perhatian adalah bagaimana para pemberi layanan kesehatan ini melaksanakan langkah strategis meningkatkan mutu pelayanannya. Aktivitas tenaga kesehatan di Puskesmas menjadi perhatian dalam penelitian ini, terutama tugas keseharian mereka, bagaimana mereka menjalankan tugas kesehariannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan kepentingan karir profesinya. Bagaimana mereka mengkombinasikan fungsi publik dengan kepentingan profesinya.

Tenaga kesehatan yang cukup menonjol perannya di Puskesmas adalah perawat. Selama melakukan pengamatan di Puskesmas, ternyata perawat juga mempunyai beban tugas yang cukup besar dalam bidang keperawatan medis. Dalam praktiknya, mereka ternyata tidak hanya bertanggung jawab terhadap pengelolaan dan implementasi kebijakan pada pusat pelayanan kesehatan, tetapi juga di bidang medis.

Seringkali juga kita melihat perawat sebagai bagian dari upaya kesehatan kuratif, sehingga menganggap wajar kalau perawat menetapkan diagnosis, menyuntik dan memberikan obat, apalagi dengan adanya dokter-dokter yang bersifat tidak tetap (PTT) yang bertugas hanya dalam waktu tiga tahun. Tanpa mengetahui bahwa secara hukum hal semacam itu tidak dibenarkan. Dokter melihat bahwa sebenarnya perawat tidak diizinkan menetapkan diagnosis, menetapkan dan sekaligus memberikan pengobatan, tetapi tidak secara tegas menolak atau mencegahnya atas berbagai alasan. Terlalu banyak pasien yang harus dilayani di Puskesmas, terlalu banyak tugas non-medis yang lain (seperti mengikuti upacara, rapat dengan Camat, dan tugas-tugas kemasyarakatan lainnya).

Sebaliknya Pemerintah berharap bahwa perawat yang ditempatkan di Puskesmas bertindak sebagai perawat kesehatan masyarakat (*public health nurse*) yang tugas utamanya adalah mengupayakan kesehatan preventif, seperti memberikan penyuluhan, juga bimbingan kepada masyarakat, lebih kepada pencegahan terhadap penyakit. Tetapi dalam kenyataan pendidikan mereka masih ditekankan untuk pelayanan perawatan pasien di rumah sakit.

Bila melihat awalnya, untuk menjadi seorang tenaga perawat (paramedis), pada jaman dahulu harus masuk ke sekolah perawatan, yang diterima cukup berijazah minimal dari SLTP atau yang sederajat. Ketika itu pendidikan di awal tahun, selain terdiri dari pelajaran di bangku sekolah, siswa perawat diwajibkan secara langsung belajar ilmu keperawatan di rumah sakit. Seorang siswa diajarkan bagaimana membersihkan tempat tidur pasien (*Verbet*) tiap hari, membersihkan meja kursi pasien (*Sopen*) bahkan mengepel ruangan pasien. Hal itu dilakukan selain mempraktikkan teori, siswa juga diharuskan mencari pengalaman di rumah sakit tersebut.

Ketika itu setiap sekolah perawat bekerjasama dengan rumah sakit terdekat, dan rumah sakit tersebut memang merupakan rumah sakit pendidikan yang biasanya untuk tempat praktik siswa perawat maupun mahasiswa kedokteran. Siswa perawat merasa menikmati melakukan pekerjaan tersebut karena seniornya (sesama perawat) yang bertugas di rumah sakit, juga melakukan tugas *cleaning service* bersama-sama. Bahkan seorang suster kepala ruangan yang jaman dulu sangat disegani oleh sejawatnya maupun oleh para dokter, selalu ikut serta menangani kebersihan ruangan secara total, mulai menyapu, mengepel bahkan membersihkan kamar mandi maupun WC. Hanya membersihkan halaman rumah sakit saja yang dikerjakan oleh tukang sapu.

Pada tahap berikutnya siswa perawat mempraktikkan teori yang lain. Mulai dari memandikan pasien, menyuapi pasien, meminumkan obat, menginfus, injeksi, memeriksa nadi, tensi secara rutin, perawatan luka, *Darem Buis*, *heaching* (menjahit luka), dan sebagainya, juga menolong persalinan (bagi seorang siswa bidan). Pekerjaan itu dilakukan secara terus menerus selama siswa tersebut menjalani pendidikan sekitar 3 - 4 tahun. Atas semua pengabdian tersebut, tidak ada harapan untuk memperoleh imbalan, karena memang siswa tetap membayar uang sekolah dan asrama. Semua praktik tersebut diawasi dan secara berkala mendapatkan nilai dari perawat senior.

