



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ANTROPOLOGI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA**

**Dilema Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan:
Suatu Kajian Kasus Tenaga Keperawatan di Pusat Kesehatan
Masyarakat, Kota Depok**

TESIS

**Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar
Magister Sains (M.Si) dalam Antropologi**

Oleh:
Indah Huruswati
6904070128

Depok,

Desember 2007

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ANTROPOLOGI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA**

NAMA : Indah Huruswati.
NPM : 6904070128

Dilema Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan: Suatu Kajian Kasus Tenaga Keperawatan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Kota Depok
(Rincian Isi Tesis, xii + 143 halaman. Bibliografi: 29 buku, 52 artikel, 22 Undang-undang dan Peraturan)

ABSTRAK

Profesi perawatan kini mengalami banyak perubahan. 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. Paradigma mereka terhadap perawatan mengalami perubahan.

Dikeluarkannya Undang-undang tentang praktik keperawatan, paling tidak, sudah ada pengakuan betapa pentingnya peran perawat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. 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.

Namun 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.

Bagaimana para petugas (pelaku pelayanan) melihat paradigma kemitraan dan kemandirian dalam melaksanakan tugas kesehariannya dan bagaimana petugas pelayanan kesehatan menanggapi paradigma tersebut, menjadi pertanyaan dalam penelitian ini. *Setting* penelitian dilakukan di Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok.

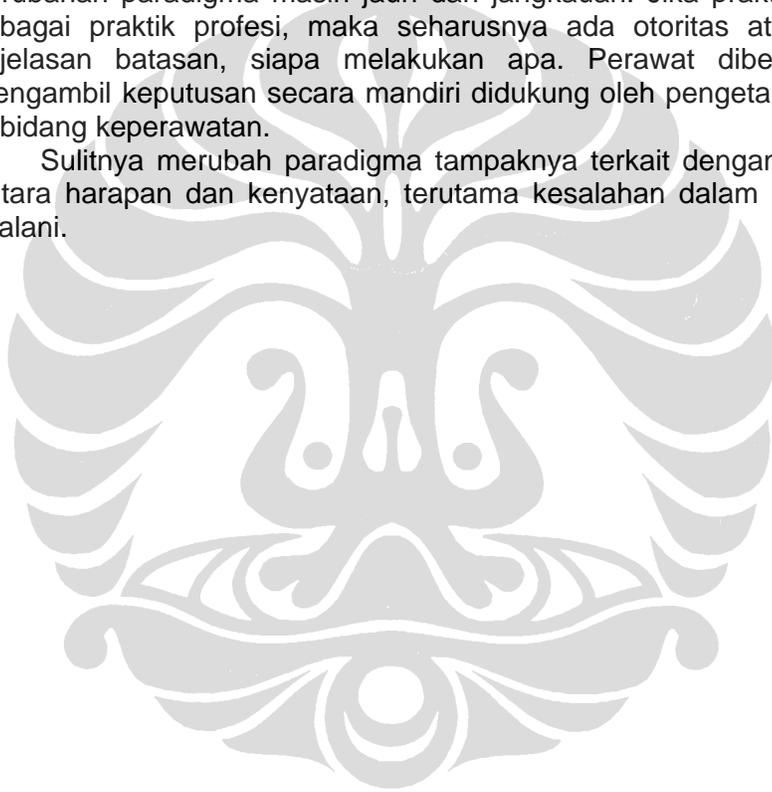
Penelitian ini berusaha memberikan gambaran kondisi senyatanya layanan kesehatan, berikut perkembangan kebijakan yang berlaku di dalamnya. Selain itu juga menyajikan tanggapan dan pengamatan perilaku petugas pelayanan kesehatan terhadap isu paradigma baru yang menuntut kesejajaran dengan petugas medis

lainnya. Dari penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi pemerintah tentang kebijakan pelayanan kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu layanannya.

Secara metodologis, pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, studi kepustakaan, dan juga dilakukan pengamatan terhadap obyek penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ternyata isu paradigma masih berada pada batas wacana dan ada pada level elit, jenjang pemerintahan yang paling atas, tidak pernah sampai pada level terbawah, yaitu pada tingkat pelaksana. Tuntutan perubahan paradigma masih jauh dari jangkauan. Jika praktik keperawatan dilihat sebagai praktik profesi, maka seharusnya ada otoritas atau kewenangan. Ada kejelasan batasan, siapa melakukan apa. Perawat diberi kesempatan untuk mengambil keputusan secara mandiri didukung oleh pengetahuan dan pengalaman di bidang keperawatan.

Sulitnya merubah paradigma tampaknya terkait dengan adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan, terutama kesalahan dalam menginterpretasi yang dialami.



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ANTROPOLOGI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA**

New Paradigm Dilemma on Health Services: Case Study of Community Nursing in Depok City

ABSTRACT

Nursing as a profession is now having major changes. Years ago, they worked as per doctor's order but now they are having authority to make decision as per their profession and in coordination with the doctor for best of the patients. The nursing are having a new paradigm of their profession.

As the issuance of the Act of nursing, at least, it gives acknowledgment to the importance of the role of nursing for community health services. As per Kansas Supreme Court United States of America 1964, the main function of a nurse is to observe and to record symptoms and reaction on diagnoses. A nurse is not authorized to give conclusion on the result of diagnoses or treatment of a patient.

The function had been changed in 1985 with acknowledgement that a nurse is not a passive medical staff but also a medical staff who is assertive and decisive.

In Indonesia, this new paradigm is not yet clear. At the hospitals, the nurses are taking the roles and work as the old version or conducting the work not related to medical services.

The way the nurse perceives the partnership and independency on their daily work and the response to this new paradigm are the questions of this study as conducted in Pancoran Mas Community Health Services (Puskesmas) – Depok City.

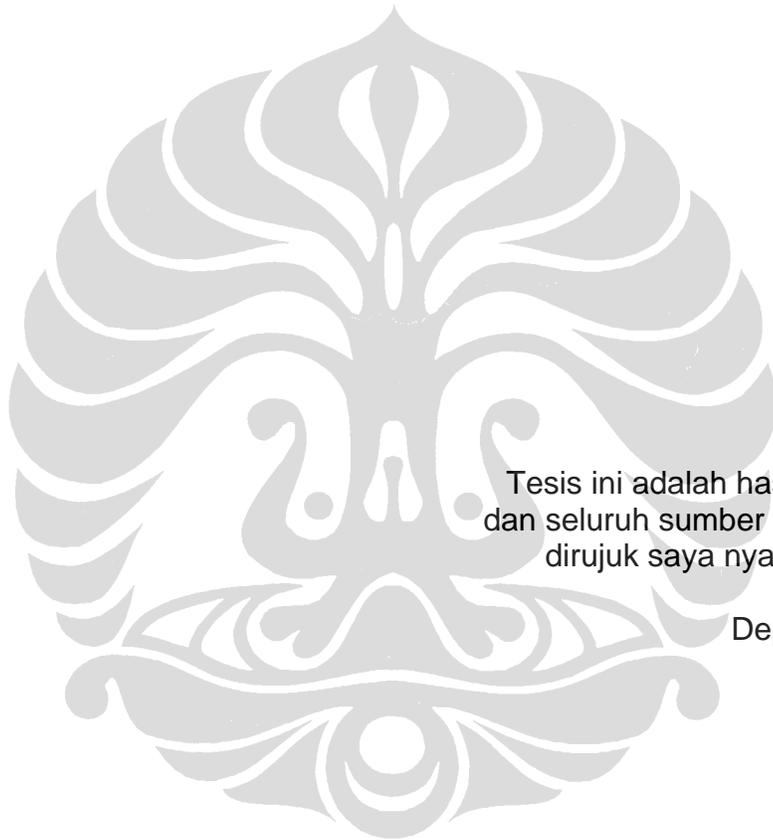
The study describes the actual condition of the health services including the progress on the policy itself. Also, it describes responses and observation of the health services activity on this new paradigm that invites partnership with other service providers.

The purpose of this study is to give inputs for the Government in the issue of community health services and the efforts to improve its quality.

The study applies a qualitative approach in its methodology through in-depth interview, literature review and observation on the subject.

The result indicates that the issue of this new paradigm is a discourse and only applied by the elite level or by the top level of government. It is unfortunately never been applied by the ground-level or by the health practitioners. The demand to implement the new paradigm is still something in the sky or unreachable. If the issue of nursing is implemented as a profession then it should give authority, transparent and has a clear work description on who does what. A nurse has authority to independently make a decision as per their knowledge and experience on nursing.

Difficulties on changing the paradigm seem to relate with the gaps between hopes and reality, especially the interpretation on the work the nurse is doing.



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

Depok, Desember 2007

Indah Huruswati
6904070128

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ANTROPOLOGI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA**

TANDA PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS



NAMA : Indah Huruswati
NPM : 6904070128
Judul : Dilema Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan: Suatu Kajian Kasus
Tenaga Keperawatan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Kota Depok

Dosen Pembimbing,

Prof. Dr. Ahmad Fedyani Saifuddin



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN ANTROPOLOGI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
Gedung PAU Ilmu Sosial Lt. II Kampus Baru UI,
Depok - 16424
Telp / Fax : (021) 78849022

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

NAMA : Indah Huruswati
NPM : 6904070128
Judul : Dilema Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan: Suatu Kajian Kasus
Tenaga Keperawatan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Kota Depok

Tesis ini telah dipertahankan di hadapan Sidang Penguji Tesis Program Pascasarjana Antropologi pada tanggal dan telah dinyatakan:

LULUS / TIDAK LULUS / UJI ULANG

Tim Penguji :

Ketua Sidang :

Dr. Iwan Tjitradjaja

Sekretaris Sidang :

Dra. Endang Partrijunianti, MA.

Pembimbing :

Prof. Dr. Achmad Fedyani Saifuddin

Penguji Ahli :

.....



Depok, Desember 2007

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi
Pascasarjana Antropologi

Dr. Iwan Tjitradjaja
NIP. 131 125 846

KATA PENGANTAR

Ide tentang tema ini berawal dari perhatian terhadap pelayanan publik yang dimiliki pemerintah, yang selalu menjadi sorotan masyarakat. Ketika masyarakat tidak memperoleh layanan memadai, tuduhan lantas diarahkan kepada petugas layanan yang dianggap tidak *becus* dalam bekerja, prosedur pelayanan dan mekanisme kerja yang terlalu birokratis, tidak transparan, fasilitas terbatas, serta sarana dan prasarana pelayanan yang tidak layak.

Salah satu layanan publik yang paling dekat dengan masyarakat adalah pelayanan kesehatan di Puskesmas. Ketika warga tidak mendapat perhatian khusus dari petugas kesehatan, keluhan terhadap layanan kesehatan langsung mengarah pada petugas. Tidak ramah, wajah kaku, mahal senyum, cerewet dan sejenisnya adalah sebagian dari gambaran yang disematkan para pasien kepada petugas layanan kesehatan tersebut.

Tampaknya keperawatan masih belum dianggap sebagai profesi, tetapi masih merupakan okupasi, bahkan mereka masih dianggap sebagai kepanjangan tangan dokter. Penilaian seperti itu sebenarnya merupakan paradigma lama yang harus disingkirkan. Mereka kini dididik di universitas selama lima tahun, diberikan berbagai ilmu, yang berkaitan dengan ilmu keperawatan dan kedokteran. Lantas bagaimana sebenarnya tugas perawat di Puskesmas dengan perubahan paradigma tersebut ?

Berangkat dari pemikiran ini, saya mencoba mencari informasi lebih dalam, meskipun banyak kendala ketika melakukan penelitian, namun berkat bantuan dan dukungan orang-orang di sekitar saya pada akhirnya penelitian dan tesis ini terselesaikan.

Berkat Rahmat Allah yang Maha Kuasa, puji syukur saya panjatkan tak henti-hentinya karena pada akhirnya tesis dapat diselesaikan. Peran orang-orang di dekat saya, sangat besar artinya. Tanpa mereka, belum tentu saya dapat menyelesaikan

tesis ini. Utamanya kepada Bapak Prof. Dr. Achmad Fedyani Saifuddin, pembimbing tesis saya. Di antara kesibukannya, masih saja beliau mau meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran serta koreksi sejak awal penulisan hingga selesai.

Kepada Bapak Dr. Iwan Tjitradjaja, selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Antropologi sekaligus Ketua tim penguji, saya juga mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya karena beliau pun banyak memberi dorongan kepada saya untuk segera menyelesaikan tesis ini. Terimakasih atas segala kritik dan masukannya yang mendorong saya untuk berpikir lebih kritis. Ucapan terimakasih juga saya sampaikan kepada segenap dosen di Program Studi Pascasarjana Antropologi UI, yang membuka wawasan saya ketika melihat suatu masalah yang terjadi di masyarakat.

Kepada pihak-pihak yang membantu saya dalam hal pengumpulan data, terutama kepada Kepala Puskesmas Pancoran Mas Depok, Kepala Tata Usaha, serta rekan-rekan petugas kesehatan yang tidak dapat saya sebut satu persatu, terimakasih atas informasi dan luangan waktu yang diberikan.

Tentu saja juga dukungan teman-teman Program Pascasarjana Antropologi Angkatan 2004, yang tak pernah bosan mengingatkan saya untuk menyelesaikan tugas saya ini dan terus semangat. Terimakasih juga kepada Mbak Wati, Mbak Wiwin dan Mbak Tina yang selalu tidak bosan mengingatkan saya untuk kembali ke tesis. Belum lagi teman-teman kantor yang selalu mendukung penyelesaian tugas akhir saya ini.

Dukungan tiada henti dari suami dan anak-anakku tercinta, yang terus menerus memberi semangat untuk tidak berhenti sampai di sini, membuat saya malu dan pada akhirnya saya jalani.

Akhirnya terimakasih tak terhingga kepada semua pihak yang tidak dapat disebut satu persatu, yang telah mendukung saya selama ini hingga terselesaikannya tesis ini.

Depok, Desember 2007

Indah huruswati

DAFTAR ISI

	halaman
ABSTRAK	ii
Lembar Pernyataan Kutipan	v
Lembar Persetujuan Pembimbing Tesis	vi
Lembar Pengesahan Tesis	vii
KATA PENGANTAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Permasalahan	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Kajian Pustaka	11
E. Metodologi	16
F. Teknik Pengumpulan Data	18
G. Analisis	19
H. Sistematika Penulisan	20
BAB II PARADIGMA KEPERAWATAN	22
A. Desentralisasi Kesehatan	22
B. Pelayanan Kesehatan	28
BAB III PENDUDUK KOTA DEPOK DAN KESEHATAN	36
A. Keadaan Umum Kota Depok	36
B. Kesehatan Penduduk Kota Depok	39
C. Gambaran Puskesmas Kota Depok	41
D. Keberadaan Puskesmas Pancoran Mas	43

BAB IV	PENGELOLAAN PELAYANAN PUSKESMAS PANCORAN MAS	47
A.	Sarana, Prasarana dan Tenaga Pelayanan Kesehatan	48
1.	Kelengkapan Fasilitas Pelayanan	48
2.	Penyediaan Ruang Tunggu	51
3.	Tenaga Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	57
B.	Kebijakan Puskesmas	62
1.	Perencanaan Kerja	62
2.	Jasa Pelayanan	63
3.	Program Rujukan ke Rumah Sakit	70
4.	Peluang Peningkatan SDM Puskesmas	71
C.	Aktivitas Keseharian di Puskesmas	73
1.	Motivasi Menjadi Petugas Kesehatan	73
2.	Kewenangan Perawat	77
3.	Peluang Karir Sebagai Perawat	86
4.	Sikap Petugas Terhadap Pasien	91
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	96
A.	Kebebasan yang Belum Berkembang	100
B.	Kesenjangan Antara Harapan dan Kenyataan	104
C.	Kesimpulan	107
D.	Saran	109
KEPUSTAKAAN		112
LAMPIRAN		120

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.

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

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

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

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

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

BAB III

PENDUDUK KOTA DEPOK DAN KESEHATAN

A. Keadaan Umum Kota Depok

Kota Depok merupakan bagian dari wilayah Jabodetabek yang terletak di bagian bawah/utara Kabupaten Bogor dan berbatasan langsung dengan DKI Jakarta, Kabupaten Tangerang dan Bekasi. Depok menjadi kota yang sangat strategis di antara kota-kota di sekitarnya. Secara administratif, Kota Depok dibatasi oleh wilayah-wilayah: sebelah utara berbatasan dengan DKI Jakarta dan Kecamatan Ciputat, Kabupaten Tangerang; sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Cibinong, Kabupaten Bogor; sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Gunung Sindur, Kabupaten Bogor; dan sebelah timur dengan Kecamatan Gunung Putri, Kabupaten Bogor dan Kecamatan Pondok Gede, Kodya Bekasi.

Luas wilayah Kota Depok sendiri ada sekitar 20.504,54 ha/200,29 km². Perkembangan Kota Depok diikuti pula dengan peningkatan jumlah penduduk yang cepat. Pada tahun 1990 Kota Administratif Depok mempunyai penduduk sejumlah 271.134 jiwa dan pada tahun 2000 berkembang menjadi 1.143.403 jiwa. Pada tahun 2004 mengalami peningkatan lagi mencapai 1.369.461 jiwa dengan laju pertumbuhan rata-rata 4,61 % per tahun. Dari jumlah tersebut, tercatat jumlah penduduk laki-laki 697.384 jiwa dan perempuan 672.077 jiwa. Melihat perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan tampaknya mendekati seimbang meskipun jumlah penduduk perempuan masih berada di bawah angka jumlah penduduk laki-laki. Peningkatan jumlah penduduk Kota Depok yang cukup tinggi ini, tampaknya menunjukkan bahwa Kota Depok mempunyai daya tarik tersendiri bagi penduduk pendatang (BPS, 2004).

Berdasarkan UU R.I. No. 15 tahun 1999 tentang pembentukan Kota Depok, terjadi perkembangan fungsi kota sesuai dengan potensinya. Kota Depok tidak hanya terdiri dari Kota Administratif Depok, tetapi juga meliputi wilayah-wilayah kecamatan, yang terdiri dari enam wilayah kecamatan, dan 63 kelurahan serta memiliki 801 RW dan 4200 RT. Hampir sebagian besar kelurahan di Kota Depok sudah terklasifikasi sebagai swasembada. Ke enam wilayah kecamatan tersebut adalah Kecamatan Sawangan, Kecamatan Pancoran Mas, Kecamatan Sukmajaya, Kecamatan Cimanggis, Kecamatan Beji dan Kecamatan Limo (Tabel 5).

Tabel 5 : Data Kecamatan dan Kelurahan di Kota Depok tahun 2001

No	KECAMATAN	KELURAHAN
1.	Pancoran Mas	11
2.	Beji	6
3.	Sukmajaya	11
4.	Cimanggis	13
5.	Sawangan	14
6.	L i m o	8
J u m l a h		63

Sumber: Data Pemerintah Kota Depok

Dengan adanya pemekaran wilayah ini, mengakibatkan bertambahnya beban tugas dan volume kerja dalam penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan dan pembinaan serta pelayanan masyarakat di Kota Depok.

Perkembangan Kota Depok diikuti pula dengan peningkatan jumlah penduduk yang cepat. Bila dilihat data perbandingan jumlah penduduk untuk setiap kecamatan yang ada di Kota Depok ini, tampaknya jumlah penduduk di Kecamatan Cimanggis jauh lebih besar dari kecamatan lainnya, yaitu sebanyak 376.103 jiwa dengan perbandingan penduduk laki-laki sejumlah 190.774 dan perempuan 185.329. Dilihat dari perkembangan jumlah penduduk ini, tampaknya Kecamatan Cimanggis dan Sukmajaya memiliki potensi dan daya tarik tersendiri bagi penduduk pendatang. Hal ini terlihat dari banyaknya lokasi-lokasi pemukiman baru yang ada di

sana. Sebaliknya Kecamatan Beji menjadi kecamatan paling kecil jumlah penduduknya (lihat Tabel 6). Kebanyakan mereka yang tinggal di sini adalah penduduk yang sudah menetap lama.

Tabel 6 : Jumlah Penduduk menurut Kecamatan dan Jenis Kelamin di Kota Depok Tahun 2004

No.	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1.	Sawangan	81.023	76.502	157.525
2.	Pancoran Mas	134.871	127.914	262.785
3.	Sukmajaya	152.490	149.821	302.311
4.	Cimanggis	190.774	185.329	376.103
5.	Beji	66.389	62.803	129.192
6.	Limo	71.837	69.708	141.545
Kota Depok		697.384	672.077	1.369.461

Sumber: BPS Kota Depok

Kota Depok memang telah diarahkan untuk pola pemukiman dan penyebaran kesempatan kerja secara lebih merata sebagaimana dimaksud dalam Instruksi Presiden Nomor 13 Tahun 1976 tentang Pengembangan Wilayah Jabotabek (Jakarta, Bogor, Tangerang, Bekasi), dalam perkembangannya telah tumbuh sebagai kota perdagangan, jasa, dan pendidikan.

Salah satu visi awal Kota Depok adalah sebagai kota pemukiman (*dormitory city*) dan untuk itu telah disiapkan lokasi pemukiman yang sesuai dengan RTRW (Rencana umum Tata Ruang dan Wilayah). Namun ternyata, perkembangan jumlah penduduk diluar dugaan, tumbuh begitu pesat di Depok sehingga hal ini berdampak pada berbagai persoalan sosial dan lingkungan hidup.

Sebagian besar mata pencaharian penduduk berada pada sektor perdagangan dan jasa yaitu 126.616 orang (33,42%), pemerintah/pegawai negeri sipil (PNS)/ABRI yaitu 82.237 orang (23,02%), petani 24.468 orang (6,85%), pengrajin 2,267 (0,63%), pengusaha 657 orang (0,18 %) dan lain-lain 121,207 (33,9%).

Kota Depok dengan penduduknya yang heterogen memiliki status ekonomi yang cukup beragam, dari hasil pendataan penduduk miskin oleh Tim Kelurahan yang terdiri dari Bidan Pembina Kelurahan, Kader Kelurahan, PPL KB, didapatkan data jumlah Keluarga Miskin (Gakin) yang berada di wilayah Depok di 24 Puskesmas sampai dengan bulan Desember 2001, ada 24.335 keluarga. Sementara menurut data BPS Kota Depok tahun 2005, jumlah penduduk miskin sebanyak 26.873 kepala keluarga. (data Puskesmas, 2001).

Pada tahun 2001 jumlah Gakin tertinggi terdapat di Kecamatan Sukmajaya yaitu 36,7 % sedangkan Gakin terkecil di wilayah Kecamatan Limo yaitu 6,13 %. Berikut ini data keluarga miskin di Kota Depok:

Tabel 7 : Data Penduduk Miskin Per Kecamatan di Kota Depok Tahun 2001

No.	Kecamatan	Jumlah KK Miskin	
		f	%
1.	Sawangan	4.488	18,4
2.	Pancoran Mas	2.827	11,6
3.	Cimanggis	5.036	21
4.	Beji	1.561	6,4
5.	Sukmajaya	8.931	36,7
6.	Limo	1.492	6,1
Jumlah		24.335	100

Sumber: Data JPS-BK

B. Kesehatan Penduduk Kota Depok

Kota Depok merupakan wilayah yang mempunyai potensi besar sebagai daerah pemukiman, kawasan industri dan kota pendidikan yang tampak berkembang pesat. Namun perkembangan tersebut juga diiringi dengan kecenderungan lingkungan fisik, sosial dan budaya yang cukup rawan bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakatnya. Pencemaran udara, bertumpuknya sampah di berbagai tempat, perumahan dan pelayanan masyarakat yang kurang

layak, kriminalitas, kekerasan dan gaya hidup yang kurang sehat cenderung meningkat.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan, beragam masalah penyakit menular merupakan penyakit endemis yang cenderung meningkat di Kota Depok. Rate demam berdarah adalah 12,5 per 100.000 penduduk per tahun. (Suhendar, 2006). Proporsi penyakit terbanyak di Puskesmas adalah ISPA sementara proporsi penderita rawat jalan di rumah sakit sebagian besar juga adalah ISPA dan *thypus abdominalis*.

Masalah lingkungan serta perilaku masyarakat terhadap kesehatan, tampaknya belum banyak tersentuh oleh kebijakan pemerintah, terutama pada sektor kesehatan. Banyak terlihat pembangunan sarana fisik yang tidak ramah lingkungan, kawasan industri yang kurang sehat, tumbuhnya sarana hiburan yang rawan kriminalitas, mencoloknya iklan-iklan merokok, yang tampaknya menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah masih longgar atau belum memikirkan wawasan kesehatan bagi masyarakat.

Pada sisi lain, untuk kesehatan secara fisik, saat ini tampaknya kesadaran masyarakat akan pentingnya arti kesehatan, sudah cukup meningkat. Seperti terlihat, umumnya masyarakat sudah banyak memanfaatkan sarana kesehatan yang semakin menyebar sampai ke pelosok, baik itu sarana pemerintah maupun swasta.

Namun menurut data kesehatan yang ada di Puskesmas Pancoran Mas, kebiasaan masyarakat di wilayah Kota Depok yang saat ini masih sulit dihilangkan atau dicegah adalah kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol dan itu sudah dilakukan oleh wanita bahkan sudah banyak pula dilakukan oleh remaja. Kebiasaan tersebut dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu upaya pemerintah adalah dengan mencanangkan program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dengan maksud untuk merubah perilaku yang buruk ke arah yang lebih sehat.

Kota Depok sebenarnya sudah cukup banyak mempunyai sumberdaya potensial untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya, seperti tersedianya beberapa fasilitas kesehatan. Tahun 2004 di Kota Depok terdapat 7 Rumah Sakit,

27 Puskesmas, 7 Puskesmas Pembantu. Jumlah dokter praktek sekitar 496 orang dengan rincian 205 dokter umum, 70 dokter gigi, dan 221 dokter spesialis.

Bila dibandingkan tingkat kesehatan masyarakat pada kecamatan yang ada di Depok, Kepala Sub Dinas Pembinaan Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) Dinas Kesehatan Depok, Noerzamanti Lies Karmawati, menyatakan, dari enam kecamatan yang ada di kota Depok, ada satu kecamatan yang paling banyak terdapat balita bergizi buruk, yaitu Kecamatan Pancoran Mas. "*Itu satu kecamatan yang berpotensi mengalami gizi buruk.*" (Tempo Interaktif, 13/12/05).

Di Kecamatan Pancoran Mas sendiri terdapat tiga kelurahan yang memiliki potensi gizi buruk, antara lain Kelurahan Depok, Kelurahan Pancoran Mas dan Kelurahan Ratu Jaya. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Depok tahun 2005, di Kecamatan Pancoran Mas dari 24.545 balita yang ditimbang, sebanyak 333 balita atau 1,5 persennya mengalami gizi buruk.

Upaya Dinas Kesehatan Depok untuk mengatasinya antara lain mengupayakan penyuluhan, pemberian makanan tambahan dan pembinaan keluarga sadar gizi, yang dilakukan selama 90 hari, atau sepanjang bulan Oktober sampai Desember setiap tahunnya.

Menurut data Dinas Kesehatan Depok, total balita bergizi buruk di Depok pada tahun 2005 sebesar 0,98 persen atau sebanyak 1.133 balita dari total 114.980 balita yang disurvei. Angka ini menunjukkan bahwa jumlah balita bergizi buruk di Depok menurun sebesar 8,5 persen dari tahun 2004, yaitu sebesar 9,5 persen atau sebanyak 9.157 balita dari total 96.391 balita yang disurvei.

C. Gambaran Puskesmas Kota Depok

Pembangunan kesehatan yang telah diselenggarakan dalam 30 tahun terakhir ini telah berhasil menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di seluruh pelosok tanah air. Upaya kesehatan oleh pemerintah yang terdepan di masyarakat adalah melalui Puskesmas dengan pelayanannya yang bersifat

promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sampai saat ini tampaknya, Puskesmas masih dipercaya sebagai alternatif tujuan pengobatan dan pemeriksaan kesehatan yang terjangkau oleh sebagian besar masyarakat pada umumnya.

Pada saat ini untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar penduduk, di kota Depok telah tersedia sejumlah 24 Puskesmas yang berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan Kota Madya Dati II Depok No. 01 tahun 1999 tentang penetapan wilayah kerja Puskesmas di Kota Depok, terbagi atas: Kecamatan Pancoran Mas terdapat 4 Puskesmas yang melayani 11 kelurahan; Kecamatan Beji terdapat 3 Puskesmas, melayani 6 kelurahan; Kecamatan Sukmajaya terdapat 5 Puskesmas, melayani 11 kelurahan; Kecamatan Cimanggis terdapat 6 Puskesmas yang melayani 13 kelurahan; Kecamatan Sawangan terdapat 4 Puskesmas yang melayani 14 kelurahan; Kecamatan Limo terdapat 2 Puskesmas yang melayani 8 kelurahan.

Dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, yang 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 realistis, 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.

Dalam memanfaatkan fasilitas Puskesmas di Kota Depok, dapat dilihat dari rata-rata jumlah kunjungan pasien Puskesmas dan proporsi kunjungannya pada masing-masing unit pelayanan.

Rata-rata kunjungan Puskesmas pada tahun 2001 setiap harinya 79 orang dengan kisaran 20 orang pada Puskesmas Harjamukti Kecamatan Cimanggis, dan 237 orang pada Puskesmas Pancoran Mas Kecamatan Pancoran Mas. Angka ini hampir sama dibandingkan dengan tahun 2000, yaitu 80 orang; dengan kata lain tingkat pemanfaatan Puskesmas pada tahun 2001 tidak jauh berbeda dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Sementara itu proporsi kunjungan pada masing-masing unit pelayanan yang ada di Puskesmas Kota Depok antara lain meliputi: Balai Pengobatan Umum (BP), Balai Pengobatan Gigi (BP Gigi), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB dan lainnya seperti laboratorium, Konsultasi Gizi, dan lain-lain. Kunjungan Puskesmas terbesar adalah rawat jalan umum (56 orang per hari) sedangkan kunjungan terkecil adalah dari kunjungan KB dan lain-lain (3 orang per hari); untuk kunjungan KIA rata-rata tiap hari yaitu 8 orang dan kunjungan rawat jalan gigi sebanyak 10 orang.

Bila melihat pemanfaatan fasilitas pelayanan pada pelayanan di Balai Pengobatan Gigi di Puskesmas di Kota Depok lebih besar dibandingkan dengan angka nasional yaitu 5 orang per hari dan angka propinsi Jawa Barat yaitu 4 orang per hari.

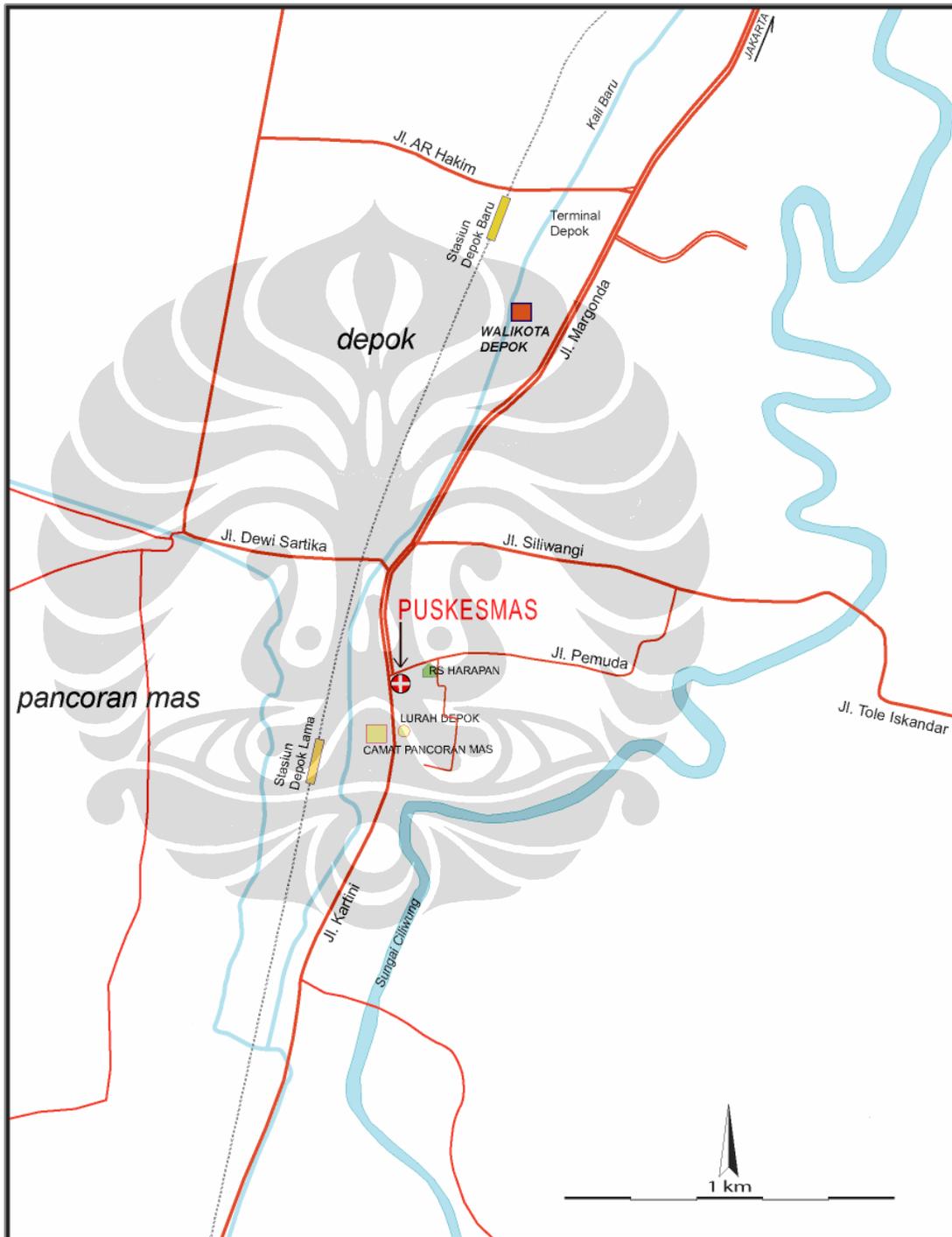
D. Keberadaan Puskesmas Pancoran Mas

Puskesmas Pancoran Mas terletak di Jl. Pemuda No. 2 RT 04/ RW 08 Kelurahan Depok. Puskesmas ini merupakan salah satu dari 4 Puskesmas yang ada di Kecamatan Pancoran Mas kota Depok. Letaknya di jantung Kota Depok, dekat dengan pemukiman penduduk, mudah dijangkau dan berada di pinggir jalan utama. Transportasi untuk mencapai lokasi ini, sangat mudah karena banyak angkutan umum yang lewat di jalan ini. (Lihat Peta)

Puskesmas Pancoran Mas mempunyai wilayah binaan yang terdiri dari 3 kelurahan, yaitu Kelurahan Depok, Pancoran Mas dan Ratu Jaya. Menurut data Puskesmas Pancoran Mas tahun 2005, jumlah penduduk di wilayah Kecamatan Pancoran Mas, yang juga harus dilayani Puskesmas ini ada 78.623 jiwa terdiri dari 35.242 laki-laki dan 43.381 perempuan.

Dari data terlihat bahwa jangkauan pelayanan Puskesmas Pancoran Mas sangat luas dan apabila semua warga memanfaatkan pelayanan kesehatan dari Puskesmas tersebut, seharusnya pusat layanan kesehatan ini cukup mampu menyediakan sarana yang diharapkan oleh 22.540 penduduk yang bertempat tinggal

Peta 1 : Lokasi Puskesmas Pancoran Mas – Kota Depok



Sumber : Peta Jakarta 2007

di sekitar wilayah Puskesmas Pancoran Mas, melihat lokasinya yang cukup strategis, yaitu berada persis di ujung jalan yang mudah terlihat oleh siapapun yang lewat di sana. Di depan Puskesmas banyak terlihat pedagang-pedagang makanan dengan gerobaknya (bubur ayam, soto, mie ayam, ketupat sayur, gorengan dan sebagainya) juga pedagang minuman dan mainan anak-anak.

Dilihat dari jenis mata pencaharian penduduk, kebanyakan (21,5 %) penduduk mempunyai mata pencaharian sebagai pedagang, kemudian sebagai buruh (16,3 %), sisanya sebagai PNS (13,4 %), petani (1%), dan sisanya adalah lainnya.

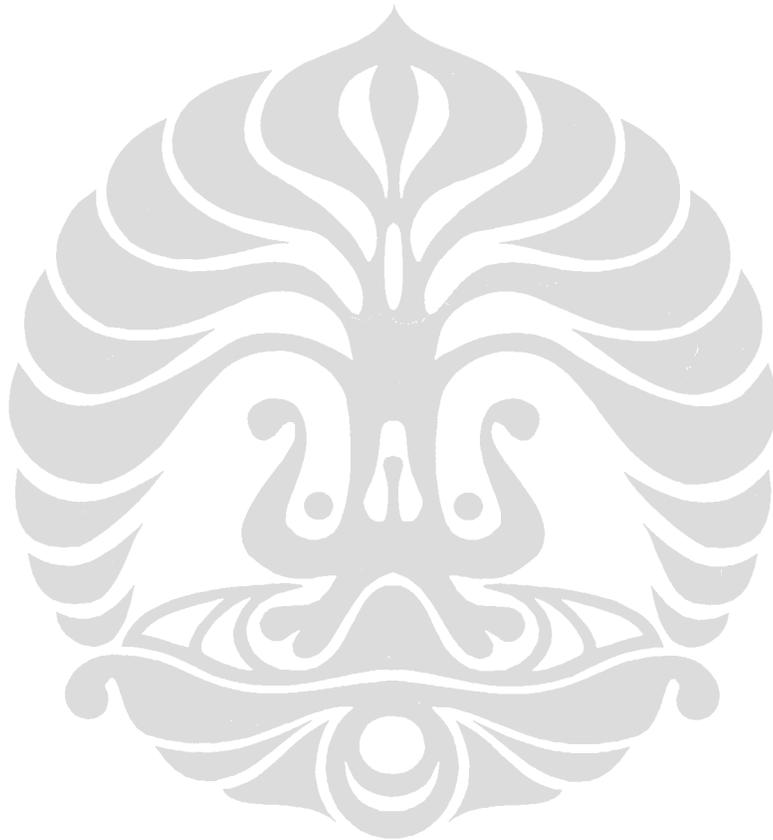
Bila melihat bangunannya, gedung ini merupakan bangunan peninggalan zaman Belanda yang tampaknya, menurut Kepala Puskesmas, tidak boleh diubah bentuknya, karena merupakan salah satu bangunan kuno yang harus dilestarikan. Sepintas tampaknya bangunan ini tidak layak untuk suatu tempat pelayanan kesehatan karena ketika pasien mulai berdatangan, dan memenuhi lokasi layanan, tidak ada lagi ruang kosong untuk orang berlalu lalang. Setiap ruang yang ada dari gedung tersebut, penuh sesak oleh pasien yang menunggu panggilan berobat.

Tampaknya ruangan yang ada saat itu sangat tidak memadai, sementara oleh Pemerintah Daerah, bangunan tidak boleh dirubah. Ketika itu untuk mengusulkan pindah dari gedung ini, tidak mungkin dan tidak akan dikabulkan oleh pemda, karena memang anggarannya tidak ada. Pada dasarnya bangunan utama tidak boleh dirubah, sedangkan ada sisa lahan di samping bangunan, itu yang pada akhirnya digunakan sebagai ruang tambahan. Tetapi realisasi pembangunannya tidak bisa sekarang juga. Mungkin baru dapat dilaksanakan pada tahun 2006.

Pada ruang paling depan gedung itu, terletak loket pendaftaran pasien yang akan berobat. Terlihat di loket tersebut ada sejumlah pengumuman yang dapat memudahkan pasien untuk memperoleh pelayanan dari Puskesmas tersebut. (lihat lampiran 1 dan 2).

Sebelum ada ruang tambahan seperti sekarang ini, ruang-ruang pelayanan berada di bagian depan gedung, yaitu ruang poli umum, poli gigi, ruang KIA, fisioterapi, semua ada dalam gedung ini. Tulisan "poli" yang terpampang di ruangan-

ruangan fasilitas kesehatan, seperti di rumah sakit atau puskesmas. Tulisan itu yang menunjukkan bahwa ruangan-ruangan dimaksud merupakan tempat pelayanan bagi pengguna jasa pelayanan kesehatan tersebut, misalnya poli fisioterapi, poli gigi dan mulut, serta poli THT.