Di rumah sakit, siswa perawat belajar membuat laporan keadaan pasien setiap hari, mengobservasi semua keadaan pasien dan dilaporkan ke perawat jaga

atau dokter jaga dan di kemudian hari, semua praktik yang dikerjakan akan diterapkan pada waktu seorang siswa perawat sudah lulus dan menjadi perawat yang sebenarnya yang dinas di rumah sakit.

Sejak era 90-an, ada perubahan sistem, hampir semua rumah sakit memberdayakan tenaga paramedis khusus untuk menangani urusan medis. Urusan *cleaning service* mulai dikerjakan tenaga honorer, bahkan rumah sakit swasta, urusan *cleaning service* dikontrakkan/ditenderkan pada perusahaan jasa. Disinilah mulainya perubahan paradigma lama dan paradigma baru.

Untuk menjadi seorang perawat (tenaga paramedis) sekarang minimal ijazah SLTA, disini seorang calon perawat bukanlah disebut sebagai siswa perawat, tetapi status mereka adalah mahasiswa keperawatan. Kalau era 60-80-an seseorang akan memasuki sekolah keperawatan, sepertinya sudah harus siap untuk menjadi seorang pelayan kesehatan, selain itu juga memang untuk bekerja.

Pada tahun-tahun belakangan untuk menjadi seorang perawat, yang menjadi tujuan utama adalah untuk mencari pekerjaan. Karena memang begitu hebatnya persaingan kerja, begitu banyaknya pengangguran. Hal ini ternyata memang berdampak besar pada dedikasi seorang tenaga paramedis/perawat.

Kini tenaga perawat dapat bekerja di rumah-rumahsakit swasta maupun pemerintah, Pusat-pusat layanan kesehatan masyarakat yang tersebar hampir di seluruh pelosok wilayah Indonesia, bahkan dapat melakukan praktik di luar lembaga-lembaga rumah sakit juga pada berbagai instansi kesehatan. Tidak hanya di dalam negeri tetapi saat ini banyak dibutuhkan tenaga perawat untuk bekerja di luar negeri. Bidang-bidang layanannya pun cukup bervariasi apalagi mereka yang bekerja di pemerintahan, tidak hanya sekedar layanan kesehatan semata, tetapi mereka juga menjadi penyuluh sekaligus pembimbing kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Pada pusat layanan kesehatan masyarakat, mereka juga melakukan tugas-tugas administrasi, seperti melakukan registrasi pasien, pendataan, membuat kwitansi pembayaran pasien, mengikuti rapat-rapat bulanan baik di tingkat kedinasan maupun di tingkat lokal masyarakat serta menghadiri upacara-upacara di Dinas Kesehatan.

Profesi perawatan kini mengalami banyak perubahan, mereka lebih berpendidikan dibandingkan dengan rekan mereka satu generasi yang lalu. Mereka lebih menaruh perhatian terhadap peranan-peranan profesional mereka, dan berusaha sekuat tenaga memberikan perawatan kesehatan serta mencapai pengakuan dan status yang bukan berasal dari peranan-peranan tradisional mereka. Seperti pada Puskesmas, yang merupakan organisasi pemerintah, perawat dituntut untuk dapat bekerja tidak hanya sekedar memberikan pelayanan kepada pasien, tetapi juga dapat berperan sebagai petugas administrasi yang menurut Hatton (Foster, 1986:231), "untuk maju dalam hierarki lembaga apapun, mereka (para perawat) harus menerima pos administratif yang menjauhkan mereka dari pasien". Selain itu, untuk menjadi profesional dalam pekerjaannya, perawat juga harus membina hubungan dengan pasien dan koleganya (:dokter) serta sesama profesi lainnya.

Peran perawat yang dalam beberapa dekade lalu sempat dijuluki sebagai *Prolonged arm, Extended role doctrine, Verlengde arm theorie*, (Seperti yang dikatakan oleh Benne dan Bennis dalam Foster, 1986) yang diartikan sebagai "perpanjangan tangan dokter", yang menggambarkan kesan ketergantungan perawat kepada dokter, mulai memudar. Sekitar tahun 1985, status "perpanjangan tangan" berubah menjadi "kemitraan" dan "kemandirian".

Selama ini perawat yang berada di rumah sakit selama 24 jam diharuskan menggantikan dokter dalam merawat pasiennya, selama dokter itu tidak bertugas. Meski begitu, perawat hanya diberi wewenang yang sangat kecil untuk itu. Sebagai perawat, ia tidak boleh secara langsung memberikan pengobatan, kecuali sebelumnya sudah mendapat instruksi tertulis pada rekam medik. Perawat tidak diperkenankan memberikan kesimpulan hasil diagnosa atau perawatan penyakit pada pasien.

Semenjak munculnya pengakuan akan perubahan status dari 'perpanjangan tangan' menjadi 'kemitraan dan kemandirian', perawat bukan lagi menjadi petugas kesehatan yang pasif, tetapi penyedia jasa perawatan kesehatan yang desisif dan asertif. Seorang perawat juga telah dianggap bertanggung jawab hukum untuk

malpraktik keperawatan yang dilakukannya, berdasarkan standar profesi yang berlaku. Dalam hal ini dibedakan tanggung jawab untuk masing-masing kesalahan atau kelalaian, yaitu malpraktik medik atau keperawatan. Sebelumnya, ada perbedaan yang jelas antara peran kedua tenaga medis itu. Dokter menangani pengobatan, sedangkan perawat mengurus perawatannya. Dengan wewenang lebih banyak dipegang dokter maka tanggung jawab selama ini juga diemban oleh dokter.

Kini para perawat diperkenankan melakukan tugas-tugas dokter (KepmenKes RI Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001). Karena itu, mereka pun dapat terkena gugatan hukum bila terjadi akibat negatif dari pelayanannya kepada pasien. Selama ini dalam tindakan sehari-hari di rumah sakit, seorang perawat bisa saja melakukan berbagai kesalahan, misalnya keliru memberikan obat atau salah dosis, salah membaca label, salah menangani pasien, dan yang lebih berat lagi adalah salah memberikan tranfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Sejalan dengan adanya perubahan tanggung jawab, kesalahan itu harus ditanggung oleh perawat.

Berkaitan dengan tuntutan perubahan peran perawat, di banyak rumah sakit, perawat tampaknya masih diperlakukan dan mendapat tugas serta wewenang seperti sebelumnya. Padahal, ketentuan tentang perubahan dan lembaga pendidikan untuk meningkatkan kemampuan perawat telah terbentuk. Dalam hal ini telah diselenggarakan jenjang pendidikan keperawatan yang lebih tinggi, mulai dari akademi perawat, fakultas untuk program S1, bahkan sampai program pascasarjana. Selain itu, juga telah dikeluarkan Kepmenkes Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik perawat. Menurut peraturan tersebut, perawat dapat melaksanakan praktik tidak saja pada sarana pelayanan kesehatan, tetapi dapat pula melakukan praktik perseorangan atau berkelompok. Dapat dikatakan secara nyata belum tampak adanya perubahan yang jelas terkait dengan peran perawat.

Sebagai ujung tombak layanan kesehatan masyarakat, seharusnya tenaga keperawatan ini menyadari arti penting pekerjaannya, dengan kata lain profesional di bidangnya. Mereka harus dapat mengadaptasikan pekerjaan dengan ilmu yang

mereka peroleh ketika di tingkat pendidikan formal dengan yang harus dikerjakan saat ini. Semua ini tentunya berpengaruh pada kualitas pelayanan yang diberikan lembaga kepada penerima layanan, yaitu para pasiennya.

B. Permasalahan

Perubahan status perawat memang sudah waktunya diberlakukan, karena adanya tuntutan profesi dan kebutuhan masyarakat. Dalam melaksanakan profesinya, perawat tidak hanya sekedar memberikan layanan kesehatan semata, tetapi mereka juga dituntut menjadi penyuluh sekaligus pembimbing kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya dan mereka harus mampu mengambil keputusan ketika berhadapan dengan pasien di lapangan. Di samping itu terkait dengan Kepmenkes Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001, kewenangan perawat sudah disejajarkan dengan tenaga kesehatan lainnya.

Berdasarkan pemikiran tersebut, pertanyaan penelitiannya adalah sejauhmana paradigma baru berkaitan dengan kemitraan dan kemandirian perawat dilaksanakan? Bagaimana perawat melihat paradigma kemitraan dan kemandirian dalam melaksanakan tugas keseharian mereka? Siapkah pihak lain menerima perubahan paradigma itu? Siapkah para perawat menerima konsekuensi dari perubahan paradigma itu?