BAB IV

PENGELOLAAN PELAYANAN PUSKESMAS PANCORAN MAS

Bila melihat kualitas pelayanan publik yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas khususnya yang berhubungan langsung dengan pemberian pelayanan, tidak dapat dilakukan tanpa mengaitkannya dengan keseluruhan proses pelayanan yang dilakukan. Karena senyatanya Puskesmas merupakan ranah atau lebih tepat dikatakan sebagai ruang sosial yang turut berkontribusi dalam membentuk budaya tersendiri bagi petugas layanan publik.

Kondisi pelayanan di Puskesmas saat ini tampaknya jauh lebih baik dari waktu sebelumnya. Ketika awal saya melakukan penelitian ini, yaitu kira-kira 4 bulan sebelumnya terlihat banyak kekurangan baik dari jumlah petugas hingga prosedur layanan. Kini tampaknya pelayanan terlihat ada peningkatan seperti pasien lebih tertangani dengan penambahan jumlah dokter dan tenaga perawat. Mereka ada yang sebagai tenaga tetap maupun tenaga yang sedang orientasi (Calon Pegawai Negeri Sipil) atau magang kerja. Hal ini cukup membantu alur pasien yang ingin memperoleh layanan kesehatan.

Namun tanggungjawab pelayanan publik dari suatu birokrasi tentunya tidak hanya ditentukan oleh faktor kinerja para petugas dan pimpinan dalam birokrasi tersebut, rangsangan yang memadai, kejelasan tugas dan prosedur kerja, serta kejelasan peran tetapi juga tersedianya kelengkapan sarana dan prasarana kerja, dan sejenisnya.

A. Sarana, Prasarana dan Tenaga Pelayanan Kesehatan

1. Kelengkapan Fasilitas Pelayanan

Agak sulit untuk mengatakan bahwa Puskesmas ini sudah dilengkapi dengan fasilitas pelayanan yang memadai. Banyak sarana yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan yang memenuhi syarat belum tersedia, misalnya, untuk membuat puyer, masih menggunakan '*ulekan*' untuk memenuhi kebutuhan sedemikian banyak pasien. Kemudian untuk pengoplosan obat, seharusnya ada obat yang sudah dicampur air yang dilakukan oleh Puskesmas, dan pasien menerima obat sudah dalam kondisi tercampur, tetapi karena bahan campurannya tidak tersedia di Puskesmas ini, maka pasienlah yang harus mencampurnya sendiri. Seharusnya Puskesmas memiliki dispenser dan persediaan air untuk mencampur obat-obatan tersebut, tetapi Puskesmas tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Rupanya informasi tentang pengoplosan obat yang harus dilakukan Puskesmas pun, baru diketahui beberapa hari yang lalu, yaitu ketika ada pertemuan P2KT. Selama ini pihak Puskesmas tidak pernah diberitahu tentang ketentuan tersebut. Kalaupun ini harus dilakukan, berarti harus ada dana lagi untuk memenuhi keperluan tersebut.

Masih terkait dengan bidang obat, Puskesmas seharusnya memiliki ruang penyimpanan yang memenuhi persyaratan, yaitu ruangan yang tidak boleh lembab dan harus ber-AC. Sementara yang ada di Puskesmas ini, obat-obatan disimpan di ruang yang hampir dikatakan sebagai gudang. Menurut pengakuan petugas, sudah beberapa kali pihak Puskesmas menyampaikan permintaan untuk memenuhi kebutuhan ini kepada Dinas Kesehatan Kota Depok, tetapi tidak pernah mendapat respon. Akhirnya obat-obat tersebut menumpuk di ruangan yang sempit dan tidak menjamin timbulnya kerusakan pada obat.

Begitupun dengan ruangan-ruangan lain, seperti ruang pendaftaran pasien, yang berada di bagian depan gedung. Hampir dapat dikatakan tidak layak pakai, sebab selain ruangnya sempit, juga dipenuhi dengan rak-rak file pasien yang tidak beraturan. Belum lagi masalah ATK, berulang kali memohon pemenuhan kebutuhan

ini tetapi tidak ditanggapi. Akhirnya untuk kebutuhan pencatatan data pasien, mereka menggunakan kertas-kertas buram, untuk mendata identitas pasien. Seharusnya ada blangko khusus untuk mencatat data pasien.

Ruang tunggu balai pengobatan umum (BP) sangat pengap disesaki para pasien dan pengantarnya. Letak ruang tunggu yang berada tepat di tengah-tengah puskesmas menjadi bagian sentral. Justru itulah banyak orang yang berlalu lalang sekaligus berdesakan. Ruang tunggu memiliki dua pintu yang berfungsi sebagai pintu masuk dan pintu keluar. Sayangnya tidak ada aturan atau sejenisnya yang menunjukkan mana pintu masuk dan pintu keluar, menambah kesemrawutan. Udara pengap karena ruangan tidak banyak dialiri udara segar yakni dua pintu dan satu jendela. Masing-masing pintu yang memiliki dua daun pintu hanya dibuka salah satu daun pintunya.

Para pengantar pasien berjejalan di pintu masuk ruang pelayanan yang hanya ditutupi tirai kain (*gorden*). Ada 4 buah bangku panjang yang berjajar dan selalu penuh dijejali pasien dan para pengantarnya. Sebagian lagi berdiri di sekitar sisi-sisi ruangan yang pengap. Ruangan semakin pengap saat pengunjung berjejalan di pintu keluar-masuk yang merupakan satu-satunya tempat aliran udara segar.

Bisa dimaklumi jika pintu masuk ruang pelayanan dijejali pengunjung, karena mereka mengantisipasi panggilan dari dokter. Balai pengobatan umum ini tidak dilengkapi dengan penguat suara, sehingga ketika dokter memanggil dari dalam ruangan, suaranya memang tidak terdengar oleh mereka yang berada di luar ruang pelayanan.

Berbeda dengan ruang tunggu BPG dan KIA yang berada di ruang terbuka sehingga meskipun banyak yang mengantri tetapi tidak penuh sesak. Antrian di BPG dan KIA pun tampak lebih tertib, mengingat jumlahnya lebih sedikit.

Bila diperhatikan, terdapat tembok pemisah yang amat jelas antara pasien dan paramedik. Terlihat dari tulisan “**dilarang menggunakan sepatu / alas kaki**” ke dalam ruangan pemeriksaan. Ternyata peraturan tersebut hanya berlaku untuk

pasien. Terbukti dengan para pegawai yang dengan seenaknya keluar masuk ruang pelayanan menggunakan sepatu.

Dari gambaran kondisi ruang, tidak terlihat kenyamanan dan rasa aman kepada pasien. Seperti ruang tunggu pada bagian pendaftaran, yang berukuran kira-kira 2 x 7 meter terlihat tidak memadai bagi pasien yang datang, yang rata-rata sehari bisa mencapai jumlah 150 hingga 200 pasien, juga ruang tunggu pada bagian / poli umum dengan luas kira-kira 2 x 3 meter cukup dipadati oleh pasien. Sementara itu ruang tunggu pada bagian KIA dan poli Gigi menempati lorong-lorong yang ada di muka ruang praktek. Terlihat pasien yang menunggu terpaksa harus duduk pada anak tangga ruang periksa karena sempitnya ruangan.

Kamar konsultasi dokter mungkin merupakan analogi modern yang tepat untuk tempat suci yang aman ketika digambarkan pada abad pertengahan. Pasien dan dokter menginginkan suasana pribadi dalam mengobati pasien, mereka tidak menginginkan bahwa pengobatan menjadi suatu tontonan umum. Namun yang lebih sering terlihat adalah pasien selalu dibuat kecewa dan jengkel. Sempitnya ruangan yang terpaksa harus digunakan secara masal, membuat pasien tidak leluasa mengkonsultasikan penyakitnya. Pasien yang sedang diperiksa dokter tentu saja akan merasa tidak nyaman, karena selama pelayanan menjadi tontonan pengunjung lain yang berdesakan di pintu.

Untuk kebutuhan operasional lapangan, selain dukungan anggaran, Puskesmas juga menyediakan fasilitas kendaraan. Di sini ada dua kendaraan yang siap melayani kegiatan mereka, tetapi karena yang keluar ke masyarakat lebih sering petugas perempuan, dan juga medannya sulit dijangkau kendaraan, maka biasanya menggunakan kendaraan roda dua. Sementara sekarang ini kendaraan roda dua hanya ada dua dan itupun sudah digunakan oleh petugas laki-laki, akhirnya digunakan kendaraan umum atau ojek untuk wilayah yang sulit dijangkau.

2. Penyediaan Ruang Tunggu

Kesibukan di ruang pendaftaran mulai terasa sejak pukul 7 pagi. Ketika jam menunjukkan pukul 7.30 nomor pendaftaran sudah sampai pada nomor 29. Kursi yang ada di ruang tunggu depan loket sudah penuh terisi, ada juga yang berdiri di depan loket pendaftaran, tidak sabar menunggu panggilan. Pagi ini banyak terlihat bapak-bapak yang datang, ada sekitar 9 orang dan ibu-ibu muda dengan menggendong bayinya. Ada juga anak-anak usia sekitar 5 tahun yang terus menerus batuk. Ruang tunggu sudah mulai terlihat penuh dan berisik.

Petugas yang melakukan pendaftaran di loket pendaftaran bertugas rangkap mencatat identitas pasien, memberikan informasi pelayanan, dan memberikan kartu pasien. Petugas pendaftaran di Puskesmas Pancoran Mas dibagi 3 yaitu petugas untuk pasien poli Umum, poli Gigi, KIA / KB bila harinya bersamaan. Pencatatan identitas pasien dan pengambilan nomor urut pasien dilakukan oleh masing-masing petugas poli masing-masing.

Tidak lama kemudian terdengar petugas loket memanggil nomor urut pasien. Pasien nomor 1, pasien gigi. Sampai nomor urut 5 masih pasien gigi. Awalnya ada anggapan, mungkin pasien gigi didahulukan daripada pasien lainnya (: penyakit umum dan anak-anak). Ternyata ketika dikonfirmasi dengan petugas loket yang ada di dalam, kesan saya tidak tepat. Petugas tidak membedakan harus pasien gigi lebih dulu atau sebaliknya, tetapi siapa saja yang datanya telah siap dapat didahulukan. Kebetulan ketika itu pasien gigi dari nomor urut 1 sampai 5 adalah pasien baru yang belum mempunyai data di file Puskesmas ini, yang biasanya memakan cukup banyak waktu untuk mencari file pasien yang berjajar di lemari di ruang tersebut. Untuk pasien baru, dia harus mengisi data identitas diri pada kartu baru. Sistem pendataan pasien di sini masih menggunakan manual (ditulis tangan pada kartu formulir), belum ada komputerisasi.

Hari Jum'at, loket buka dari pukul 7.30 sampai dengan pukul 10.00. Ketika jam sudah menunjukkan pukul 9.40, nomor panggilan untuk pasien di loket pendaftaran, sudah sampai pada nomor 95, masih juga ada yang datang untuk mendaftar. Sementara pasien yang menunggu panggilan di ruang pendaftaran

terlihat ada sejumlah 10 orang. Kebanyakan perempuan (hanya ada dua orang laki-laki) dengan usia muda, sekitar 20-30 tahunan. Terdengar nomor 99 dipanggil oleh petugas loket dan dicatat data identitasnya. Pasien nomor 100 adalah seorang anak perempuan, berusia sekitar 6 tahun, selain identitas diri, dia juga ditanya tentang nama ayahnya.

Pasien yang dipanggil ternyata tidak selalu sesuai nomor urut. Seringkali pasien yang mengantri kebingungan sudah sampai nomor berapa. Mereka biasanya akan saling bertanya kepada sesama pasien. Meskipun mereka daftar sesuai nomor urut, pada kenyataannya pelayanan tidak demikian. Nama panggilan terhadap pasien bukanlah nomor pasien melainkan nama pasien itu sendiri. Sehingga nomor urut sering terabaikan karena map yang memuat nomor urut sering ditumpuk acak setiap ada pasien baru. Sehingga sering terjadi pasien yang seharusnya mendapat urutan pertama menjadi urutan terakhir atau sebaliknya.

Pasien yang dipanggil juga seringkali tidak mengetahui bahwa merekalah yang dipanggil. Maklum saja panggilan dilakukan secara manual oleh dokter maupun perawat dengan suara 'seadanya'. Belum lagi tenaga medis BPG menggunakan masker penutup mulut sehingga suara mereka terdengar sangat pelan. Pasien jadi lebih banyak yang menumpuk menunggu giliran di depan pintu poli gigi.

Tidak ada pengeras suara yang memudahkan dokter atau perawat memanggil pasiennya. Bahkan seringkali dokter memanggil pasien dari dalam ruangan, tentu saja hal ini hanya akan dapat didengar oleh mereka yang berada di depan pintu masuk atau bagi mereka yang berada dalam radius ± 3 m. Oleh karena itu jika berobat di puskesmas harus sabar dan sensitif pendengaran.

Pada loket pendaftaran terlihat petugas loket sibuk mendata identitas calon pasien, nama, umur, alamat, keluhan sakit untuk dirujuk ke poli sesuai dengan penyakit yang dikeluhkan, dan meminta uang pendaftaran sebesar Rp 2000,- untuk setiap pasien.

Calon pasien yang baru datang dan yang sedang didata identitasnya berdiri berkerumun di depan loket pendaftaran, tidak ada yang mau sabar untuk duduk

menunggu di kursi di ruang tunggu yang ada di depan loket. Mereka yang baru datang, mengambil nomor, menunggu panggilan sesuai dengan nomor urut.

Tepat pukul 10.00 loket ditutup, padahal masih ada pasien yang datang, tetapi ditolak oleh petugas “*besok aja, pagi-pagi datang lagi*”, begitu kata si petugas. Akhirnya si calon pasien pergi meninggalkan loket dengan wajah lesu dan kecewa.

Kini para pasien menunggu di ruang periksa pada poli sesuai dengan penyakit yang diderita, ada yang di ruang periksa umum, di poli gigi dan di poli bagian ibu dan anak. Setiap ruangan dipenuhi oleh pasien.

Dari ruang periksa umum, terdengar panggilan 3 orang pasien untuk masuk ke ruang periksa. Di dalam ruang tersebut sudah menunggu 3 orang dokter, dua dokter perempuan dan seorang dokter laki-laki. Ruang itu berukuran sekitar 3 x 3 meter, ada 3 meja kerja untuk dokter yang melayani pasien, dan sebuah tempat tidur untuk periksa pasien (kelihatannya lebih banyak tidak digunakan). Ruangnya terbuka, bahkan pintupun tidak ada, hanya dibatasi oleh kain gordena yang tampaknya tidak lagi berfungsi sebagai penutup ruangan.

Pasien yang belum mendapat panggilan, berdiri di pintu ruang periksa seolah tidak sabar menunggu terlalu lama. Kelihatannya tidak ada *privacy* bagi pasien yang berada di dalam ruangan yang sedang diperiksa. Apapun yang dikatakan dokter kepada pasien di dalam ruangan pasti terdengar oleh pasien lain yang menunggu di pintu.

Selesai memeriksa sekitar 10 pasien, tidak terdengar panggilan lagi dan dokter rupanya sudah meninggalkan meja prakteknya. Sementara di ruang tunggu, pasien masih banyak menanti. Rupanya pasien sudah terbiasa dengan situasi seperti ini (tidak ada dokter, sementara mereka menunggu lama di ruang tunggu). Data pasien diambil dari ruang pendaftaran oleh perawat dan dibawanya ke ruang periksa, selanjutnya nama-nama pasien dipanggil sesuai dengan urutan dan barulah dokter masuk ke ruang periksa. Pasien yang dipanggil ada sekitar 10 orang, sedang yang masuk ke ruang periksa 3 orang secara bergantian.

Kalau data pasien yang ada di meja perawat sudah habis, tidak ada panggilan lagi, meskipun pasien masih banyak yang mengantri di ruang tunggu. Dokter meninggalkan ruang periksa (kelihatannya mereka istirahat di ruang sebelah sambil mengobrol dengan sesama dokter dan perawat). Kemudian perawat keluar lagi dari ruang periksa, menuju ruang pendaftaran untuk mengambil data pasien selanjutnya. Begitu seterusnya sampai jam periksa usai dan pasien yang mendaftar telah habis.

Sementara itu seorang ibu muda menggendong anaknya yang masih bayi (kira-kira berusia 4 bulan), mengintip-intip ke ruang periksa, kelihatannya bingung, kemana harus memeriksakan bayinya. Rupanya ia dirujuk dari ruang periksa anak untuk memeriksakan penyakit anaknya itu ke bagian dokter umum. Dia mengatakan kepada orang yang berada di dekatnya, bahwa ia tidak perlu mengambil nomor lagi untuk memeriksakan bayinya, menurut bidan yang memeriksakan anaknya sebelum ini, dia bisa langsung masuk ke ruang periksa. Setelah yakin harus periksa ke bagian tersebut, dia pun duduk di kursi tunggu, seolah terbiasa dengan kondisi menunggu dokter agak lama.

Ada seorang ibu muda dengan anak perempuannya sekitar usia 6 tahun, sabar menunggu panggilan. Dia ragu-ragu apa benar di ruang ini dia menunggu. Si ibu bercerita kepada saya bahwa anaknya sudah 2 hari ini panas tidak turun-turun, dan perutnya mual-mual. Dia sudah membawanya berobat ke bidan yang ada di dekat tempat tinggalnya tetapi penyakitnya tidak berkurang. Padahal untuk berobat itu, dia sudah mengeluarkan biaya sebesar Rp 20.000,-, belum sembuh juga dan akhirnya dia datang ke Puskesmas ini. Menurut si ibu, dia baru pertama ini berobat ke puskesmas.

Dia melongok ke ruang periksa bermaksud menanyakan apa benar dia harus menunggu di ruang ini. Baru berdiri di depan pintu ruang periksa, nama anaknya sudah dipanggil dari dalam. Merekapun masuk ke ruang periksa. Tidak ada 5 menit, mereka sudah keluar lagi. Sambil jalan keluar, dia berkata kepada saya "*gak diperiksa, Cuma ditanya-tanya aja, terus disuruh nebus obat,*" wajahnya terlihat

kecewa. Dia melanjutkan perjalanannya menuju ruang obat untuk menebus resep yang diberikan dokter tadi.

Ruang tunggu BPG masih dipenuhi beberapa pasien. Sedangkan perawat yang bertugas tampak santai keluar masuk ruangan. Hari itu ada dua orang dokter yang bertugas. Satu orang dokter telah menghentikan aktifitas pelayanannya. Dokter tersebut menggendong anaknya yang masih bayi. Ternyata dokter tersebut mengajak serta pengasuh bayinya. Praktis Dokter yang bertugas di BPG hanya satu orang padahal pasien yang tersisa yang mesti ditangani lebih dari lima orang.

Pasien yang dipanggil pada poli gigi belum tentu langsung dilayani. Biasanya mereka di periksa terlebih dahulu, ditanyakan keluhannya, dan pelayanan apa yang diminta. Jika hanya menambal, biasanya pasien di suruh keluar kembali karena dokter mendahulukan pasien yang cabut gigi atau penanganan yang lebih berat lainnya.

Pelayanan di balai pengobatan gigi (BPG) lebih lama dibandingkan BP. Karena pemeriksaan dan tindakan yang harus dilakukan untuk menanggulangi pasien sangat beragam. Terlebih lagi hari itu di BPG hanya ada satu dokter. Dokter lainnya yang berstatus PTT sedang ijin karena anaknya sakit. Sedangkan seorang perawat gigi tidak banyak membantu karena sibuk kesana-kemari (untuk kegiatan di luar pelayanan gigi seperti mengobrol dengan petugas medis di bagian lain).

Jika diperhatikan lebih seksama, pengunjung Puskesmas tidak hanya dari kalangan menengah ke bawah, dan usia lanjut. Pengunjung Puskesmas beraneka ragam, mulai dari balita hingga manula. Banyak juga remaja (15-20 th) dan dewasa muda (20-30 th) yang berobat ke Puskesmas. Tidak jarang remaja yang berobat, datang bersama pasangannya (pacar). Secara tingkat ekonomi banyak kelas menengah dan menengah kebawah.

Bila dilihat, jumlah pengunjung perempuan tidak terlalu jauh berbeda dengan pengunjung laki-laki. Saya perkirakan perbandingan pengunjung perempuan dan laki-laki sebesar 60:40. Tidak semua pengunjung perempuan datang untuk berobat, sering mereka hanya mengantar anak atau keluarga yang berobat.

Pengunjung laki-laki yang mengantarkan anaknya berobat, tidak sebanyak pengunjung perempuan. Biasanya pengunjung laki-laki mengantarkan orang yang sakit bersama anggota keluarga yang lain. Hal ini banyak terlihat di bagian KIA, dimana banyak suami mengantarkan anak dan istrinya memeriksakan diri.

Paling jelas terlihat di BPG, dimana banyak ibu-ibu yang mengantarkan anaknya berobat gigi. Sedangkan pasien laki-laki biasanya datang seorang diri atau ditemani oleh istrinya.

Elis seorang pasien gigi menuturkan bahwa tujuannya ke puskesmas adalah untuk menambal gigi. Ia datang semenjak pukul 08.00 dan baru dilayani sekitar pukul 08.45. menurutnya berobat di puskesmas sangat murah dibandingkan berobat di tempat lain. Hal ini sangat sesuai dengan dirinya yang hanya bekerja sebagai pelayan toko. Disamping itu berobat ke puskesmas tidak mengganggu jadwal kegiatannya lain, karena setelah berobat dari puskesmas ia dapat langsung bersiap untuk bekerja di toko pada pukul 09.30. Jadi waktu untuk bekerja, beristirahat atau kegiatan lainnya tidak terganggu hanya karena urusan berobat ke dokter.

Sementara itu ruang tunggu sudah terlihat lengang, pukul 11.30 pasien sudah habis, selesai diperiksa semua. Dokter juga telah meninggalkan ruang prakteknya menuju ruang sebelah, ruang perawat.

Dari kondisi pelayanan seperti diuraikan di atas, terlihat bahwa ternyata keterbatasan sarana dan prasarana yang dimiliki Puskesmas, tampaknya mengakibatkan lambannya pelayanan yang dapat diberikan. Padahal kita tahu, setiap karyawan dalam suatu organisasi kerja, selain memiliki tugas, wewenang, dan tanggung jawab, juga punya hak untuk menggunakan sarana dan prasarana organisasi guna menyelesaikan tugasnya. Namun, karena sarana dan prasarana organisasi terbatas, niat baik untuk memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada masyarakat, sering kali menjadi terganggu.

3. Tenaga Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas ditingkat Puskesmas adalah masalah sumber daya manusianya. Begitu pula permasalahan yang dihadapi oleh Puskesmas Pancoran Mas, misalnya, dengan wilayah yang cukup luas hanya mempunyai 4 perawat, yang menurut standar seharusnya, yaitu sejumlah 11 orang, 4 orang bidan, 3 dokter umum, 3 dokter gigi, dan sisanya adalah tenaga lain-lain seperti analis, tenaga gizi, tata usaha, pekerya, administrasi, juru obat, petugas kebersihan dan penjaga Puskesmas. Keadaan tenaga kerja di Puskesmas Pancoran Mas dapat dilihat pada tabel 4 di bawah, sekaligus perbandingan jumlah tenaga yang menjadi standar pada pusat layanan kesehatan masyarakat secara ideal.

Penerimaan pegawai pada Puskesmas Pancoran Mas tergantung pada Dinas Kesehatan Pemda Depok. Puskesmas tidak diberi wewenang untuk menerima pegawai, walaupun sangat membutuhkannya. Ketika mengajukan usulan kegiatan program, misalnya ketika membuat usulan P2KT, Puskesmas mengusulkan perlunya penambahan tenaga untuk bidang-bidang tertentu dan dengan keahlian tertentu, tidak ditentukan berdasarkan jenis kelamin.

Permintaan penambahan tenaga ini diusulkan tidak bersamaan dengan saat-saat ketika perekrutan tenaga pegawai negeri sipil yang diselenggarakan secara nasional. Seringkali permintaan ini tidak terealisasi, namun walaupun pada akhirnya ada penambahan tenaga, itu jarang sekali sesuai dengan yang dibutuhkan, tergantung dari tenaga yang ada dan yang melamar ketika itu. Kadang-kadang apabila ada tenaga yang sesuai dengan kebutuhan, tidak diberikan kepada Puskesmas Pancoran Mas tetapi kepada Puskesmas lainnya. Semua tergantung dari kebijakan pihak Dinas Kesehatan Depok.

Kebanyakan petugas di Puskesmas ini adalah perempuan. Petugas laki-laki yang berstatus PNS hanya ada 3 orang, satu orang bertugas di bagian pendaftaran pasien, dan 2 orang lagi adalah tenaga sukarelawan. Mereka bekerja sebagai tenaga pelaksana kegiatan rutin sehari-hari, tidak memegang program. Mereka

biasanya bertugas hanya sebatas pekerjaan yang dibebankan saat itu, “*begitu tugasnya selesai, ya sudah, tidak ada lagi yang mereka kerjakan*”, menurut mereka.

Tabel 8: Keadaan Tenaga di Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2005

No.	Jenis Tenaga	Yang Ada	Standar Puskesmas	Kurang	Keterangan
1.	Dokter Umum	3	3		2 PTT
2.	Dokter Gigi	3	2		2 PTT
3.	Sarjana Kes. Masy.	1	1		
4.	Sarjana Non Kes.		1	1	
5.	Bidan	4	4		
6.	Perawat	3	11	9	
7.	Perawat Gigi	1	1		
8.	Entomologi		1	1	
9.	Efidemiologi		1	1	
10.	Asst. Apoteker		1	1	
11.	Analisis	1	1		
12.	Tenaga Gizi	1	1		
13.	Sanitarium	1	1		
14.	TU/Bendahara/Urum	2	3	1	
15.	Pekarya	1	3	2	
16.	Administrasi	3			2 Sukwan
17.	Juru Obat	2	1		
18.	Petugas Kebersihan	1	2	1	2 Sukwan
19.	Penjaga Puskesmas	1	1		1 Sukwan

Menurut petugas tata usaha, sebenarnya Puskesmas ini sangat membutuhkan tenaga laki-laki, terutama untuk saat sekarang ini, sangat dibutuhkan tenaga perawat laki-laki. Kebetulan tenaga perawat yang ada sekarang adalah perempuan.

Tugas-tugas untuk perawat tampaknya semakin berat bebannya, karena untuk ke depan ada kegiatan surveilans dan tugas lapangan seperti penyuluhan ke masyarakat. Selama ini memang sudah ada kegiatan penyuluhan, yang kegiatannya termasuk ke dalam program Promosi Kesehatan (Promkes) dan biasanya kegiatannya dilakukan oleh perawat bekerjasama dengan PKK di daerah-daerah (di tingkat RW).

Dalam bekerja memang selama ini belum pernah dirasakan oleh semua petugas yang ada, bahwa kebutuhan tenaga harus didasarkan pada jenis kelamin tertentu. Hanya untuk bidang-bidang tertentu seperti bidang kesehatan lingkungan, ketika bertugas ke lapangan misalnya untuk kegiatan penyemprotan, barulah terasa sangat memerlukan tenaga laki-laki. *“Kebetulan di sini ada tenaga sukarelawan yang laki-laki, maka dia lah yang dibawa untuk membantu kegiatan penyemprotan ini”*, kata petugas bagian Tata Usaha.

Saat ini Puskesmas masih memerlukan penambahan tenaga untuk tenaga bidan, perawat dan tenaga di bidang komputer. Selama ini memang sudah ada tenaga-tenaga tersebut, tetapi dengan jumlah penanganan masalah yang kian bertambah, maka kebutuhan untuk tenaga pelayananpun bertambah pula. Sekarang inipun Puskesmas hanya memiliki seorang tenaga dokter yang berstatus PNS, itupun hanya bersifat titipan, belum berstatus tetap di Puskesmas ini dan masa kerjanya pun hanya tinggal setahun ini. Sedangkan dua orang dokter lainnya yang ada di Puskesmas ini, masih berstatus magang (PTT).

Meskipun di dalam setiap usulan kegiatan program telah diajukan kebutuhan akan tenaga tambahan, namun seringkali juga permohonan itu diusulkan kembali ketika menjelang masa kerja dokter yang ada, mendekati masa selesai tugasnya. Hal ini dilakukan sekedar untuk mengingatkan pihak Dinas Kesehatan.

Dengan kondisi dan kapasitas petugas kesehatan yang ada ditambah dengan lemahnya pengawasan, baik di tingkat Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan ke Puskemas, dapatlah dipahami bila tenaga pelayanan kesehatan yang ada selama ini belum cukup memadai. Selain kapasitas petugas kesehatan, hambatan lain yang dihadapi yang seringkali terlihat adalah lemahnya manajemen sumber daya yang ada di Puskesmas.

Sebagai contoh Kepala Puskesmas yang telah ditunjuk kadangkala tidak dapat memanfaatkan tenaga kesehatan yang ada secara maksimal, sekaligus mengelola program dan proyek yang harus dilaksanakan bersamaan. Misalnya bagaimana mengatur petugas yang bekerja rangkap, dalam arti selain bertugas di dalam gedung Puskesmas mereka juga harus membagi waktu dengan tugas di luar

gedung, yaitu kegiatan di masyarakat, seperti mengikuti kegiatan posyandu, melakukan penyuluhan di masyarakat, melakukan kegiatan pengasapan (*fogging*) yang selama ini sedang gencar dilakukan, maupun kegiatan lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan di masyarakat. Dalam kegiatan-kegiatan tersebut, peran petugas sangat penting diharapkan oleh masyarakat.

Kesibukan dan tugas rangkap yang dibebankan kepada petugas, menyebabkan sulit untuk bertemu dengan mereka. Menurut Kepala Puskesmas, siang sedikit para perawat sudah pergi ke luar Puskesmas, yaitu bertugas ke posyandu-posyandu.

Memang di kelurahan-kelurahan sudah ada kader yang menangani kegiatan tersebut, tetapi tenaga perawat sebagai petugas dari Puskesmas mempunyai peran yang cukup penting seperti memberikan imunisasi kepada balita yang datang ke posyandu tersebut. Apalagi posyandu yang harus dikunjungi ada banyak. Tenaga yang ada sebenarnya masih belum memadai untuk menjangkau semua kegiatan tersebut. Terpaksa membagi-bagi tugas di antara mereka.

Di samping itu sebagai pimpinan, Kepala Puskesmas merasa dirinya harus mampu menciptakan kondisi dan lingkungan kerja yang dapat memuaskan berbagai kebutuhan staf. Hal ini dianggap penting untuk menambah semangat dan efektifitas kerja staf Puskesmas sehingga dia berharap dapat meningkatkan kualitas pelayanan pada lembaganya. Tetapi tampaknya untuk mewujudkan harapan tersebut sangat sulit. Kepala Puskesmas tidak dapat berbuat banyak, karena tidak memiliki dukungan anggaran dari Dinas Kesehatan untuk leluasa menentukan kebijakan. Pada akhirnya beliau hanya mampu memberikan dukungan moril kepada stafnya, seperti selalu memperlakukan staf secara hubungan pertemanan.

Memang terlihat hubungan antara Kepala Puskesmas dengan para staf yang bertugas di poli-poli yang ada, sangat erat. Ia sering berkunjung ke ruang-ruang praktek umum, ruang kebidanan, dan ruang lainnya, untuk sekedar mengobrol. Sering pula terlihat ketika jam-jam istirahat, mereka makan bersama di ruang Kepala Puskesmas. Pada awal-awal kedatangan saya pada Puskesmas ini, nyaris tidak dapat membedakan antara pimpinan dan staf Puskesmas di sini, karena beliau

selalu membaur di antara para petugas pelayanan yang ada. Sering juga beliau ikut membantu petugas di bagian pendaftaran, bila jumlah pasien yang datang sangat banyak sementara tenaga petugas tidak mampu melayani pasien.

Selama ini setiap petugas di Puskesmas melakukan berbagai kegiatan dalam satu waktu (bertumpuk), misalnya selain melakukan pelayanan kepada pasien di dalam Puskesmas, pada saat yang sama mereka juga diharuskan pergi ke lapangan. Terkadang karena sangat dibutuhkan di lapangan, maka pekerjaan yang ada di dalam Puskesmas diserahkan kepada orang lain yang kebetulan lebih mempunyai waktu. Sehingga seringkali banyak pekerjaan yang terbengkalai karena tidak dapat membagi waktu dan tenaga. Menurut informan, seharusnya untuk kegiatan di luar Puskesmas, ada petugas khusus, sehingga pekerjaan pelayanan di dalam Puskesmas dapat dilakukan dengan maksimal.

Melihat kondisi petugas seperti itu, tampaknya tujuan pelayanan prima yang dicanangkan untuk peningkatan kualitas pelayanan puskesmas khususnya, tidak mungkin dapat dilaksanakan. Karena untuk mencapai pelayanan prima, benar-benar harus siap, baik sarana maupun prasarananya. Paling tidak, untuk jangka pendek sekarang ini, yang dapat dilakukan oleh Puskesmas untuk mengarah pada pelayanan prima, adalah merubah sikap dan perilaku petugas kepada pasien, yaitu berusaha ramah, sabar dan telaten dalam menghadapi pasien. Setelah itu, barulah sarana fisik yang perlu mendapat perhatian, seperti tempat yang nyaman untuk menerima pasien.

Sementara fasilitas yang ada di Puskesmas, masih tergantung pada anggaran yang tersedia, agak sulit untuk mencapainya. “Pokoknya kalau masyarakat belum merasa puas, mungkin pelayanan prima belum dapat tercapai,” begitu menurut informan.

B. Kebijakan Puskesmas

1. Perencanaan Kerja

Kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan sesuai tenaga maupun fasilitasnya, karenanya kegiatan di setiap Puskesmas bisa berbeda-beda. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang lazim dan seharusnya dilaksanakan sebagai berikut :

- 1) Kesejahteraan ibu dan Anak (KIA);
- 2) Keluarga Berencana;
- 3) Usaha Peningkatan Gizi;
- 4) Kesehatan Lingkungan;
- 5) Pemberantasan Penyakit Menular;
- 6) Upaya Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Kecelakaan;
- 7) Penyuluhan Kesehatan Masyarakat;
- 8) Usaha Kesehatan Sekolah;
- 9) Kesehatan Olah Raga;
- 10) Perawatan Kesehatan Masyarakat;
- 11) Usaha Kesehatan Kerja;
- 12) Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut;
- 13) Usaha Kesehatan Jiwa;
- 14) Kesehatan Mata;
- 15) Laboratorium yang diupayakan tidak lagi sederhana;
- 16) Pencatatan dan Pelaporan Sistem Informasi Kesehatan;
- 17) Kesehatan Usia Lanjut;
- 18) Pembinaan Pengobatan Tradisional.

Pelaksanaan kegiatan pokok Puskesmas diarahkan kepada keluarga sebagai satuan masyarakat terkecil. Kegiatan pokok Puskesmas ditujukan untuk kesehatan keluarga sebagai bagian dari masyarakat di wilayah kerjanya. Kegiatan pokok Puskesmas dilakukan dengan pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Ketika ditelusuri program kerja pada setiap bidang di Puskesmas ini menjadi urusan yang sangat berbelit-belit. Pertanyaan-pertanyaan mengenai program kerja setiap seksi atau bidang layanan selalu dijawab sebagai program rutin saja yang meliputi: kegiatan di dalam gedung dan di luar gedung.

Dokumen-dokumen seperti program kerja seksi dan peraturan-peraturan daerah, apalagi UU dan peraturan pemerintah lainnya tidak tersedia dengan baik di Puskesmas ini. Hampir semua petugas yang sehari-harinya berhubungan dengan masyarakat secara langsung, tidak memiliki pengetahuan yang memadai mengenai peraturan-peraturan pemerintah yang berhubungan dengan bidang tugasnya.

Khusus untuk program kerja seksi atau bidang, dilakukan penelusuran baik pada bidang-bidang di Puskesmas itu sendiri maupun kantor Dinas Kesehatan, juga sulit didapatkan dengan alasan harus izin Kepala Puskesmas dan izin dari Dinas Kesehatan terutama bagian Sumber Daya Kesehatan. Dari penuturan beberapa tenaga kesehatan, sebenarnya tidak ada yang istimewa dengan program tersebut, karena biasanya program yang dilakukan adalah yang bersifat rutin yang sehari-hari mereka lakukan.

Evaluasi program dilakukan setiap bulan. Setiap akhir bulan biasanya diadakan lokakarya bulanan (lokbul), dan saat itu setiap bidang mengajukan evaluasi kegiatannya. Tetapi terkadang karena kesibukan Puskesmas, lokbul ini baru bisa terselenggara setelah 2 atau 3 bulan sekali.

2. Jasa Pelayanan

Selama ini untuk biaya operasional pelayanan Puskesmas Pancoran Mas masih tergantung pada APBD Kota dan Propinsi, selain itu juga biaya dari Askes dan pengembalian retribusi pelayanan. Secara rinci, sumber biaya dan besarnya anggaran pembiayaan yang diberikan kepada Puskesmas Pancoran Mas adalah sebagai berikut:

Tabel 9: Pembiayaan Kesehatan Puskesmas Pancoran Mas tahun 2004

No.	Jenis Sumber Biaya	Jumlah
1.	Pengembalian Retribusi	Rp. 43.802.200,-
2.	ASKES	Rp. 44.094.000,-
3.	Biaya dari APBD Kota	Rp. 22.429.850,-
4.	Biaya dari APBD Propinsi	Rp. 15.902.100,-

Sumber: Keuangan Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2004

Sementara itu sumber biaya yang diperoleh dari retribusi penyelenggaraan pelayanan yang diterima Puskesmas Pancoran Mas, sesuai peraturan disetorkan ke Dinas Kesehatan setiap minggu dan dikembalikan ke Puskesmas sebagai biaya operasional tambahan sebanyak 40 %. Sebenarnya Puskesmas ini sudah diarahkan untuk mencari anggaran sendiri untuk biaya tambahan operasional pelayanan, tapi tampaknya Puskesmas ini belum siap melaksanakan, karena adanya kendala, baik sarana yang ada, juga kesiapan SDM yang ada, belum memadai. Terpaksa dengan anggaran terbatas, dicoba untuk dikelola dengan baik.

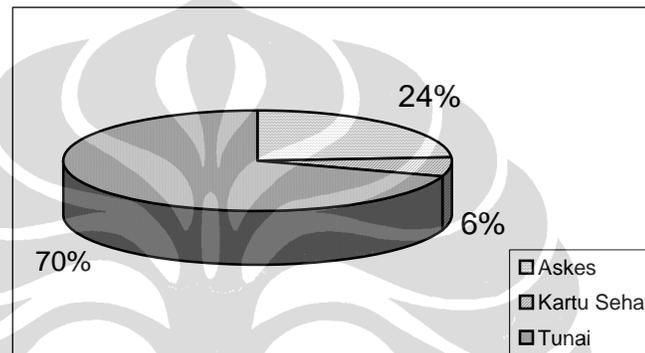
Memang selama ini telah dimotivasi oleh pihak-pihak terkait, bahwa Puskesmas ini harus mencapai suatu perubahan yang nyata. Tetapi tampaknya menurut Kepala Tata Usaha Puskesmas perubahan yang dapat terlihat nyata sementara ini adalah dengan pembangunan gedung sebagai sarana pelayanan.

Menurut informan, mungkin mereka bisa memanfaatkan anggaran dari dana pemeliharaan yang selama ini diberikan dari Dinas Kesehatan, ditambah dengan anggaran sukarela pribadi, mereka dapat membangun gedung ini.

Diberlakukannya UU no. 22 tahun 1999 dan PP no. 25 tahun 2000, daerah mempunyai wewenang yang besar untuk kesehatan yang harus diprioritaskan dan intervensi yang perlu dilakukan serta menentukan besar anggaran yang diperlukan. Di samping itu juga mempunyai kewenangan untuk melakukan integrasi perencanaan dan anggaran. Berdasarkan hal tersebut, Puskesmas mengembangkan pendekatan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT).

Adapun jenis pembayaran jasa pelayanan di Puskesmas terbagi menjadi: tunai (biaya oleh pasien sendiri), Kartu Sehat (bagi pemilik kartu sehat / sasaran JPS-BK) serta ASKES. Dari jumlah kunjungan selama satu tahun pada tahun 2001 yang sebesar 547.981 kunjungan, dapat dilihat jenis pembayarannya oleh pasien, sebagai berikut:

Jenis Pembayaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Depok Tahun 2001



Sumber: Laporan SP3 (LB4)

Dari grafik di atas nampak bahwa kemampuan masyarakat dalam pembiayaan kesehatannya masih relatif tinggi yang dapat dilihat dari persentase pembayaran sendiri (pembayaran tunai) yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan kartu sehat dan Askes. Pelayanan kartu sehat di sini adalah bagi pemegang kartu sehat dari sasaran program JPS-BK, sedangkan Askes yang dimaksud adalah asuransi kesehatan pemerintah (bagi pegawai negeri), untuk asuransi kesehatan non pemerintah di pelayanan tingkat Puskesmas, tidak ada.