Jika kebijakan yang mengatur sikap dan tindakan petugas pelayanan kesehatan dalam memberikan layanannya telah menjadi pedoman bagi pelaksanaan tugas mereka, mengapa mereka masih dianggap belum bisa mandiri dan mencapai kesejajaran dengan mitra kerja mereka?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah:

1. Memberikan gambaran kondisi riil layanan kesehatan, terkait dengan mutu pelayanan di Puskesmas, berikut perkembangan kebijakan yang berlaku di dalamnya berdasarkan persepsi petugas dan pengguna jasa layanan.
2. Mengetahui sejauh mana petugas perawat kesehatan memandang paradigma baru yang menuntut kemitraan dengan petugas medis lainnya dan kemandirian.
3. Memberikan masukan bagi pengembangan sumber daya manusia keperawatan, baik pada masa pendidikan maupun di tempat pelayanan kesehatan, dan sebagai pertimbangan dalam pengambilan kebijakan terutama dalam proses pengadaan tenaga keperawatan, pendayagunaan dan pembinaan tenaga keperawatan

D. Kajian Pustaka

Keperawatan adalah suatu profesi yang mengabdikan kepada manusia dan kemanusiaan, artinya profesi keperawatan lebih mendahulukan kepentingan kesehatan masyarakat di atas kepentingannya sendiri. (Abdelah 1960; dalam bukunya Potter, 1997) mendefinisikan keperawatan sebagai pelayanan kepada individu dan keluarga, yang berarti pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang mengintegrasikan sikap, kemampuan intelektual, serta keterampilan teknis dari perawat menjadi keinginan dan kemampuan untuk menolong sesama, baik sakit maupun sehat agar mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya.

Sebagai pelayan profesional, keperawatan mempunyai karakteristik sebagai berikut: (Schein E 1972; dalam PPNI 2001)

1. Profesional, berbeda dengan amatir, terikat dengan pekerjaan seumur hidup yang merupakan sumber penghasilan utama;

2. mempunyai motivasi yang kuat atau panggilan sebagai landasan bagi pemilihan karier profesionalnya, dan mempunyai komitmen seumur hidup yang mantap terhadap kariernya;
3. memiliki kelompok ilmu pengetahuan yang mantap kokoh serta keterampilan khusus, yang diperolehnya melalui pendidikan dan latihan yang lama;
4. profesional mengambil keputusan demi kliennya berdasarkan aplikasi prinsip-prinsip dan teori-teori;
5. berorientasi kepada pelayanan, menggunakan keahlian demi kebutuhan klien;
6. pelayanan yang diberikan kepada klien didasarkan kepada kebutuhan obyektif klien;
7. mengetahui apa yang baik untuk klien, dan mempunyai otonomi dalam mempertimbangkan tindakannya;
8. membentuk perkumpulan profesi;
9. mempunyai kekuatan dan status dalam bidang keahliannya, dan pengetahuan mereka dianggap khusus; dan
10. profesional dalam menyediakan pelayanan.

Keperawatan sebagai suatu profesi di Indonesia, sedang dalam proses pergeseran yang dimulai dari pergeseran pandangan dan keyakinan tentang keperawatan. Demikian pula terjadi pergeseran pandangan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan, dari yang semula menekankan pada tindakan prosedural dan sebagai bagian dari pelayanan medik, menjadi asuhan keperawatan yang menekankan pada metoda ilmiah dan landasan keilmuan yang kokoh serta bersifat mandiri.

Pada beberapa dekade lalu, peran perawat yang dijuluki sebagai 'perpanjangan tangan dokter', menggambarkan kesan ketergantungan perawat kepada profesi lain, khususnya dokter. Sekitar tahun 1985, muncul pengakuan, perawat merupakan penyedia jasa keperawatan yang desisif. Status 'perpanjangan

tangan' berubah menjadi 'kemitraan' dan 'kemandirian'. Mandiri, dalam arti mampu melakukan pendekatan keperawatan untuk menghadapi pasien. Ia harus memiliki kompetensi perawat yang merupakan kemampuan perawat melakukan praktik keperawatan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap, sesuai unjuk kerja yang ditetapkan di dalam konteks kesehatan, kesejahteraan, dan keamanan klien (Foster, 1986)

Sejak keberadaannya hingga kini perawat masih direpresentasikan masyarakat sebagai seorang Nightingale yang merupakan 'fantasi kolonial'. Ini tampaknya telah membentuk dan menjadikan stereotip terhadap mereka yang bekerja sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Ironisnya, persepsi tersebut menjadi panduan bagi masyarakat dan membentuk pandangan kita hingga sekarang.