Selama ini untuk kegiatan pelayanan keluar puskesmas, biasanya tidak ada biaya khusus. Hanya ada biaya transport saja. Sementara kegiatan di luar puskesmas antara lain adalah Posyandu, UKS, UKGM, Pelacakan Kasus, TB Paru, Pelacakan Kusta, DBD dan sebagainya. Untuk kebutuhan kegiatan operasional, anggaran diambil dari balikan dana retribusi sejumlah 40 % dari retribusi pasien yang terkumpul. Padahal kebutuhan untuk kegiatan ke masyarakat sudah diajukan dalam perencanaan program, tetapi tampaknya tidak pernah mendapat tanggapan dari pihak Dinas Kesehatan. Akhirnya dengan anggaran yang terbatas, para petugas berupaya tetap melaksanakan kegiatan/program yang telah mereka rencanakan.

Menurut Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 93A/MENKES/SKB/II/1996 dan No. 17 Tahun 1996 tentang Pedoman Pelaksanaan pungutan retribusi pelayanan kesehatan pada Puskesmas, yang dimaksud dengan retribusi pelayanan kesehatan Puskesmas adalah biaya yang dipungut oleh Pemerintah Daerah Tingkat II sebagai imbalan atas jasa pelayanan kesehatan. Adapun besarnya retribusi pelayanan kesehatan ini ditetapkan melalui Peraturan Daerah Tingkat II, yaitu dengan memperhatikan kemampuan sosial ekonomi masyarakat setempat.

Komponen pelayanan kesehatan yang dipungut retribusi dikelompokkan sebagai berikut: rawat jalan, rawat inap, rawat kunjungan, tindakan medik, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan pelayanan ambulans. Menurut peraturan tersebut, hasil retribusi pelayanan kesehatan dari Puskesmas sejumlah 50% disetorkan ke Kas Daerah dan 50 % dapat digunakan langsung oleh Puskesmas untuk menunjang kelancaran tugas pelayanan yang meliputi: kegiatan operasional Puskesmas baik di dalam maupun di luar gedung sarana pelayanan Puskesmas termasuk rawat kunjungan dan pembinaan kesehatan kepada masyarakat; pembinaan sumber daya manusia dan pemeliharaan serta pengadaan bahan penunjang, baik berupa bahan administrasi kantor maupun obat-obatan, reagensia, bahan habis pakai dan lain-lain.

Rincian biaya pelayanan kesehatan terdiri dari :

1. Rawat jalan, meliputi biaya jasa konsultasi media dan jasa Puskesmas yang dinyatakan dalam bentuk karcis harian.
2. Rawat inap meliputi biaya akomodasi dan penggunaan fasilitas rawat inap dengan atau tanpa makan.
3. Rawat kunjungan meliputi biaya transportasi dan retribusi rawat jalan.
4. Tindakan media meliputi biaya tindakan medik yang meliputi komponen bahan, alat dan jasa medik.
5. Pemeriksaan penunjang diagnostik menyangkut biaya bahan dan alat.

Berkaitan dengan bantuan obat-obatan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, dalam Keputusan Bersama ini dikatakan bahwa, dalam tahun anggaran 1978/1979 disediakan bantuan obat-obatan dengan perhitungan (ketika itu) Rp 70,- (tujuh puluh rupiah) bagi setiap penduduk, dengan catatan paling sedikit Rp 7.000.000,- (tujuh juta rupiah) untuk setiap Daerah Tingkat II. Adapun bantuan obat-obatan diharapkan dapat dipergunakan untuk menambah persediaan obat-obatan tidak saja di Puskesmas, tetapi juga pada Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Balai Pengobatan, Puskesmas Keliling dan Rumah Sakit yang dikelola oleh Daerah Tingkat II.

Puskesmas pada dasarnya memang ditujukan pada masyarakat yang kurang mampu, sehingga dalam sistem pembayarannya juga disesuaikan dengan kemampuan ekonomi warga masyarakat di wilayah kerjanya. Pada kenyataannya, meskipun pelayanan kesehatan diberikan dengan harga murah atau bahkan secara gratis namun tampaknya tidaklah gratis bagi pemakainya. Banyak pertimbangan yang harus diambil ketika seorang ibu harus pergi ke Puskesmas. Seringkali mereka tidak bisa meninggalkan anak-anak karena tidak ada yang menjaga mereka di rumah. Apalagi jam-jam praktek di Puskesmas adalah pagi hingga siang hari, dimana para ibu tidak bisa mengandalkan suami untuk menjaga anak-anak di rumah. Paling tidak, dia harus membawa anak terkecil untuk pergi ke Puskesmas, dan itu tentunya membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Mereka harus menyediakan anggaran untuk transport, jajan anak ketika menunggu lama di Puskesmas, belum lagi kalau pasiennya banyak dan anak menjadi rewel ketika menunggu. Biaya murah atau gratis dari pelayanan kesehatan Puskesmas menjadi sangat mahal artinya bagi mereka.

Besarnya uang retribusi yang diperoleh Puskesmas setiap bulannya adalah sebesar Rp 3.000.000,- hingga Rp 3.500.000,-. Uang hasil retribusi itu kemudian diserahkan ke Dinas Kesehatan, dan dari hasil tersebut nantinya dikembalikan lagi ke Puskesmas sebanyak 40 % yang dapat digunakan untuk biaya operasional, 10 % masuk ke kas Dinas Kesehatan dan 50 % untuk kas Pemda.

Dengan perhitungan tersebut, biasanya yang diperoleh Puskesmas berkisar antara Rp 1.500.000,- hingga Rp 2.000.000,- setiap bulan. Sementara biaya operasional Puskesmas lebih besar dari itu, bahkan bisa mencapai hingga Rp 8.000.000,-. Untuk mengatasi kekurangan itu, pihak Puskesmas berupaya antara lain menyisihkan anggaran dari sisa-sisa SPJ dari setiap program yang ada, selain itu menyisihkan anggaran hasil dari penjualan obat, yang sebetulnya ada obat-obat yang tidak boleh dijual.

Menurut ketentuan, obat-obat produk dalam negeri tidak boleh diperjualbelikan. Oleh karena itu untuk menutup biaya operasional, Puskesmas menjual obat produk luar, dengan batasan harga tidak boleh lebih dari harga penjualan obat di pasaran. Puskesmas juga mengusahakan agar obat-obat yang dijual tersebut tidak sama dengan Pelayanan Kesehatan Dasar. Mereka menyadari bahwa tindakan ini tidak dibenarkan, tetapi mereka tidak mempunyai cara lain untuk mengatasi masalah kekurangan anggaran ini.

Pada Poli Gigi, pasien dikenakan retribusi lagi sebagai uang jasa pelayanan dan pengujian kesehatan. Besarnya uang sudah ditentukan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan. Seperti hari ini ada sejumlah 28 pasien yang dilayani di poli gigi, kebanyakan berkaitan dengan perawatan dan penambalan gigi. Untuk memperoleh pelayanan di sini, dari pasien dipungut biaya pelayanan, yang menurut informan dikategorikan sebagai retribusi pelayanan. Adapun besarnya retribusi tergantung dari tindakan yang diberikan kepada pasien dan disesuaikan dengan Perda No. 4 tahun 2001.

Setelah memperoleh pelayanan gigi, pasien membayar sejumlah uang sesuai dengan yang tertera pada tanda bukti pembayaran (semacam kwitansi pembayaran). Setiap seminggu, petugas perawat merekap data pasien dan mengumpulkan uang yang masuk dari pelayanan yang diberikan selama ini. Selanjutnya diserahkan kepada bagian bendahara (bendahara Puskesmas).

Menurut tanda bukti pembayaran pada pelayanan di poli gigi, terlihat variasi daftar harga pelayanan yang harus dipenuhi pasien, yaitu untuk setiap jenis pelayanan sebagai berikut:

Tabel 10 : Daftar Biaya Pelayanan Kesehatan

No.	Jenis Tindakan	Tarif
a.	Cabut Gigi: 1. Gigi sulung 2. Gigi tetap 3. Gigi tetap dan Komplikasi	Rp 2.000,- Rp 5.000,- Rp 7.500,-
b.	Penambalan Gigi 1. Tambal sementara 2. Tambal amalgam 3. Tambal silikat / ionomer 4. Scalling per resio 5. Alveolektomi 6. Gingivektomi 7. Uperculektomi	Rp. 2.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,- Rp 2.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,-
c.	Ekstervasi Mucosel	Rp 20.000,-
d.	Pemeriksaan kesehatan umum	Rp 2.000,-
e.	Melanjutkan pendidikan	Rp 1.000,-
f.	Pemeriksaan calon pengantin	Rp 5.000,-
g.	Pemeriksaan kesehatan Calon Jemaah haji: 1. Pemeriksaan pertama (di Puskesmas) 2. Pemeriksaan kedua (di Dinkes)	Rp 15.000,- Rp 25.000,-

Tampaknya tarif yang dibebankan kepada pasien, tidak terlalu mahal, seperti digambarkan oleh seorang pasien gigi yaitu, Edwin, yang baru pertama kali berobat di Puskesmas. Menurutnya biayanya pengobatan ke klinik swasta jauh lebih mahal, untuk satu tambal atau cabut gigi sekitar Rp 75.000,- - Rp 80.000,-. Sedangkan di puskesmas, untuk tambal maupun cabut gigi cukup membayar Rp 2.000,-.

Namun meskipun sudah cukup murah, masih saja masyarakat menganggap memberatkan seperti dikatakan seorang petugas kesehatan di sini, seringkali masyarakat menganggap kebijakan Puskesmas di sini disamakan dengan kebijakan pelayanan kesehatan yang ada di Jakarta, karena letak Depok yang berdekatan dengan Jakarta. Bagi petugas, ini juga menjadi kesulitan. Kalau di Puskesmas DKI Jakarta, biaya pelayanan bisa gratis, di sini hal itu tidak mungkin dilaksanakan. Masyarakat selalu membandingkan, *"itu di Jakarta gratis, di sini harus bayar"*. Kalaupun ada 'fokus' yang diberikan secara gratis, dampaknya akan menimbulkan

kecemburuan warga masyarakat lainnya. Misalnya untuk kegiatan penyemprotan (fogging) ada kebijakan, yaitu pada radius 200 meter dari pusat pelayanan kesehatan, tidak dipungut biaya. Bila diterapkan kebijakan ini, maka akan menimbulkan kecemburuan wilayah lain yang berada di luar jangkauan tersebut.

3. Program Rujukan Ke Rumah Sakit

Pagi ini di depan ruang TU sudah menunggu 4 orang pasien, 3 laki-laki dan seorang perempuan. Ketika itu Kepala TU sibuk menggantikan asistennya yang biasanya melayani pasien yang memerlukan bantuan ke tatausahaan. Rupanya untuk masuk ke ruang TU ini, orang tidak perlu mengambil nomor, siapa yang datang lebih dulu, dia masuk ke dalam. Ketika pasien yang di dalam, keluar ruangan, tiba-tiba seorang ibu *nyelonong* masuk dengan tanpa permissi. Cukup lama ibu itu berada di dalam ruangan. Kebetulan ruang tersebut tidak ditutup dan siapapun bisa melihat apa yang terjadi di dalam. Rupanya ibu itu ingin mengurus surat rujukan ke rumah sakit, karena ingin mendapat pelayanan dengan menggunakan kartu Asuransi Kesehatan.

Untuk pengobatan, peserta asuransi harus ke puskesmas lebih dahulu. Apabila memerlukan penanganan dokter spesialis, diberikan rujukan. Selanjutnya pasien bisa menempuh rawat jalan atau rawat inap. "*Apabila ada peserta Askes kondisi kesehatannya memungkinkan masuk UGD, ya langsung masuk UGD rumah sakit tanpa prosedur*", kata kepala TU Puskesmas ini menjelaskan kepada si ibu. Dia menerangkan, ada 18 hal yang tidak ditanggung Askes. Antara lain misalnya pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetik, cuci darah, *general check-up*. Contoh lain yang tidak dijamin adalah penyakit akibat upaya bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri, juga penyakit akibat keikutsertaan dalam olahraga berbahaya.

Di dinding di depan ruang TU, tampaknya menjadi arena pemberian informasi pelayanan puskesmas. Di sana terpampang brosur tentang pelayanan Asuransi Kesehatan. Tertulis persyaratan mengurus ASKES, yaitu:

1. Mengisi Form Askes (1 dan 2) rangkap 3.
2. Fotokopi SK PNS terakhir.
3. Fotokopi Akte Nikah.
4. Fotokopi Akte Anak (maksimum 2).
5. Fotokopi KTP pemohon.
6. Fotokopi struk gaji PGPS.
7. Pas photo ukuran 2x3 sebanyak 4 lembar.
8. Pas photo Istri, ukuran 2x3 sebanyak 2 lembar.
9. Pas photo Anak yang berumur di atas 5 tahun, ukuran 2x3 sebanyak 2 lembar

Setelah ibu itu memperoleh surat rujukan, dia harus membayar biaya administrasi yang besarnya sukarela, tetapi tampaknya si ibu menyerahkan uang sebanyak dua lembar ribuan dan diletakkan di meja. Kemudian dia keluar melewati pasien lain tanpa merasa bersalah, bahwa ia telah menyerobot masuk tanpa permisi pasien yang lebih dulu menunggu.

4. Peluang Peningkatan SDM Puskesmas

Puskesmas tidak mempunyai wewenang untuk menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan sumber daya manusia yang ada. Biasanya kegiatan-kegiatan tersebut diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Puskesmas hanya mengirim petugas-petugasnya yang dibutuhkan untuk mengikuti kegiatan tersebut. Bila ada permintaan untuk mengikuti pelatihan, biasanya tidak dibatasi bagi laki-laki atau perempuan. Siapa saja boleh mengikutinya asal sesuai dengan bidang program yang diminta, misalnya peningkatan sumber daya untuk program kesehatan lingkungan, maka yang dikirim adalah petugas yang menangani

masalah kesehatan lingkungan, kalau permintaannya untuk tenaga bidan, maka bidan lah yang dikirim. Jadi sesuai dengan bidang keahlian mereka.

Kadang-kadang pelatihan yang diselenggarakan ini, tidak sesuai dengan kebutuhan Puskesmas. Hal ini disebabkan karena pihak Dinas Kesehatan tidak pernah melihat sendiri kondisi yang ada di wilayah Puskesmas.

Saat ini perhatian pemerintah, khususnya terhadap perawat di Puskesmas kelihatannya masih sangat terbatas. Sementara, kondisi di lapangan menunjukkan secara kualitas dan kuantitas, perawat di Puskesmas belum memenuhi harapan. Kurangnya kesempatan untuk mengikuti pelatihan, serta ketidakjelasan uraian tugas menyebabkan perawat di Puskesmas belum dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Contohnya, seringkali Puskesmas kekurangan tenaga dokter sehingga perawat harus juga melakukan pekerjaan yang biasa dilakukan oleh dokter. Dalam hal ini perawat lebih banyak memberikan pelayanan medik yang tidak sesuai dengan kewenangannya.

Di sini setiap orang tampaknya mempunyai tugas yang cukup banyak, selain kegiatan rutin di bidangnya, juga menangani kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan puskesmas tersebut. Sehingga akan sering terlihat, belum selesai pelayanan yang diberikan di dalam puskesmas, ia harus pergi keluar (ke masyarakat) juga untuk pekerjaan pelayanan kesehatan. Banyak pekerjaan yang pada akhirnya dibawa pulang sebagai pekerjaan rumah. Sementara bila sudah di rumah pun pekerjaan domestik juga menanti mereka. Hal ini kadang-kadang juga mengganggu keluarga, dalam arti tidak dapat sepenuhnya memberi perhatian kepada keluarga.

Misalnya pernah seorang petugas Tata Usaha merangkap beberapa tugas sekaligus, yaitu program imunisasi, PKM dan tata usaha yang dilakukan selama 16 tahun. Akhirnya program imunisasi dan PKM dilimpahkan kepada orang lain dan ia hanya konsentrasi pada bidang tata usaha, karena dianggap pekerjaan tata usaha cukup berat. Untuk kegiatan imunisasi dan PKM biasanya dilakukan di masyarakat, tidak di Puskesmas ini sementara pekerjaan sebagai tata usaha harus terus menerus berada di tempat.

Kegiatan tata usaha sendiri antara lain mencakup kegiatan: administrasi surat masuk dan surat keluar, administrasi jamsostek, menyimpan arsip data seluruh karyawan, penanggung jawab SP3, mengisi DUK / LSD / DP3, melayani administrasi calon haji, melayani rujukan keluar dan surat keterangan sakit / sehat untuk pasien, mengelola buku-buku di Puskesmas, memantau kunjungan pasien, merekap daftar hadir karyawan, membuat laporan bulanan, mengikuti lokakarya bulanan.

Ketika mengunjungi ruang tata usaha dan ingin bertemu dengan Neni, petugas tata usaha, untuk mencari informasi tentang tugas pokok dan fungsi (tupoksi) para petugas di Puskesmas ini, tampaknya agak kesulitan. Beberapa pertanyaan teknis dijawab dengan tidak bersemangat. Ketika menanyakan kepanjangan sejumlah singkatan yang tercantum dalam struktur organisasi, Neni tidak dapat menjawab. Bahkan ia pergi tanpa menjawab ataupun memberikan respon saat saya bertanya.

Saat ditanya apakah tupoksi ini diketahui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan diserahkan kepada Dinas Kesehatan, Neni menjawab tidak tahu. Ia menyatakan tupoksi ini tidak diberikan kepada pihak Dinas Kesehatan karena ini merupakan otonomi Puskesmas.

C. Aktivitas Keseharian di Puskesmas

1. Motivasi Menjadi Petugas Kesehatan

Sebut satu saja pekerjaan yang sangat mulia, jawaban yang mungkin paling banyak muncul adalah perawat. Betapa tidak, merawat pasien yang sedang sakit adalah pekerjaan yang sangat sulit. Tak semua orang bisa memiliki kesabaran dalam melayani orang yang tengah menderita penyakit. Namun, perawat sebagai profesi dan bagian integral dari pelayanan kesehatan tidak saja membutuhkan kesabaran. Kemampuannya untuk ikut mengatasi masalah-masalah kesehatan tentu harus juga bisa diandalkan.

Untuk mewujudkan keperawatan sebagai profesi yang utuh, ada beberapa syarat yang harus dipenuhi. Setiap perawat harus mempunyai *body of knowledge* yang spesifik, memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui praktik keprofesian yang didasari motivasi altruistik, mempunyai standar kompetensi dan kode etik profesi. Para praktisi dipersiapkan melalui pendidikan khusus pada jenjang pendidikan tinggi.

Ada pandangan yang menyatakan bahwa bidang-bidang yang berkaitan dengan perawatan adalah merupakan aktivitas perempuan. Seperti banyak ahli percaya bahwa merawat orang sakit atau para jompo sebaiknya ditangani secara kekeluargaan dengan menggunakan inter-relasi kewanitaan (Sciortino, 1992: 15), dan kalangan perempuan pun menganggap tugas-tugas perawatan adalah sebagai tugas sosial.

Eva (perawat pada poli gigi pada Puskesmas Pancoran Mas) memilih sekolah menjadi perawat, pertama-tama adalah ingin cepat mendapat pekerjaan begitu selesai sekolah. Menurutnya, kalau ia sekolah di sekolah kejuruan, begitu lulus bisa cepat mendapatkan pekerjaan, itu adalah kesan pertama ketika memilih sekolah di bidang perawatan. Selanjutnya ketika sudah menyelesaikan sekolah, kebetulan ia diterima sebagai pegawai negeri di Puskesmas. Pekerjaan itu dia anggap tidak begitu menyita waktu, karena jam kerja dari pukul 8.00 hingga pukul 14.00. Selesai kerjanya, ia bisa melakukan kegiatan lainnya, baik pekerjaan kerumahtanggaan atau mengurus keluarga, maupun pekerjaan sambilan lainnya yang dapat menghasilkan uang, misalnya membuka praktek pada sore hari. Pada tahun-tahun pertama bekerja, Eva pernah melakukan pekerjaan sambilan pada sore hari, yaitu ia bekerja pada seorang dokter yang membuka praktek pada sore hari. Namun tampaknya ia hanya mampu melakukan pekerjaan tersebut selama setahun, selanjutnya ia berhenti bekerja karena terlalu lelah. Sebab di rumah ia juga harus mengurus orangtuanya yang sudah tua.

Tampaknya kesan terhadap perawatan sebagai suatu profesi, bersifat ambivalen dalam arti apabila ada pilihan sebagai istri atau menjadi ibu, mereka akan memilih kesempatan itu sebagai prioritas pertama dalam hidup mereka. Begitupun

dengan apa yang dirasakan oleh Eva, ada keinginan dalam dirinya untuk menikah. Namun apabila sudah berumahtangga ia berharap masih dapat tetap melanjutkan pekerjaannya. Tidak ada keinginan untuk berhenti bekerja. Hal ini kelihatannya sesuai dengan anggapan bahwa mereka yang bekerja sebagai perawat, kurang memiliki keterikatan terhadap karier (Foster, 1986: 234) karena harus membagi waktunya antara karir dan pekerjaan kerumahtanggaan.

Untuk mendukung jenjang karir yang dijalani sebagai pegawai negeri, sebenarnya Eva masih mempunyai keinginan untuk melanjutkan sekolah tetapi pada saat ini ia belum mempunyai biaya. Ia harus cukup puas dengan pendidikan sederajat dengan sekolah menengah atas.

Pada saat ini jumlah perawat di Puskesmas ada 4 orang, di ruang periksa umum ada 3 orang dan 1 orang di poli gigi. Bila melihat latar belakang pendidikan mereka, dua di antaranya sudah menyelesaikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM). Apabila mereka memusatkan perhatian pada karir, mereka harus melakukan penyesuaian untuk jenjang karir mereka sebagai pegawai negeri di Puskesmas ini. Namun kelihatannya mereka belum melakukan penyesuaian tersebut, akibatnya status mereka di sini masih tetap sebagai perawat.

Menurut dokter Tri (Kepala Puskesmas), kalau mereka sudah melakukan penyesuaian di Dinas Kesehatan, mereka tidak lagi bekerja di Puskesmas ini. Mereka harus pindah ke kantor Dinas sebagai pegawai struktural. "*S1 FKM di sini untuk apa?*" katanya. Bila mereka pindah ke Dinas Kesehatan, mereka dapat meraih jenjang karir hingga ke jabatan sebagai Kepala Bidang atau jabatan lainnya yang lebih tinggi, bahkan mereka bisa menjadi manajer di Puskesmas. Namun tampaknya pada masa sekarang ini, orang meraih gelar sarjana tidak lagi untuk karir, tetapi untuk memenuhi tuntutan persyaratan sebagai pegawai. Apalagi bila bekerja dalam jabatan fungsional. Gelar kesarjanaan dapat digunakan untuk menambah nilai kredit untuk meraih jabatan yang lebih tinggi.

Demikian pula halnya dengan perawat Ana, meskipun sudah lulus S1 dia mempunyai alasan tersendiri, tidak mau meniti karir lebih tinggi dalam jabatan strukturalnya. tampaknya ia cukup merasa puas dengan apa yang diperolehnya

saat ini. Menurutnya: *“Saya memang telah lulus sekolah di FKM, seharusnya dengan diperolehnya gelar tersebut, bisa pindah ke kantor Dinas ke jabatan struktural. Tetapi saya tidak mau pindah karena di sana pekerjaannya terlalu berat, sementara saya tidak kuat untuk melakukan pekerjaan yang terlalu berat. Pekerjaan di Dinas Kesehatan menuntut kita untuk sering pergi ke luar kota. Ini yang tidak bisa saya lakukan. Keluar kota biasanya untuk waktu yang cukup lama, sekitar 1 atau 2 minggu. Kebetulan saya sedang sakit ginjal, tidak boleh terlalu lelah. Saya tidak memikirkan perolehan yang bisa saya dapat dengan pergi ke luar kota, karena kalau saya sakit, biayanya malah akan lebih besar, bisa sampai jutaan. Penyakit saya sudah sampai pada cuci darah. Pada akhirnya saya bekerja sesuai kemampuan saya saja, tidak terlalu ngoyo dan ambisi mengejar karir. Apalagi di bidang pekerjaan saya ini, kegiatannya banyak dan merangkap-rangkap. Setiap orang di poli ini punya tugas masing-masing. Akhirnya pasien tidak tertangani karena pekerjaan lebih banyak ke luar. Saya tidak pernah merasa kecewa dengan apa yang telah saya pilih termasuk bekerja di Puskesmas ini yang bila dilihat, memang antar pendidikan dan kenyataan kerjanya tidaklah sama”*.

Profesi perawatan kini mengalami banyak perubahan, memang 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 dan tenaga penyuluh di masyarakat. Dia tidak harus bekerja dalam gedung, merawat pasien tetapi lebih pada menjalankan fungsi pencegahan penyakit di masyarakat. Hal ini diceritakan oleh Deksi, seorang perawat yang bekerja di poli BKIA.

Seorang perempuan berusia kira-kira 40 tahunan menggunakan pakaian seragam PNS rok panjang, tubuh sedikit gemuk, kulit agak hitam dengan rambut ikal, sibuk membolak-balik map yang ada di atas meja. Map itu adalah data pasien

yang akan dilayani sepanjang pagi ini. Deksi, demikian nama perempuan itu, menjadi perawat anak di BKIA Puskesmas ini sudah 16 tahun lamanya. Deksi mempunyai latar pendidikan SPK dan karena pengalamannya, dapat bekerja pada poli BKIA. Ia mengaku pernah bekerja hampir pada semua bagian yang ada di Puskesmas ini, alasannya adalah ia bisa memperoleh pengalaman dan pengetahuan dari setiap bagian perawatan kesehatan. Memang dari masa remajanya, ia sudah mempunyai cita-cita ingin menjadi perawat, dapat menolong masyarakat menuju sehat. Motivasi yang kuatlah yang kini membuat Deksi rajin terjun ke masyarakat memberikan penyuluhan tentang kesehatan, dan ketika menerima pasien pun tak segan-segan ia selalu memberi nasehat tentang perawatan bagi pasien yang sedang sakit.

Beragam alasan yang diberikan perawat lainnya, ketika terjun ke dalam profesi ini. Seperti Aini, perawat pada poli umum, memberikan alasan *“Kelihatannya bekerja sebagai perawat tidak terlalu membutuhkan waktu banyak, apalagi perawat yang bekerja di puskesmas. Karena saya perempuan juga harus mengurus keluarga, apabila bekerja sehari penuh bisa mengganggu. Keluarga membutuhkan perhatian yang besar, dan itu tidak mungkin terpenuhi jika saya bekerja di rumah sakit. Jam kerja rumah sakit yang ketat akan mempengaruhi urusan rumahtangga”*. Kebetulan suaminya bekerja sebagai dokter di salah satu rumahsakit swasta. Menurutnya, biar suaminya saja yang sibuk. Salah satu di antara suami istri harus mengalah supaya keluarga tetap terurus, begitu alasannya. Aini dulu pernah bertugas di rumahsakit Fatmawati, yang dari segi karier, tunjangan dan pemasukan lainnya lebih besar daripada puskesmas. Tetapi ia lebih memilih puskesmas karena jam kerja dan suasana kerjanya dianggap lebih fleksibel dan santai. Menurutnya sangat cocok bagi perempuan, terutama ibu rumah tangga.

2. Kewenangan Perawat

Perawat merupakan salah satu profesi yang selalu berhubungan dan berinteraksi langsung dengan klien, baik itu klien sebagai individu, keluarga, maupun masyarakat. Kompetensi perawat merupakan kemampuan perawat melakukan

praktik keperawatan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap, sesuai unjuk kerja yang ditetapkan di dalam konteks kesehatan, kesejahteraan, dan keamanan klien. Ini memang tugas berat. Di satu sisi, masyarakat pun belum semua paham, dan bisa membedakan jenjang pendidikan keperawatan.

Dalam melaksanakan kegiatannya, perawat mempunyai kewenangan di lingkup praktik dan praktik keperawatan. Untuk lingkup praktik kewenangannya mencakup: melaksanakan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan (termasuk tindakan medik yang dapat dilakukan perawat), melaksanakan evaluasi terhadap tindakan dan mendokumentasikan hasil keperawatan. Sedangkan di lingkup praktik keperawatan, kewenangannya adalah: melaksanakan pengkajian dasar kepada sistem klien individu, keluarga, kelompok dan masyarakat di sarana kesehatan, melaksanakan pengkajian lanjutan pada sistem klien di sarana kesehatan, melaksanakan analisis data: untuk merumuskan diagnosa keperawatan lanjutan pada sistem klien di sarana kesehatan, merencanakan tindakan keperawatan sederhana dan kompleks sistem klien di sarana kesehatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai tingkat kesulitan, melakukan penyuluhan kesehatan meliputi menyusun program penyuluhan dengan metode sederhana dan melakukan penyuluhan kepada sistem klien.

Kewenangan lainnya adalah: melakukan kegiatan konseling kesehatan kepada sistem klien, melaksanakan tindakan medis sebagai pendelegasian wewenang/tugas limbah berdasarkan kemampuannya, melakukan tindakan di luar kewenangan dalam kondisi darurat yang mengancam nyawa sesuai ketentuan yang berlaku (*standing order*) di sarana kesehatan. Dalam kondisi tertentu, dimana tidak ada tenaga yang kompeten, perawat berwenang melaksanakan tindakan kesehatan di luar kewenangannya. (Kep.Menkes No. 1239/SK/XI/2001)

Untuk tugas-tugas keperawatan, seorang perawat yang bekerja di Puskesmas berbeda dengan Rumahsakit. Tugas perawat di Puskesmas lebih banyak pada urusan administrasi ketimbang tugas perawat di rumahsakit. Perawat di Puskesmas bertugas antara lain, menyiapkan keperluan pelayanan pasien

(termasuk membersihkan dan menyiapkan ruangan, menyiapkan peralatan) mencatat identitas pasien, memanggil pasien, melakukan pemeriksaan *tensi* (tekanan) darah pasien sebelum diperiksa oleh dokter, melakukan penyuluhan baik di lingkungan gedung puskesmas maupun masyarakat lingkungan (Posyandu), mengurus kwitansi pembayaran, melakukan rekapitulasi data pasien, mengikuti rapat-rapat program kerja puskesmas serta mengikuti lokakarya bulanan, ada juga perawat merangkap bekerja pada bagian obat di depot serta menata dan membereskan obat-obatan.

Menurut Aini, ia melakukan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) yang telah ditetapkan oleh pihak Puskesmas. Menurutnya yang membuat tupoksi adalah Kepala Puskesmas bekerjasama dengan TU. Dalam hal ini tidak ada keterlibatan langsung dari para pegawai puskesmas untuk mempengaruhi kebijakan tersebut. Sebelum kebijakan (tupoksi) dibuat, terlebih dahulu para pegawai puskesmas ditanya apakah bersedia menerima tugas yang akan dibebankan. Jawaban yang diberikan akan menjadi pertimbangan pemberian tugas yang tercantum dalam tupoksi.

Selama ini Aini tidak pernah keberatan dengan segala tugas yang dibebankan padanya. Meskipun tugas sebagai perawat sangat banyak, seperti melakukan penyuluhan di luar puskesmas, Aini melakukannya dengan sukarela. Menurutnya memang begitulah tugas seorang perawat di puskesmas.

Ketika mengamati kegiatan keseharian perawat, nyatanya tidak ditemukan perawat yang mengukur tensi darah pasien. Pasien langsung diperiksa oleh dokter dan tidak ada pengukuran tensi darah. Ketika ditanyakan hal tersebut kepada Aini, dengan nada kesal ia berkata: "*makanya observasi dulu, memang pasien langsung ditangani oleh dokter, kemudian diperiksa tekanan darahnya, baru kembali ke dokter lagi, begitulah alur sebenarnya*". (Bagaimana saya bisa observasi jika baru masuk saja sudah ditolak, seperti yang ia lakukan terhadap saya)

Pada akhirnya diketahui bahwa pemeriksaan tensi darah bersifat opsional dan disesuaikan dengan kebutuhan. Artinya, terserah si pasien mau memeriksakan tensi darahnya atau tidak. Namun sebagian besar pasien apalagi pasien baru, tidak

mengetahui adanya pelayanan tensi darah. Karena kalau tidak diminta oleh dokter, tidak ada yang menginformasikan dimana pasien dapat memeriksakan tensi darahnya. Ruang mengukur tensi darah terletak di bagian belakang (dalam) ruang pelayanan poli umum. Hal ini tentu saja merugikan pasien yang seharusnya mendapat pelayanan tensi darah, tetapi tidak mendapatkannya karena tidak ada informasi.

Pemeriksaan *tensi* darah memang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien. Jika dirasa tidak membutuhkan, maka tidak akan dilakukan pemeriksaan. Dengan begitu pasien hanya akan sampai di tangan dokter, mulai dari pemeriksaan, diagnosa sampai penulisan resep.

Sementara bila melihat pekerjaan yang dilakukan perawat lainnya di lingkup puskesmas ini, selain tugas-tugas yang disebutkan di atas, ada juga yang melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat di wilayah Kecamatan Pancoran. Perawat Deksi dalam melakukan penyuluhan ini, sebulan kira-kira ada 53 lokasi yang harus didatanginya, terutama pada tempat-tempat penyelenggaraan posyandu. Seperti pagi ini dia mempunyai waktu sekitar dua jam untuk melayani pasien di dalam gedung Puskesmas, setelah itu ia mempunyai janji dengan salah satu RT di Kecamatan Pancoran Mas ini.

Sementara itu di luar ruangan, pasiennya yang kebanyakan adalah pasien anak-anak kira-kira usia dibawah 10 tahun, sudah tidak sabar menunggu panggilan untuk diperiksa. Para ibu yang mengantar anak-anaknya berobat, sibuk mondar-mandir di ruang tunggu dan melongok ke ruang periksa, menunggu panggilan Deksi. Seringkali juga mereka ikut mendengar nasehat yang diberikan Deksi kepada pasien lain berkaitan dengan cara memberikan pelayanan bagi anak yang sakit. Di luar, Anak-anak ada yang merengek tidak sabar menunggu apalagi ditambah kondisi tubuh yang tidak sehat, semakin membuat suasana panas. Meskipun waktu yang dimiliki Deksi sangat terbatas, tetapi semua pasien dapat diatasi dalam waktu yang telah diperkirakan.

Berkaitan dengan tugas yang dilakukan selama ini, menurut para petugas, mereka bekerja berdasarkan standar yang diberikan oleh Dinas Kesehatan, selalu

mengacu ke sana karena bila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, tidak menjadi kesalahan karena sudah bekerja sesuai tupoksi. “*Kita kan bekerja mau aman dan nyaman*”, begitu kata perawat Ana.

Selain menangani kasus TB, Ana juga melakukan kegiatan Posmindu yaitu program kegiatan bagi lansia, tugasnya ke lapangan, ke masyarakat. Dilakukan setiap hari sekitar pukul 10-11. Sementara pekerjaan di dalam gedung ia tinggalkan “*kan ada dokter, jadi dokter yang menangani pasien*” terkadang kalau terlalu lelah, ia minta temannya sesama perawat untuk menggantikan tugasnya. Setiap minggu kegiatan dilakukan di RW-RW yang berbeda. Laporan dibuat setiap sebulan sekali, juga dilakukan evaluasi apa yang sudah dikerjakan. Kegiatan ini bekerjasama dengan aparat desa, RT, RW, Lurah.

Dari evaluasi, ada masukan yang perlu ditanggapi, misalnya perlu dilakukan senam bagi para lansia. Pekerjaan ini dilakukan dengan senang hati dan merasa sudah menjadi kewajibannya. Sehingga pada akhirnya bila Ana tidak datang untuk melakukan tugas itu, ia akan merasa beban karena takut ditunggu-tunggu oleh para lansia. Kadang-kadang dalam kondisi sakitpun tetap dilakukan pekerjaan ini. Dulu dia pernah sakit dan jatuh ketika pulang dari Posmindu, akhirnya ia dibawa ke rumah sakit. Ini disebabkan karena terlalu lelahnya. “*Kita menolong orang, niat kita baik koq*” begitu selalu ia katakan tentang apa yang dilakukannya selama ini.

Dalam melakukan kegiatan ini (ke masyarakat) ia memang mendapat uang transport, tetapi seringkali belum sampai ke tempat tujuan, uangnya sudah habis. Baginya hal itu tidak pernah merasa memberatkan. Sebenarnya anggaran untuk kegiatan posmindu, sudah direncanakan pada awal tahun anggaran, biasanya mereka membuat proposal perencanaan program kegiatan dan kemudian diajukan dari setiap poli/bidang ke Puskesmas.

Bila dibandingkan tugas-tugas yang dilakukan oleh seluruh petugas Puskesmas, Ana merasa tugas yang paling berat adalah tugas perawat, yaitu dari bersih-bersih ruangan, di sini tidak ada petugas *cleaning service*, dulu memang pernah ada, tetapi bayarannya tidak mencukupi akhirnya orang itu keluar, dan sekarang tugas membersihkan ruangan dikerjakan oleh perawat. Disini tidak ada

piket. Selesai membersihkan ruangan, biasanya Ana mengambil map pasien, melakukan register pasien dan dibagikan kepada dokter. Di ruang periksa ada 3 orang dokter, mereka masing-masing diberi sejumlah data pasien yang datang. Setelah itu mendampingi dokter memeriksa pasien, membantu *tensi* pasien, membersihkan luka pasien.

Banyaknya tugas penyuluhan ke masyarakat yang harus dilakukan perawat, menyebabkan dokter harus menangani pasien seorang diri. Ini membuat dokter *manyun* (istilah ini diberikan oleh Ana) karena tidak ada yang membantu. "*dia gak bisa marah, emangnya dia yang gaji kita*", begitu komentar Ana. Sementara di pihak dokter, ketika ditanyakan tentang posisinya ini, memberikan alasan: "*yah, begitulah kondisinya, memang banyak tugas-tugas luar yang harus dilakukan oleh mereka, sehingga mereka seharusnya juga pandai-pandai membagi waktu*".

Sebaliknya, perawat dalam melaksanakan tugasnya di dalam gedung, seringkali juga melakukan tugas dokter yaitu melaksanakan tugas limpahan berdasarkan kemampuannya. Menurut tugas pokok dan fungsi, misalnya seorang perawat gigi mengerjakan tindakan yang ringan seperti perawatan dasar, cabut gigi sulung dan menambal gigi. Ada perbedaan yang tegas antara tugas dokter dan perawat berkaitan dengan gigi. Tetapi bagi Eva, perawat gigi, meskipun ia dapat melakukan pekerjaan yang dilakukan dokter tetapi dia tidak mau melanggar tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan. Secara umum, menurutnya, kalau di Puskesmas, kebanyakan perawat melakukan juga tugas-tugas dokter. Karena itu di Puskesmas ada penggolongan perawat seperti perawat ahli yang ditujukan bagi perawat yang sudah mampu melakukan tugas dokter. Secara pribadi, Eva menganggap menjalankan tugas tersebut tidak masalah selama mampu melakukannya, apalagi bila mengingat beban dokter yang terlalu berat, sehingga tidak ada salahnya bila ikut menangani pasien bila memerlukan pelayanan seperti yang dilakukan dokter. Dia menganggap dalam melakukan pekerjaan ini hanya sebagai saling membantu. Misalnya, pekerjaan mencabut gigi itu adalah tugas dokter dan dalam pelaksanaannya membutuhkan waktu yang lama, tidak ada

salahnya bila dia ikut juga menangani pasien dengan kasus tersebut, tetapi menurutnya, selama melakukan pekerjaan itu, ia tetap di bawah pengawasan dokter.

Apabila dokter tidak ada, dan ada pasien yang mengeluh sakit gigi yang cukup berat, selama masih bisa ditangani oleh perawat, maka tugas tersebut bisa dilakukan oleh perawat. Menurut Eva, ada kesepakatan tidak tertulis berkaitan dengan pekerjaan yang dilakukan, yaitu bahwa perawat boleh saja melakukan pekerjaan dokter sepanjang perawat dapat melakukan pekerjaan tersebut. Kecuali kalau penyakitnya itu benar-benar berat dan tidak bisa ditangani oleh perawat. Menurutnya, pada kasus seperti ini, perawat juga dapat mengeluarkan resep obat untuk pasiennya. Mengenai kewenangan perawat gigi, menurut dokter gigi Emma memang ada beberapa tindakan medis yang dapat dilakukan oleh perawat gigi. Misalnya mencabut gigi dengan kasus tertentu, yakni gigi susu dan menambal gigi yang lubangnya tidak terlalu besar.

Salah seorang dokter gigi di Puskesmas ini adalah juga merangkap sebagai Kepala Puskesmas. Menurut Eva, memang seharusnya tugas sebagai Kepala Puskesmas tidak boleh dirangkap, perannya lebih kepada pembuat keputusan di Puskesmas ini, tetapi karena kekurangan tenaga, beliau seringkali juga ikut memeriksa pasien. Beberapa waktu kemudian barulah ada dokter gigi lainnya yang menjadi pegawai di Puskesmas ini. Drg. Emma bertugas di ruang pelayanan BPG. Ia baru bekerja di Puskesmas ini selama 3 bulan dan statusnya masih CPNS. Ketika ditanya mengapa ingin menjadi PNS padahal ia bisa saja bekerja di rumah sakit swasta atau buka praktek sendiri, Emma menjawab bahwa keluarganya yang menjadi alasannya. Ia memiliki keluarga yang tidak mungkin ditinggalkan. Menjadi PNS adalah salah satu cara agar ia tidak mendapatkan tugas PTT ke daerah-daerah terpencil dan meninggalkan keluarganya.

Saat itu beliau sibuk mencatat laporan administrasi harian. Seharusnya pekerjaan tersebut adalah tugas perawat. Sayangnya hari itu perawat sudah pulang lebih awal. Laporan harian tidak dapat ditunda pengerjaannya karena harus disetor besok pagi. Emma merasa ini adalah kewajibannya untuk mengerjakan laporan, karena jika bukan ia yang melakukan maka siapa lagi. Menurutnya begitulah jika

bekerja di puskesmas, tanggungjawab moral adalah alasan mengapa ia melakukan pekerjaan yang seharusnya tugas seorang perawat.

Emma biasa datang pada pukul 07.00 (setengah jam lebih awal dari jam pelayanan). Kemudian ia menyiapkan alat untuk pelayanan, yang sebenarnya merupakan tugas perawat.

Emma menuturkan di Puskesmas tidak ada perawat yang mendapatkan pendidikan S1. Apalagi perawat BPG di Puskesmas ini hanyalah lulusan Sekolah Perawat Gigi (SPG). (Bahkan ia menyarankan saya untuk melakukan penelitian di tempat lain saja, misalnya di rumahsakit karena disana tempat perawat yang bergelar sarjana). Masih menurut Emma, dimana-mana perawat gigi hanya lulusan SPG tidak ada yang S1, walaupun ada mungkin di rumah sakit besar.

Berkaitan dengan pendidikan perawat, tampaknya tugas perawat di puskesmas tidak hanya merupakan hasil dari keterampilan yang diperoleh dari sekolah tetapi juga ditambah dengan pengalaman. Tampaknya peran sekolah tidak dapat dilepaskan begitu saja. Sekolah memberikan pengetahuan mengenai sejumlah tugas keperawatan yang dipraktekkan di balai pengobatan. Misalnya *pojok uro*—terdiri dari oralit, garam dan sebagainya, yang disiapkan untuk menangani anak diare. Semua tidak lepas dari pengetahuan di sekolah. Tugas seorang perawat membutuhkan keterampilan yang telah diajarkan semenjak sekolah keperawatan dan terus diasah saat melakukan pelayanan.

Menurut pengalaman Deksi, perawat pada bagian KIA, perawat yang bekerja di Puskesmas, tugas keperawatannya tidak hilang bahkan tersalurkan dengan sangat baik. Jika selama ini orang melihat tugas perawat hanya seputar keperawatan, hal tersebut tidak benar. Karena tugas pokok perawat mencakup tiga hal yaitu, perawatan, penyuluhan dan tindakan.

Salah satu tugas perawat yang bekerja di puskesmas adalah melakukan penyuluhan dan pelatihan PPGD, Imunisasi, DBD. Ilmu keperawatan malah lebih mudah diaplikasikan di puskesmas karena terjun langsung menangani perilaku personal pasien, dimana keadaan pasien lebih mudah terpantau. Karena biasanya yang menjadi pasien adalah tetangga atau saudara, sehingga perkembangannya

dapat diketahui, begitu menurut penuturan Deksi. Ia memang berbeda dengan perawat lainnya ketika menjelaskan tentang profesinya.

Dalam hal ini yang menjadi perhatian Deksi adalah mengubah perilaku, yakni mengubah perilaku pasien agar dapat hidup sehat, Deksi dapat terjun langsung ke masyarakat melakukan penyuluhan. Keterampilan, pengetahuan dan ilmu semakin terasah. Hal ini merupakan tantangan bagi Deksi, dimana ia harus bisa menjadikan masyarakat yang sehat. Mengenai pekerjaannya Deksi menuturkan “*saya tertantang menerima pekerjaan di luar pekerjaan utama*”.

Menurut Deksi sehat itu dari masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Dengan begitu masyarakat akan terus mengaplikasikan ilmu yang diberikan Deksi. Ia berharap dari ilmu yang diberikan, semakin banyak masyarakat mengetahui informasi kesehatan. Hal inilah yang diharapkan Deksi, bahwa ilmu yang ia berikan berantai dan berkesinambungan.

Deksi menegaskan seorang perawat haruslah fungsional. Maksudnya, seorang perawat harus mampu melakukan perawatan, penyuluhan dan tindakan. Jadi seorang perawat harus bisa melakukan apapun dalam rangka menambah kemampuan dan keahliannya dalam berbagai bidang. Diharapkan perawat dapat bekerja apapun dalam rangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Contohnya, perawat juga harus bisa—menggunakan komputer agar tidak ketinggalan jaman dan mempermudah kegiatan administrasi. Tentu saja keadaan di atas menjadikan seorang perawat berkembang, tidak mandeg seperti yang diperkirakan banyak orang.

Berbeda dengan perawat di rumahsakit yang hanya bekerja sebagai tenaga keperawatan dimana setelah pasien keluar rumahsakit tidak ada lagi pantauan. Tugas seorang perawat di puskesmas yang terkadang berada diluar tugas perawatan justru menambah kemampuan perawat itu sendiri. Hal tersebut tidak dipandang sebagai ‘penghinaan/pelecehan’ dimana tenaga perawat tidak digunakan sebagaimana mestinya (misalnya tenaga perawat malah untuk administrasi).

Deksi menyatakan bahwa ilmu yang didapat dari sekolah masih kurang, perlu ditambah dengan pengalaman, dan Deksi rupanya dengan senang hati ingin

mengetahui hal-hal baru. Bahkan jika ada pelatihan ia selalu duduk paling depan agar dapat berkonsentrasi mendengarkan penjelasan dari penceramah. Deksi sendiri paling tidak suka hanya mengumbar “*ingin-ingin doang*” tetapi yang diperlukan adalah bukti nyata tindakan perawat untuk menciptakan masyarakat yang sehat.

Lebih lanjut Deksi juga menyatakan bahwa perawat memang tidak dilibatkan langsung dalam pembuatan kebijakan. Kebijakan yang dimaksud disini adalah peraturan mengenai tugas yang diembankan kepada para pegawai puskesmas. Menurut Deksi, perawat seperti dirinya hanya ditanya mengenai kesanggupan menjalankan beberapa tugas yang akan diberikan. Jika sanggup maka tugas akan diberikan, jika tidak maka tugas tersebut tidak akan diberikan kepada yang bersangkutan.

3. Peluang Karir Sebagai Perawat

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). Berbeda dengan perawat di rumah sakit, perawat di puskesmas mempunyai tugas lebih berat. Sebagai pegawai pemerintahan, selain tugas-tugas berdasarkan posisi strukturalnya, para petugas kesehatan juga melaksanakan tugas-tugas fungsional sesuai dengan posisi klinisnya.

Untuk tugas dalam posisi struktural ditetapkan oleh pemerintah. Organisasi memilih orang untuk posisi struktural didasarkan kepada peraturan pemerintah, seperti Surat Keputusan Menteri Kesehatan dan Pemerintah setempat. Mereka mempunyai deskripsi pekerjaan yang dikaitkan dengan standar organisasi. Sedangkan tugas untuk posisi klinis dibedakan dengan posisi struktural. Posisi klinis bervariasi tergantung kepada pendidikan dan pengalaman, nama jabatan,

kewenangan dan tanggung jawab dari setiap posisi klinis tersebut, biasanya mereka menyebutnya sebagai jabatan fungsional.

Jabatan perawat termasuk dalam jabatan fungsional (lihat lampiran 5), yang kenaikan pangkatnya tergantung pada jumlah angka kredit yang berhasil dikumpulkannya. Angka kredit tersebut berasal dari tugas-tugas yang dilakukan seperti banyaknya pasien yang ditangani, jumlah tindakan yang diberikan kepada pasien yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi, misalnya tindakan penambalan mendapat sejumlah nilai kredit tertentu, dan tindakan lainnya seperti pencabutan gigi sulung, dan sebagainya. Namun tampaknya untuk jabatan fungsional ini belum berjalan sebagaimana seharusnya. Untuk kota Depok jabatan ini belum berjalan. Hingga saat ini kenaikan pangkat perawat masih bersifat reguler (kenaikan pangkat setiap 3 tahun). Untuk memperoleh jabatan fungsional, para perawat harus mengikuti pelatihan akreditasi angka kredit lebih dahulu yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan biasanya diadakan di Diklat di Bandung. Beberapa waktu lalu pernah diadakan pelatihan semacam itu dan yang diundang antara lain dokter, perawat, dokter gigi. Perawat gigi belum diikutsertakan dalam pelatihan tersebut.

Penghargaan terhadap kerja perawat ditunjukkan tidak hanya dari kenaikan pangkat dan jabatannya, tetapi juga oleh imbalan yang diberikan. Dari perbincangan yang dilakukan oleh beberapa orang perawat, ternyata bahwa tunjangan yang mereka peroleh selain dari gaji, adalah tunjangan jabatan fungsional dan tunjangan kesejahteraan. Besarnya tunjangan fungsional yang mereka peroleh tergantung dari jenjang yang dimiliki, dan umumnya perawat di puskesmas ini berada pada jenjang perawat terampil (paling tinggi golongan III/b) dengan besar tunjangan antara Rp 120.000,- hingga Rp 400.000,-. Mereka mengeluh bahwa apa yang diperoleh dari hasil kerjanya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, ditambah lagi apabila ada tugas keluar gedung (memberikan penyuluhan ke masyarakat), mereka harus menanggung biaya transport dari penghasilan tersebut. Menurut mereka: *"syukur-syukur mendapat penggantian, biasanya penggantian transport*

baru diberikan pada akhir bulan. Itu kalau uangnya keluar, kalau tidak, yah hitung-hitung beramallah”.

Saat ini tampaknya perhatian terhadap perawat di Puskesmas masih sangat terbatas. Di samping penghargaan yang masih belum memadai, kondisi perawat yang adapun menunjukkan secara kualitas dan kuantitas, belum memenuhi harapan. Tidak adanya uraian tugas secara tertulis, terbatasnya kesempatan mengikuti pelatihan, dan kurangnya bimbingan teknis keperawatan yang dilakukan adalah merupakan kendala bagi karir seorang perawat yang bekerja di pemerintahan.

Kendala bagi kemajuan karir perawat juga datang dari pihak tenaga medis, ini diketahui ketika ditanyakan tentang kemungkinan perkembangan karir perawat dapat setara dengan tenaga medis, kepada salah seorang dokter yang ada di Puskesmas ini. Ia mengatakan bahwa: *“di sini ada perawat yang lulusan SPK dan memang sudah ada yang sarjana, yaitu ada yang sudah tamat FKM. Profesi perawat dengan dokter tidak bisa sama, pendidikannya aja beda. Masa mereka yang pendidikan dokter dengan perawat disamakan. Untuk apa sekolah kedokteran, cape-cape sekolah, masa disamain. Mereka yang lulusan FKM pun tidak bisa disamakan dengan profesi dokter. Mereka bukan ahli medis. Biasanya mereka bekerja di struktural, bukan fungsional. Kesulitan selama bekerja di Puskesmas, selalu kekurangan tenaga karena tugas mereka yang rangkap-rangkap, ke lapangan dan juga tugas di dalam gedung. Dokter juga mempunyai jadwal turun ke lapangan, ke masyarakat”.*

Tak hanya itu, ketidakjelasan uraian tugas dan perawat berpendidikan tingkat menengah (Sekolah Perawat Kesehatan/SPK) masih banyak, *“di satu sisi, kondisi tenaga kesehatan di Puskesmas masih terbatas dan di sisi lain tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas yang bermutu, merata dan terjangkau semakin meningkat”*, kata Kepala Puskesmas Pancoran Mas. Karena itu, memang diperlukan kejelasan peran dan fungsi setiap tenaga kesehatan di Puskesmas, termasuk perawat. Meskipun memang, saat ini sebagian besar perawat di Puskesmas belum dapat dikategorikan sebagai tenaga profesional.

Dengan kondisi tenaga perawat Puskesmas seperti saat ini, maka minimal perawat di Puskesmas seharusnya memiliki enam peran dan fungsi. Mereka dapat menjadi pendidik/penyuluh kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, konselor, koordinator dan penghubung serta sebagai panutan bagi masyarakat. *“Artinya, perawat di Puskesmas diharapkan dapat menjadi koordinator pelayanan kesehatan yang dilakukan di keluarga, kelompok maupun masyarakat”*, begitu penuturan Kepala Puskesmas.

Secara jalur pembinaan birokrasi, perawat berada di bawah binaan PPNI. Untuk wilayah Kota Depok, ada di bawah binaan PPNI Dinas Kesehatan Kota Depok. Keanggotaannya selama ini terdiri dari unsur perawat yang ada di puskesmas. Jadi semua perawat yang ada di puskesmas itu masuk dalam keanggotaan PPNI Komisariat Dinas kesehatan.

Menurut informasi yang diberikan dari PPNI Depok, ada wacana perawat-perawat yang ada di poliklinik atau balai pengobatan swasta, yang belum memiliki komisariat, akan dimasukkan kedalam keanggotaan PPNI Komisariat Dinas kesehatan. Kepengurusan PPNI terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Bendahara, dibantu oleh seksi-seksi. Kegiatan yang utama hingga sekarang masih melakukan pendataan anggota karena sampai sekarang jumlah anggota belum *up to date*, belum termasuk data-data yang sekarang.

Menurut Ade Suhendri (Kepala Komisariat PPNI Dinas Kesehatan Kota Depok): *“kemarin saya sudah meminta kepada teman-teman untuk melaporkan berapa jumlah anggota sampai sekarang. Karena kan banyak penambahan perawat-perawat baru dari penerimaan CPNS kemarin, yang belum dimasukkan. Dalam lingkup kerja kami, ada yang namanya PPNI Koordinasi Kecamatan. Ada enam Kecamatan di Kota Depok ini, jadi ada pengurus Korcam. Tidak mungkin kalau semuanya langsung ditangani oleh komisariat di sini. Oleh karena itu dibentuk Korcam, dan mereka mengkoordinir semua kegiatan yang ada di wilayahnya masing-masing”*. Memang tugas PPNI Depok belum begitu banyak karena kepengurusan PPNI Komisariat Dinas Kesehatan baru dibentuk akhir tahun 2006 yang lalu. Masa kepengurusan PPNI ini berlaku selama lima tahun sekali.

Diakui oleh Kepala Komisariat PPNI tersebut bahwa, pengaturan tenaga keperawatan di Indonesia hingga saat ini belum terintegrasi sejak dari perencanaan, pengadaan sampai pemanfaatan. Apalagi berkoordinasi dengan pihak-pemerintah, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), asosiasi rumah sakit, serta perwakilan konsumen.

Ketika ditanyakan tentang peran PPNI yang menjadi pembina tenaga perawat selama ini kepada salah seorang perawat yang ada di Puskesmas Pancoran Mas, ternyata tidak banyak mengetahui keberadaannya. Aini menyatakan tidak banyak tahu mengenai organisasi perawat, karena ia tidak aktif terlibat di dalamnya. Memang ia mengakui bahwa semua perawat di Puskesmas adalah anggota PPNI. Karena tidak aktif di organisasi tersebut, Aini tidak begitu mengetahui tentang UU keperawatan terbaru. Hanya poin besarnya yang ia ketahui, bahwa perawat tidak boleh membuka praktek. Menurutnya, UU memang telah disosialisasikan oleh PPNI kepada para perawat hanya saja Aini kurang memperhatikan dan belum sempat membaca lebih lanjut.

Untuk melakukan tugas-tugasnya, perawat seharusnya berpedoman pada *Standard operating procedure* (SOP), tetapi tampaknya untuk wilayah Kota Depok belum memiliki SOP yang baku, *“kita akan bersama-sama membentuk SOP untuk perawat di Puskesmas. Ada inisiatif seperti itu tapi belum tahu kapan ... dalam waktu dekat ini. Kemarin ketua PPNI kota sudah berbicara dengan saya berbicara masalah ini. Dengan adanya SOP, perawat dilatih untuk membuat sendiri prosedur tetap (protap)/standard operating procedure (SOP) yang akan memudahkan mereka memantau hasil pekerjaan mereka. Melalui protap para perawat akan membuat catatan medis selengkap-lengkapnyanya dari setiap pasien. Apalagi sekarang ini, terkait dengan yang namanya gugat menggugat antara perawat dengan pasien. Hal inilah yang dijadikan dasar dalam melakukan tindakan di puskesmas. Ini mengharuskan kita meng-up to date kan lagi SOP. SOP terkait dengan tanggungjawab. Selama ini kan sudah ada. Karena setiap masalah itu kan, tidak diam tapi terus berkembang. Yang dulunya dilaksanakan, sekarang sudah tidak bisa dilaksanakan lagi. Misalnya dulu kan kita pakai kompres dingin, sekarang berubah kompresnya pakai kompres panas. Semua sudah kita sampaikan kepada teman-teman. Ini menjadi pedoman*

dalam melakukan pelayanan di puskesmas. Perawat dalam hal praktek misalnya tidak boleh menyuntik, tidak boleh memberikan terapi.” (Sumber: wawancara dengan Kepala Komisariat PPNI Depok).

Menurut Kepala Komisariat PPNI Depok, ke depan ada upaya untuk lebih meningkatkan pendidikan perawat yang ada. Selama ini memang diakui, kebanyakan perawat yang ada masih berpendidikan SPK. Saat ini ada tuntutan *basic* perawat itu harus D3, oleh karena itu ada wacana untuk tahun 2014 atau 2016 D3 akan dihapus dan diganti dengan jenjang pendidikan Sarjana.

4. Sikap Petugas Terhadap Pasien

Pasien puskesmas kebanyakan berasal dari lingkungan masyarakat sekitar dan umumnya datang tidak mengenal waktu, yang oleh para petugas kesehatan, hal ini tampaknya harus tetap dilayani dengan baik. Misalnya ketika jam sudah menunjukkan pukul 13.30, dimana ketika itu pasien yang berobat sudah habis dan para petugas sedang beristirahat, datang seorang laki-laki ingin membuat surat keterangan kesehatan. Ia tetap diterima dan dilayani dengan baik oleh petugas tata usaha yang memang mempunyai tugas mengeluarkan surat keterangan tersebut.

Barangkali situasi dan kondisi cukup berpengaruh terhadap sikap petugas dalam memberikan pelayanannya. Hari ini kebetulan kondisi petugas tersebut dalam keadaan tidak terlalu melelahkan, jumlah pasien tidak terlalu banyak yaitu hanya ada sekitar 166 pasien, dan ia didampingi oleh staf tata usaha lainnya, sehingga ia dapat memberikan pelayanan dengan baik.

Contoh sikap yang tidak menyenangkan, yang pernah ditunjukkan oleh petugas ketika sedang bekerja, yaitu ketika jumlah pasien yang datang lebih dari 200 orang sementara ada petugas yang hari itu tidak datang bekerja. Dalam kondisi tersebut, seorang petugas bisa merangkap pekerjaan, misalnya selain sebagai petugas tata usaha, ia juga harus membantu pekerjaan pendaftaran pasien di ruang yang lain. Dia harus bekerja ekstra dan itu membutuhkan tenaga serta pikiran yang

cukup menyita. Sementara itu banyak pula orang yang datang hendak membuat surat keterangan sehat, kebetulan ketika itu staf tata usaha tidak masuk kerja. Karena terlalu lelah, situasi seperti ini membuat ia menjadi cepat emosi, akhirnya berdampak pada pasien yang mengeluh tentang perlakuan petugas, *“wah galak amat petugas itu”*. (Kebetulan pasien tersebut mengatakan itu dihadapan saya).

Ketika pasien-pasien sudah selesai dilayani, petugas tata usaha memberikan penjelasan bahwa tadi memang ada beberapa pasien yang minta dibuatkan surat keterangan sehat, dan ketika petugas memberi saran kepada pasien agar melakukan pemeriksaan kesehatan lebih dahulu di ruang periksa, pasien tersebut tidak mau menuruti permintaan petugas. Akhirnya petugas menjadi sedikit emosional dan bersikap tegas kepada pasien dengan tujuan agar pasien tidak mendapat kesulitan di tempat lain. Rupanya sikap tersebut ditanggapi lain oleh pasien.

Dalam melakukan tugasnya menghadapi pasien, perawat dituntut harus memiliki kesabaran yang lebih. Hal ini diperlukan karena sering berhadapan dengan kesulitan seperti sering dimarah oleh pasien, misalnya ketika dipanggil untuk diperiksa, pasien tidak mendengar akibatnya map identitas pasien tersebut diletakkan di tumpukan paling bawah. *“Kalau dia pendidikannya tinggi, pasti dia tidak marah-marah. Kalau ada pasien yang marah-marah seperti itu, biasanya tidak saya tanggapi. Memang harus sabar menghadapi pasien yang demikian. Kita hanya berpikir mereka itu sedang sakit”*, begitu kata perawat Ana.

Pengaruh pemberian layanan kesehatan terhadap kesembuhan pasien, tidak semata tergantung pada sikap perawat, tetapi peran dokter juga turut andil. Berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan dokter di Puskesmas ini, seorang pasien menyatakan: *“Kalau orang berobat sebenarnya lebih senang bila ketika datang dan mengeluhkan penyakitnya, didengar dan diperhatikan oleh dokter. Sementara itu yang terjadi di Puskesmas Pancoran Mas, tidaklah demikian. Ketika kita masih bicara soal penyakit, ternyata dokter sudah membuat resep. Padahal kan, darimana dokter bisa mengetahui penyakit seseorang kalau tidak mendengar keluhan pasien. Bila dibandingkan dengan Puskesmas di Cilebut,*

dokter di sana sabar mendengarkan setiap keluhan pasien. Karena sikap dan perhatian dokter yang sangat besar, jumlah pasien di sana banyak sekali. Setiap harinya bisa mencapai ratusan orang". Kebetulan pasien ini mempunyai keanggotaan pada dua Puskesmas, untuk Puskesmas Pancoran Mas biasanya ia hanya berobat ketika sakit gigi, sedangkan bila sakit lainnya, ia cenderung pergi ke Puskesmas di Cilebut, begitupun halnya dengan anak-anaknya. Saat ini ia terpaksa ke Puskesmas ini karena anaknya sudah berobat ke beberapa dokter klinik tetapi tidak sembuh dan akhirnya memutuskan untuk berobat ke Puskesmas ini.

Ketika ditanyakan kepada petugas tentang apakah ada perbedaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien berkaitan dengan jenis kelamin berbeda, maka pendapat dari 3 dokter yang ada di puskesmas ini mengatakan bahwa selama ini mereka tidak pernah membedakan pemberian pelayanan berdasarkan jenis kelamin. Setiap pasien datang, dilayani seperti biasa, sesuai prosedur atau berdasarkan nomor urut pendaftaran.

Pada bagian pemeriksaan umum, saat ini kebanyakan pasien yang datang mengeluh tentang penyakit ISPA (saluran pernapasan), yang kebanyakan diderita oleh pasien dewasa. Biasanya puskesmas memberi pelayanan kepada pasien sesuai dengan fasilitas yang tersedia dan semampu mereka. Apabila ada pasien yang mengeluhkan penyakit yang tidak bisa dilayani di Puskesmas ini, mereka akan merujuknya ke rumah sakit tertentu, misalnya kalau ada pasien yang akan operasi katarak. Puskesmas ini tidak mempunyai fasilitas untuk operasi katarak, atau operasi kanker payudara.

Pasien di Puskesmas harus memiliki kesabaran untuk memperoleh pelayanan. Seperti Edwin (33 th) sudah lebih dulu mengantri di balai pengobatan gigi (BPG). Ia mendapat nomor urut 28. menurutnya memang beginilah berobat di puskesmas "*harus sabar-sabar*" karena antriannya begitu panjang sedangkan tenaga dokter yang ada, sangat sedikit.

Edwin juga baru pertama kali berobat di puskesmas, menurutnya biayanya lebih murah. Daripada harus ke klinik swasta lebih baik ke puskesmas karena ia hanya ingin periksa dan menambal gigi. Biaya pengobatan ke klinik swasta jauh

lebih mahal, untuk satu tambal atau cabut gigi sekitar Rp 75.000,- - Rp 80.000,-. Sedangkan di puskesmas, untuk tambal maupun cabut gigi cukup membayar Rp 2.000,-. Edwin tidak dapat membedakan dokter dan perawat di BPG, karena mereka mengenakan pakaian seragam pegawai negeri dan tidak ada perbedaan antara dokter dengan perawat. Menurut pengalamannya kebanyakan perawat lebih galak daripada dokter.

Dari hasil pengamatan ada kesan bahwa para petugas medis tampaknya melakukan pekerjaan dengan santai. Mereka berjalan dari satu ruangan ke ruangan lainnya dengan perlahan padahal ada pasien atau pekerjaan lain yang harus mereka kerjakan. Hal ini bisa jadi disebabkan karena puskesmas memiliki waktu kerja yang longgar.

Mengenai waktu kerja yang longgar juga menimbulkan masalah lain. Para pegawai puskesmas tidak memiliki jam istirahat sehingga mereka dapat seenaknya beristirahat jika semua pasien telah ditangani. Sering terjadi, saat belum semua pasien tertangani mereka sudah meninggalkan ruang pelayanan untuk beristirahat, baik untuk makan atau sekedar mengobrol dengan sesama pegawai.

Pelayanan yang kurang profesional seperti ini biasa terjadi pada puskesmas. Seolah para petugas medis tidak mau peduli dengan penderitaan dan perasaan pasien. Bisa jadi pelayanan seperti ini didasari dari niat awal masing-masing paramedis. dari data sementara dapat disimpulkan bahwa alasan mereka bekerja di puskesmas karena keluarga. Dimana bekerja di puskesmas hanya membutuhkan waktu setengah hari dan memiliki banyak waktu luang.

Hal tersebut tentu saja mempengaruhi kualitas pelayanan, karena pelayanan didasarkan desakan kebutuhan keluarga bukan didasarkan saling tolong-menolong antar manusia.

Bisa dilihat juga bahwa tampaknya tenaga medis merasa mereka adalah orang yang dibutuhkan. Mereka merasa lebih 'tinggi' dari pasien dan orang lain, karena merasa memiliki keahlian yang tidak dimiliki orang lain. Mereka juga merasa telah bersusah payah menempuh pendidikan di bidang kesehatan.

Memang saat ini bidang kesehatan masih menjadi tujuan favorit para penuntut ilmu. Karena masa depan yang menjanjikan dan tenaga serta keterampilan mereka selalu dibutuhkan. Oleh karena itu tenaga medis selalu dipandang sebagai kelas sosial yang tinggi dalam masyarakat Indonesia. Terlebih lagi sekolah kedokteran. Bukan hanya membutuhkan otak yang cemerlang, tetapi juga membutuhkan biaya yang tinggi. Sehingga tidak semua orang dapat menjadi dokter. Mungkin hal inilah yang menjadikan beberapa dokter tidak ingin disamakan statusnya dengan perawat.



BAB IV

PENGELOLAAN PELAYANAN PUSKESMAS PANCORAN MAS

Bila melihat kualitas pelayanan publik yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas khususnya yang berhubungan langsung dengan pemberian pelayanan, tidak dapat dilakukan tanpa mengaitkannya dengan keseluruhan proses pelayanan yang dilakukan. Karena senyatanya Puskesmas merupakan ranah atau lebih tepat dikatakan sebagai ruang sosial yang turut berkontribusi dalam membentuk budaya tersendiri bagi petugas layanan publik.

Kondisi pelayanan di Puskesmas saat ini tampaknya jauh lebih baik dari waktu sebelumnya. Ketika awal saya melakukan penelitian ini, yaitu kira-kira 4 bulan sebelumnya terlihat banyak kekurangan baik dari jumlah petugas hingga prosedur layanan. Kini tampaknya pelayanan terlihat ada peningkatan seperti pasien lebih tertangani dengan penambahan jumlah dokter dan tenaga perawat. Mereka ada yang sebagai tenaga tetap maupun tenaga yang sedang orientasi (Calon Pegawai Negeri Sipil) atau magang kerja. Hal ini cukup membantu alur pasien yang ingin memperoleh layanan kesehatan.

Namun tanggungjawab pelayanan publik dari suatu birokrasi tentunya tidak hanya ditentukan oleh faktor kinerja para petugas dan pimpinan dalam birokrasi tersebut, rangsangan yang memadai, kejelasan tugas dan prosedur kerja, serta kejelasan peran tetapi juga tersedianya kelengkapan sarana dan prasarana kerja, dan sejenisnya.

A. Sarana, Prasarana dan Tenaga Pelayanan Kesehatan

1. Kelengkapan Fasilitas Pelayanan

Agak sulit untuk mengatakan bahwa Puskesmas ini sudah dilengkapi dengan fasilitas pelayanan yang memadai. Banyak sarana yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan yang memenuhi syarat belum tersedia, misalnya, untuk membuat puyer, masih menggunakan '*ulekan*' untuk memenuhi kebutuhan sedemikian banyak pasien. Kemudian untuk pengoplosan obat, seharusnya ada obat yang sudah dicampur air yang dilakukan oleh Puskesmas, dan pasien menerima obat sudah dalam kondisi tercampur, tetapi karena bahan campurannya tidak tersedia di Puskesmas ini, maka pasienlah yang harus mencampurnya sendiri. Seharusnya Puskesmas memiliki dispenser dan persediaan air untuk mencampur obat-obatan tersebut, tetapi Puskesmas tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Rupanya informasi tentang pengoplosan obat yang harus dilakukan Puskesmas pun, baru diketahui beberapa hari yang lalu, yaitu ketika ada pertemuan P2KT. Selama ini pihak Puskesmas tidak pernah diberitahu tentang ketentuan tersebut. Kalaupun ini harus dilakukan, berarti harus ada dana lagi untuk memenuhi keperluan tersebut.

Masih terkait dengan bidang obat, Puskesmas seharusnya memiliki ruang penyimpanan yang memenuhi persyaratan, yaitu ruangan yang tidak boleh lembab dan harus ber-AC. Sementara yang ada di Puskesmas ini, obat-obatan disimpan di ruang yang hampir dikatakan sebagai gudang. Menurut pengakuan petugas, sudah beberapa kali pihak Puskesmas menyampaikan permintaan untuk memenuhi kebutuhan ini kepada Dinas Kesehatan Kota Depok, tetapi tidak pernah mendapat respon. Akhirnya obat-obat tersebut menumpuk di ruangan yang sempit dan tidak menjamin timbulnya kerusakan pada obat.

Begitupun dengan ruangan-ruangan lain, seperti ruang pendaftaran pasien, yang berada di bagian depan gedung. Hampir dapat dikatakan tidak layak pakai, sebab selain ruangnya sempit, juga dipenuhi dengan rak-rak file pasien yang tidak beraturan. Belum lagi masalah ATK, berulang kali memohon pemenuhan kebutuhan

ini tetapi tidak ditanggapi. Akhirnya untuk kebutuhan pencatatan data pasien, mereka menggunakan kertas-kertas buram, untuk mendata identitas pasien. Seharusnya ada blangko khusus untuk mencatat data pasien.

Ruang tunggu balai pengobatan umum (BP) sangat pengap disesaki para pasien dan pengantarnya. Letak ruang tunggu yang berada tepat di tengah-tengah puskesmas menjadi bagian sentral. Justru itulah banyak orang yang berlalu lalang sekaligus berdesakan. Ruang tunggu memiliki dua pintu yang berfungsi sebagai pintu masuk dan pintu keluar. Sayangnya tidak ada aturan atau sejenisnya yang menunjukkan mana pintu masuk dan pintu keluar, menambah kesemrawutan. Udara pengap karena ruangan tidak banyak dialiri udara segar yakni dua pintu dan satu jendela. Masing-masing pintu yang memiliki dua daun pintu hanya dibuka salah satu daun pintunya.

Para pengantar pasien berjejalan di pintu masuk ruang pelayanan yang hanya ditutupi tirai kain (*gorden*). Ada 4 buah bangku panjang yang berjajar dan selalu penuh dijejali pasien dan para pengantarnya. Sebagian lagi berdiri di sekitar sisi-sisi ruangan yang pengap. Ruangan semakin pengap saat pengunjung berjejalan di pintu keluar-masuk yang merupakan satu-satunya tempat aliran udara segar.

Bisa dimaklumi jika pintu masuk ruang pelayanan dijejali pengunjung, karena mereka mengantisipasi panggilan dari dokter. Balai pengobatan umum ini tidak dilengkapi dengan penguat suara, sehingga ketika dokter memanggil dari dalam ruangan, suaranya memang tidak terdengar oleh mereka yang berada di luar ruang pelayanan.

Berbeda dengan ruang tunggu BPG dan KIA yang berada di ruang terbuka sehingga meskipun banyak yang mengantri tetapi tidak penuh sesak. Antrian di BPG dan KIA pun tampak lebih tertib, mengingat jumlahnya lebih sedikit.

Bila diperhatikan, terdapat tembok pemisah yang amat jelas antara pasien dan paramedik. Terlihat dari tulisan "**dilarang menggunakan sepatu / alas kaki**" ke dalam ruangan pemeriksaan. Ternyata peraturan tersebut hanya berlaku untuk

pasien. Terbukti dengan para pegawai yang dengan seenaknya keluar masuk ruang pelayanan menggunakan sepatu.

Dari gambaran kondisi ruang, tidak terlihat kenyamanan dan rasa aman kepada pasien. Seperti ruang tunggu pada bagian pendaftaran, yang berukuran kira-kira 2 x 7 meter terlihat tidak memadai bagi pasien yang datang, yang rata-rata sehari bisa mencapai jumlah 150 hingga 200 pasien, juga ruang tunggu pada bagian / poli umum dengan luas kira-kira 2 x 3 meter cukup dipadati oleh pasien. Sementara itu ruang tunggu pada bagian KIA dan poli Gigi menempati lorong-lorong yang ada di muka ruang praktek. Terlihat pasien yang menunggu terpaksa harus duduk pada anak tangga ruang periksa karena sempitnya ruangan.

Kamar konsultasi dokter mungkin merupakan analogi modern yang tepat untuk tempat suci yang aman ketika digambarkan pada abad pertengahan. Pasien dan dokter menginginkan suasana pribadi dalam mengobati pasien, mereka tidak menginginkan bahwa pengobatan menjadi suatu tontonan umum. Namun yang lebih sering terlihat adalah pasien selalu dibuat kecewa dan jengkel. Sempitnya ruangan yang terpaksa harus digunakan secara masal, membuat pasien tidak leluasa mengkonsultasikan penyakitnya. Pasien yang sedang diperiksa dokter tentu saja akan merasa tidak nyaman, karena selama pelayanan menjadi tontonan pengunjung lain yang berdesakan di pintu.

Untuk kebutuhan operasional lapangan, selain dukungan anggaran, Puskesmas juga menyediakan fasilitas kendaraan. Di sini ada dua kendaraan yang siap melayani kegiatan mereka, tetapi karena yang keluar ke masyarakat lebih sering petugas perempuan, dan juga medannya sulit dijangkau kendaraan, maka biasanya menggunakan kendaraan roda dua. Sementara sekarang ini kendaraan roda dua hanya ada dua dan itupun sudah digunakan oleh petugas laki-laki, akhirnya digunakan kendaraan umum atau ojek untuk wilayah yang sulit dijangkau.

2. Penyediaan Ruang Tunggu

Kesibukan di ruang pendaftaran mulai terasa sejak pukul 7 pagi. Ketika jam menunjukkan pukul 7.30 nomor pendaftaran sudah sampai pada nomor 29. Kursi yang ada di ruang tunggu depan loket sudah penuh terisi, ada juga yang berdiri di depan loket pendaftaran, tidak sabar menunggu panggilan. Pagi ini banyak terlihat bapak-bapak yang datang, ada sekitar 9 orang dan ibu-ibu muda dengan menggendong bayinya. Ada juga anak-anak usia sekitar 5 tahun yang terus menerus batuk. Ruang tunggu sudah mulai terlihat penuh dan berisik.

Petugas yang melakukan pendaftaran di loket pendaftaran bertugas rangkap mencatat identitas pasien, memberikan informasi pelayanan, dan memberikan kartu pasien. Petugas pendaftaran di Puskesmas Pancoran Mas dibagi 3 yaitu petugas untuk pasien poli Umum, poli Gigi, KIA / KB bila harinya bersamaan. Pencatatan identitas pasien dan pengambilan nomor urut pasien dilakukan oleh masing-masing petugas poli masing-masing.

Tidak lama kemudian terdengar petugas loket memanggil nomor urut pasien. Pasien nomor 1, pasien gigi. Sampai nomor urut 5 masih pasien gigi. Awalnya ada anggapan, mungkin pasien gigi didahulukan daripada pasien lainnya (: penyakit umum dan anak-anak). Ternyata ketika dikonfirmasi dengan petugas loket yang ada di dalam, kesan saya tidak tepat. Petugas tidak membedakan harus pasien gigi lebih dulu atau sebaliknya, tetapi siapa saja yang datanya telah siap dapat didahulukan. Kebetulan ketika itu pasien gigi dari nomor urut 1 sampai 5 adalah pasien baru yang belum mempunyai data di file Puskesmas ini, yang biasanya memakan cukup banyak waktu untuk mencari file pasien yang berjajar di lemari di ruang tersebut. Untuk pasien baru, dia harus mengisi data identitas diri pada kartu baru. Sistem pendataan pasien di sini masih menggunakan manual (ditulis tangan pada kartu formulir), belum ada komputerisasi.

Hari Jum'at, loket buka dari pukul 7.30 sampai dengan pukul 10.00. Ketika jam sudah menunjukkan pukul 9.40, nomor panggilan untuk pasien di loket pendaftaran, sudah sampai pada nomor 95, masih juga ada yang datang untuk mendaftar. Sementara pasien yang menunggu panggilan di ruang pendaftaran

terlihat ada sejumlah 10 orang. Kebanyakan perempuan (hanya ada dua orang laki-laki) dengan usia muda, sekitar 20-30 tahunan. Terdengar nomor 99 dipanggil oleh petugas loket dan dicatat data identitasnya. Pasien nomor 100 adalah seorang anak perempuan, berusia sekitar 6 tahun, selain identitas diri, dia juga ditanya tentang nama ayahnya.

Pasien yang dipanggil ternyata tidak selalu sesuai nomor urut. Seringkali pasien yang mengantri kebingungan sudah sampai nomor berapa. Mereka biasanya akan saling bertanya kepada sesama pasien. Meskipun mereka daftar sesuai nomor urut, pada kenyataannya pelayanan tidak demikian. Nama panggilan terhadap pasien bukanlah nomor pasien melainkan nama pasien itu sendiri. Sehingga nomor urut sering terabaikan karena map yang memuat nomor urut sering ditumpuk acak setiap ada pasien baru. Sehingga sering terjadi pasien yang seharusnya mendapat urutan pertama menjadi urutan terakhir atau sebaliknya.

Pasien yang dipanggil juga seringkali tidak mengetahui bahwa merekalah yang dipanggil. Maklum saja panggilan dilakukan secara manual oleh dokter maupun perawat dengan suara 'seadanya'. Belum lagi tenaga medis BPG menggunakan masker penutup mulut sehingga suara mereka terdengar sangat pelan. Pasien jadi lebih banyak yang menumpuk menunggu giliran di depan pintu poli gigi.

Tidak ada pengeras suara yang memudahkan dokter atau perawat memanggil pasiennya. Bahkan seringkali dokter memanggil pasien dari dalam ruangan, tentu saja hal ini hanya akan dapat didengar oleh mereka yang berada di depan pintu masuk atau bagi mereka yang berada dalam radius ± 3 m. Oleh karena itu jika berobat di puskesmas harus sabar dan sensitif pendengaran.

Pada loket pendaftaran terlihat petugas loket sibuk mendata identitas calon pasien, nama, umur, alamat, keluhan sakit untuk dirujuk ke poli sesuai dengan penyakit yang dikeluhkan, dan meminta uang pendaftaran sebesar Rp 2000,- untuk setiap pasien.