Munculnya pemahaman baru tentang identitas perawat dalam konteks kemunculan perawat profesional yang mempunyai paradigma baru menjadi daya tarik tersendiri. Semakin tinggi tingkat pendidikan tenaga keperawatan, semakin tinggi tuntutan tentang keberadaannya di dunia kesehatan. Tuntutan kesetaraan dengan tenaga medis, menjadi isu banyak kalangan di bidang kesehatan. Seringkali pula kondisi masyarakat turut mendukung persepsi ini, misalnya masyarakat di pedesaan sering beranggapan bahwa perawat mempunyai peran yang sama dengan dokter.

Namun tampaknya, saat ini tenaga keperawatan masih merupakan okupasi, bahkan mereka masih dianggap sebagai kepanjangan tangan dokter. Padahal penilaian seperti itu merupakan konsep lama yang harus disingkirkan dari pikiran. Mereka dididik di universitas selama lima tahun, diberikan berbagai ilmu, yang berkaitan dengan ilmu keperawatan dan kedokteran.

Peran keperawatan dalam pelayanan kesehatan jarang diungkapkan padahal peran mereka sangat besar. Seharusnya mereka bukan lagi hanya sebagai kepanjangan tangan dokter, tetapi mereka sudah mampu untuk melayani keperawatan setelah operasi misalnya.

Pekerjaan perawat yang semula vokasional hendak digeser menjadi pekerjaan profesional. Perawat yang dulunya berfungsi sebagai perpanjangan

tangan dokter, kini berupaya menjadi mitra sejajar dokter sebagaimana para perawat di negara maju. Kalau tadinya hanya membantu pelaksanaan tugas dokter, menjadi bagian dari upaya mencapai tujuan asuhan medis, kini mereka menginginkan pelayanan keperawatan mandiri sebagai upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kalangan perawat memberikan istilah perubahan ini sebagai paradigma baru yaitu perubahan status yuridis dari "perpanjangan tangan" menjadi "kemitraan" atau "kemandirian". Paradigma yang dimaksud di sini adalah gejala atau cara pandang atau kerangka berpikir yang mendasarkan fakta atau gejala disinterpretasi dan dipahami (Thomas S. Kuhn dalam Winahyu Erwiningsih, 2007: 68-86). Jika dulu hanya menjalankan perintah dokter, sekarang ingin diberi wewenang memutuskan berdasarkan ilmu keperawatan dan bekerja sama dengan dokter untuk menetapkan apa yang terbaik bagi pasien.

Tuntutan perubahan paradigma ini tentu mengubah sebagian besar bentuk hubungan perawat dengan manajemen organisasi tempat kerja (rumah sakit, puskesmas), dokter, serta pasien. Jika praktik keperawatan dilihat sebagai praktik profesi, maka harus ada otoritas atau kewenangan. Ada kejelasan batasan, siapa melakukan apa. Karena diberi kewenangan maka perawat bisa digugat, perawat harus bertanggung jawab terhadap tiap keputusan dan tindakan yang dilakukan. Perawat harus diberi kesempatan untuk mengambil keputusan secara mandiri didukung oleh pengetahuan dan pengalaman di bidang keperawatan.

Di tengah wacana beredarnya paradigma tersebut, ada suatu ketegasan bahwa perawat tidak dianjurkan melakukan penyuntikan terhadap pasien untuk menghindari reaksi buruk masyarakat terhadap perawat bila terjadi kesalahan. Perawat bila akan memberikan suntikan kepada pasien harus meminta persetujuan dokter.

Berbagai masalah etis yang dihadapi perawat dalam praktik keperawatan telah menimbulkan konflik antara kebutuhan klien dengan harapan perawat, di satu sisi perawat diminta untuk melakukan praktik sesuai dengan standar, di sisi lain masyarakat meminta perawat untuk melakukan pengobatan. Ini menjadi dilema bagi profesi keperawatan. Namun dengan dikeluarkannya Undang-Undang (UU) Nomor

23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, UU No 2/1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional serta Surat Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, ada kejelasan status dan kewenangan perawat dalam melaksanakan pelayanan. Peraturan ini tampaknya dapat lebih mengukuhkan keperawatan sebagai profesi di Indonesia.