Calon pasien yang baru datang dan yang sedang didata identitasnya berdiri berkerumun di depan loket pendaftaran, tidak ada yang mau sabar untuk duduk

menunggu di kursi di ruang tunggu yang ada di depan loket. Mereka yang baru datang, mengambil nomor, menunggu panggilan sesuai dengan nomor urut.

Tepat pukul 10.00 loket ditutup, padahal masih ada pasien yang datang, tetapi ditolak oleh petugas “*besok aja, pagi-pagi datang lagi*”, begitu kata si petugas. Akhirnya si calon pasien pergi meninggalkan loket dengan wajah lesu dan kecewa.

Kini para pasien menunggu di ruang periksa pada poli sesuai dengan penyakit yang diderita, ada yang di ruang periksa umum, di poli gigi dan di poli bagian ibu dan anak. Setiap ruangan dipenuhi oleh pasien.

Dari ruang periksa umum, terdengar panggilan 3 orang pasien untuk masuk ke ruang periksa. Di dalam ruang tersebut sudah menunggu 3 orang dokter, dua dokter perempuan dan seorang dokter laki-laki. Ruang itu berukuran sekitar 3 x 3 meter, ada 3 meja kerja untuk dokter yang melayani pasien, dan sebuah tempat tidur untuk periksa pasien (kelihatannya lebih banyak tidak digunakan). Ruangnya terbuka, bahkan pintupun tidak ada, hanya dibatasi oleh kain gordena yang tampaknya tidak lagi berfungsi sebagai penutup ruangan.

Pasien yang belum mendapat panggilan, berdiri di pintu ruang periksa seolah tidak sabar menunggu terlalu lama. Kelihatannya tidak ada *privacy* bagi pasien yang berada di dalam ruangan yang sedang diperiksa. Apapun yang dikatakan dokter kepada pasien di dalam ruangan pasti terdengar oleh pasien lain yang menunggu di pintu.

Selesai memeriksa sekitar 10 pasien, tidak terdengar panggilan lagi dan dokter rupanya sudah meninggalkan meja prakteknya. Sementara di ruang tunggu, pasien masih banyak menanti. Rupanya pasien sudah terbiasa dengan situasi seperti ini (tidak ada dokter, sementara mereka menunggu lama di ruang tunggu). Data pasien diambil dari ruang pendaftaran oleh perawat dan dibawanya ke ruang periksa, selanjutnya nama-nama pasien dipanggil sesuai dengan urutan dan barulah dokter masuk ke ruang periksa. Pasien yang dipanggil ada sekitar 10 orang, sedang yang masuk ke ruang periksa 3 orang secara bergantian.

Kalau data pasien yang ada di meja perawat sudah habis, tidak ada panggilan lagi, meskipun pasien masih banyak yang mengantri di ruang tunggu. Dokter meninggalkan ruang periksa (kelihatannya mereka istirahat di ruang sebelah sambil mengobrol dengan sesama dokter dan perawat). Kemudian perawat keluar lagi dari ruang periksa, menuju ruang pendaftaran untuk mengambil data pasien selanjutnya. Begitu seterusnya sampai jam periksa usai dan pasien yang mendaftar telah habis.

Sementara itu seorang ibu muda menggendong anaknya yang masih bayi (kira-kira berusia 4 bulan), mengintip-intip ke ruang periksa, kelihatannya bingung, kemana harus memeriksakan bayinya. Rupanya ia dirujuk dari ruang periksa anak untuk memeriksakan penyakit anaknya itu ke bagian dokter umum. Dia mengatakan kepada orang yang berada di dekatnya, bahwa ia tidak perlu mengambil nomor lagi untuk memeriksakan bayinya, menurut bidan yang memeriksakan anaknya sebelum ini, dia bisa langsung masuk ke ruang periksa. Setelah yakin harus periksa ke bagian tersebut, dia pun duduk di kursi tunggu, seolah terbiasa dengan kondisi menunggu dokter agak lama.

Ada seorang ibu muda dengan anak perempuannya sekitar usia 6 tahun, sabar menunggu panggilan. Dia ragu-ragu apa benar di ruang ini dia menunggu. Si ibu bercerita kepada saya bahwa anaknya sudah 2 hari ini panas tidak turun-turun, dan perutnya mual-mual. Dia sudah membawanya berobat ke bidan yang ada di dekat tempat tinggalnya tetapi penyakitnya tidak berkurang. Padahal untuk berobat itu, dia sudah mengeluarkan biaya sebesar Rp 20.000,-, belum sembuh juga dan akhirnya dia datang ke Puskesmas ini. Menurut si ibu, dia baru pertama ini berobat ke puskesmas.

Dia melongok ke ruang periksa bermaksud menanyakan apa benar dia harus menunggu di ruang ini. Baru berdiri di depan pintu ruang periksa, nama anaknya sudah dipanggil dari dalam. Merekapun masuk ke ruang periksa. Tidak ada 5 menit, mereka sudah keluar lagi. Sambil jalan keluar, dia berkata kepada saya "*gak diperiksa, Cuma ditanya-tanya aja, terus disuruh nebus obat,*" wajahnya terlihat

kecewa. Dia melanjutkan perjalanannya menuju ruang obat untuk menebus resep yang diberikan dokter tadi.

Ruang tunggu BPG masih dipenuhi beberapa pasien. Sedangkan perawat yang bertugas tampak santai keluar masuk ruangan. Hari itu ada dua orang dokter yang bertugas. Satu orang dokter telah menghentikan aktifitas pelayanannya. Dokter tersebut menggendong anaknya yang masih bayi. Ternyata dokter tersebut mengajak serta pengasuh bayinya. Praktis Dokter yang bertugas di BPG hanya satu orang padahal pasien yang tersisa yang mesti ditangani lebih dari lima orang.

Pasien yang dipanggil pada poli gigi belum tentu langsung dilayani. Biasanya mereka di periksa terlebih dahulu, ditanyakan keluhannya, dan pelayanan apa yang diminta. Jika hanya menambal, biasanya pasien di suruh keluar kembali karena dokter mendahulukan pasien yang cabut gigi atau penanganan yang lebih berat lainnya.

Pelayanan di balai pengobatan gigi (BPG) lebih lama dibandingkan BP. Karena pemeriksaan dan tindakan yang harus dilakukan untuk menanggulangi pasien sangat beragam. Terlebih lagi hari itu di BPG hanya ada satu dokter. Dokter lainnya yang berstatus PTT sedang ijin karena anaknya sakit. Sedangkan seorang perawat gigi tidak banyak membantu karena sibuk kesana-kemari (untuk kegiatan di luar pelayanan gigi seperti mengobrol dengan petugas medis di bagian lain).

Jika diperhatikan lebih seksama, pengunjung Puskesmas tidak hanya dari kalangan menengah ke bawah, dan usia lanjut. Pengunjung Puskesmas beraneka ragam, mulai dari balita hingga manula. Banyak juga remaja (15-20 th) dan dewasa muda (20-30 th) yang berobat ke Puskesmas. Tidak jarang remaja yang berobat, datang bersama pasangannya (pacar). Secara tingkat ekonomi banyak kelas menengah dan menengah kebawah.

Bila dilihat, jumlah pengunjung perempuan tidak terlalu jauh berbeda dengan pengunjung laki-laki. Saya perkirakan perbandingan pengunjung perempuan dan laki-laki sebesar 60:40. Tidak semua pengunjung perempuan datang untuk berobat, sering mereka hanya mengantar anak atau keluarga yang berobat.

Pengunjung laki-laki yang mengantarkan anaknya berobat, tidak sebanyak pengunjung perempuan. Biasanya pengunjung laki-laki mengantarkan orang yang sakit bersama anggota keluarga yang lain. Hal ini banyak terlihat di bagian KIA, dimana banyak suami mengantarkan anak dan istrinya memeriksakan diri.

Paling jelas terlihat di BPG, dimana banyak ibu-ibu yang mengantarkan anaknya berobat gigi. Sedangkan pasien laki-laki biasanya datang seorang diri atau ditemani oleh istrinya.

Elis seorang pasien gigi menuturkan bahwa tujuannya ke puskesmas adalah untuk menambal gigi. Ia datang semenjak pukul 08.00 dan baru dilayani sekitar pukul 08.45. menurutnya berobat di puskesmas sangat murah dibandingkan berobat di tempat lain. Hal ini sangat sesuai dengan dirinya yang hanya bekerja sebagai pelayan toko. Disamping itu berobat ke puskesmas tidak mengganggu jadwal kegiatannya lain, karena setelah berobat dari puskesmas ia dapat langsung bersiap untuk bekerja di toko pada pukul 09.30. Jadi waktu untuk bekerja, beristirahat atau kegiatan lainnya tidak terganggu hanya karena urusan berobat ke dokter.

Sementara itu ruang tunggu sudah terlihat lengang, pukul 11.30 pasien sudah habis, selesai diperiksa semua. Dokter juga telah meninggalkan ruang prakteknya menuju ruang sebelah, ruang perawat.

Dari kondisi pelayanan seperti diuraikan di atas, terlihat bahwa ternyata keterbatasan sarana dan prasarana yang dimiliki Puskesmas, tampaknya mengakibatkan lambannya pelayanan yang dapat diberikan. Padahal kita tahu, setiap karyawan dalam suatu organisasi kerja, selain memiliki tugas, wewenang, dan tanggung jawab, juga punya hak untuk menggunakan sarana dan prasarana organisasi guna menyelesaikan tugasnya. Namun, karena sarana dan prasarana organisasi terbatas, niat baik untuk memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada masyarakat, sering kali menjadi terganggu.

3. Tenaga Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas ditingkat Puskesmas adalah masalah sumber daya manusianya. Begitu pula permasalahan yang dihadapi oleh Puskesmas Pancoran Mas, misalnya, dengan wilayah yang cukup luas hanya mempunyai 4 perawat, yang menurut standar seharusnya, yaitu sejumlah 11 orang, 4 orang bidan, 3 dokter umum, 3 dokter gigi, dan sisanya adalah tenaga lain-lain seperti analis, tenaga gizi, tata usaha, pekarya, administrasi, juru obat, petugas kebersihan dan penjaga Puskesmas. Keadaan tenaga kerja di Puskesmas Pancoran Mas dapat dilihat pada tabel 4 di bawah, sekaligus perbandingan jumlah tenaga yang menjadi standar pada pusat layanan kesehatan masyarakat secara ideal.

Penerimaan pegawai pada Puskesmas Pancoran Mas tergantung pada Dinas Kesehatan Pemda Depok. Puskesmas tidak diberi wewenang untuk menerima pegawai, walaupun sangat membutuhkannya. Ketika mengajukan usulan kegiatan program, misalnya ketika membuat usulan P2KT, Puskesmas mengusulkan perlunya penambahan tenaga untuk bidang-bidang tertentu dan dengan keahlian tertentu, tidak ditentukan berdasarkan jenis kelamin.

Permintaan penambahan tenaga ini diusulkan tidak bersamaan dengan saat-saat ketika perekrutan tenaga pegawai negeri sipil yang diselenggarakan secara nasional. Seringkali permintaan ini tidak terealisasi, namun walaupun pada akhirnya ada penambahan tenaga, itu jarang sekali sesuai dengan yang dibutuhkan, tergantung dari tenaga yang ada dan yang melamar ketika itu. Kadang-kadang apabila ada tenaga yang sesuai dengan kebutuhan, tidak diberikan kepada Puskesmas Pancoran Mas tetapi kepada Puskesmas lainnya. Semua tergantung dari kebijakan pihak Dinas Kesehatan Depok.

Kebanyakan petugas di Puskesmas ini adalah perempuan. Petugas laki-laki yang berstatus PNS hanya ada 3 orang, satu orang bertugas di bagian pendaftaran pasien, dan 2 orang lagi adalah tenaga sukarelawan. Mereka bekerja sebagai tenaga pelaksana kegiatan rutin sehari-hari, tidak memegang program. Mereka

biasanya bertugas hanya sebatas pekerjaan yang dibebankan saat itu, “*begitu tugasnya selesai, ya sudah, tidak ada lagi yang mereka kerjakan*”, menurut mereka.

Tabel 8: Keadaan Tenaga di Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2005

No.	Jenis Tenaga	Yang Ada	Standar Puskesmas	Kurang	Keterangan
1.	Dokter Umum	3	3		2 PTT
2.	Dokter Gigi	3	2		2 PTT
3.	Sarjana Kes. Masy.	1	1		
4.	Sarjana Non Kes.		1	1	
5.	Bidan	4	4		
6.	Perawat	3	11	9	
7.	Perawat Gigi	1	1		
8.	Entomologi		1	1	
9.	Efidemiologi		1	1	
10.	Asst. Apoteker		1	1	
11.	Analisis	1	1		
12.	Tenaga Gizi	1	1		
13.	Sanitarium	1	1		
14.	TU/Bendahara/Urum	2	3	1	
15.	Pekarya	1	3	2	
16.	Administrasi	3			2 Sukwan
17.	Juru Obat	2	1		
18.	Petugas Kebersihan	1	2	1	2 Sukwan
19.	Penjaga Puskesmas	1	1		1 Sukwan

Menurut petugas tata usaha, sebenarnya Puskesmas ini sangat membutuhkan tenaga laki-laki, terutama untuk saat sekarang ini, sangat dibutuhkan tenaga perawat laki-laki. Kebetulan tenaga perawat yang ada sekarang adalah perempuan.

Tugas-tugas untuk perawat tampaknya semakin berat bebannya, karena untuk ke depan ada kegiatan surveilans dan tugas lapangan seperti penyuluhan ke masyarakat. Selama ini memang sudah ada kegiatan penyuluhan, yang kegiatannya termasuk ke dalam program Promosi Kesehatan (Promkes) dan biasanya kegiatannya dilakukan oleh perawat bekerjasama dengan PKK di daerah-daerah (di tingkat RW).

Dalam bekerja memang selama ini belum pernah dirasakan oleh semua petugas yang ada, bahwa kebutuhan tenaga harus didasarkan pada jenis kelamin tertentu. Hanya untuk bidang-bidang tertentu seperti bidang kesehatan lingkungan, ketika bertugas ke lapangan misalnya untuk kegiatan penyemprotan, barulah terasa sangat memerlukan tenaga laki-laki. *“Kebetulan di sini ada tenaga sukarelawan yang laki-laki, maka dia lah yang dibawa untuk membantu kegiatan penyemprotan ini”*, kata petugas bagian Tata Usaha.

Saat ini Puskesmas masih memerlukan penambahan tenaga untuk tenaga bidan, perawat dan tenaga di bidang komputer. Selama ini memang sudah ada tenaga-tenaga tersebut, tetapi dengan jumlah penanganan masalah yang kian bertambah, maka kebutuhan untuk tenaga pelayananpun bertambah pula. Sekarang inipun Puskesmas hanya memiliki seorang tenaga dokter yang berstatus PNS, itupun hanya bersifat titipan, belum berstatus tetap di Puskesmas ini dan masa kerjanya pun hanya tinggal setahun ini. Sedangkan dua orang dokter lainnya yang ada di Puskesmas ini, masih berstatus magang (PTT).

Meskipun di dalam setiap usulan kegiatan program telah diajukan kebutuhan akan tenaga tambahan, namun seringkali juga permohonan itu diusulkan kembali ketika menjelang masa kerja dokter yang ada, mendekati masa selesai tugasnya. Hal ini dilakukan sekedar untuk mengingatkan pihak Dinas Kesehatan.

Dengan kondisi dan kapasitas petugas kesehatan yang ada ditambah dengan lemahnya pengawasan, baik di tingkat Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan ke Puskemas, dapatlah dipahami bila tenaga pelayanan kesehatan yang ada selama ini belum cukup memadai. Selain kapasitas petugas kesehatan, hambatan lain yang dihadapi yang seringkali terlihat adalah lemahnya manajemen sumber daya yang ada di Puskesmas.

Sebagai contoh Kepala Puskesmas yang telah ditunjuk kadangkala tidak dapat memanfaatkan tenaga kesehatan yang ada secara maksimal, sekaligus mengelola program dan proyek yang harus dilaksanakan bersamaan. Misalnya bagaimana mengatur petugas yang bekerja rangkap, dalam arti selain bertugas di dalam gedung Puskesmas mereka juga harus membagi waktu dengan tugas di luar

gedung, yaitu kegiatan di masyarakat, seperti mengikuti kegiatan posyandu, melakukan penyuluhan di masyarakat, melakukan kegiatan pengasapan (*fogging*) yang selama ini sedang gencar dilakukan, maupun kegiatan lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan di masyarakat. Dalam kegiatan-kegiatan tersebut, peran petugas sangat penting diharapkan oleh masyarakat.

Kesibukan dan tugas rangkap yang dibebankan kepada petugas, menyebabkan sulit untuk bertemu dengan mereka. Menurut Kepala Puskesmas, siang sedikit para perawat sudah pergi ke luar Puskesmas, yaitu bertugas ke posyandu-posyandu.

Memang di kelurahan-kelurahan sudah ada kader yang menangani kegiatan tersebut, tetapi tenaga perawat sebagai petugas dari Puskesmas mempunyai peran yang cukup penting seperti memberikan imunisasi kepada balita yang datang ke posyandu tersebut. Apalagi posyandu yang harus dikunjungi ada banyak. Tenaga yang ada sebenarnya masih belum memadai untuk menjangkau semua kegiatan tersebut. Terpaksa membagi-bagi tugas di antara mereka.

Di samping itu sebagai pimpinan, Kepala Puskesmas merasa dirinya harus mampu menciptakan kondisi dan lingkungan kerja yang dapat memuaskan berbagai kebutuhan staf. Hal ini dianggap penting untuk menambah semangat dan efektifitas kerja staf Puskesmas sehingga dia berharap dapat meningkatkan kualitas pelayanan pada lembaganya. Tetapi tampaknya untuk mewujudkan harapan tersebut sangat sulit. Kepala Puskesmas tidak dapat berbuat banyak, karena tidak memiliki dukungan anggaran dari Dinas Kesehatan untuk leluasa menentukan kebijakan. Pada akhirnya beliau hanya mampu memberikan dukungan moril kepada stafnya, seperti selalu memperlakukan staf secara hubungan pertemanan.

Memang terlihat hubungan antara Kepala Puskesmas dengan para staf yang bertugas di poli-poli yang ada, sangat erat. Ia sering berkunjung ke ruang-ruang praktek umum, ruang kebidanan, dan ruang lainnya, untuk sekedar mengobrol. Sering pula terlihat ketika jam-jam istirahat, mereka makan bersama di ruang Kepala Puskesmas. Pada awal-awal kedatangan saya pada Puskesmas ini, nyaris tidak dapat membedakan antara pimpinan dan staf Puskesmas di sini, karena beliau

selalu membaur di antara para petugas pelayanan yang ada. Sering juga beliau ikut membantu petugas di bagian pendaftaran, bila jumlah pasien yang datang sangat banyak sementara tenaga petugas tidak mampu melayani pasien.

Selama ini setiap petugas di Puskesmas melakukan berbagai kegiatan dalam satu waktu (bertumpuk), misalnya selain melakukan pelayanan kepada pasien di dalam Puskesmas, pada saat yang sama mereka juga diharuskan pergi ke lapangan. Terkadang karena sangat dibutuhkan di lapangan, maka pekerjaan yang ada di dalam Puskesmas diserahkan kepada orang lain yang kebetulan lebih mempunyai waktu. Sehingga seringkali banyak pekerjaan yang terbengkalai karena tidak dapat membagi waktu dan tenaga. Menurut informan, seharusnya untuk kegiatan di luar Puskesmas, ada petugas khusus, sehingga pekerjaan pelayanan di dalam Puskesmas dapat dilakukan dengan maksimal.

Melihat kondisi petugas seperti itu, tampaknya tujuan pelayanan prima yang dicanangkan untuk peningkatan kualitas pelayanan puskesmas khususnya, tidak mungkin dapat dilaksanakan. Karena untuk mencapai pelayanan prima, benar-benar harus siap, baik sarana maupun prasarannya. Paling tidak, untuk jangka pendek sekarang ini, yang dapat dilakukan oleh Puskesmas untuk mengarah pada pelayanan prima, adalah merubah sikap dan perilaku petugas kepada pasien, yaitu berusaha ramah, sabar dan telaten dalam menghadapi pasien. Setelah itu, barulah sarana fisik yang perlu mendapat perhatian, seperti tempat yang nyaman untuk menerima pasien.

Sementara fasilitas yang ada di Puskesmas, masih tergantung pada anggaran yang tersedia, agak sulit untuk mencapainya. “Pokoknya kalau masyarakat belum merasa puas, mungkin pelayanan prima belum dapat tercapai,” begitu menurut informan.

B. Kebijakan Puskesmas

1. Perencanaan Kerja

Kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan sesuai tenaga maupun fasilitasnya, karenanya kegiatan di setiap Puskesmas bisa berbeda-beda. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang lazim dan seharusnya dilaksanakan sebagai berikut :

- 1) Kesejahteraan ibu dan Anak (KIA);
- 2) Keluarga Berencana;
- 3) Usaha Peningkatan Gizi;
- 4) Kesehatan Lingkungan;
- 5) Pemberantasan Penyakit Menular;
- 6) Upaya Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Kecelakaan;
- 7) Penyuluhan Kesehatan Masyarakat;
- 8) Usaha Kesehatan Sekolah;
- 9) Kesehatan Olah Raga;
- 10) Perawatan Kesehatan Masyarakat;
- 11) Usaha Kesehatan Kerja;
- 12) Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut;
- 13) Usaha Kesehatan Jiwa;
- 14) Kesehatan Mata;
- 15) Laboratorium yang diupayakan tidak lagi sederhana;
- 16) Pencatatan dan Pelaporan Sistem Informasi Kesehatan;
- 17) Kesehatan Usia Lanjut;
- 18) Pembinaan Pengobatan Tradisional.

Pelaksanaan kegiatan pokok Puskesmas diarahkan kepada keluarga sebagai satuan masyarakat terkecil. Kegiatan pokok Puskesmas ditujukan untuk kesehatan keluarga sebagai bagian dari masyarakat di wilayah kerjanya. Kegiatan pokok Puskesmas dilakukan dengan pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Ketika ditelusuri program kerja pada setiap bidang di Puskesmas ini menjadi urusan yang sangat berbelit-belit. Pertanyaan-pertanyaan mengenai program kerja setiap seksi atau bidang layanan selalu dijawab sebagai program rutin saja yang meliputi: kegiatan di dalam gedung dan di luar gedung.

Dokumen-dokumen seperti program kerja seksi dan peraturan-peraturan daerah, apalagi UU dan peraturan pemerintah lainnya tidak tersedia dengan baik di Puskesmas ini. Hampir semua petugas yang sehari-harinya berhubungan dengan masyarakat secara langsung, tidak memiliki pengetahuan yang memadai mengenai peraturan-peraturan pemerintah yang berhubungan dengan bidang tugasnya.

Khusus untuk program kerja seksi atau bidang, dilakukan penelusuran baik pada bidang-bidang di Puskesmas itu sendiri maupun kantor Dinas Kesehatan, juga sulit didapatkan dengan alasan harus izin Kepala Puskesmas dan izin dari Dinas Kesehatan terutama bagian Sumber Daya Kesehatan. Dari penuturan beberapa tenaga kesehatan, sebenarnya tidak ada yang istimewa dengan program tersebut, karena biasanya program yang dilakukan adalah yang bersifat rutin yang sehari-hari mereka lakukan.

Evaluasi program dilakukan setiap bulan. Setiap akhir bulan biasanya diadakan lokakarya bulanan (lokbul), dan saat itu setiap bidang mengajukan evaluasi kegiatannya. Tetapi terkadang karena kesibukan Puskesmas, lokbul ini baru bisa terselenggara setelah 2 atau 3 bulan sekali.

2. Jasa Pelayanan

Selama ini untuk biaya operasional pelayanan Puskesmas Pancoran Mas masih tergantung pada APBD Kota dan Propinsi, selain itu juga biaya dari Askes dan pengembalian retribusi pelayanan. Secara rinci, sumber biaya dan besarnya anggaran pembiayaan yang diberikan kepada Puskesmas Pancoran Mas adalah sebagai berikut:

Tabel 9: Pembiayaan Kesehatan Puskesmas Pancoran Mas tahun 2004

No.	Jenis Sumber Biaya	Jumlah
1.	Pengembalian Retribusi	Rp. 43.802.200,-
2.	ASKES	Rp. 44.094.000,-
3.	Biaya dari APBD Kota	Rp. 22.429.850,-
4.	Biaya dari APBD Propinsi	Rp. 15.902.100,-

Sumber: Keuangan Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2004

Sementara itu sumber biaya yang diperoleh dari retribusi penyelenggaraan pelayanan yang diterima Puskesmas Pancoran Mas, sesuai peraturan disetorkan ke Dinas Kesehatan setiap minggu dan dikembalikan ke Puskesmas sebagai biaya operasional tambahan sebanyak 40 %. Sebenarnya Puskesmas ini sudah diarahkan untuk mencari anggaran sendiri untuk biaya tambahan operasional pelayanan, tapi tampaknya Puskesmas ini belum siap melaksanakan, karena adanya kendala, baik sarana yang ada, juga kesiapan SDM yang ada, belum memadai. Terpaksa dengan anggaran terbatas, dicoba untuk dikelola dengan baik.

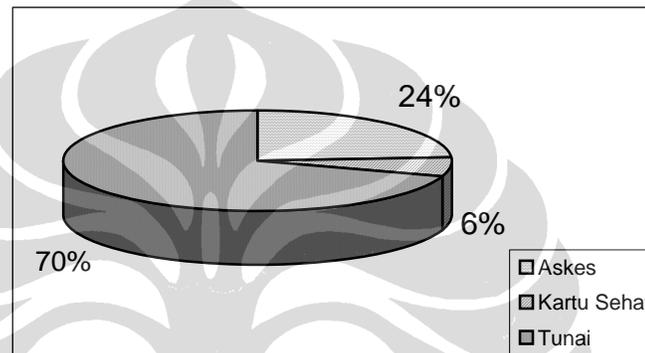
Memang selama ini telah dimotivasi oleh pihak-pihak terkait, bahwa Puskesmas ini harus mencapai suatu perubahan yang nyata. Tetapi tampaknya menurut Kepala Tata Usaha Puskesmas perubahan yang dapat terlihat nyata sementara ini adalah dengan pembangunan gedung sebagai sarana pelayanan.

Menurut informan, mungkin mereka bisa memanfaatkan anggaran dari dana pemeliharaan yang selama ini diberikan dari Dinas Kesehatan, ditambah dengan anggaran sukarela pribadi, mereka dapat membangun gedung ini.

Diberlakukannya UU no. 22 tahun 1999 dan PP no. 25 tahun 2000, daerah mempunyai wewenang yang besar untuk kesehatan yang harus diprioritaskan dan intervensi yang perlu dilakukan serta menentukan besar anggaran yang diperlukan. Di samping itu juga mempunyai kewenangan untuk melakukan integrasi perencanaan dan anggaran. Berdasarkan hal tersebut, Puskesmas mengembangkan pendekatan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT).

Adapun jenis pembayaran jasa pelayanan di Puskesmas terbagi menjadi: tunai (biaya oleh pasien sendiri), Kartu Sehat (bagi pemilik kartu sehat / sasaran JPS-BK) serta ASKES. Dari jumlah kunjungan selama satu tahun pada tahun 2001 yang sebesar 547.981 kunjungan, dapat dilihat jenis pembayarannya oleh pasien, sebagai berikut:

Jenis Pembayaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Depok Tahun 2001



Sumber: Laporan SP3 (LB4)

Dari grafik di atas nampak bahwa kemampuan masyarakat dalam pembiayaan kesehatannya masih relatif tinggi yang dapat dilihat dari persentase pembayaran sendiri (pembayaran tunai) yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan kartu sehat dan Askes. Pelayanan kartu sehat di sini adalah bagi pemegang kartu sehat dari sasaran program JPS-BK, sedangkan Askes yang dimaksud adalah asuransi kesehatan pemerintah (bagi pegawai negeri), untuk asuransi kesehatan non pemerintah di pelayanan tingkat Puskesmas, tidak ada.

Selama ini untuk kegiatan pelayanan keluar puskesmas, biasanya tidak ada biaya khusus. Hanya ada biaya transport saja. Sementara kegiatan di luar puskesmas antara lain adalah Posyandu, UKS, UKGM, Pelacakan Kasus, TB Paru, Pelacakan Kusta, DBD dan sebagainya. Untuk kebutuhan kegiatan operasional, anggaran diambil dari balikan dana retribusi sejumlah 40 % dari retribusi pasien yang terkumpul. Padahal kebutuhan untuk kegiatan ke masyarakat sudah diajukan dalam perencanaan program, tetapi tampaknya tidak pernah mendapat tanggapan dari pihak Dinas Kesehatan. Akhirnya dengan anggaran yang terbatas, para petugas berupaya tetap melaksanakan kegiatan/program yang telah mereka rencanakan.

Menurut Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 93A/MENKES/SKB/II/1996 dan No. 17 Tahun 1996 tentang Pedoman Pelaksanaan pungutan retribusi pelayanan kesehatan pada Puskesmas, yang dimaksud dengan retribusi pelayanan kesehatan Puskesmas adalah biaya yang dipungut oleh Pemerintah Daerah Tingkat II sebagai imbalan atas jasa pelayanan kesehatan. Adapun besarnya retribusi pelayanan kesehatan ini ditetapkan melalui Peraturan Daerah Tingkat II, yaitu dengan memperhatikan kemampuan sosial ekonomi masyarakat setempat.

Komponen pelayanan kesehatan yang dipungut retribusi dikelompokkan sebagai berikut: rawat jalan, rawat inap, rawat kunjungan, tindakan medik, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan pelayanan ambulans. Menurut peraturan tersebut, hasil retribusi pelayanan kesehatan dari Puskesmas sejumlah 50% disetorkan ke Kas Daerah dan 50 % dapat digunakan langsung oleh Puskesmas untuk menunjang kelancaran tugas pelayanan yang meliputi: kegiatan operasional Puskesmas baik di dalam maupun di luar gedung sarana pelayanan Puskesmas termasuk rawat kunjungan dan pembinaan kesehatan kepada masyarakat; pembinaan sumber daya manusia dan pemeliharaan serta pengadaan bahan penunjang, baik berupa bahan administrasi kantor maupun obat-obatan, reagensia, bahan habis pakai dan lain-lain.

Rincian biaya pelayanan kesehatan terdiri dari :

1. Rawat jalan, meliputi biaya jasa konsultasi media dan jasa Puskesmas yang dinyatakan dalam bentuk karcis harian.
2. Rawat inap meliputi biaya akomodasi dan penggunaan fasilitas rawat inap dengan atau tanpa makan.
3. Rawat kunjungan meliputi biaya transportasi dan retribusi rawat jalan.
4. Tindakan media meliputi biaya tindakan medik yang meliputi komponen bahan, alat dan jasa medik.
5. Pemeriksaan penunjang diagnostik menyangkut biaya bahan dan alat.

Berkaitan dengan bantuan obat-obatan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, dalam Keputusan Bersama ini dikatakan bahwa, dalam tahun anggaran 1978/1979 disediakan bantuan obat-obatan dengan perhitungan (ketika itu) Rp 70,- (tujuh puluh rupiah) bagi setiap penduduk, dengan catatan paling sedikit Rp 7.000.000,- (tujuh juta rupiah) untuk setiap Daerah Tingkat II. Adapun bantuan obat-obatan diharapkan dapat dipergunakan untuk menambah persediaan obat-obatan tidak saja di Puskesmas, tetapi juga pada Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Balai Pengobatan, Puskesmas Keliling dan Rumah Sakit yang dikelola oleh Daerah Tingkat II.

Puskesmas pada dasarnya memang ditujukan pada masyarakat yang kurang mampu, sehingga dalam sistem pembayarannya juga disesuaikan dengan kemampuan ekonomi warga masyarakat di wilayah kerjanya. Pada kenyataannya, meskipun pelayanan kesehatan diberikan dengan harga murah atau bahkan secara gratis namun tampaknya tidaklah gratis bagi pemakainya. Banyak pertimbangan yang harus diambil ketika seorang ibu harus pergi ke Puskesmas. Seringkali mereka tidak bisa meninggalkan anak-anak karena tidak ada yang menjaga mereka di rumah. Apalagi jam-jam praktek di Puskesmas adalah pagi hingga siang hari, dimana para ibu tidak bisa mengandalkan suami untuk menjaga anak-anak di rumah. Paling tidak, dia harus membawa anak terkecil untuk pergi ke Puskesmas, dan itu tentunya membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Mereka harus menyediakan anggaran untuk transport, jajan anak ketika menunggu lama di Puskesmas, belum lagi kalau pasiennya banyak dan anak menjadi rewel ketika menunggu. Biaya murah atau gratis dari pelayanan kesehatan Puskesmas menjadi sangat mahal artinya bagi mereka.

Besarnya uang retribusi yang diperoleh Puskesmas setiap bulannya adalah sebesar Rp 3.000.000,- hingga Rp 3.500.000,-. Uang hasil retribusi itu kemudian diserahkan ke Dinas Kesehatan, dan dari hasil tersebut nantinya dikembalikan lagi ke Puskesmas sebanyak 40 % yang dapat digunakan untuk biaya operasional, 10 % masuk ke kas Dinas Kesehatan dan 50 % untuk kas Pemda.

Dengan perhitungan tersebut, biasanya yang diperoleh Puskesmas berkisar antara Rp 1.500.000,- hingga Rp 2.000.000,- setiap bulan. Sementara biaya operasional Puskesmas lebih besar dari itu, bahkan bisa mencapai hingga Rp 8.000.000,-. Untuk mengatasi kekurangan itu, pihak Puskesmas berupaya antara lain menyisihkan anggaran dari sisa-sisa SPJ dari setiap program yang ada, selain itu menyisihkan anggaran hasil dari penjualan obat, yang sebetulnya ada obat-obat yang tidak boleh dijual.

Menurut ketentuan, obat-obat produk dalam negeri tidak boleh diperjualbelikan. Oleh karena itu untuk menutup biaya operasional, Puskesmas menjual obat produk luar, dengan batasan harga tidak boleh lebih dari harga penjualan obat di pasaran. Puskesmas juga mengusahakan agar obat-obat yang dijual tersebut tidak sama dengan Pelayanan Kesehatan Dasar. Mereka menyadari bahwa tindakan ini tidak dibenarkan, tetapi mereka tidak mempunyai cara lain untuk mengatasi masalah kekurangan anggaran ini.

Pada Poli Gigi, pasien dikenakan retribusi lagi sebagai uang jasa pelayanan dan pengujian kesehatan. Besarnya uang sudah ditentukan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan. Seperti hari ini ada sejumlah 28 pasien yang dilayani di poli gigi, kebanyakan berkaitan dengan perawatan dan penambalan gigi. Untuk memperoleh pelayanan di sini, dari pasien dipungut biaya pelayanan, yang menurut informan dikategorikan sebagai retribusi pelayanan. Adapun besarnya retribusi tergantung dari tindakan yang diberikan kepada pasien dan disesuaikan dengan Perda No. 4 tahun 2001.

Setelah memperoleh pelayanan gigi, pasien membayar sejumlah uang sesuai dengan yang tertera pada tanda bukti pembayaran (semacam kwitansi pembayaran). Setiap seminggu, petugas perawat merekap data pasien dan mengumpulkan uang yang masuk dari pelayanan yang diberikan selama ini. Selanjutnya diserahkan kepada bagian bendahara (bendahara Puskesmas).

Menurut tanda bukti pembayaran pada pelayanan di poli gigi, terlihat variasi daftar harga pelayanan yang harus dipenuhi pasien, yaitu untuk setiap jenis pelayanan sebagai berikut:

Tabel 10 : Daftar Biaya Pelayanan Kesehatan

No.	Jenis Tindakan	Tarif
a.	Cabut Gigi: 1. Gigi sulung 2. Gigi tetap 3. Gigi tetap dan Komplikasi	Rp 2.000,- Rp 5.000,- Rp 7.500,-
b.	Penambalan Gigi 1. Tambal sementara 2. Tambal amalgam 3. Tambal silikat / ionomer 4. Scalling per resio 5. Alveolektomi 6. Gingivektomi 7. Uperculektomi	Rp. 2.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,- Rp 2.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,- Rp 5.000,-
c.	Ekstervasi Mucosel	Rp 20.000,-
d.	Pemeriksaan kesehatan umum	Rp 2.000,-
e.	Melanjutkan pendidikan	Rp 1.000,-
f.	Pemeriksaan calon pengantin	Rp 5.000,-
g.	Pemeriksaan kesehatan Calon Jemaah haji: 1. Pemeriksaan pertama (di Puskesmas) 2. Pemeriksaan kedua (di Dinkes)	Rp 15.000,- Rp 25.000,-

Tampaknya tarif yang dibebankan kepada pasien, tidak terlalu mahal, seperti digambarkan oleh seorang pasien gigi yaitu, Edwin, yang baru pertama kali berobat di Puskesmas. Menurutnya biayanya pengobatan ke klinik swasta jauh lebih mahal, untuk satu tambal atau cabut gigi sekitar Rp 75.000,- - Rp 80.000,-. Sedangkan di puskesmas, untuk tambal maupun cabut gigi cukup membayar Rp 2.000,-.

Namun meskipun sudah cukup murah, masih saja masyarakat menganggap memberatkan seperti dikatakan seorang petugas kesehatan di sini, seringkali masyarakat menganggap kebijakan Puskesmas di sini disamakan dengan kebijakan pelayanan kesehatan yang ada di Jakarta, karena letak Depok yang berdekatan dengan Jakarta. Bagi petugas, ini juga menjadi kesulitan. Kalau di Puskesmas DKI Jakarta, biaya pelayanan bisa gratis, di sini hal itu tidak mungkin dilaksanakan. Masyarakat selalu membandingkan, *"itu di Jakarta gratis, di sini harus bayar"*. Kalaupun ada 'fokus' yang diberikan secara gratis, dampaknya akan menimbulkan

kecemburuan warga masyarakat lainnya. Misalnya untuk kegiatan penyemprotan (fogging) ada kebijakan, yaitu pada radius 200 meter dari pusat pelayanan kesehatan, tidak dipungut biaya. Bila diterapkan kebijakan ini, maka akan menimbulkan kecemburuan wilayah lain yang berada di luar jangkauan tersebut.

3. Program Rujukan Ke Rumah Sakit

Pagi ini di depan ruang TU sudah menunggu 4 orang pasien, 3 laki-laki dan seorang perempuan. Ketika itu Kepala TU sibuk menggantikan asistennya yang biasanya melayani pasien yang memerlukan bantuan ke tatausahaan. Rupanya untuk masuk ke ruang TU ini, orang tidak perlu mengambil nomor, siapa yang datang lebih dulu, dia masuk ke dalam. Ketika pasien yang di dalam, keluar ruangan, tiba-tiba seorang ibu *nyelonong* masuk dengan tanpa permissi. Cukup lama ibu itu berada di dalam ruangan. Kebetulan ruang tersebut tidak ditutup dan siapapun bisa melihat apa yang terjadi di dalam. Rupanya ibu itu ingin mengurus surat rujukan ke rumah sakit, karena ingin mendapat pelayanan dengan menggunakan kartu Asuransi Kesehatan.

Untuk pengobatan, peserta asuransi harus ke puskesmas lebih dahulu. Apabila memerlukan penanganan dokter spesialis, diberikan rujukan. Selanjutnya pasien bisa menempuh rawat jalan atau rawat inap. "*Apabila ada peserta Askes kondisi kesehatannya memungkinkan masuk UGD, ya langsung masuk UGD rumah sakit tanpa prosedur*", kata kepala TU Puskesmas ini menjelaskan kepada si ibu. Dia menerangkan, ada 18 hal yang tidak ditanggung Askes. Antara lain misalnya pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetik, cuci darah, *general check-up*. Contoh lain yang tidak dijamin adalah penyakit akibat upaya bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri, juga penyakit akibat keikutsertaan dalam olahraga berbahaya.

Di dinding di depan ruang TU, tampaknya menjadi arena pemberian informasi pelayanan puskesmas. Di sana terpampang brosur tentang pelayanan Asuransi Kesehatan. Tertulis persyaratan mengurus ASKES, yaitu:

1. Mengisi Form Askes (1 dan 2) rangkap 3.
2. Fotokopi SK PNS terakhir.
3. Fotokopi Akte Nikah.
4. Fotokopi Akte Anak (maksimum 2).
5. Fotokopi KTP pemohon.
6. Fotokopi struk gaji PGPS.
7. Pas photo ukuran 2x3 sebanyak 4 lembar.
8. Pas photo Istri, ukuran 2x3 sebanyak 2 lembar.
9. Pas photo Anak yang berumur di atas 5 tahun, ukuran 2x3 sebanyak 2 lembar

Setelah ibu itu memperoleh surat rujukan, dia harus membayar biaya administrasi yang besarnya sukarela, tetapi tampaknya si ibu menyerahkan uang sebanyak dua lembar ribuan dan diletakkan di meja. Kemudian dia keluar melewati pasien lain tanpa merasa bersalah, bahwa ia telah menyerobot masuk tanpa permissi pasien yang lebih dulu menunggu.

4. Peluang Peningkatan SDM Puskesmas

Puskesmas tidak mempunyai wewenang untuk menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan sumber daya manusia yang ada. Biasanya kegiatan-kegiatan tersebut diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Puskesmas hanya mengirim petugas-petugasnya yang dibutuhkan untuk mengikuti kegiatan tersebut. Bila ada permintaan untuk mengikuti pelatihan, biasanya tidak dibatasi bagi laki-laki atau perempuan. Siapa saja boleh mengikutinya asal sesuai dengan bidang program yang diminta, misalnya peningkatan sumber daya untuk program kesehatan lingkungan, maka yang dikirim adalah petugas yang menangani

masalah kesehatan lingkungan, kalau permintaannya untuk tenaga bidan, maka bidan lah yang dikirim. Jadi sesuai dengan bidang keahlian mereka.

Kadang-kadang pelatihan yang diselenggarakan ini, tidak sesuai dengan kebutuhan Puskesmas. Hal ini disebabkan karena pihak Dinas Kesehatan tidak pernah melihat sendiri kondisi yang ada di wilayah Puskesmas.

Saat ini perhatian pemerintah, khususnya terhadap perawat di Puskesmas kelihatannya masih sangat terbatas. Sementara, kondisi di lapangan menunjukkan secara kualitas dan kuantitas, perawat di Puskesmas belum memenuhi harapan. Kurangnya kesempatan untuk mengikuti pelatihan, serta ketidakjelasan uraian tugas menyebabkan perawat di Puskesmas belum dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Contohnya, seringkali Puskesmas kekurangan tenaga dokter sehingga perawat harus juga melakukan pekerjaan yang biasa dilakukan oleh dokter. Dalam hal ini perawat lebih banyak memberikan pelayanan medik yang tidak sesuai dengan kewenangannya.

Di sini setiap orang tampaknya mempunyai tugas yang cukup banyak, selain kegiatan rutin di bidangnya, juga menangani kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan puskesmas tersebut. Sehingga akan sering terlihat, belum selesai pelayanan yang diberikan di dalam puskesmas, ia harus pergi keluar (ke masyarakat) juga untuk pekerjaan pelayanan kesehatan. Banyak pekerjaan yang pada akhirnya dibawa pulang sebagai pekerjaan rumah. Sementara bila sudah di rumah pun pekerjaan domestik juga menanti mereka. Hal ini kadang-kadang juga mengganggu keluarga, dalam arti tidak dapat sepenuhnya memberi perhatian kepada keluarga.

Misalnya pernah seorang petugas Tata Usaha merangkap beberapa tugas sekaligus, yaitu program imunisasi, PKM dan tata usaha yang dilakukan selama 16 tahun. Akhirnya program imunisasi dan PKM dilimpahkan kepada orang lain dan ia hanya konsentrasi pada bidang tata usaha, karena dianggap pekerjaan tata usaha cukup berat. Untuk kegiatan imunisasi dan PKM biasanya dilakukan di masyarakat, tidak di Puskesmas ini sementara pekerjaan sebagai tata usaha harus terus menerus berada di tempat.

Kegiatan tata usaha sendiri antara lain mencakup kegiatan: administrasi surat masuk dan surat keluar, administrasi jamsostek, menyimpan arsip data seluruh karyawan, penanggung jawab SP3, mengisi DUK / LSD / DP3, melayani administrasi calon haji, melayani rujukan keluar dan surat keterangan sakit / sehat untuk pasien, mengelola buku-buku di Puskesmas, memantau kunjungan pasien, merekap daftar hadir karyawan, membuat laporan bulanan, mengikuti lokakarya bulanan.

Ketika mengunjungi ruang tata usaha dan ingin bertemu dengan Neni, petugas tata usaha, untuk mencari informasi tentang tugas pokok dan fungsi (tupoksi) para petugas di Puskesmas ini, tampaknya agak kesulitan. Beberapa pertanyaan teknis dijawab dengan tidak bersemangat. Ketika menanyakan kepanjangan sejumlah singkatan yang tercantum dalam struktur organisasi, Neni tidak dapat menjawab. Bahkan ia pergi tanpa menjawab ataupun memberikan respon saat saya bertanya.

Saat ditanya apakah tupoksi ini diketahui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan diserahkan kepada Dinas Kesehatan, Neni menjawab tidak tahu. Ia menyatakan tupoksi ini tidak diberikan kepada pihak Dinas Kesehatan karena ini merupakan otonomi Puskesmas.

C. Aktivitas Keseharian di Puskesmas

1. Motivasi Menjadi Petugas Kesehatan

Sebut satu saja pekerjaan yang sangat mulia, jawaban yang mungkin paling banyak muncul adalah perawat. Betapa tidak, merawat pasien yang sedang sakit adalah pekerjaan yang sangat sulit. Tak semua orang bisa memiliki kesabaran dalam melayani orang yang tengah menderita penyakit. Namun, perawat sebagai profesi dan bagian integral dari pelayanan kesehatan tidak saja membutuhkan kesabaran. Kemampuannya untuk ikut mengatasi masalah-masalah kesehatan tentu harus juga bisa diandalkan.

Untuk mewujudkan keperawatan sebagai profesi yang utuh, ada beberapa syarat yang harus dipenuhi. Setiap perawat harus mempunyai *body of knowledge* yang spesifik, memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui praktik keprofesian yang didasari motivasi altruistik, mempunyai standar kompetensi dan kode etik profesi. Para praktisi dipersiapkan melalui pendidikan khusus pada jenjang pendidikan tinggi.

Ada pandangan yang menyatakan bahwa bidang-bidang yang berkaitan dengan perawatan adalah merupakan aktivitas perempuan. Seperti banyak ahli percaya bahwa merawat orang sakit atau para jompo sebaiknya ditangani secara kekeluargaan dengan menggunakan inter-relasi kewanitaan (Sciortino, 1992: 15), dan kalangan perempuan pun menganggap tugas-tugas perawatan adalah sebagai tugas sosial.

Eva (perawat pada poli gigi pada Puskesmas Pancoran Mas) memilih sekolah menjadi perawat, pertama-tama adalah ingin cepat mendapat pekerjaan begitu selesai sekolah. Menurutnya, kalau ia sekolah di sekolah kejuruan, begitu lulus bisa cepat mendapatkan pekerjaan, itu adalah kesan pertama ketika memilih sekolah di bidang perawatan. Selanjutnya ketika sudah menyelesaikan sekolah, kebetulan ia diterima sebagai pegawai negeri di Puskesmas. Pekerjaan itu dia anggap tidak begitu menyita waktu, karena jam kerja dari pukul 8.00 hingga pukul 14.00. Selesai kerjanya, ia bisa melakukan kegiatan lainnya, baik pekerjaan kerumahtanggaan atau mengurus keluarga, maupun pekerjaan sambilan lainnya yang dapat menghasilkan uang, misalnya membuka praktek pada sore hari. Pada tahun-tahun pertama bekerja, Eva pernah melakukan pekerjaan sambilan pada sore hari, yaitu ia bekerja pada seorang dokter yang membuka praktek pada sore hari. Namun tampaknya ia hanya mampu melakukan pekerjaan tersebut selama setahun, selanjutnya ia berhenti bekerja karena terlalu lelah. Sebab di rumah ia juga harus mengurus orangtuanya yang sudah tua.

Tampaknya kesan terhadap perawatan sebagai suatu profesi, bersifat ambivalen dalam arti apabila ada pilihan sebagai istri atau menjadi ibu, mereka akan memilih kesempatan itu sebagai prioritas pertama dalam hidup mereka. Begitupun

dengan apa yang dirasakan oleh Eva, ada keinginan dalam dirinya untuk menikah. Namun apabila sudah berumahtangga ia berharap masih dapat tetap melanjutkan pekerjaannya. Tidak ada keinginan untuk berhenti bekerja. Hal ini kelihatannya sesuai dengan anggapan bahwa mereka yang bekerja sebagai perawat, kurang memiliki keterikatan terhadap karier (Foster, 1986: 234) karena harus membagi waktunya antara karir dan pekerjaan kerumahtanggaan.

Untuk mendukung jenjang karir yang dijalani sebagai pegawai negeri, sebenarnya Eva masih mempunyai keinginan untuk melanjutkan sekolah tetapi pada saat ini ia belum mempunyai biaya. Ia harus cukup puas dengan pendidikan sederajat dengan sekolah menengah atas.

Pada saat ini jumlah perawat di Puskesmas ada 4 orang, di ruang periksa umum ada 3 orang dan 1 orang di poli gigi. Bila melihat latar belakang pendidikan mereka, dua di antaranya sudah menyelesaikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM). Apabila mereka memusatkan perhatian pada karir, mereka harus melakukan penyesuaian untuk jenjang karir mereka sebagai pegawai negeri di Puskesmas ini. Namun kelihatannya mereka belum melakukan penyesuaian tersebut, akibatnya status mereka di sini masih tetap sebagai perawat.

Menurut dokter Tri (Kepala Puskesmas), kalau mereka sudah melakukan penyesuaian di Dinas Kesehatan, mereka tidak lagi bekerja di Puskesmas ini. Mereka harus pindah ke kantor Dinas sebagai pegawai struktural. "*S1 FKM di sini untuk apa?*" katanya. Bila mereka pindah ke Dinas Kesehatan, mereka dapat meraih jenjang karir hingga ke jabatan sebagai Kepala Bidang atau jabatan lainnya yang lebih tinggi, bahkan mereka bisa menjadi manajer di Puskesmas. Namun tampaknya pada masa sekarang ini, orang meraih gelar sarjana tidak lagi untuk karir, tetapi untuk memenuhi tuntutan persyaratan sebagai pegawai. Apalagi bila bekerja dalam jabatan fungsional. Gelar kesarjana dapat digunakan untuk menambah nilai kredit untuk meraih jabatan yang lebih tinggi.

Demikian pula halnya dengan perawat Ana, meskipun sudah lulus S1 dia mempunyai alasan tersendiri, tidak mau meniti karir lebih tinggi dalam jabatan strukturalnya. tampaknya ia cukup merasa puas dengan apa yang diperolehnya

saat ini. Menurutnya: *“Saya memang telah lulus sekolah di FKM, seharusnya dengan diperolehnya gelar tersebut, bisa pindah ke kantor Dinas ke jabatan struktural. Tetapi saya tidak mau pindah karena di sana pekerjaannya terlalu berat, sementara saya tidak kuat untuk melakukan pekerjaan yang terlalu berat. Pekerjaan di Dinas Kesehatan menuntut kita untuk sering pergi ke luar kota. Ini yang tidak bisa saya lakukan. Keluar kota biasanya untuk waktu yang cukup lama, sekitar 1 atau 2 minggu. Kebetulan saya sedang sakit ginjal, tidak boleh terlalu lelah. Saya tidak memikirkan perolehan yang bisa saya dapat dengan pergi ke luar kota, karena kalau saya sakit, biayanya malah akan lebih besar, bisa sampai jutaan. Penyakit saya sudah sampai pada cuci darah. Pada akhirnya saya bekerja sesuai kemampuan saya saja, tidak terlalu ngoyo dan ambisi mengejar karir. Apalagi di bidang pekerjaan saya ini, kegiatannya banyak dan merangkap-rangkap. Setiap orang di poli ini punya tugas masing-masing. Akhirnya pasien tidak tertangani karena pekerjaan lebih banyak ke luar. Saya tidak pernah merasa kecewa dengan apa yang telah saya pilih termasuk bekerja di Puskesmas ini yang bila dilihat, memang antar pendidikan dan kenyataan kerjanya tidaklah sama”*.

Profesi perawatan kini mengalami banyak perubahan, memang 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 dan tenaga penyuluh di masyarakat. Dia tidak harus bekerja dalam gedung, merawat pasien tetapi lebih pada menjalankan fungsi pencegahan penyakit di masyarakat. Hal ini diceritakan oleh Deksi, seorang perawat yang bekerja di poli BKIA.

Seorang perempuan berusia kira-kira 40 tahunan menggunakan pakaian seragam PNS rok panjang, tubuh sedikit gemuk, kulit agak hitam dengan rambut ikal, sibuk membolak-balik map yang ada di atas meja. Map itu adalah data pasien

yang akan dilayani sepanjang pagi ini. Deksi, demikian nama perempuan itu, menjadi perawat anak di BKIA Puskesmas ini sudah 16 tahun lamanya. Deksi mempunyai latar pendidikan SPK dan karena pengalamannya, dapat bekerja pada poli BKIA. Ia mengaku pernah bekerja hampir pada semua bagian yang ada di Puskesmas ini, alasannya adalah ia bisa memperoleh pengalaman dan pengetahuan dari setiap bagian perawatan kesehatan. Memang dari masa remajanya, ia sudah mempunyai cita-cita ingin menjadi perawat, dapat menolong masyarakat menuju sehat. Motivasi yang kuatlah yang kini membuat Deksi rajin terjun ke masyarakat memberikan penyuluhan tentang kesehatan, dan ketika menerima pasien pun tak segan-segan ia selalu memberi nasehat tentang perawatan bagi pasien yang sedang sakit.

Beragam alasan yang diberikan perawat lainnya, ketika terjun ke dalam profesi ini. Seperti Aini, perawat pada poli umum, memberikan alasan *“Kelihatannya bekerja sebagai perawat tidak terlalu membutuhkan waktu banyak, apalagi perawat yang bekerja di puskesmas. Karena saya perempuan juga harus mengurus keluarga, apabila bekerja sehari penuh bisa mengganggu. Keluarga membutuhkan perhatian yang besar, dan itu tidak mungkin terpenuhi jika saya bekerja di rumah sakit. Jam kerja rumah sakit yang ketat akan mempengaruhi urusan rumahtangga”*. Kebetulan suaminya bekerja sebagai dokter di salah satu rumahsakit swasta. Menurutnya, biar suaminya saja yang sibuk. Salah satu di antara suami istri harus mengalah supaya keluarga tetap terurus, begitu alasannya. Aini dulu pernah bertugas di rumahsakit Fatmawati, yang dari segi karier, tunjangan dan pemasukan lainnya lebih besar daripada puskesmas. Tetapi ia lebih memilih puskesmas karena jam kerja dan suasana kerjanya dianggap lebih fleksibel dan santai. Menurutnya sangat cocok bagi perempuan, terutama ibu rumah tangga.

2. Kewenangan Perawat

Perawat merupakan salah satu profesi yang selalu berhubungan dan berinteraksi langsung dengan klien, baik itu klien sebagai individu, keluarga, maupun masyarakat. Kompetensi perawat merupakan kemampuan perawat melakukan

praktik keperawatan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap, sesuai unjuk kerja yang ditetapkan di dalam konteks kesehatan, kesejahteraan, dan keamanan klien. Ini memang tugas berat. Di satu sisi, masyarakat pun belum semua paham, dan bisa membedakan jenjang pendidikan keperawatan.

Dalam melaksanakan kegiatannya, perawat mempunyai kewenangan di lingkup praktik dan praktik keperawatan. Untuk lingkup praktik kewenangannya mencakup: melaksanakan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan (termasuk tindakan medik yang dapat dilakukan perawat), melaksanakan evaluasi terhadap tindakan dan mendokumentasikan hasil keperawatan. Sedangkan di lingkup praktik keperawatan, kewenangannya adalah: melaksanakan pengkajian dasar kepada sistem klien individu, keluarga, kelompok dan masyarakat di sarana kesehatan, melaksanakan pengkajian lanjutan pada sistem klien di sarana kesehatan, melaksanakan analisis data: untuk merumuskan diagnosa keperawatan lanjutan pada sistem klien di sarana kesehatan, merencanakan tindakan keperawatan sederhana dan kompleks sistem klien di sarana kesehatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai tingkat kesulitan, melakukan penyuluhan kesehatan meliputi menyusun program penyuluhan dengan metode sederhana dan melakukan penyuluhan kepada sistem klien.

Kewenangan lainnya adalah: melakukan kegiatan konseling kesehatan kepada sistem klien, melaksanakan tindakan medis sebagai pendelegasian wewenang/tugas limbah berdasarkan kemampuannya, melakukan tindakan di luar kewenangan dalam kondisi darurat yang mengancam nyawa sesuai ketentuan yang berlaku (*standing order*) di sarana kesehatan. Dalam kondisi tertentu, dimana tidak ada tenaga yang kompeten, perawat berwenang melaksanakan tindakan kesehatan di luar kewenangannya. (Kep.Menkes No. 1239/SK/XI/2001)

Untuk tugas-tugas keperawatan, seorang perawat yang bekerja di Puskesmas berbeda dengan Rumahsakit. Tugas perawat di Puskesmas lebih banyak pada urusan administrasi ketimbang tugas perawat di rumahsakit. Perawat di Puskesmas bertugas antara lain, menyiapkan keperluan pelayanan pasien

(termasuk membersihkan dan menyiapkan ruangan, menyiapkan peralatan) mencatat identitas pasien, memanggil pasien, melakukan pemeriksaan *tensi* (tekanan) darah pasien sebelum diperiksa oleh dokter, melakukan penyuluhan baik di lingkungan gedung puskesmas maupun masyarakat lingkungan (Posyandu), mengurus kwitansi pembayaran, melakukan rekapitulasi data pasien, mengikuti rapat-rapat program kerja puskesmas serta mengikuti lokakarya bulanan, ada juga perawat merangkap bekerja pada bagian obat di depot serta menata dan membereskan obat-obatan.

Menurut Aini, ia melakukan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) yang telah ditetapkan oleh pihak Puskesmas. Menurutnya yang membuat tupoksi adalah Kepala Puskesmas bekerjasama dengan TU. Dalam hal ini tidak ada keterlibatan langsung dari para pegawai puskesmas untuk mempengaruhi kebijakan tersebut. Sebelum kebijakan (tupoksi) dibuat, terlebih dahulu para pegawai puskesmas ditanya apakah bersedia menerima tugas yang akan dibebankan. Jawaban yang diberikan akan menjadi pertimbangan pemberian tugas yang tercantum dalam tupoksi.

Selama ini Aini tidak pernah keberatan dengan segala tugas yang dibebankan padanya. Meskipun tugas sebagai perawat sangat banyak, seperti melakukan penyuluhan di luar puskesmas, Aini melakukannya dengan sukarela. Menurutnya memang begitulah tugas seorang perawat di puskesmas.

Ketika mengamati kegiatan keseharian perawat, nyatanya tidak ditemukan perawat yang mengukur tensi darah pasien. Pasien langsung diperiksa oleh dokter dan tidak ada pengukuran tensi darah. Ketika ditanyakan hal tersebut kepada Aini, dengan nada kesal ia berkata: "*makanya observasi dulu, memang pasien langsung ditangani oleh dokter, kemudian diperiksa tekanan darahnya, baru kembali ke dokter lagi, begitulah alur sebenarnya*". (Bagaimana saya bisa observasi jika baru masuk saja sudah ditolak, seperti yang ia lakukan terhadap saya)

Pada akhirnya diketahui bahwa pemeriksaan tensi darah bersifat opsional dan disesuaikan dengan kebutuhan. Artinya, terserah si pasien mau memeriksakan tensi darahnya atau tidak. Namun sebagian besar pasien apalagi pasien baru, tidak

mengetahui adanya pelayanan tensi darah. Karena kalau tidak diminta oleh dokter, tidak ada yang menginformasikan dimana pasien dapat memeriksakan tensi darahnya. Ruang mengukur tensi darah terletak di bagian belakang (dalam) ruang pelayanan poli umum. Hal ini tentu saja merugikan pasien yang seharusnya mendapat pelayanan tensi darah, tetapi tidak mendapatkannya karena tidak ada informasi.

Pemeriksaan *tensi* darah memang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien. Jika dirasa tidak membutuhkan, maka tidak akan dilakukan pemeriksaan. Dengan begitu pasien hanya akan sampai di tangan dokter, mulai dari pemeriksaan, diagnosa sampai penulisan resep.

Sementara bila melihat pekerjaan yang dilakukan perawat lainnya di lingkup puskesmas ini, selain tugas-tugas yang disebutkan di atas, ada juga yang melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat di wilayah Kecamatan Pancoran. Perawat Deksi dalam melakukan penyuluhan ini, sebulan kira-kira ada 53 lokasi yang harus didatanginya, terutama pada tempat-tempat penyelenggaraan posyandu. Seperti pagi ini dia mempunyai waktu sekitar dua jam untuk melayani pasien di dalam gedung Puskesmas, setelah itu ia mempunyai janji dengan salah satu RT di Kecamatan Pancoran Mas ini.

Sementara itu di luar ruangan, pasiennya yang kebanyakan adalah pasien anak-anak kira-kira usia dibawah 10 tahun, sudah tidak sabar menunggu panggilan untuk diperiksa. Para ibu yang mengantar anak-anaknya berobat, sibuk mondar-mandir di ruang tunggu dan melongok ke ruang periksa, menunggu panggilan Deksi. Seringkali juga mereka ikut mendengar nasehat yang diberikan Deksi kepada pasien lain berkaitan dengan cara memberikan pelayanan bagi anak yang sakit. Di luar, Anak-anak ada yang merengek tidak sabar menunggu apalagi ditambah kondisi tubuh yang tidak sehat, semakin membuat suasana panas. Meskipun waktu yang dimiliki Deksi sangat terbatas, tetapi semua pasien dapat diatasi dalam waktu yang telah diperkirakan.

Berkaitan dengan tugas yang dilakukan selama ini, menurut para petugas, mereka bekerja berdasarkan standar yang diberikan oleh Dinas Kesehatan, selalu

mengacu ke sana karena bila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, tidak menjadi kesalahan karena sudah bekerja sesuai tupoksi. “*Kita kan bekerja mau aman dan nyaman*”, begitu kata perawat Ana.

Selain menangani kasus TB, Ana juga melakukan kegiatan Posmindu yaitu program kegiatan bagi lansia, tugasnya ke lapangan, ke masyarakat. Dilakukan setiap hari sekitar pukul 10-11. Sementara pekerjaan di dalam gedung ia tinggalkan “*kan ada dokter, jadi dokter yang menangani pasien*” terkadang kalau terlalu lelah, ia minta temannya sesama perawat untuk menggantikan tugasnya. Setiap minggu kegiatan dilakukan di RW-RW yang berbeda. Laporan dibuat setiap sebulan sekali, juga dilakukan evaluasi apa yang sudah dikerjakan. Kegiatan ini bekerjasama dengan aparat desa, RT, RW, Lurah.

Dari evaluasi, ada masukan yang perlu ditanggapi, misalnya perlu dilakukan senam bagi para lansia. Pekerjaan ini dilakukan dengan senang hati dan merasa sudah menjadi kewajibannya. Sehingga pada akhirnya bila Ana tidak datang untuk melakukan tugas itu, ia akan merasa beban karena takut ditunggu-tunggu oleh para lansia. Kadang-kadang dalam kondisi sakitpun tetap dilakukan pekerjaan ini. Dulu dia pernah sakit dan jatuh ketika pulang dari Posmindu, akhirnya ia dibawa ke rumah sakit. Ini disebabkan karena terlalu lelahnya. “*Kita menolong orang, niat kita baik koq*” begitu selalu ia katakan tentang apa yang dilakukannya selama ini.

Dalam melakukan kegiatan ini (ke masyarakat) ia memang mendapat uang transport, tetapi seringkali belum sampai ke tempat tujuan, uangnya sudah habis. Baginya hal itu tidak pernah merasa memberatkan. Sebenarnya anggaran untuk kegiatan posmindu, sudah direncanakan pada awal tahun anggaran, biasanya mereka membuat proposal perencanaan program kegiatan dan kemudian diajukan dari setiap poli/bidang ke Puskesmas.

Bila dibandingkan tugas-tugas yang dilakukan oleh seluruh petugas Puskesmas, Ana merasa tugas yang paling berat adalah tugas perawat, yaitu dari bersih-bersih ruangan, di sini tidak ada petugas *cleaning service*, dulu memang pernah ada, tetapi bayarannya tidak mencukupi akhirnya orang itu keluar, dan sekarang tugas membersihkan ruangan dikerjakan oleh perawat. Disini tidak ada

piket. Selesai membersihkan ruangan, biasanya Ana mengambil map pasien, melakukan register pasien dan dibagikan kepada dokter. Di ruang periksa ada 3 orang dokter, mereka masing-masing diberi sejumlah data pasien yang datang. Setelah itu mendampingi dokter memeriksa pasien, membantu *tensi* pasien, membersihkan luka pasien.

Banyaknya tugas penyuluhan ke masyarakat yang harus dilakukan perawat, menyebabkan dokter harus menangani pasien seorang diri. Ini membuat dokter *manyun* (istilah ini diberikan oleh Ana) karena tidak ada yang membantu. "*dia gak bisa marah, emangnya dia yang gaji kita*", begitu komentar Ana. Sementara di pihak dokter, ketika ditanyakan tentang posisinya ini, memberikan alasan: "*yah, begitulah kondisinya, memang banyak tugas-tugas luar yang harus dilakukan oleh mereka, sehingga mereka seharusnya juga pandai-pandai membagi waktu*".

Sebaliknya, perawat dalam melaksanakan tugasnya di dalam gedung, seringkali juga melakukan tugas dokter yaitu melaksanakan tugas limpahan berdasarkan kemampuannya. Menurut tugas pokok dan fungsi, misalnya seorang perawat gigi mengerjakan tindakan yang ringan seperti perawatan dasar, cabut gigi sulung dan menambal gigi. Ada perbedaan yang tegas antara tugas dokter dan perawat berkaitan dengan gigi. Tetapi bagi Eva, perawat gigi, meskipun ia dapat melakukan pekerjaan yang dilakukan dokter tetapi dia tidak mau melanggar tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan. Secara umum, menurutnya, kalau di Puskesmas, kebanyakan perawat melakukan juga tugas-tugas dokter. Karena itu di Puskesmas ada penggolongan perawat seperti perawat ahli yang ditujukan bagi perawat yang sudah mampu melakukan tugas dokter. Secara pribadi, Eva menganggap menjalankan tugas tersebut tidak masalah selama mampu melakukannya, apalagi bila mengingat beban dokter yang terlalu berat, sehingga tidak ada salahnya bila ikut menangani pasien bila memerlukan pelayanan seperti yang dilakukan dokter. Dia menganggap dalam melakukan pekerjaan ini hanya sebagai saling membantu. Misalnya, pekerjaan mencabut gigi itu adalah tugas dokter dan dalam pelaksanaannya membutuhkan waktu yang lama, tidak ada

salahnya bila dia ikut juga menangani pasien dengan kasus tersebut, tetapi menurutnya, selama melakukan pekerjaan itu, ia tetap di bawah pengawasan dokter.

Apabila dokter tidak ada, dan ada pasien yang mengeluh sakit gigi yang cukup berat, selama masih bisa ditangani oleh perawat, maka tugas tersebut bisa dilakukan oleh perawat. Menurut Eva, ada kesepakatan tidak tertulis berkaitan dengan pekerjaan yang dilakukan, yaitu bahwa perawat boleh saja melakukan pekerjaan dokter sepanjang perawat dapat melakukan pekerjaan tersebut. Kecuali kalau penyakitnya itu benar-benar berat dan tidak bisa ditangani oleh perawat. Menurut Eva, pada kasus seperti ini, perawat juga dapat mengeluarkan resep obat untuk pasiennya. Mengenai kewenangan perawat gigi, menurut dokter gigi Emma memang ada beberapa tindakan medis yang dapat dilakukan oleh perawat gigi. Misalnya mencabut gigi dengan kasus tertentu, yakni gigi susu dan menambal gigi yang lubangnya tidak terlalu besar.

Salah seorang dokter gigi di Puskesmas ini adalah juga merangkap sebagai Kepala Puskesmas. Menurut Eva, memang seharusnya tugas sebagai Kepala Puskesmas tidak boleh dirangkap, perannya lebih kepada pembuat keputusan di Puskesmas ini, tetapi karena kekurangan tenaga, beliau seringkali juga ikut memeriksa pasien. Beberapa waktu kemudian barulah ada dokter gigi lainnya yang menjadi pegawai di Puskesmas ini. Drg. Emma bertugas di ruang pelayanan BPG. Ia baru bekerja di Puskesmas ini selama 3 bulan dan statusnya masih CPNS. Ketika ditanya mengapa ingin menjadi PNS padahal ia bisa saja bekerja di rumah sakit swasta atau buka praktek sendiri, Emma menjawab bahwa keluarganya yang menjadi alasannya. Ia memiliki keluarga yang tidak mungkin ditinggalkan. Menjadi PNS adalah salah satu cara agar ia tidak mendapatkan tugas PTT ke daerah-daerah terpencil dan meninggalkan keluarganya.

Saat itu beliau sibuk mencatat laporan administrasi harian. Seharusnya pekerjaan tersebut adalah tugas perawat. Sayangnya hari itu perawat sudah pulang lebih awal. Laporan harian tidak dapat ditunda pengerjaannya karena harus disetor besok pagi. Emma merasa ini adalah kewajibannya untuk mengerjakan laporan, karena jika bukan ia yang melakukan maka siapa lagi. Menurut Eva begitulah jika

bekerja di puskesmas, tanggungjawab moral adalah alasan mengapa ia melakukan pekerjaan yang seharusnya tugas seorang perawat.

Emma biasa datang pada pukul 07.00 (setengah jam lebih awal dari jam pelayanan). Kemudian ia menyiapkan alat untuk pelayanan, yang sebenarnya merupakan tugas perawat.

Emma menuturkan di Puskesmas tidak ada perawat yang mendapatkan pendidikan S1. Apalagi perawat BPG di Puskesmas ini hanyalah lulusan Sekolah Perawat Gigi (SPG). (Bahkan ia menyarankan saya untuk melakukan penelitian di tempat lain saja, misalnya di rumahsakit karena disana tempat perawat yang bergelar sarjana). Masih menurut Emma, dimana-mana perawat gigi hanya lulusan SPG tidak ada yang S1, walaupun ada mungkin di rumah sakit besar.

Berkaitan dengan pendidikan perawat, tampaknya tugas perawat di puskesmas tidak hanya merupakan hasil dari keterampilan yang diperoleh dari sekolah tetapi juga ditambah dengan pengalaman. Tampaknya peran sekolah tidak dapat dilepaskan begitu saja. Sekolah memberikan pengetahuan mengenai sejumlah tugas keperawatan yang dipraktekkan di balai pengobatan. Misalnya *pojok uro*—terdiri dari oralit, garam dan sebagainya, yang disiapkan untuk menangani anak diare. Semua tidak lepas dari pengetahuan di sekolah. Tugas seorang perawat membutuhkan keterampilan yang telah diajarkan semenjak sekolah keperawatan dan terus diasah saat melakukan pelayanan.

Menurut pengalaman Deksi, perawat pada bagian KIA, perawat yang bekerja di Puskesmas, tugas keperawatannya tidak hilang bahkan tersalurkan dengan sangat baik. Jika selama ini orang melihat tugas perawat hanya seputar keperawatan, hal tersebut tidak benar. Karena tugas pokok perawat mencakup tiga hal yaitu, perawatan, penyuluhan dan tindakan.

Salah satu tugas perawat yang bekerja di puskesmas adalah melakukan penyuluhan dan pelatihan PPGD, Imunisasi, DBD. Ilmu keperawatan malah lebih mudah diaplikasikan di puskesmas karena terjun langsung menangani perilaku personal pasien, dimana keadaan pasien lebih mudah terpantau. Karena biasanya yang menjadi pasien adalah tetangga atau saudara, sehingga perkembangannya

dapat diketahui, begitu menurut penuturan Deksi. Ia memang berbeda dengan perawat lainnya ketika menjelaskan tentang profesinya.

Dalam hal ini yang menjadi perhatian Deksi adalah mengubah perilaku, yakni mengubah perilaku pasien agar dapat hidup sehat, Deksi dapat terjun langsung ke masyarakat melakukan penyuluhan. Keterampilan, pengetahuan dan ilmu semakin terasah. Hal ini merupakan tantangan bagi Deksi, dimana ia harus bisa menjadikan masyarakat yang sehat. Mengenai pekerjaannya Deksi menuturkan “*saya tertantang menerima pekerjaan di luar pekerjaan utama*”.

Menurut Deksi sehat itu dari masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Dengan begitu masyarakat akan terus mengaplikasikan ilmu yang diberikan Deksi. Ia berharap dari ilmu yang diberikan, semakin banyak masyarakat mengetahui informasi kesehatan. Hal inilah yang diharapkan Deksi, bahwa ilmu yang ia berikan berantai dan berkesinambungan.

Deksi menegaskan seorang perawat haruslah fungsional. Maksudnya, seorang perawat harus mampu melakukan perawatan, penyuluhan dan tindakan. Jadi seorang perawat harus bisa melakukan apapun dalam rangka menambah kemampuan dan keahliannya dalam berbagai bidang. Diharapkan perawat dapat bekerja apapun dalam rangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Contohnya, perawat juga harus bisa—mengggunakan komputer agar tidak ketinggalan jaman dan mempermudah kegiatan administrasi. Tentu saja keadaan di atas menjadikan seorang perawat berkembang, tidak mandeg seperti yang diperkirakan banyak orang.

Berbeda dengan perawat di rumahsakit yang hanya bekerja sebagai tenaga keperawatan dimana setelah pasien keluar rumahsakit tidak ada lagi pantauan. Tugas seorang perawat di puskesmas yang terkadang berada diluar tugas perawatan justru menambah kemampuan perawat itu sendiri. Hal tersebut tidak dipandang sebagai ‘penghinaan/pelecehan’ dimana tenaga perawat tidak digunakan sebagaimana mestinya (misalnya tenaga perawat malah untuk administrasi).

Deksi menyatakan bahwa ilmu yang didapat dari sekolah masih kurang, perlu ditambah dengan pengalaman, dan Deksi rupanya dengan senang hati ingin

mengetahui hal-hal baru. Bahkan jika ada pelatihan ia selalu duduk paling depan agar dapat berkonsentrasi mendengarkan penjelasan dari penceramah. Deksi sendiri paling tidak suka hanya mengumbar “*ingin-ingin doang*” tetapi yang diperlukan adalah bukti nyata tindakan perawat untuk menciptakan masyarakat yang sehat.

Lebih lanjut Deksi juga menyatakan bahwa perawat memang tidak dilibatkan langsung dalam pembuatan kebijakan. Kebijakan yang dimaksud disini adalah peraturan mengenai tugas yang diembankan kepada para pegawai puskesmas. Menurut Deksi, perawat seperti dirinya hanya ditanya mengenai kesanggupan menjalankan beberapa tugas yang akan diberikan. Jika sanggup maka tugas akan diberikan, jika tidak maka tugas tersebut tidak akan diberikan kepada yang bersangkutan.

3. Peluang Karir Sebagai Perawat

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). Berbeda dengan perawat di rumah sakit, perawat di puskesmas mempunyai tugas lebih berat. Sebagai pegawai pemerintahan, selain tugas-tugas berdasarkan posisi strukturalnya, para petugas kesehatan juga melaksanakan tugas-tugas fungsional sesuai dengan posisi klinisnya.

Untuk tugas dalam posisi struktural ditetapkan oleh pemerintah. Organisasi memilih orang untuk posisi struktural didasarkan kepada peraturan pemerintah, seperti Surat Keputusan Menteri Kesehatan dan Pemerintah setempat. Mereka mempunyai deskripsi pekerjaan yang dikaitkan dengan standar organisasi. Sedangkan tugas untuk posisi klinis dibedakan dengan posisi struktural. Posisi klinis bervariasi tergantung kepada pendidikan dan pengalaman, nama jabatan,

kewenangan dan tanggung jawab dari setiap posisi klinis tersebut, biasanya mereka menyebutnya sebagai jabatan fungsional.

Jabatan perawat termasuk dalam jabatan fungsional (lihat lampiran 5), yang kenaikan pangkatnya tergantung pada jumlah angka kredit yang berhasil dikumpulkannya. Angka kredit tersebut berasal dari tugas-tugas yang dilakukan seperti banyaknya pasien yang ditangani, jumlah tindakan yang diberikan kepada pasien yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi, misalnya tindakan penambalan mendapat sejumlah nilai kredit tertentu, dan tindakan lainnya seperti pencabutan gigi sulung, dan sebagainya. Namun tampaknya untuk jabatan fungsional ini belum berjalan sebagaimana seharusnya. Untuk kota Depok jabatan ini belum berjalan. Hingga saat ini kenaikan pangkat perawat masih bersifat reguler (kenaikan pangkat setiap 3 tahun). Untuk memperoleh jabatan fungsional, para perawat harus mengikuti pelatihan akreditasi angka kredit lebih dahulu yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan biasanya diadakan di Diklat di Bandung. Beberapa waktu lalu pernah diadakan pelatihan semacam itu dan yang diundang antara lain dokter, perawat, dokter gigi. Perawat gigi belum diikutsertakan dalam pelatihan tersebut.

Penghargaan terhadap kerja perawat ditunjukkan tidak hanya dari kenaikan pangkat dan jabatannya, tetapi juga oleh imbalan yang diberikan. Dari perbincangan yang dilakukan oleh beberapa orang perawat, ternyata bahwa tunjangan yang mereka peroleh selain dari gaji, adalah tunjangan jabatan fungsional dan tunjangan kesejahteraan. Besarnya tunjangan fungsional yang mereka peroleh tergantung dari jenjang yang dimiliki, dan umumnya perawat di puskesmas ini berada pada jenjang perawat terampil (paling tinggi golongan III/b) dengan besar tunjangan antara Rp 120.000,- hingga Rp 400.000,-. Mereka mengeluh bahwa apa yang diperoleh dari hasil kerjanya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, ditambah lagi apabila ada tugas keluar gedung (memberikan penyuluhan ke masyarakat), mereka harus menanggung biaya transport dari penghasilan tersebut. Menurut mereka: *"syukur-syukur mendapat penggantian, biasanya penggantian transport*

baru diberikan pada akhir bulan. Itu kalau uangnya keluar, kalau tidak, yah hitung-hitung beramallah”.

Saat ini tampaknya perhatian terhadap perawat di Puskesmas masih sangat terbatas. Di samping penghargaan yang masih belum memadai, kondisi perawat yang adapun menunjukkan secara kualitas dan kuantitas, belum memenuhi harapan. Tidak adanya uraian tugas secara tertulis, terbatasnya kesempatan mengikuti pelatihan, dan kurangnya bimbingan teknis keperawatan yang dilakukan adalah merupakan kendala bagi karir seorang perawat yang bekerja di pemerintahan.

Kendala bagi kemajuan karir perawat juga datang dari pihak tenaga medis, ini diketahui ketika ditanyakan tentang kemungkinan perkembangan karir perawat dapat setara dengan tenaga medis, kepada salah seorang dokter yang ada di Puskesmas ini. Ia mengatakan bahwa: *“di sini ada perawat yang lulusan SPK dan memang sudah ada yang sarjana, yaitu ada yang sudah tamat FKM. Profesi perawat dengan dokter tidak bisa sama, pendidikannya aja beda. Masa mereka yang pendidikan dokter dengan perawat disamakan. Untuk apa sekolah kedokteran, cape-cape sekolah, masa disamain. Mereka yang lulusan FKM pun tidak bisa disamakan dengan profesi dokter. Mereka bukan ahli medis. Biasanya mereka bekerja di struktural, bukan fungsional. Kesulitan selama bekerja di Puskesmas, selalu kekurangan tenaga karena tugas mereka yang rangkap-rangkap, ke lapangan dan juga tugas di dalam gedung. Dokter juga mempunyai jadwal turun ke lapangan, ke masyarakat”.*

Tak hanya itu, ketidakjelasan uraian tugas dan perawat berpendidikan tingkat menengah (Sekolah Perawat Kesehatan/SPK) masih banyak, *“di satu sisi, kondisi tenaga kesehatan di Puskesmas masih terbatas dan di sisi lain tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas yang bermutu, merata dan terjangkau semakin meningkat”*, kata Kepala Puskesmas Pancoran Mas. Karena itu, memang diperlukan kejelasan peran dan fungsi setiap tenaga kesehatan di Puskesmas, termasuk perawat. Meskipun memang, saat ini sebagian besar perawat di Puskesmas belum dapat dikategorikan sebagai tenaga profesional.

Dengan kondisi tenaga perawat Puskesmas seperti saat ini, maka minimal perawat di Puskesmas seharusnya memiliki enam peran dan fungsi. Mereka dapat menjadi pendidik/penyuluh kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, konselor, koordinator dan penghubung serta sebagai panutan bagi masyarakat. *“Artinya, perawat di Puskesmas diharapkan dapat menjadi koordinator pelayanan kesehatan yang dilakukan di keluarga, kelompok maupun masyarakat”*, begitu penuturan Kepala Puskesmas.