Tidak dapat dipungkiri bahwa pada dasarnya perawat memiliki tugas pokok memberi pelayanan keperawatan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan serta membina masyarakat agar lebih mandiri dalam mendapatkan perawatan kesehatan (Kepmenkes nomor 94 tahun 2001). Perbedaan antara tugas pokok perawat dengan dokter adalah dalam wewenang mengobati. Meskipun dalam praktiknya, perawat melakukan pengobatan karena peran mereka sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan, namun tampaknya pemerintah mengkondisikan mereka untuk melakukan hal tersebut.

Pada sisi lain, merubah perilaku masyarakat terhadap kepercayaan pelayanan kesehatan tidaklah mudah, contohnya kepercayaan tentang anggapan bahwa penyakit hanya bisa disembuhkan dengan pemberian suntikan. Masyarakat di desa pada umumnya menganggap berobat dengan perawat sama saja dengan ke dokter. Masyarakat tetap meminta perawat untuk mengobati mereka meskipun sudah ada dokter. Bila perawat tidak mau memenuhi harapan masyarakat mereka akan mendapatkan sanksi sosial.

Paradigma baru menuntut profesi perawat memiliki implikasi pada pengembangan praktik keperawatan yang profesional, etis dan legal sehingga profesi ini berhak menyelenggarakan praktik secara mandiri atau berkelompok dan membina kemitraan di lingkungan kerjanya. Kemitraan antara perawat dan pihak-pihak terkait dengan masyarakat digambarkan dalam bentuk garis hubung antara komponen-komponen yang ada. Hal ini memberikan pengertian perlunya upaya kolaborasi dalam mengkombinasikan keahlian masing-masing yang dibutuhkan untuk mengembangkan strategi peningkatan kesehatan masyarakat, di antaranya dengan bidan/bidan di desa, atau fisioterapist; Puskesmas; Organisasi Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan (PPK) atau *Health Maintenance*

Organization (HMO); Lintas sektor terkait, merupakan institusi formal (birokrasi) yang terkait dengan upaya pengembangan kesehatan masyarakat dari tingkat teknis lapangan sampai ke tingkat kabupaten/kota, misalnya: Pemerintah Daerah, Bappeda, Dinas Pertanian/Peternakan, BKKBN, PDAM, Dinas Pekerjaan Umum, dan lain-lain; Organisasi masyarakat formal dan informal, misalnya: Organisasi Muhammadiyah/Aisyah, Nahdlatul Ulama/Fatayat NU, Lembaga Swadaya Masyarakat, TP-PKK, kelompok pengajian, kelompok arisan, dasa wisma, dan lain-lain; serta Tokoh masyarakat atau tokoh agama yang memiliki pengaruh kuat di tengah masyarakat (*key persons*). (PPNI, 2004)

Kajian perawat dalam penelitian ini lebih diarahkan pada perawat yang bekerja di Puskesmas, yang merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang sekaligus sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas.

Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

E. Metodologi

Secara metodologis, pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Pendekatan ini dimaksudkan untuk melihat, mendengar, sekaligus memahami gejala sosial dan budaya yang terjadi di Puskesmas. Pendekatan ini dilakukan dengan menggunakan kacamata orang-orang atau para

pelaku yang berada dalam pusat pelayanan kesehatan pada skala yang lebih kecil guna memperoleh gambaran yang lebih besar mengenai interaksi yang berlaku dalam hal kerja pelayanan publik di lingkungannya.

Meskipun penelitian dilakukan dalam jangka waktu yang relatif singkat, namun dalam hal membina hubungan dengan informan dan lingkungan penelitian, kehadiran saya sebagai peneliti tidak mempengaruhi perilaku mereka dalam kegiatan sehari-hari. Memang ketika di awal-awal penelitian, kehadiran saya cukup mengganggu mereka, terutama ketika saya berada di tengah-tengah aktivitas kerja mereka. Mereka tampaknya tidak leluasa mengungkapkan pendapatnya. Ada keengganan dalam mengemukakan pendapat mereka.

Kesulitan diperoleh ketika ingin mengetahui lebih jauh tentang tugas pokok dan fungsi kegiatan tenaga kesehatan, terutama yang berkaitan dengan jabatan fungsional. Pedoman yang dapat dijadikan acuan bagi tugas-tugas mereka, rupanya tidak dimiliki oleh semua tenaga fungsional di Puskesmas ini. Mereka merasa sudah cukup hafal dengan pekerjaan yang dapat diajukan sebagai nilai kredit kenaikan pangkat mereka. Di sana saya hanya memperoleh laporan kegiatan bulanan yang mereka buat, dan untuk pedoman jabatan fungsional, pada akhirnya saya peroleh dari Dinas Kesehatan Kota Depok.