Secara jalur pembinaan birokrasi, perawat berada di bawah binaan PPNI. Untuk wilayah Kota Depok, ada di bawah binaan PPNI Dinas Kesehatan Kota Depok. Keanggotaannya selama ini terdiri dari unsur perawat yang ada di puskesmas. Jadi semua perawat yang ada di puskesmas itu masuk dalam keanggotaan PPNI Komisariat Dinas kesehatan.

Menurut informasi yang diberikan dari PPNI Depok, ada wacana perawat-perawat yang ada di poliklinik atau balai pengobatan swasta, yang belum memiliki komisariat, akan dimasukkan kedalam keanggotaan PPNI Komisariat Dinas kesehatan. Kepengurusan PPNI terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Bendahara, dibantu oleh seksi-seksi. Kegiatan yang utama hingga sekarang masih melakukan pendataan anggota karena sampai sekarang jumlah anggota belum *up to date*, belum termasuk data-data yang sekarang.

Menurut Ade Suhendri (Kepala Komisariat PPNI Dinas Kesehatan Kota Depok): *“kemarin saya sudah meminta kepada teman-teman untuk melaporkan berapa jumlah anggota sampai sekarang. Karena kan banyak penambahan perawat-perawat baru dari penerimaan CPNS kemarin, yang belum dimasukkan. Dalam lingkup kerja kami, ada yang namanya PPNI Koordinasi Kecamatan. Ada enam Kecamatan di Kota Depok ini, jadi ada pengurus Korcam. Tidak mungkin kalau semuanya langsung ditangani oleh komisariat di sini. Oleh karena itu dibentuk Korcam, dan mereka mengkoordinir semua kegiatan yang ada di wilayahnya masing-masing”*. Memang tugas PPNI Depok belum begitu banyak karena kepengurusan PPNI Komisariat Dinas Kesehatan baru dibentuk akhir tahun 2006 yang lalu. Masa kepengurusan PPNI ini berlaku selama lima tahun sekali.

Diakui oleh Kepala Komisariat PPNI tersebut bahwa, pengaturan tenaga keperawatan di Indonesia hingga saat ini belum terintegrasi sejak dari perencanaan, pengadaan sampai pemanfaatan. Apalagi berkoordinasi dengan pihak-pemerintah, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), asosiasi rumah sakit, serta perwakilan konsumen.

Ketika ditanyakan tentang peran PPNI yang menjadi pembina tenaga perawat selama ini kepada salah seorang perawat yang ada di Puskesmas Pancoran Mas, ternyata tidak banyak mengetahui keberadaannya. Aini menyatakan tidak banyak tahu mengenai organisasi perawat, karena ia tidak aktif terlibat di dalamnya. Memang ia mengakui bahwa semua perawat di Puskesmas adalah anggota PPNI. Karena tidak aktif di organisasi tersebut, Aini tidak begitu mengetahui tentang UU keperawatan terbaru. Hanya poin besarnya yang ia ketahui, bahwa perawat tidak boleh membuka praktek. Menurutnya, UU memang telah disosialisasikan oleh PPNI kepada para perawat hanya saja Aini kurang memperhatikan dan belum sempat membaca lebih lanjut.

Untuk melakukan tugas-tugasnya, perawat seharusnya berpedoman pada *Standard operating procedure* (SOP), tetapi tampaknya untuk wilayah Kota Depok belum memiliki SOP yang baku, *“kita akan bersama-sama membentuk SOP untuk perawat di Puskesmas. Ada inisiatif seperti itu tapi belum tahu kapan ... dalam waktu dekat ini. Kemarin ketua PPNI kota sudah berbicara dengan saya berbicara masalah ini. Dengan adanya SOP, perawat dilatih untuk membuat sendiri prosedur tetap (protap)/standard operating procedure (SOP) yang akan memudahkan mereka memantau hasil pekerjaan mereka. Melalui protap para perawat akan membuat catatan medis selengkap-lengkapnyanya dari setiap pasien. Apalagi sekarang ini, terkait dengan yang namanya gugat menggugat antara perawat dengan pasien. Hal inilah yang dijadikan dasar dalam melakukan tindakan di puskesmas. Ini mengharuskan kita meng-up to date kan lagi SOP. SOP terkait dengan tanggungjawab. Selama ini kan sudah ada. Karena setiap masalah itu kan, tidak diam tapi terus berkembang. Yang dulunya dilaksanakan, sekarang sudah tidak bisa dilaksanakan lagi. Misalnya dulu kan kita pakai kompres dingin, sekarang berubah kompresnya pakai kompres panas. Semua sudah kita sampaikan kepada teman-teman. Ini menjadi pedoman*

dalam melakukan pelayanan di puskesmas. Perawat dalam hal praktek misalnya tidak boleh menyuntik, tidak boleh memberikan terapi.” (Sumber: wawancara dengan Kepala Komisariat PPNI Depok).

Menurut Kepala Komisariat PPNI Depok, ke depan ada upaya untuk lebih meningkatkan pendidikan perawat yang ada. Selama ini memang diakui, kebanyakan perawat yang ada masih berpendidikan SPK. Saat ini ada tuntutan *basic* perawat itu harus D3, oleh karena itu ada wacana untuk tahun 2014 atau 2016 D3 akan dihapus dan diganti dengan jenjang pendidikan Sarjana.

4. Sikap Petugas Terhadap Pasien

Pasien puskesmas kebanyakan berasal dari lingkungan masyarakat sekitar dan umumnya datang tidak mengenal waktu, yang oleh para petugas kesehatan, hal ini tampaknya harus tetap dilayani dengan baik. Misalnya ketika jam sudah menunjukkan pukul 13.30, dimana ketika itu pasien yang berobat sudah habis dan para petugas sedang beristirahat, datang seorang laki-laki ingin membuat surat keterangan kesehatan. Ia tetap diterima dan dilayani dengan baik oleh petugas tata usaha yang memang mempunyai tugas mengeluarkan surat keterangan tersebut.

Barangkali situasi dan kondisi cukup berpengaruh terhadap sikap petugas dalam memberikan pelayanannya. Hari ini kebetulan kondisi petugas tersebut dalam keadaan tidak terlalu melelahkan, jumlah pasien tidak terlalu banyak yaitu hanya ada sekitar 166 pasien, dan ia didampingi oleh staf tata usaha lainnya, sehingga ia dapat memberikan pelayanan dengan baik.

Contoh sikap yang tidak menyenangkan, yang pernah ditunjukkan oleh petugas ketika sedang bekerja, yaitu ketika jumlah pasien yang datang lebih dari 200 orang sementara ada petugas yang hari itu tidak datang bekerja. Dalam kondisi tersebut, seorang petugas bisa merangkap pekerjaan, misalnya selain sebagai petugas tata usaha, ia juga harus membantu pekerjaan pendaftaran pasien di ruang yang lain. Dia harus bekerja ekstra dan itu membutuhkan tenaga serta pikiran yang

cukup menyita. Sementara itu banyak pula orang yang datang hendak membuat surat keterangan sehat, kebetulan ketika itu staf tata usaha tidak masuk kerja. Karena terlalu lelah, situasi seperti ini membuat ia menjadi cepat emosi, akhirnya berdampak pada pasien yang mengeluh tentang perlakuan petugas, *“wah galak amat petugas itu”*. (Kebetulan pasien tersebut mengatakan itu dihadapan saya).

Ketika pasien-pasien sudah selesai dilayani, petugas tata usaha memberikan penjelasan bahwa tadi memang ada beberapa pasien yang minta dibuatkan surat keterangan sehat, dan ketika petugas memberi saran kepada pasien agar melakukan pemeriksaan kesehatan lebih dahulu di ruang periksa, pasien tersebut tidak mau menuruti permintaan petugas. Akhirnya petugas menjadi sedikit emosional dan bersikap tegas kepada pasien dengan tujuan agar pasien tidak mendapat kesulitan di tempat lain. Rupanya sikap tersebut ditanggapi lain oleh pasien.

Dalam melakukan tugasnya menghadapi pasien, perawat dituntut harus memiliki kesabaran yang lebih. Hal ini diperlukan karena sering berhadapan dengan kesulitan seperti sering dimarah oleh pasien, misalnya ketika dipanggil untuk diperiksa, pasien tidak mendengar akibatnya map identitas pasien tersebut diletakkan di tumpukan paling bawah. *“Kalau dia pendidikannya tinggi, pasti dia tidak marah-marah. Kalau ada pasien yang marah-marah seperti itu, biasanya tidak saya tanggapi. Memang harus sabar menghadapi pasien yang demikian. Kita hanya berpikir mereka itu sedang sakit”*, begitu kata perawat Ana.

Pengaruh pemberian layanan kesehatan terhadap kesembuhan pasien, tidak semata tergantung pada sikap perawat, tetapi peran dokter juga turut andil. Berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan dokter di Puskesmas ini, seorang pasien menyatakan: *“Kalau orang berobat sebenarnya lebih senang bila ketika datang dan mengeluhkan penyakitnya, didengar dan diperhatikan oleh dokter. Sementara itu yang terjadi di Puskesmas Pancoran Mas, tidaklah demikian. Ketika kita masih bicara soal penyakit, ternyata dokter sudah membuat resep. Padahal kan, darimana dokter bisa mengetahui penyakit seseorang kalau tidak mendengar keluhan pasien. Bila dibandingkan dengan Puskesmas di Cilebut,*

dokter di sana sabar mendengarkan setiap keluhan pasien. Karena sikap dan perhatian dokter yang sangat besar, jumlah pasien di sana banyak sekali. Setiap harinya bisa mencapai ratusan orang". Kebetulan pasien ini mempunyai keanggotaan pada dua Puskesmas, untuk Puskesmas Pancoran Mas biasanya ia hanya berobat ketika sakit gigi, sedangkan bila sakit lainnya, ia cenderung pergi ke Puskesmas di Cilebut, begitupun halnya dengan anak-anaknya. Saat ini ia terpaksa ke Puskesmas ini karena anaknya sudah berobat ke beberapa dokter klinik tetapi tidak sembuh dan akhirnya memutuskan untuk berobat ke Puskesmas ini.

Ketika ditanyakan kepada petugas tentang apakah ada perbedaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien berkaitan dengan jenis kelamin berbeda, maka pendapat dari 3 dokter yang ada di puskesmas ini mengatakan bahwa selama ini mereka tidak pernah membedakan pemberian pelayanan berdasarkan jenis kelamin. Setiap pasien datang, dilayani seperti biasa, sesuai prosedur atau berdasarkan nomor urut pendaftaran.

Pada bagian pemeriksaan umum, saat ini kebanyakan pasien yang datang mengeluh tentang penyakit ISPA (saluran pernapasan), yang kebanyakan diderita oleh pasien dewasa. Biasanya puskesmas memberi pelayanan kepada pasien sesuai dengan fasilitas yang tersedia dan semampu mereka. Apabila ada pasien yang mengeluhkan penyakit yang tidak bisa dilayani di Puskesmas ini, mereka akan merujuknya ke rumah sakit tertentu, misalnya kalau ada pasien yang akan operasi katarak. Puskesmas ini tidak mempunyai fasilitas untuk operasi katarak, atau operasi kanker payudara.

Pasien di Puskesmas harus memiliki kesabaran untuk memperoleh pelayanan. Seperti Edwin (33 th) sudah lebih dulu mengantri di balai pengobatan gigi (BPG). Ia mendapat nomor urut 28. menurutnya memang beginilah berobat di puskesmas "*harus sabar-sabar*" karena antriannya begitu panjang sedangkan tenaga dokter yang ada, sangat sedikit.

Edwin juga baru pertama kali berobat di puskesmas, menurutnya biayanya lebih murah. Daripada harus ke klinik swasta lebih baik ke puskesmas karena ia hanya ingin periksa dan menambal gigi. Biaya pengobatan ke klinik swasta jauh

lebih mahal, untuk satu tambal atau cabut gigi sekitar Rp 75.000,- - Rp 80.000,-. Sedangkan di puskesmas, untuk tambal maupun cabut gigi cukup membayar Rp 2.000,-. Edwin tidak dapat membedakan dokter dan perawat di BPG, karena mereka mengenakan pakaian seragam pegawai negeri dan tidak ada perbedaan antara dokter dengan perawat. Menurut pengalamannya kebanyakan perawat lebih galak daripada dokter.

Dari hasil pengamatan ada kesan bahwa para petugas medis tampaknya melakukan pekerjaan dengan santai. Mereka berjalan dari satu ruangan ke ruangan lainnya dengan perlahan padahal ada pasien atau pekerjaan lain yang harus mereka kerjakan. Hal ini bisa jadi disebabkan karena puskesmas memiliki waktu kerja yang longgar.

Mengenai waktu kerja yang longgar juga menimbulkan masalah lain. Para pegawai puskesmas tidak memiliki jam istirahat sehingga mereka dapat seenaknya beristirahat jika semua pasien telah ditangani. Sering terjadi, saat belum semua pasien tertangani mereka sudah meninggalkan ruang pelayanan untuk beristirahat, baik untuk makan atau sekedar mengobrol dengan sesama pegawai.

Pelayanan yang kurang profesional seperti ini biasa terjadi pada puskesmas. Seolah para petugas medis tidak mau peduli dengan penderitaan dan perasaan pasien. Bisa jadi pelayanan seperti ini didasari dari niat awal masing-masing paramedis. dari data sementara dapat disimpulkan bahwa alasan mereka bekerja di puskesmas karena keluarga. Dimana bekerja di puskesmas hanya membutuhkan waktu setengah hari dan memiliki banyak waktu luang.

Hal tersebut tentu saja mempengaruhi kualitas pelayanan, karena pelayanan didasarkan desakan kebutuhan keluarga bukan didasarkan saling tolong-menolong antar manusia.

Bisa dilihat juga bahwa tampaknya tenaga medis merasa mereka adalah orang yang dibutuhkan. Mereka merasa lebih 'tinggi' dari pasien dan orang lain, karena merasa memiliki keahlian yang tidak dimiliki orang lain. Mereka juga merasa telah bersusah payah menempuh pendidikan di bidang kesehatan.

Memang saat ini bidang kesehatan masih menjadi tujuan favorit para penuntut ilmu. Karena masa depan yang menjanjikan dan tenaga serta keterampilan mereka selalu dibutuhkan. Oleh karena itu tenaga medis selalu dipandang sebagai kelas sosial yang tinggi dalam masyarakat Indonesia. Terlebih lagi sekolah kedokteran. Bukan hanya membutuhkan otak yang cemerlang, tetapi juga membutuhkan biaya yang tinggi. Sehingga tidak semua orang dapat menjadi dokter. Mungkin hal inilah yang menjadikan beberapa dokter tidak ingin disamakan statusnya dengan perawat.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Sejak dulu kehidupan manusia diukur dari mentalitasnya yang terwujud dalam karya-karyanya atau kebijakan-kebijakannya, dimana rasionalitas dan kemanusiaan mendapat tempat yang utama. Dalam arti kata mentalitas itu mensyaratkan suatu nilai budaya yang berorientasi ke masa depan, sifat hemat, hasrat bereksplorasi dan berinovasi, pandangan hidup yang menilai tinggi suatu *achievement* karya, nilai budaya yang kurang berorientasi vertikal, sikap percaya kepada kemampuan sendiri, berdisiplin murni, dan berani bertanggung jawab sendiri. (Sinamo, 2004)

Memasuki abad ke-21 yang dicirikan oleh budaya global yang penuh kompetisi tidak mungkin bisa bertahan tanpa profesionalisme dalam kinerjanya. Namun untuk sampai di sana masih diperlukan usaha besar. Salah satu hal yang perlu dikembangkan ialah memasyarakatkan sikap dan mentalitas profesional. Untuk mencapai sikap seperti itu tampaknya tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Pancoran Mas, Depok, masih harus mengembangkan mentalitasnya karena tidak dimilikinya mental profesional dalam arti menampilkan mutu terbaik. Seorang profesional tentunya memiliki standar kerjanya yang tinggi, yang diorientasikan pada ideal kesempurnaan, yang dicirikan sebagai berikut:

Seorang profesional bertekad menampilkan kinerja terbaik yang mungkin ditampilkannya. Dengan sengaja dia tidak akan mau menampilkan *the second best* (kurang dari terbaik) karena tindakan itu adalah bunuh diri profesi. Seorang profesional, dengan demikian, mengusahakan dirinya selalu terbaik di bidang keahliannya. Dia melakukannya karena hakikat profesi itu memang ingin mencapai suatu kesempurnaan riil, menembus batas-batas ketidakmungkinan praktis, untuk memuaskan dahaga manusia akan ideal keindahan, kesempurnaan dan kebaikan.

Seorang petugas kesehatan ketika menangani pasiennya tidak dilakukan secara terburu-buru dengan alasan mengejar jumlah pasien banyak, ini bukanlah seorang profesional. Apalagi selalu berpatokan pada jam kerja, ketika pasien datang lewat dari jam praktek Puskesmas, ditolak dan diminta datang keesokan harinya. Itu bukanlah seorang pekerja profesional.

Seorang profesional selalu dimotivasi oleh keinginan mulia yang berarti berguna bagi masyarakat. Secara umum profesi seperti perawat, dokter atau guru sekalipun, memang jelas sangat bermanfaat bagi masyarakat. Di pihak lain, karena kualitas kerjanya sedemikian tinggi, berbasiskan kompetensi teknis yang tinggi, seharusnya masyarakat menghargai jasa mereka ini dengan tinggi pula. Inilah seharusnya imbalan jasa bagi kaum profesional menjadi tinggi. Jasa mereka amat dibutuhkan masyarakat --permintaan atasnya selalu lebih tinggi dari ketersediaan yang biasanya terbatas-- mengakibatkan imbalan kerja seorang profesional memang menjadi mahal. Namun pada kenyataannya, mereka yang bertugas sebagai perawat tidak pernah memperoleh imbalan yang tinggi, meskipun beban yang dijalani sangat berat. Ini bukan karena mereka menuntut untuk didudukan di kelas dengan patokan harga tinggi, tetapi terjadi sebagai akibat logis dari eksistensi profesionalnya.

Seorang pekerja profesional, tidak bekerja untuk kepuasan diri sendiri saja tanpa peduli sekitarnya. Akan tetapi pekerja profesional memiliki konstituen yang jelas, terutama bagi pemakai jasanya.

Untuk mampu melakukannya, seorang perawat yang profesional perlu menghayati pekerjaannya sebagai sebuah kebajikan dan kemuliaan, bukan sekedar lapangan kerja. Penghayatan ini dapat mendorongnya untuk mengabdikan secara tulus pada nilai-nilai profesinya secara total dengan menunjukkan sikap *altruistik* (berkorban demi sebuah idealisme atau kebajikan).

Sebelum menekuni bidang pekerjaannya secara penuh, terlebih dahulu para perawat ini telah menerima pendidikan dan pelatihan mendalam, dan sepanjang karirnya kemudian juga terus-menerus mengenyam pendalaman-pendalaman dan latihan-latihan tiada henti. Namun pada kenyataannya, tidak semua perawat yang bekerja di Puskesmas Pancoran Mas memperoleh pengalaman dan pelatihan di

bidang tugasnya. Hanya ada satu orang perawat yang sadar betul akan kebutuhan profesinya. Berbagai pelatihan dan pengalaman kerja di berbagai bidang pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas ini pernah ia jalani, dengan tujuan bahwa dengan pengalamannya tersebut, ia berharap bisa menjadi profesional di bidangnya.

Dengan adanya tuntutan masyarakat yang semakin lama semakin tinggi, maka seharusnya untuk menjadi profesional, perawat tidak harus puas dengan tingkat pendidikan SPK yang dicapainya selama ini. Mereka harus terus menambah ilmunya, belajar dan berlatih seumur hidup menjadi budaya kaum profesional. Untuk mempertahankan keahliannya di bidang perawatan, pendidikan yang mereka ambil tentunya harus sesuai dengan ilmu di bidangnya, misalnya sarjana di bidang keperawatan bukan bidang lainnya.

Untuk penerimaan PNS yang terkait dengan keahlian tertentu, seharusnya yang dipilih adalah memang orang yang ahli di bidangnya. Tetapi tampaknya departemen atau instansi pemerintahan tidak memikirkan pengalaman kerja dan keahlian para calon pegawainya. Pengalaman kerjapun kebanyakan tidak dipertimbangkan, asal sudah sesuai kesarjanaannya, mereka dapat diterima padahal belum tentu menguasai pekerjaannya. Kondisi seperti ini pada akhirnya membebani juga.

Menjadi perawat profesional, memerlukan pengabdian hidup secara total di bidang yang dipilihnya. Seorang pekerja profesional memilih dengan sadar bidang kerja yang akan ditekuninya sebagai suatu profesi. Pemilihan ini biasanya terkait erat dengan ketertarikannya pada bidang itu, bahkan ada semacam rasa keterpanggilan untuk mengabdikan diri di bidang tersebut. Motivasi awal bekerja menjadi perawat tampaknya sangat berpengaruh terhadap kinerja mereka. Umumnya menjadi perawat, apalagi perawat di Puskesmas yang dianggap tidak menyita waktu menjadi pilihan kerja. Bukan profesi sebagai perawat yang mereka lihat, tetapi kelenturan jam kerja kelihatannya menjadi pilihan. Kesan terhadap perawatan sebagai suatu profesi, bersifat ambivalen dalam arti apabila ada pilihan sebagai istri atau menjadi ibu, mereka akan memilih kesempatan itu sebagai prioritas pertama dalam hidup mereka.

Karena untuk menjadi profesional dituntut pengabdian total, maka ia harus memilih bidangnya secara sadar dan menanggung semua konsekuensi pilihan itu. Ia harus menerima semua konsekuensi pilihannya, baik manis maupun pahit. Bidang profesi apa pun pada dasarnya, selalu menekuni dan menggulati sebuah wacana khusus yang kental dengan dimensi moral, khususnya tentang kebenaran, kebaikan dan keadilan.

Di pihak lain, jika profesinya dihargai dan dipuji orang, dia juga akan menerimanya dengan wajar. Kaum profesional bukanlah pertapa yang tidak membutuhkan uang dan kekuasaan, tetapi mereka menerimanya sebagai bentuk penghargaan masyarakat yang diabdinya dengan tulus. Pendidikan rendah, gaji rendah, pekerjaan selangit inilah paradoks yang ada. Rendahnya gaji menyebabkan tidak sedikit perawat yang bekerja di dua tempat, pagi hingga siang di Puskesmas, siang hingga malam di rumah sakit swasta. Yang pasti terlihat, ketika mereka bekerja, mereka kurang memiliki keterikatan terhadap karier karena harus membagi waktunya antara karir dan pekerjaan kerumahtanggaan. Dalam kondisi yang demikian maka sulit untuk mengharapkan kinerja yang maksimal.

Jadi tampaklah bahwa proses menjadi profesional sangat berat. Tanpa motivasi ekstra, stamina tinggi dan konstan, seseorang tidak mungkin menjadi profesional sejati. Tetapi daya tarik sebagai profesional juga amat tinggi.

Motivasi seorang profesional ternyata selalu berasal dari ruang moral-spiritual. Dari ruang ini dapat digali pelbagai macam motivasi yang tinggi seperti demi negara, demi bangsa, demi keharuman nama keluarga, demi pengembangan diri, demi kemanusiaan, demi kemajuan peradaban dan sebagainya. Bentuk-bentuk motivasi non-material ini misalnya adalah cinta, pengabdian, panggilan, dan kehormatan. Motivasi yang tinggi inilah yang mampu mendukung stamina jangka panjang seorang profesional dalam bentuk energi psiko-spiritual.

Jika disarikan, manusia profesional memiliki ciri sebagai berikut: sikap selalu memberi yang terbaik; orientasi memuaskan pelanggan / konstituen; sikap kerja penuh antusiasme dan vitalitas; budaya belajar sepanjang hayat; sikap pengabdian

pada nilai-nilai profesi; hubungan cinta dengan profesinya; sikap melayani yang altruistik; dan kompetensi tinggi berorientasi kesempurnaan. (Sinamo, 2004)

A. Kebebasan Yang Belum Berkembang

Secara negatif, kebebasan berarti tidak adanya paksaan. Secara positif, suatu keadaan dimana seseorang boleh mempergunakan kemampuannya (pengetahuan, pengalaman, kreativitas dan sebagainya) bagi tujuan-tujuannya sendiri, jika dengan memakai kebebasannya, ia tidak memperkosa individu lain.

Norma-norma pemerintah dan norma-norma sosial budaya dapat membatasi terbukanya kemungkinan-kemungkinan bagi seorang individu. Semakin terbatas kemungkinan-kemungkinan ini, semakin kecil kesempatan yang dapat digunakan oleh seorang individu untuk memakai pengetahuan dan kemampuannya bagi kegiatan-kegiatan lembaga. Jika seseorang dipaksa untuk harus melakukan ini dan itu, maka dengan itu hilanglah pula kebebasannya dan kemudian lenyaplah kemungkinan bagi individu ini untuk memakai pengetahuan, pengalaman, kreativitas dan motivasi-motivasinya untuk tindakan-tindakan, yang oleh individu ini dianggap memberi ganjaran dan hasil menurut pengetahuan dan pengalaman yang hanya dipunyainya. Karena itu, mengekang kebebasan niscaya mengakibatkan menurunnya penggunaan pengetahuan serta pengalaman dalam masyarakat, membekukan kreativitas dan terhalangnya seorang individu atau kelompok untuk beradaptasi terhadap perubahan-perubahan situasi seperti kurang efisiennya total layanan, terhamburnya sumber-sumber, matinya inovasi dan melambatnya perkembangan kreativitas kerja.

Dipandang dari segi kebebasan individual, tampaknya pengaruh pemerintah Belanda di Indonesia telah menyebabkan perilaku mendasar yang merugikan. Orang Belanda telah memperkuat orde tradisional yang feodal atau membekukan struktur sosial yang bersifat hirarkis dan otoriter, khususnya dengan cara mengontrol orang Indonesia secara tidak langsung melalui kaum ningrat mereka sendiri.

Sekian tahun Indonesia merdeka ternyata tidak cukup untuk membentuk manusia penuh kepercayaan diri sendiri, atas berbagai cara, kebijaksanaan Pemerintah, baik dalam masa Sukarno maupun masa Orde baru, dapat bertanggung jawab bagi situasi ini.

Kegiatan layanan publik masih diatur dengan cara yang terperinci dan amat birokratis. Pembatasan-pembatasan terhadap kegiatan amat banyak, namun banyak pelanggaran terhadap batasan tersebut. Semua dilakukan semata-mata agar supaya usaha mereka tetap dapat memberikan layanan yang optimal dengan cara yang justru menjadi ilegal.

Bila menarik suatu generalisasi tentang Indonesia memang merupakan suatu hal yang riskan, mengingat Indonesia mengenal sejumlah besar masyarakat yang berbeda-beda. Bahkan adalah berbahaya membuat generalisasi mengenai Jawa sebagai suatu keseluruhan. Akan tetapi berdasarkan kenyataan yang ada, nampaknya bolehlah kita menganjurkan pandangan berikut: banyak tekanan normatif, norma-norma dari luar, yang telah diinternalisasikan dan tuntutan konformitas komunal, pendidikan anak dan praktek pendidikan nampaknya langsung atau tidak langsung mengekang peranan lembaga / layanan publik / tenaga perawatan (dalam profesinya sebagai PNS) (salah satu contoh: orang Jawa menekan tingkah laku emosional yang tidak patut yang secara sosial memang ada sanksinya, orang Jawa mementingkan "penampilan sosial yang harmoni," – yang diikhtisarkan dalam bahasa Jawa sebagai rukun – pernyataan yang tepat dari 'rasa hormat' yang oleh orang Jawa disebut 'sungkan'.

Banyak peraturan-peraturan yang nampaknya mengekang dan membatasi peranan layanan publik, mematikan kegiatan-kegiatan kreatif yang spontan dan membentuk pola pandangan – sedemikian rupa sehingga orang merasa tidak aman dan percaya bahwa mereka melakukan tindakan yang berbahaya seandainya mereka mengambil inisiatif atau berusaha menyaingi para penguasa / senior yang sudah mapan. Sebaliknya peraturan-peraturan itu membuat orang merasa aman dan berada dalam hubungan harmonis apabila mereka tunduk ke bawah bimbingan dan kehendak dari orang yang lebih berkuasa, sukses dan kegagalan rencana-

rencananya ditentukan bukan oleh wewenang mereka sendiri tetapi oleh pemegang kekuasaan yang sudah mapan.

Kesetiaan kepada norma-norma telah memungkinkan survival masing-masing kelompok. Peraturan-peraturan oleh pemerintah dan oleh lingkungan sosial budaya saling berinteraksi dan saling memantapkan. Orang yang bekerja dengan jujur, keras dan kreatif, akan menerima pembayaran yang lebih kecil; keberhasilannya lebih banyak tergantung pada hubungan pribadi dengan anggota-anggota kalangan atas dari suatu hirarki kekuasaan yang politis dan birokratis. Kembali aturan permainan yang tradisional semakin dimantapkan.

Motivasi dan kemampuan para tenaga keperawatan berinteraksi antara faktor-faktor lingkungan (kompetisi, suplai input seperti tenaga kerja, modal dan teknologi) dan faktor-faktor kemampuan perorangan, yang dalam kondisi tertentu dapat mengakibatkan / menghasilkan tingkah laku birokrasi.

Secara nyata dalam kehidupan keseharian pekerjaan perawat, belum tampak adanya perubahan yang jelas. Di banyak rumah sakit maupun puskesmas, perawat tampaknya masih diperlakukan dan mendapat tugas dan wewenang seperti sebelumnya, menyiapkan keperluan pelayanan pasien (termasuk membersihkan dan menyiapkan ruangan, menyiapkan peralatan) mencatat identitas pasien, memanggil pasien, melakukan pemeriksaan tensi darah pasien sebelum diperiksa oleh dokter, melakukan penyuluhan baik di lingkungan gedung puskesmas maupun masyarakat lingkungan (posyandu), mengurus kwitansi pembayaran pasien, melakukan rekapitulasi data pasien, mengikuti rapat-rapat program kerja puskesmas serta mengikuti lokakarya bulanan, ada juga perawat merangkap bekerja pada bagian obat di depot obat serta menata dan membereskan obat-obatan. Semua pekerjaan yang dilakukan ini lebih pada posisi membantu tenaga medis sebelum melakukan pemeriksaan kepada pasien.

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. Rendahnya tingkat pendidikan yang dimiliki perawat, akan cenderung melaksanakan perannya secara rutin dan menunggu perintah dari dokter. Mereka akan cenderung menolak terhadap perubahan atau sesuatu yang baru dalam melaksanakan perannya secara profesional.

Selain itu, juga telah dikeluarkan Kepmenkes Nomor 647 Tahun 2000 tentang registrasi dan praktik keperawatan. Menurut peraturan tersebut, perawat dapat melaksanakan praktik tidak saja pada sarana pelayanan kesehatan, tetapi dapat pula melakukan praktik perseorangan atau berkelompok. Meski begitu, dalam praktik memang belum ada perubahan peran atau tugas perawat di Indonesia.

Tampaknya perubahan status perawat memang sudah waktunya diberlakukan. Namun, masih melihat beberapa ketentuan belum mendukung ke arah itu. Dari sisi profesi harus ditetapkan dulu tingkatan tanggung jawab untuk tiap jenjang keperawatan. Organisasi keperawatan atau Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) harus menjelaskan perbedaan antara tugas dan tanggung jawab perawat profesional yang berpendidikan sarjana dan diploma.

Berkaitan dengan perannya yang semakin besar, semestinya profesi perawat juga harus mengetahui tanggung jawabnya dilihat dari aspek hukum. Namun, hal ini ternyata belum diajarkan kepada mereka, seperti diungkapkan seorang perawat, "*Di program D3 perawat belum ada kurikulum atau pelajaran tentang hukum. Yang diberikan hanya soal etika. Pelajaran hukum baru diberikan pada program S1,*" ujarnya.

Ketika seorang dokter Puskesmas tidak pernah lagi membaca dan belajar untuk meng-*update* ilmunya, maka jangan harap ada *transfer of knowledge* kepada tim kerja mereka apalagi kepada masyarakat. Artinya pelayanan dan ilmu, jalan di tempat alias stagnan. Bila hal ini terjadi maka dalam evaluasi program tidak boleh lagi ada kata "kesadaran masyarakat kurang" dalam bab hambatan dan kendala. Bagaimana mungkin kesadaran masyarakat terhadap kesehatan membaik bila yang berkompeten di bidang kesehatan sendiri tidak pernah belajar, dan hanya mengandalkan ilmu semasa di bangku sekolah semata. Artinya para sejawat di

jajaran kesehatan wajib belajar dan *up date* ilmu agar informasi yang diberikan tidak salah atau malah menjerumuskan.

B. Kesenjangan Antara Harapan dan Kenyataan

Tentu karena ada suatu kesenjangan antara harapan dan kenyataan awal yang mereka dapatkan, padahal itu semua terjadi karena kesalahan dalam menginterpretasi profesi perawat yang akan mereka jalani.

Kondisi ini sangat berbanding terbalik dengan Negara-negara yang secara umum masyarakatnya sudah memahami benar dan tahu persis apa dan bagaimana serta kesempatan apa saja yang akan mereka dapatkan kalau menjadi perawat seperti : Philipines, India, dan sebagainya.

Di Negara-negara tersebut bahkan seorang dokter spesialis, arsitek, pengacara, ahli komputer, akan rela meninggalkan profesinya demi untuk jadi seorang perawat karena mereka yakin dengan menjadi perawat mereka akan dapat hidup dengan layak dan dapat bekerja di negara manapun yang mereka inginkan.

Sistem dukungan dan penghargaan bagi perawat akan memberikan pengaruh yang cukup baik bagi kinerja perawat. Lingkungan kerja yang lebih memprioritaskan pada budaya penghargaan (*reward*) akan lebih baik menghasilkan perubahan perilaku perawat bila dibandingkan budaya hukuman (*punishment*). Secara psikologis lingkungan kerja yang memuaskan akan meningkatkan kinerja perawat sehingga akan meningkatkan *outcome* pasien (Rogers, 2000).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Laschinger et al. (2001), apabila perawat tidak mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan karier dirinya maka akan berpengaruh terhadap keinginan perawat untuk melakukan tindakan yang positif di masa mendatang. Pada bagian lain, ia pun mengingatkan apabila lingkungan kerja perawat tidak menjanjikan dalam jangka panjang akan terjadi penurunan kualitas kerja, tidak puas terhadap pekerjaan, kesehatan fisik dan mental

yang melemah. Dalam sistem pelayanan kesehatan, kinerja perawat merupakan faktor utama dalam pencapaian *outcome* pasien yang positif.

Keinginan untuk berinovasi dan berkreaitivitas para perawat merupakan aktualisasi diri dari keinginan untuk berkembang (*need of achievement*). Orang-orang yang seperti itulah yang diharapkan oleh profesi keperawatan sebagai *change agent*. Teori perubahan yang disampaikan oleh Kurt Lewin memberikan penjelasan bahwa perubahan terjadi melalui dua mekanisme, yaitu : (1) mengurangi hambatan (*barriers*) dan (2) meningkatkan dukungan (Schein, 1997). Oleh karena itu, terkait dengan pengembangan profesi keperawatan, Pimpinan Puskesmas khususnya, harus mampu mengkondisikan lingkungannya agar kondusif bagi perawat untuk mengekspresikan inovasi dan kreativitasnya. Menurut Rogers (1995) dalam Hebert (2000), langkah strategis upaya adopsi inovasi dalam rangka peningkatan standar praktik keperawatan adalah meningkatkan kesempatan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan (*continuing education*) bagi para perawat. Perawat juga harus diberi kesempatan untuk mengambil keputusan secara mandiri tentunya didukung oleh pengetahuan dan pengalaman di bidang keperawatan.

Tampaknya ke depan, perlu dipikirkan bagaimana berbagai kebijakan dan program mempengaruhi berbagai indikator umum pembangunan (seperti pendidikan, kesehatan, atau indikator-indikator tenaga kerja). Juga bagaimana intervensi pemerintah meningkatkan otonomi, kepemimpinan dan aspirasi perempuan, baik dalam rumahtangga maupun masyarakat untuk memahami intervensi-intervensi yang paling efektif dibutuhkan. Dalam menangani berbagai masalah yang muncul, tantangan lain yang dihadapi adalah para pembuat kebijakan hendaknya memikirkan jauh ke depan menghadapi berbagai keadaan yang cepat berubah. Selain itu perlu dipikirkan partisipasi yang lebih besar serta transparansi dalam pembuatan kebijakan yang dapat berpengaruh sangat positif bagi pembangunan nasional secara keseluruhan.

Struktur organisasi hendaknya bisa memfasilitasi kewenangan bagi perawat dalam membuat keputusan. Untuk bisa bekerja secara tenang dan maksimal, harus

ada jenjang karier dan pengembangan staf yang tertata baik, imbalan jasa, insentif serta sistem penghargaan yang sesuai dan memadai.

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa ternyata para dokter bahkan pada kalangan perawat itu sendiri, banyak yang belum memahami apa yang disebut pelayanan keperawatan profesional. Sosialisasi tentang hal itu kelihatannya belum memadai, terutama di daerah. Paradigma tentang kesetaraan dan kemitraan dengan tenaga medis tampaknya hanya menjadi wacana di kalangan elit pada level atas, di tingkat pusat. Sementara mereka yang berkecimpung langsung di tingkat paling bawah, belum merasakan bahkan termotivasi untuk melakukan perubahan paradigma tersebut. Oleh karena itu harus lebih disosialisasikan, khususnya kepada para dokter sebagai mitra kerja. Untuk meyakinkan para dokter dan konsumen, perlu penelitian untuk membuktikan bahwa hasil pelayanan keperawatan profesional jauh lebih baik daripada pelayanan keperawatan sebelumnya.

Di luar masalah jasa keperawatan dan soal menjalin kerja sama kemitraan dengan dokter, perawat perlu mengantisipasi konsekuensi perubahan dari vokasional menjadi profesional.

Seiring perubahan perawat dari perpanjangan tangan dokter menjadi mitra dokter, status yuridisnya juga harus mendapat perhatian karena sangat kompleks. Berkaitan dengan perannya yang semakin besar, semestinya profesi perawat juga harus mengetahui tanggung jawabnya dilihat dari aspek hukum. Penanganan pasien di lembaga pelayanan kesehatan nantinya akan ditangani dua profesi di samping tenaga kesehatan lain. Tanggung jawab hukum akan terpisah untuk masing-masing kesalahan atau kelalaian, yaitu malpraktik medis, dan malpraktik keperawatan. Untuk mengantisipasi, di luar negeri saat ini sudah ada asuransi untuk malpraktik keperawatan, selain asuransi untuk malpraktik kedokteran.

Dalam hal persiapan peraturan, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) terutama PPNI yang ada di wilayah Kabupaten seharusnya sudah dapat melakukan sosialisasi dan pemberdayaan kepada perawat yang menjadi anggotanya. Dari sisi profesi harus disosialisasikan standar praktik keperawatan, serta standar kompetensi tiap kategori keperawatan, juga harus ditetapkan dulu

tingkatan tanggung jawab untuk tiap jenjang keperawatan. Organisasi keperawatan atau Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) ini juga harus menjelaskan perbedaan antara tugas dan tanggung jawab perawat profesional yang berpendidikan sarjana dan diploma, yang tampaknya hal ini belum diperhatikan di kalangan para perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Dengan meningkatkan perubahan status, tanggung jawab, dan wewenang, seorang perawat memang harus menghadapi peluang dan tantangan. Selain dapat meningkatkan kemampuan profesi dan kesejahteraannya, di balik itu ia juga harus berani menanggung risiko bila terjadi hal-hal negatif dalam menjalankan tugasnya. Sebagai profesi yang masih dalam proses menuju “perwujudan diri”, profesi keperawatan nyatanya memang dihadapkan pada berbagai tantangan.

A. Kesimpulan

1. Lembaga pelayanan publik di Indonesia selalu terdengar banyak keluhan karena tampilan citra yang buruk. Aneka atribut seperti, spesialisasi, hierarki, peraturan-peraturan, dan ketidakterikatan, dalam realitas birokrasi, paling tidak, sangat menentukan efisiensi pelaksanaan tugas, khususnya dalam pelayanan publik sebagai akibat dari keterbatasan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas, banyaknya tugas pokok dan kegiatan yang dilakukan serta rutinitas pekerjaan yang dihadapi. Hal ini pula yang menyebabkan petugas pelayanan belum sepenuhnya berorientasi kepada pelanggan dalam memberikan pelayanannya.
2. Pelayanan kesehatan merupakan tantangan berikut yang perlu ditangani. Termasuk di dalamnya adalah kualitas pelayanan yang disediakan oleh pemerintah yang pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai program, baik berupa peningkatan sarana dan prasarana kesehatan maupun peningkatan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatannya.