Kehadiran peneliti dalam kegiatan sehari-hari informan yang diteliti membuat lambat laun diterima sebagai bagian yang wajar dalam kehidupan mereka, sehingga mereka pun bertingkah laku sebagaimana lazimnya seperti sebelum kehadiran peneliti di sana. Ini mengurangi masalah reaktivitas, yakni masalah yang muncul karena ada kecenderungan orang bertingkah laku lain ketika mereka menyadari sedang diamati oleh orang asing.

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pancoran Mas Depok, yang terletak di tengah Kota Depok dan merupakan salah satu Puskesmas yang dianggap memiliki kriteria pelayanan terbaik menurut penilaian Dinas Kesehatan Kota Depok pada tahun 2004. Puskesmas ini dianggap memiliki kemampuan yang memadai, baik dalam bidang manajemen maupun pelayanan kesehatannya kepada masyarakat.

F. Teknik Pengumpulan Data

Ada tiga teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Studi kepustakaan. Mencari dan menganalisa dokumen dan tulisan, berkaitan dengan tema-tema yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan kajian-kajian tentang petugas pelayanan kesehatan, kebijakan yang terkait dengan pelayanan kesehatan, dan kehidupan sosial di Puskesmas. Kegiatan pengumpulan bahan-bahan kepustakaan ini dilakukan semenjak awal, yaitu ketika akan menyusun proposal hingga penyusunan laporan, tidak hanya terbatas pada buku-buku tetapi juga dari berbagai hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh berbagai institusi terkait dengan tema yang disusun, serta dari berbagai media termasuk media online. Data yang diperoleh dari kajian kepustakaan menjadi acuan bagi ketika penelitian di lapangan.
2. Pengamatan pada lokasi penelitian (observasi). Dalam melakukan kegiatan penelitian, juga dilakukan pengamatan langsung yang diarahkan pada fenomena-fenomena yang terjadi pada pelbagai kegiatan dan perilaku yang ada di Puskesmas. Pada awal kegiatan, pengamatan ditujukan pada aspek fisik pelayanan, seperti kondisi setiap unit pelayanan yang ada di Puskesmas tersebut termasuk sarana dan prasarana yang mendukung kegiatan pelayanan. Selain aspek fisik yang diamati, pengamatan juga dilakukan terhadap perilaku perawat dalam menjalankan tugas-tugas kesehariannya sebagai petugas di lembaga pemerintahan dan interaksinya dengan berbagai peran lainnya yang ada di Puskesmas ini. Kemudian pengamatan juga dilakukan pada aspek pelayanan kepada pasien sejak dari kunjungan pada saat pendaftaran hingga pelayanan obat kepada pasien. Perilaku pasien pada saat menunggu panggilan untuk diperiksa dan interaksi mereka terhadap sesama pasien, juga menjadi bagian penting dalam kegiatan penelitian ini, karena dari sana

diperoleh gambaran tentang bagaimana pelayanan Puskesmas ditanggapi oleh pengguna layanan.

3. Wawancara mendalam. Dalam wawancara ini yang menjadi informan utama adalah petugas Tata Usaha Puskesmas, untuk memperoleh informasi awal tentang Puskesmas sekaligus catatan-catatan tentang pegawai secara keseluruhan serta laporan-laporan lembaga. Petugas Tata Usaha adalah petugas yang telah bekerja paling lama di Puskesmas ini dan dianggap paling mengetahui seluk beluk kehidupan di pusat layanan ini. Informan lainnya yang diambil adalah Kepala Puskesmas, yang memegang kekuasaan atau keberlangsungan layanan kesehatan di tempat ini. Selain itu, informan lainnya adalah tenaga keperawatan, terdiri dari perawat gigi, perawat poli umum, bidan dan perawat pada poli KIA. Ada sejumlah 4 orang perawat yang menjadi informan, yang bertugas sebagai perawat pada bagian/poli gigi, poli umum, dan bagian anak (KIA), serta petugas bagian Gizi. Untuk melengkapi informasi tentang mutu layanan, juga dicari informasi kepada petugas bagian pendaftaran pasien dan beberapa pasien sebagai studi kasus.

Untuk keperluan wawancara, digunakan rekaman wawancara. Teknik ini digunakan dengan maksud agar memudahkan ketika memahami keterangan-keterangan yang diberikan. Wawancara tanpa struktur yang merupakan bagian dari wawancara tanpa rencana, banyak digunakan di sini. Semua teknik wawancara dilakukan secara bebas dan terfokus, maksudnya adalah agar informan mendapat kebebasan untuk bercerita dengan caranya sendiri, dalam konteks budayanya.

G. Analisis

Tahap awal yang dilakukan dalam proses analisa data adalah mengumpulkan data yang ditemukan dari lapangan yang berasal dari pengamatan secara langsung, wawancara dengan informan, studi kepustakaan serta dokumen-

dokumen yang berasal dari berbagai sumber. Ketika di lapangan, semua informasi yang diperoleh dicatat sebagai catatan harian peneliti, yang setelah data-data terkumpul, diklasifikasikan sesuai dengan bagian atau kategori masing-masing. Perlunya pengklasifikasian ini tentu akan mempermudah dalam penyusunan laporan penelitian.

Setelah data dikategori dan diklasifikasikan, selanjutnya diadakan analisis data. Penganalisaan data dilakukan dengan cara menginterpretasikan makna dari setiap bagian kemudian melihat relasi antara satu dengan yang lainnya. Diharapkan dengan proses tersebut dalam pemaparan laporan penelitian alur pemikiran tampak jelas. Kegiatan interpretasi ini dilengkapi dengan konsep-konsep dan teori-teori yang berhubungan dengan antropologi. Maksudnya adalah konsep dan teori diaplikasikan dengan data yang ditemukan di lapangan.

H. Sistematika Penulisan

Bab I berisi tentang Pendahuluan yang menguraikan latar belakang memilih tema tesis ini. Berisi pertanyaan-pertanyaan seperti mengapa penelitian ini dilakukan, fokus dari penelitian dan batasannya. Di dalam bab ini juga dipaparkan berbagai hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh lembaga/institusi yang berkaitan dengan tema penelitian. Selanjutnya juga diuraikan tentang cara melakukan penelitian dan penentuan informan untuk kebutuhan informasi data.

Bab II berisi tentang Paradigma Keperawatan yang berubah seiring dengan berlakunya otonomi daerah di Indonesia. Demikian pula halnya dengan pembangunan kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Paradigma kesehatan yang semula berorientasi pada penyembuhan penyakit, berubah menjadi Paradigma Sehat yang mengubah pola pikir bahwa kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat aktif.

Bab III berisi tentang Penduduk Kota Depok dan Kesehatan. Kota Depok dengan penduduknya yang heterogen, terdiri dari kaum pendatang, memiliki potensi dan daya tarik tersendiri bagi mereka. Dalam perkembangannya ternyata

memunculkan kecenderungan lingkungan fisik, sosial dan budaya yang cukup rawan bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakatnya. Masalah lingkungan serta perilaku masyarakat terhadap kesehatan, tampaknya belum banyak tersentuh oleh kebijakan pemerintah, terutama pada sektor kesehatan. Untuk menjawab tantangan layanan kesehatan masyarakat, Puskesmas Pancoran Mas menjadi menarik untuk dideskripsikan. Pengelolaan Pelayanan Puskesmas Pancoran Mas. Pada bab ini diuraikan tentang bagaimana pasien diperlakukan sejak dari pendaftaran untuk berobat hingga pemberian pelayanan oleh petugas pelayanan di puskesmas. Selain itu juga diuraikan tentang kebijakan puskesmas dan sekaligus implementasi dari kebijakan tersebut yang ditunjukkan oleh aktivitas keseharian petugas pelayanan, dari motivasi bekerja sebagai perawat hingga perlakuan yang diberikan kepada pasien dalam keseharian mereka dan bagaimana mereka menanggapi sikap pasien yang tidak sabar ketika ingin dilayani. Kewenangan perawat ketika memberi pelayanan dan tugas yang dilaksanakan serta imbalan yang diterima dari hasil kerjanya, juga diuraikan dalam bab ini.

Bab IV berisi tentang Pengelolaan Pelayanan Puskesmas Pancoran Mas, dimana pada satu sisi ada tuntutan bahwa menjadi perawat harus dapat memberikan layanan optimal, ada keinginan untuk disetarakan dengan mitra kerja, sementara pada tingkat pelaksana, paradigma tersebut belum dapat diterapkan.

Bab V merupakan Kesimpulan dan Saran yang menyoroti tentang adanya perubahan paradigma kesehatan khususnya paradigma keperawatan namun belum dirasakan oleh para pelaksana keperawatan di Puskesmas Pancoran Mas. Masih banyak terjadi kesenjangan antara harapan dengan kenyataan di kalangan mereka, yang diakhiri dengan kesimpulan dan saran.