3. Salah satu tantangan terberat adalah peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) tenaga keperawatan yang walaupun secara kuantitas merupakan jumlah tenaga kesehatan terbanyak dan terlama kontak dengan pasien, namun secara kualitas masih jauh dari harapan masyarakat.
4. Di Puskesmas dengan beban kerja yang banyak, perawat tidak cukup waktu untuk bekerja secara profesional. Mereka harus membagi waktu antara tugas-tugas pemberian pelayanan di dalam gedung dan di masyarakat. Memang itu adalah konsekuensi pekerjaan mereka, yang artinya tidak hanya bekerja untuk penderita penyakit (pasien) tetapi juga memberikan informasi hidup sehat bagi masyarakat lingkungan.
5. Tampaknya tuntutan paradigma baru yang mengedepankan kesetaraan dan kemandirian dengan tenaga medis dan lebih mengarah pada profesional di bidang tugasnya, sulit dijangkau para perawat. Pada satu sisi, jika praktik keperawatan dilihat sebagai praktik profesi, maka harus ada otoritas atau kewenangan. Ada kejelasan batasan, siapa melakukan apa. Karena diberi kewenangan, perawat harusnya dapat bertanggung jawab terhadap tiap keputusan dan tindakan yang dilakukan. Pada sisi lain ada keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki perawat hingga tidak mampu melaksanakan tugas secara profesional.
6. Peran perawat yang tadinya hanya membantu pelaksanaan tugas dokter, menjadi bagian dari upaya mencapai tujuan asuhan medis, kini menginginkan pelayanan keperawatan mandiri sebagai upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan. 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.
7. Secara fisik dokter dan perawat tidak dapat dibedakan. Mereka menggunakan seragam yang sama tanpa perbedaan atribut. Begitu pula tenaga non medis juga menggunakan seragam yang sama, sehingga memang tidak bisa dibedakan yang mana paramedis dan yang mana non-

paramedis. Pasien pun tidak mengenali atau dapat membedakan yang mana dokter dan yang mana perawat. Sehingga mereka akan menerima siapa saja yang melayani mereka, yang penting mereka sembuh.

8. Peluang untuk mandiri sebenarnya cukup terbuka, namun ada keterbatasan seperti mentalitas petugas pelayanan, kurangnya peluang untuk berkreasi pada lembaga serta kesenjangan antara harapan dan kenyataan ketika menginterpretasi awal profesi, menjadi dilema bagi tuntutan perubahan paradigma baru.
9. Peran PPNI, khususnya PPNI Dinas Kesehatan Kota Depok belum banyak terlihat, sehingga wacana tentang paradigma tidak pernah sampai ke level pelaksana di tingkat bawah.

D. Saran

1. Seharusnya perlu dipikirkan pengembangan kultur dari pelayanan publik yaitu dengan adanya pengkondisian yang memberikan ganjaran (*reward*) kepada mereka yang bertanggung jawab kepada publik dan memberikan hukuman (*punishment*) kepada mereka yang melanggarnya.
2. Menempatkan posisi birokrasi (pemerintah) untuk lebih berperan sebagai pengatur dan pengendali dari pada sebagai pelaksana langsung fungsi pelayanan umum. Selain akan merangsang kreativitas dan semangat inovasi individu dari masyarakat, sekaligus menghilangkan ketergantungan masyarakat pada pemerintah.
3. Ada beberapa hal yang segera harus dilakukan agar reputasi dan persepsi masyarakat terhadap perawat semakin positif antara lain :
 - (1). Melakukan distribusi informasi kepada seluruh masyarakat. Sumber informasi seperti televisi, media massa, radio dan sarana sumber informasi lainnya belum menjadi alat yang dioptimalkan oleh seluruh Perawat Indonesia dalam semua sektor.

- (2). Masih sangat jarang kita temui tulisan-tulisan tentang keperawatan masuk dalam *Headline News* surat kabar nasional sebuah berita baik yang bersifat berita, informasi dan sebagainya. Hal ini harusnya mulai disikapi dengan bijaksana terutama oleh para Ahli Keperawatan yang harusnya sudah mulai rajin menulis dan memberikan pembelajaran kepada masyarakat tentang profesi keperawatan dan peran sertanya. Bila semakin banyak para Pakar dan ahli keperawatan yang meluangkan waktu untuk membuat tulisan-tulisan dalam media seperti : Surat Kabar, internet, Televisi, radio, pasti ini akan sangat mendukung kampanye nasional penyebaran informasi positif tentang keperawatan.
- (3). Memotivasi secara Psikologis kepada Mahasiswa Keperawatan. Ada pekerjaan rumah yang besar bagi para perawat yang bekerja di sektor pendidikan (sebagai dosen) bahwa kewajiban mereka bukan hanya menyampaikan materi sesuai capain kurikulum tapi juga memiliki tugas berat dalam rangka membangun keyakinan hidup dan optimisme profesi bagi calon Perawat bahwa mereka dapat hidup lebih mapan secara ekonomi bahkan di banding dengan profesi lain kalau mereka benar-benar menjadi perawat yang professional.
- (4). Organisasi profesi seperti PPNI harus memiliki kontribusi yang lebih konkrit dalam menciptakan aturan dan perundang-undangan dalam rangka menciptakan situasi yang kondusif. Hal ini sangat penting dalam rangka pembelajaran kepada masyarakat bahwa Perawat adalah profesi yang terpisah dan berbeda dari seorang dokter dan memiliki batasan kewenangan yang berbeda. Perawat juga bukan pembantu (asisten) dokter tapi Mitra dalam arti kesetaraan dalam segala aspek.
- (5). Menciptakan iklim Persaingan dan Penyampaian Peluang Pekerjaan. Perawat tidak seharusnya berkecil hati dan takut tidak mendapatkan pekerjaan yang layak dan hanya menggantungkan bahwa kesempatan dan peluang kerja pada satu kesempatan (banyak perawat kita yang hanya berharap untuk bisa menjadi pegawai negeri sipil).

- (6). PPNI harus duduk bersama IDI untuk pembinaan kemitraan seawal mungkin dan memilah dari daftar tindakan medik yang selama ini dilimpahkan dokter ke perawat. Dalam kondisi dimana dokter tidak ada, tindakan medik apa yang bisa dilimpahkan secara penuh, sehingga perawat bisa mengklaim jasa keperawatannya. Sebagaimana bidan yang mendapat pelimpahan secara penuh untuk menolong persalinan normal dari dokter ahli kandungan dan kebidanan.



KEPUSTAKAAN

Buku dan Artikel

- Anderson, Peggy
1978 *Nurse*. New York: Berkley Publishing Corp.
- Badan Pusat Statistik
2004 *Kota Depok Dalam Angka*.
- Cheek, Julianne and Jane Shoebridge, eds.
1996 *Society and Health: Social Theory for Health Workers*. Australia: Longman Australia Pty Limited.
- Conrad, Peter & Rochelle Kern, ed.,
1990 *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. Third edition. New York: St. Martin's Press.
- Creswell, John W.
2002 *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. (terjemahan) Jakarta: KIK Press.
- Dinas Kesehatan Kota Depok
2001 *Profil Kesehatan Kota Depok*.
- Djoht, Djekky R.
2001 "Kebudayaan, Penyakit dan Kesehatan di Papua dalam Perspektif Antropologi Kesehatan" dalam *Buletin Populasi Papua, Vol. II. No.4 November 2001*. Jayapura: PSK-UNCEN
- Dolan, Josephine A.
1973 *Nursing in Society: A Historical Perspectives*. 13 th.ed. Philadelphia: Saunders.
- Foster, George M. terj.
1986 *Antropologi Kesehatan*. Diterjemahkan oleh Priyanti Pakan Suryadarma dan Meutia F. Hatta Swasono. Jakarta: UI-Press.
- Gillies, D.A.,
1994 *Nursing management: a systems approach*. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Hatmoko,
2006 *Sistem Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas*. Materi Kuliah Manajemen Kesehatan Program Studi Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda. www.freewebtown.com
- Henderson, Virginia R.N.MA.
1961 *Basic Principles of Nursing Care*. USA: International Council of Nurses.
- Kalangie, Nico S.
1994 *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Jakarta: PT. Kesaint Blanc Indah Corp.
- Lipsky, M.
1980 *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Sage Foundation.
- Muzaham, Fauzi
1995 *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Notter, Lucille E. & Eugenia Kennedy Spalding
1977 *Professional Nursing: Foundations, Perspectives and Relationships*. Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.
- Olesen, Virginia & Ivi W. Wittaker
1968 *The Silent Dialogue: A Study in The Social Psychology of Professional Socialization*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Pohan, S. Imbalo
2003 *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Penerapannya Dalam Pelayanan Kesehatan*. Bekasi: Penerbit Kesaint Blanc.
- ,
2003 *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dasar-dasar Pengertian*. Bekasi: Penerbit Kesaint Blanc.
- Rahayu, Amy Y.S,
1997 Fenomena Sektor Publik dan Era Service Quality (*Servoual*), dalam *Jurnal Bisnis & Birokrasi*, No. 1/Vol. III/April/1997, hal 1 - 19.
- Rahz, Muhammad Hidayat
2001 *Berjuang Meraih Hak Sehat: Dinamika Pendampingan Lapangan*. Bandung: Ashoka Indonesia.
- Saifuddin, Achmad Fedyani
2005 *Kesehatan Dalam Perspektif Ilmu Sosial*, dalam Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Ed. Djamhoer M. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono, S.
1993 *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gajah Mada Press.

- Sciortino, Rosalia
1992 *Care Takers of Cure: A Study of Health Centre Nurses in Rural Central Java*. The Netherlands: Anthropological Sociological Centre, University of Amsterdam.
- St. Carolus
1983 *Dasar-dasar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Bagian Pendidikan Perawatan P.K. St. Carolus.
- Suhendar, Andi Ahmad,
2006 *Depok Menatap Abad 2020*, dalam *Depok Inside: Buletin Perencanaan & Pembangunan Depok*. Edisi 04/2006.
- Tinkham, C.W. & Eleanor F.V.
1972 *Community Health Nursing, Evolution and Process*. New York: Meredith Corp.
- Thompson, Lida F.
1975 *The Hospital as a Social Institution*, dalam *Sociology: Nurses and Their Patients in a Modern Society*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, hal. 203 - 228.
- Wambrau, D.
1994 *Konsep Sehat, Persepsi Sakit dan Cara Pengobatan pada Suku Moi di Kecamatan Sentani, Jayapura*: PSK-UNCEN.

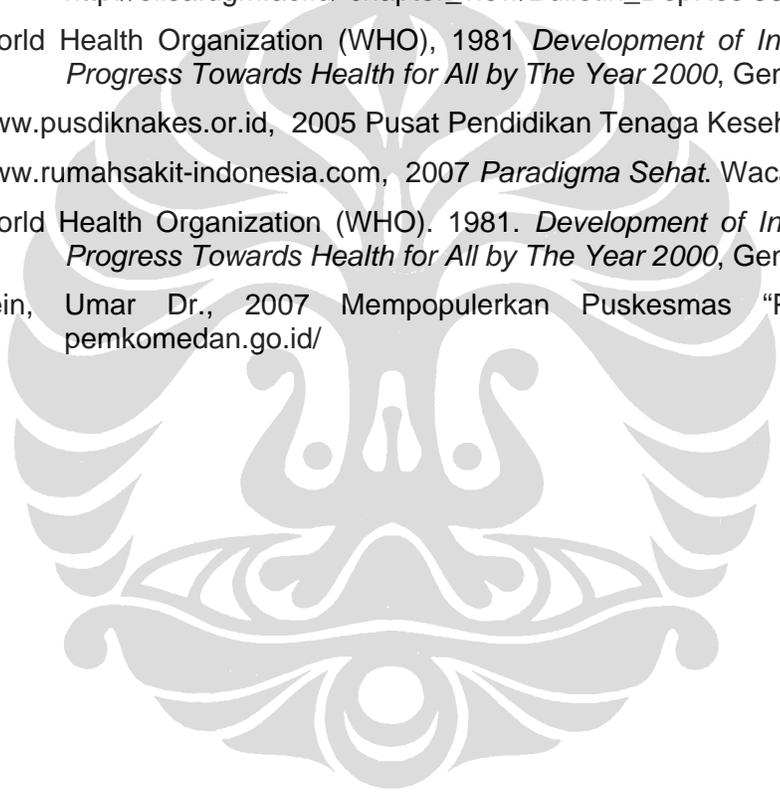
Majalah / Jurnal, Surat Kabar dan Media Online

- Amiruddin, Ridwan Dr, 2007 *Pendekatan Mutu dan Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan*. Makassar: Program Pasca sarjana Unhas. ridwanamiruddin.files.wordpress.com/2007/06/mutu-ugd-rs-swasta-bapelkes-210607.ppt
- , 2007 *Konsep Baru Paradigma Kesehatan*. ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/05/05/konsep-baru-paradigma-kesehatan-bab-3-epid-perencanaan-edited/
- Djoht, Djekky R. , 2001 “Kebudayaan, Penyakit dan Kesehatan di Papua dalam Perspektif Antropologi Kesehatan” dalam *Buletin Populasi Papua, Vol. II. No.4 November 2001*. Jayapura: PSK-UNCEN
- Depkes RI., 2005 *Kemitraan*. Pusat Promosi Kesehatan [http://www. promokes.go.id](http://www.promokes.go.id), 25 September 2005.
- , 2006 *Penerapan Kebijakan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Ditjen Bina Yanmed-Depkes RI, Subdit Kepwt Dasar. www.pelkesi.or.id/
- Departemen Pekerjaan Umum, 2007 *Otonomi Daerah dan Pelayanan Publik*. <http://www.pu.go.id/itjen/>
- Erwiningsih, Winahyu, S.H.,M.Hum., 2007 “Perkembangan Sains: Suatu Telaah Atas Pendekatan Paradigma Baru Thomas S. Kuhn”, dalam *Jurnal Ilmu Hukum*, Vol. 10, No. 1, Maret 2007.
- Grahadyarini, 2005 “Sketsa: Minimnya Pelayanan Puskesmas”, dalam *Kompas Sumbagsel - Rabu, 27 Juli*, hal. 28.
- Gsianturi, 2004 Upaya Meningkatkan Profesionalisme Perawat. <http://www.husada.co.id>
- Gunadarma, Universitas, 2005 Perangkat Ilmu: Istilah Ilmiah. Materi Pengajaran <http://library.gunadarma.ac.id/>
- Hariningsih, Wintari, SKp, 2007 Implementasi Kinerja Perawat di Rumah Sakit, Pendidikan dan Komunitas. Makalah pada Semiloka “RUU Praktek Keperawatan” PELKESI, Jakarta 25-26 April 2007. www.pelkesi.or.id/dokumen/
- Hartiningsih, Maria, 2000 “Dr Mansour Fakih: Keadilan Harus Lahir dari Kesadaran Kritis”, dalam *Kompas - Sabtu, 03 Jun 2000*, Hal: 12.
- Hinshaw, Robert E, 1980 *Anthropology, Administration, and Public Policy*. Ann. Rev. Anthropology.
- Kompas, 2001 *Perawat Ingin Jadi Mitra Seajar Dokter*. Diskusi Era Baru Profesi Keperawatan. Harian Kompas, Edisi Jumat, 29 Juni 2001, hal. 37
- , 2001 *Kasus Malpraktik Bisa Dikenakan Pada Perawat*. Harian Kompas, Edisi Jumat, 29 Juni 2001, hal. 38

- , 2001 *Nasib Perawat: Pendidikan Rendah, Gaji Rendah*. Harian Kompas, Edisi Jumat, 29 Juni 2001, hal. 39
- , 2005 *Warga Miskin Keluhkan Pelayanan Puskesmas*, Senin, 30 May, hal. 1
- Martani Huseini, 1994 Penyusunan Strategi Pelayanan Prima dalam suatu perspektif Reengineering, dalam *Bisnis dan Birokrasi*. No. 3/Vol. IV/September 1994.
- Muhammad, Siswanto M, 2006 Reformasi Keperawatan Indonesia. <http://www.inna-ppni.or.id>
- Najib, Aan, 2007 Paradigma dan Revolusi Sains: Telaah Atas Konsep Pemikiran Samuel Kuhn dan Implikasinya dalam Wacana Pendidikan. www.geocities.com/HotSprings
- Nursalam, MN, 2007 Pembangunan Berwawasan Kesehatan. Tantangan Keperawatan Indonesia dalam Proses Profesionalisme. <http://inna-ppni.or.id/html>
- Pemerintah Propinsi Jawa Tengah, 2007 Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah : Pelayanan Kesehatan yang Wajib Dilakukan oleh Kabupaten/Kota Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah. <http://www.jawatengah.go.id/dinkes/new/SPM/>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2007 Seminar Kiat-kiat Legal Praktek Perawat dari Jerat Hukum, 25 Mei 2007 – Surabaya. <http://inna-ppni.or.id>
- Pikiran Rakyat, Sabtu, 07 Agustus 2004. Dirjen, *Bila Pelayanan tidak Ditingkatkan Citra Rumah Sakit Semakin Memburuk*.
- Rothbard, Murray N, 2007 Ludwig von Mises dan Paradigma Untuk Jaman Kita. Diterjemahkan oleh Jurnal Akal & Kehendak. April 2007. <http://akaldankehendak.wordpress.com/>
- Sandi, Andi Ant. T.T, Vivi Lignawati, 2004 *Desentralisasi dan Perkembangan Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kesehatan: Sebuah Evaluasi Normatif*. Makalah Seminar Perjalanan 3 Tahun Desentralisasi Kesehatan di Indonesia: Apa yang sudah dicapai dan apa yang belum? Tanggal 17-19 Maret 2004 di Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada. www.desentralisasi-kesehatan.net/id/
- Siagian, Albiner, 2002 *Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan (Suatu Kajian Kesiapan Daerah Menghadapi Desentralisasi Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010)*. Bogor: Makalah Pengantar Falsafah Sains.
- Sinamo, 2004. <http://www.pembelajar.com/> Mentalitas Profesional - 03 Desember 2004 - 02:54
- Singgih, E.G. Ph.D., 2003 Kuhn dan Kung: Perubahan Paradigma Ilmu dan Dampaknya Terhadap Teologi Kristen. <http://www.protestants-online.net>

- Siregar, Parhulutan, 2006 Paradigma Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Medan: Pusat Penelitian IAIN Sumatera Utara. <http://www.litagama.org/Metode/paradigma.htm>
- Soeling, Pantius D., 1997 Pemberdayaan SDM untuk Peningkatan Pelayanan, dalam *Bisnis Birokrasi* No.2/Vol. III/ Agustus/1997. opayat.multiply.com
- Sondakh, Angelina, 2007 Realitas Kesehatan dan Perspektif UU. www.angelinasondakh.com
- Stamps, P.L., 1997 Nurses and work satisfaction: an index for measurement. Second edition. Chicago: Health Administration Press.
- Subekti, Iron, Dr., 2007 Paradigma Sakit atau Sehat. Selasa 4 Desember 2007. <http://www.riautoday.com/>
- Sukarno, Suyoso, 1997 Tantangan Sektor Publik dalam Mewujudkan Pelayanan Prima Menuju "Public-Private Partnership", dalam *Jurnal Bisnis & Birokrasi*, No. 1/Vol. III/ April/1997, hal 31 - 49. opayat.multiply.com
- Susa, Dewi Elizadiani, SKp, 2003 Standard untuk Praktek Keperawatan. Medan: Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. <http://library.usu.ac.id/download/fk/keperawatan-dewi.pdf>
- Susanto, Agus, 2001 Diskusi Era Baru Profesi Keperawatan: Perawat ingin Jadi Mitra Seajar Dokter. *Kompas*, Jum'at 29 Juni 2001.
- Suhendar, Andi Ahmad, 2006 Depok Menatap Abad 2020, dalam *Depok Inside: Buletin Perencanaan & Pembangunan Depok*. Edisi 04/2006.
- Sukarno, Suyoso, 1997 Tantangan Sektor Publik dalam Mewujudkan Pelayanan Prima Menuju "Public-Private Partnership", dalam *Jurnal Bisnis & Birokrasi*, No. 1/Vol. III/ April/1997, hal 31 - 49.
- Syahra, Rusydi, 2005 Koproduksi dan Sinergisme: Pergeseran Paradigma dalam Pelayanan Publik, dalam *Jurnal Masyarakat dan Budaya*, Vol. VIII, No. 1 Tahun 2005, hal. 67 - 87.
- Tilome, Effendi, Adi Utarini, Andi Sandi, 2007 Regulasi Profesi Bidang Kesehatan. Studi Kasus Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar di Kota Gorontalo. Yogyakarta: Working Paper Series, 10 April 2006, First Draft. Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada. irc-kmpk.ugm.ac.id/id/
- Tutuko, Bambang, H., 2007 Praktik Keperawatan Sebagai Bentuk Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat: Suatu Tinjauan Etik dan Hukum. *Makalah dalam Seminar Kiat-kiat Legal Praktek Perawat dari Jerat Hukum*, Tanggal 25 Mei 2007 di Surabaya. <http://www.inna-ppni.or.id>
- Universitas Gadjah Mada, 2003 Organisasi Pelayanan Kesehatan. *Materi Pelatihan. Pelatihan Keterampilan Manajerial SPMK*, Januari 2003. <http://www.kmpk.ugm.ac.id/>

- Walikotamadya Jakarta Utara, 2007 *Suku Dinas Pelayanan Kesehatan*.
<http://yankes-utara Jakarta.go.id/sarana.html>.
- Widajat, Rochmanadji, 2007 *Pelayanan Kesehatan di Era Globalisasi*. Suara Merdeka Online
- Wiknjosastro, Gulardi H., 2007 *Integrasi Konsep Kesehatan Perempuan Pada Kurikulum Akademi Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan (YPKP). situs.kesrepro.info/info
- Wirawan, Widodo, 2004 *Praktik Pribadi Perawat: Konteks Status Profesional dan Ketersediaan Layanan*. Komunitas e-Learning Universitas Gadjah Mada. http://elisa.ugm.ac.id/chapter_view/Bulletin_DepKes_3603
- World Health Organization (WHO), 1981 *Development of Indicator for Monitoring Progress Towards Health for All by The Year 2000*, Geneva, WHO.
- www.pusdiknakes.or.id, 2005 Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan. Rabu, 13 Juli
- www.rumahsakit-indonesia.com, 2007 *Paradigma Sehat*. Wacana.
- World Health Organization (WHO). 1981. *Development of Indicator for Monitoring Progress Towards Health for All by The Year 2000*, Geneva, WHO.
- Zein, Umar Dr., 2007 Mempopulerkan Puskesmas "Populer". <http://www.pemkomedan.go.id/>



Undang-undang dan Peraturan

Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 1978 tentang Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan 1978/1979

Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 6 tahun 1984 tentang Penyelenggaraan Bantuan Pembangunan Kepada Propinsi Daerah Tingkat I, Kabupaten/Kotamadya Daerah Tingkat II dan Desa.

Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 93A/Menkes/SKB/II/1996 dan Nomor 17 tahun 1996 tentang Pedoman Pelaksanaan Pungutan Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat.

Keputusan Presiden Nomor 45 tahun 1994 tentang Susunan Organisasi Departemen.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 558/Menkes/SK/1984 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Tahun 1988 Nomor 48/Menkes/SKB/II/1988, dan Nomor 10 Tahun 1988 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan kepada Daerah.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1122/SK/XI/94 tahun 1994 tentang Kartu Sehat

Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tatakerja Dinas Kesehatan

Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tatakerja Pusat Kesehatan Masyarakat.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 853/Menkes/SK/VIII/1994 tentang Penyelenggaraan Peringatan Hari Kesehatan Nasional Ke-30.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1280/Menkes/SK/X/2002 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya.

Keputusan Walikota Depok Nomor 821.27/SK-38/PEG/2006 tentang Pengangkatan Kembali Pegawai Negeri Sipil dalam Jabatan Fungsional Perawat.

Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan Kepada Daerah.

Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 1997 tentang Retribusi Daerah.

Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom.

LAMPIRAN



Lampiran 3 : Tanda Bukti Pembayaran Pelayanan Gigi

Pemerintah Kota Depok
Dinas Kesehatan

Tanda Bukti Pembayaran
Jasa Pelayanan Gigi dan Pengujian Kesehatan
(berdasarkan Pasal 11 dan Pasal 14 Perda No. 4 tahun 2001)

Sudah terima dari :
Besarnya uang : Rp.
Terbilang :

Untuk pembayaran*)

No.	Jenis Tindakan	Tarif	No.	Jenis Tindakan	Tarif
a.	Cabut Gigi:		d.	Pemeriksaan kesehatan umum	Rp 2.000,-
	1. Gigi sulung	Rp 2.000,-	e.	Melanjutkan pendidikan	Rp 1.000,-
	2. Gigi tetap	Rp 5.000,-	f.	Pemeriksaan calon pengantin	Rp 5.000,-
	3. Gigi tetap dan Komplikasi	Rp 7.500,-	g.	Pemeriksaan kesehatan Calon Jemaah haji:	
b.	Penambalan Gigi		1.	Pemeriksaan pertama (di Puskesmas)	Rp 15.000,-
	1. Tambal sementara	Rp 2.000,-	2.	Pemeriksaan kedua (di Dinkes)	Rp 25.000,-
	2. Tambal amalgam	Rp 5.000,-			
	3. Tambal silikat/ ionomer	Rp 5.000,-			
	4. Scalling per resio	Rp 2.000,-			
	5. Alveolektomi	Rp 5.000,-			
	6. Gingivektomi	Rp 5.000,-			
	7. Uperculektomi	Rp 5.000,-			
c.	Ekstervasi Mucosel	Rp 20.000,-			

Depok,

Petugas Pemeriksa

.....
(nama jelas)

Keterangan:

- lembar putih untuk pasien
- lembar merah untuk Dipenda
- lembar biru untuk Dinkes
- lembar kuning untuk puskesmas ybs

*)lingkari jenis tindakan yang dilakukan TBP3

Lampiran 4:

**PERATURAN DAERAH KOTA DEPOK
NOMOR 4 TAHUN 2001
TENTANG
RETRIBUSI PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALI KOTA DEPOK,**

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan Pasal 82 ayat (2) Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 penentuan tarif dan tata cara pemungutan pajak dan Retribusi Daerah ditetapkan dengan Peraturan Daerah sesuai dengan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- b. bahwa berdasarkan pasal 2 ayat (2) huruf "a" Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1997 tentang Retribusi Daerah, Retribusi Pelayanan Kesehatan adalah merupakan salah satu jenis Retribusi Daerah.
- c. bahwa untuk meningkatkan penerimaan Daerah guna menunjang Pelaksanaan Pembangunan Penyelenggaraan Pemerintahan, dan pelayanan kepada masyarakat, maka setiap pelayanan Kesehatan dikenakan Retribusi.
- d. bahwa sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c perlu ditetapkan Peraturan Daerah Kota Depok yang mengatur tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan.
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3209).
2. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).
3. Undang-undang Nomor 18 Tahun 1997 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 41. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3685).
4. Undang-undang Nomor 15 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Depok dan Kotamadya Daerah Tingkat II Cilegon (lembaran negara Tahun 1999 Nomor 49. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3828).
5. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839).
6. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72. tambahan Lembaran Negara Nomor 3848).
7. Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 75. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3851).
8. Undang-undang Nomor 34 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang No. 18 Tahun 1997 tentang Pajak Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 246).
9. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1997 tentang Retribusi Daerah (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 55. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3692).

10. Peraturan Pemerintah Nomor 222 Tahun 1984 tentang Pemeriksaan Kesehatan Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun beserta Anggota Keluarganya.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan dalam bidang Kesehatan kepada Daerah.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 No. 54. Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952).
13. Keputusan Presiden Nomor 44 Tahun 1999 tentang Teknik Penyusunan Peraturan Perundang – Undangan dan Bentuk Rancangan Undang – Undang Rancangan Peraturan Pemerintah dan Rancangan Keputusan Presiden (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 70).
14. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 27 Tahun 2000 tentang Penyidik Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 27).
15. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 47 Tahun 2000 tentang Pembentukan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2001 Nomor 2).
16. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 48 Tahun 2000 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2001 Nomor 3).

Dengan persetujuan

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA DEPOK

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN DAERAH KOTA DEPOK TENTANG RETRIBUSI PELAYANAN KESEHATAN

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan:

1. Kota adalah Kota Depok.
2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Depok.
3. Walikota adalah Walikota Depok
4. Pejabat adalah Pegawai yang diberikan tugas tertentu di bidang Retribusi Daerah sesuai dengan peraturan perundang – undangan yang berlaku.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Depok.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok.
7. Kas daerah adalah Bank Pemerintah yang ditunjuk untuk memegang kas daerah.
8. Badan adalah suatu Badan Usaha yang meliputi Perseroan Terbatas, Perseroan Komanditer, Perseroan lainnya, Badan Usaha Milik Negara atau Daerah dengan nama dan bentuk apapun, Persekutuan, Perkumpulan Firma, Kongsi, Koperasi, Yayasan atau Organisasi yang sejenis, Lembaga, Dana Pensiun, bentuk usaha tetap serta Badan Usaha Lainnya.
9. Retribusi Jasa Umum adalah Retribusi atas Jasa yang disediakan atau diberikan oleh Pemerintah Kota untuk tujuan kepentingan dan kemanfaatan umum serta dapat dinikmati oleh orang Pribadi atau badan.

10. Wajib Retribusi adalah orang pribadi atau badan yang menurut peraturan perundang – undangan Retribusi Daerah diwajibkan untuk melakukan pembayaran Retribusi.
11. Puskesmas adalah suatu sarana yang melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara paripurna kepada masyarakat di wilayah kerja tertentu.
12. Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) adalah puskesmas yang dilengkapi dengan rawat inap.
13. Puskesmas Pembantu adalah suatu sarana yang melaksanakan upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat mencakup bagian wilayah kerja (Puskesmas) disesuaikan dengan keadaan setempat dan merupakan bagian integral.
14. Pos Kesehatan Kelurahan adalah tempat kesehatan yang dilayani seorang Paramedis Perawat dan berada di Kelurahan serta merupakan perpanjangan pelayanan oleh Puskesmas.
15. Rujukan adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan tenaga ahli/spesialis.
16. Rekomendasi adalah Pemberian persetujuan tertulis oleh Dinas Kesehatan untuk suatu usaha pelayanan kesehatan.
17. Rawat Jalan adalah Pelayanan terhadap seorang yang masuk ke Puskesmas untuk keperluan observasi diagnosa pengobatan, rehabilitasi.
18. Rawat medik adalah pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap.
19. Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan terhadap seseorang yang masuk ke Puskesmas untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya dengan tinggal di ruang rawat inap.
20. Tindakan medik adalah tindakan pembedahan, tindakan pengobatan menggunakan alat dan tindakan diagnostik lainnya.
21. Pelayanan persalinan adalah pertolongan yang diberikan oleh seseorang yang telah mengikuti pendidikan kebidanan dalam proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan placenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.
22. Tindakan kebidanan adalah suatu cara/teknik yang dilakukan oleh seseorang yang telah mengikuti pendidikan kebidanan pada kasus – kasus obstetri dari ginekologi.
23. Pengujian kesehatan adalah pengujian yang dilakukan berkaitan dengan kesehatan seseorang untuk keperluan tertentu.
24. Surat Ketetapan Retribusi Daerah untuk selanjutnya disingkat SKRD atau dokuman yang dipersamakan adalah Surat Keputusan yang menentukan besarnya jumlah Retribusi yang terutang.
25. Surat Tagihan Retribusi Daerah yang selanjutnya di singkat STRD atau dokumen yang dipersamakan adalah surat untuk melakukan tagihan Retribusi dan atau sanksi administrasi berupa bunga atau denda.
26. Surat Ketetapan Retribusi Daerah Lebih Bayar yang selanjutnya disingkat SKRDLB adalah Surat Keputusan yang menentukan jumlah kelebihan pembayaran Retribusi karena kredit Retribusi lebih besar dari pada Retribusi yang terutang atau tidak seharusnya terutang.
27. Pemeriksaan adalah serangkaian kegiatan untuk mencari, mengumpulkan, dan mengolah data dan atau keterangan lainnya dalam rangka pengawasan kepatuhan pemenuhan kewajiban Retribusi Daerah.
28. Penyidik Pegawai Negeri Sipil selanjutnya diseingkat PPNS adalah Pejabat Pegawai Negeri Sipil tertentu dilingkungan Pemerintah Kota Depok yang diberi wewenang khusus oleh Undang – undang untuk melakukan penyidikan terhadap pelanggaran Peraturan Daerah Kota Depok yang memuat ketentuan Pidana.
29. Penyidikan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh penyidik Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disebut penyidik, untuk mencari serta mengumpulkan bukti yang dengan bukti itu membuat terang tindak pidana di bidang Retribusi Daerah yang terjadi serta menemukan tersangkanya.

**BAB II
NAMA, OBJEK DAN SUBJEK RETRIBUSI**

Pasal 2

Dengan nama Retribusi Pelayanan Kesehatan dipungut Retribusi atas setiap jasa pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan, Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling serta Puskesmas dengan tempat perawatan.

Pasal 3

- (1) Objek Retribusi adalah Jasa Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah Kota, meliputi:
- a. Puskesmas
 - b. Puskesmas Pembantu
 - c. Puskesmas Keliling
 - d. Puskesmas dengan tempat perawatan
- (2) Tidak termasuk dari objek Retribusi adalah pelayanan kesehatan yang dimiliki dan atau dikelola oleh Swasta dan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah dalam rangka bakti sosial:

Pasal 4

Subyek Retribusi adalah orang pribadi atau Badan yang memperoleh Pelayanan Kesehatan dari Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Puskesmas dengan tempat perawatan..

**BAB III
GOLONGAN RETRIBUSI**

Pasal 5

Retribusi Pelayanan Kesehatan digolongkan Retribusi Pelayanan Umum.

**BAB IV
CARA MENGUKUR TINGKAT PENGGUNAAN JASA**

Pasal 6

Tingkat penggunaan jasa diukur berdasarkan frekwensi pelayanan kesehatan dan jenis pelayanan.

**BAB V
PRINSIP DAN SASARAN DALAM PENETAPAN STRUKTUR DAN
BESARNYA TARIF**

Pasal 7

- (1) Prinsip dan sasaran dalam penetapan struktur dan besarnya tarif Retribusi, yaitu untuk menutup biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan kemampuan, aspek keadilan, merata dan bermutu.
- (2) Biaya sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini, meliputi biaya investasi prasarana, biaya operasional dan pemeliharaan.

- (3) Prinsip dan sasaran dalam penetapan struktur besarnya biaya retribusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- Pelayanan rawat jalan kesehatan dasar dan pelayanan rawat jalan rujukan Puskesmas adalah untuk membiayai sebagian biaya penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan kemampuan masyarakat.
 - Perawatan sedang untuk membiaya separuh dari biaya perawatan.
 - Perawatan besar didasarkan pada tujuan untuk membiayai sepertiga biaya dari biaya perawatan dengan memperhatikan kemampuan masyarakat.

BAB VI STRUKTUR DAN BESARNYA TARIF

Pasal 8

Jenis Pelayanan di Puskesmas

- Struktur tarif digolongkan berdasarkan jenis pelayanan kesehatan.
- Jenis pelayanan yang dikenakan tarif dikelompokkan dalam:
 - Rawat jalan.
 - Unit Gawat Darurat.
 - Rawat Inap.
 - Pemeriksaan Penunjang Diagnostik.
 - Tindakan Medik dan Terapi.
 - Upaya Rehabilitasi Medik.
 - Pemeriksaan Visum et Repertum.
 - Pengujian Kesehatan.
 - Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah.
 - Tindakan Elektromedik dan Radioterapi.
 - Pelayanan Poliklinik Puskesmas Sore hari yang dimulai pk. 14.00 s/d pk. 17.00 WIB.
- Struktur dan besarnya tarif retribusi Pelayanan Kesehatan dasar perpasian setiap kali kunjungan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Puskesmas dengan tempat perawatan ditetapkan sebagai berikut:
 - Tarif Pelayanan Kesehatan Dasar.
Besarnya Tarif Rawat perorangan/hari adalah Rp. 2.000,- terdiri dari:

1. Pemeriksaan/Pengobatan	Rp. 1.500,-
2. Embalase	Rp. 250,-
3. Kartu Pasien	Rp. 250,-
 - Struktur dan besarnya tarif retribusi pelayanan kesehatan dasar rawat jalan per pasien setiap kali kunjungan di Puskesmas yang dilaksanakan pada sore hari ditetapkan sebesar Rp.10.000,- terdiri dari:

1. Jasa Medik	Rp. 5.000,-
2. Obat	Rp. 1.500,-
3. Embalase	Rp. 250,-
4. Karcis	Rp. 250,-
5. Biaya Operasional	Rp. 3.000,-

Pasal 9

- Besarnya Tarip Rawat Inap di Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) Perorang/hari ditetapkan sebesar Rp. 25.000,- terdiri dari:
 - Biaya pemeriksaan dan tindakan medik
 Rp. 3.500,- | - Biaya obat – obatan
 Rp. 3.000,- | - Biaya Penginapan & Konsumsi
 Rp. 15.000,- | - Biaya Operasional
 Rp. 3.500,- |

- (2) Besarnya Tarif Untuk Bayi Baru Lahir perorangan/perhari ditetapkan sebesar Rp. 10.000,- terdiri dari:
- a. Bahan dan Alat Rp. 5.000,-
 - b. Jasa Perawatan Rp. 2.500,-
 - c. Pengawasan Medis Rp. 2.500,-
- (3) Bayi yang baru lahir yang memerlukan perawatan khusus perorangan/hari ditetapkan sebesar Rp.15.000,- terdiri dari:
- a. Bahan dan Alat Rp. 6.000,-
 - b. Jasa Perawatan Rp. 5.000,-
 - c. Pengawasan Medis Rp. 4.000,-

Pasal 10

Tarif Tindakan Medik/Jasa Tindakan di Puskesmas:

a. Perawatan luka dengan jahitan 1 – 5	Rp. 7.500,-
b. Perawatan luka tanpa jahitan	Rp. 2.500,-
c. Khitanan	Rp. 35.000,-
d. Kateterisasi kandung kemih	Rp. 3.000,-
e. Insisi	Rp. 3.000,-
f. Vena Seksi	Rp. 10.000,-
g. Ganti Balutan	Rp. 2.000,-
h. Ekstrasi benda asing	Rp. 3.000,-
i. Tindik	Rp. 5.000,-
j. Operasi Katarak	Rp. 100.000,-
k. Pemasangan Inplan	Rp. 15.000,-
l. Pencabutan Inplan	Rp. 25.000,-
m. Vasektomi	Rp. 50.000,-
n. Pemasangan IUD	Rp. 25.000,-
o. Pencabutan IUD	Rp. 15.000,-

Pasal 11

Tarif jasa pelayanan gigi di Puskesmas ditetapkan sebagai berikut:

a. Cabut Gigi:	
1. Gigi sulung	Rp. 2.000,-
2. Gigi Tetap	Rp. 5.000,-
3. tetap dengan komplikasi	Rp. 7.500,-
b. Penambalan 1 Gigi:	
1. Tambahan sementara	Rp. 2.000,-
2. Tambal amalgam	Rp. 5.000,-
3. Tambal Silikat/Ionomer	Rp. 5.000,-
4. Scalling per Regio	Rp. 2.000,-
5. Alveolektomi	Rp. 5.000,-
6. Gingivektomi	Rp. 5.000,-
7. Uperculektomi	Rp. 5.000,-
c. Ekstervasi Mucosel:	Rp. 20.000,-

Pasal 12

Tarif pemeriksaan diagnostik:

a. Pemeriksaan Haematologi	
1. Laju endap darah	Rp. 1.000,-
2. Hematokrit	Rp. 1.000,-
3. HB	Rp. 1.000,-
4. Eritrocyt	Rp. 1.000,-
5. Leucocyt	Rp. 1.000,-

6. Retikulocyt Rp. 1.000,-
 7. Hitung jenis Leukocyt Rp. 2.000,-
 8. Trombocyt Rp. 1.000,-
 9. Eosinofil Rp. 1.000,-
 10. Malaria Rp. 1.000,-
 11. Masa pendarahan Rp. 1.000,-
 12. Masa pembekuan Rp. 1.000,-
 13. Golongan Darah Rp. 3.500,-
- b. Pemeriksaan Bakteriologi sediaan langsung:
1. Batang Tahan Asam Rp. 1.500,-
 2. Neisseria Rp. 1.500,-
 3. Diptheria Rp. 1.500,-
- c. Pemeriksaan tinja:
1. Rutin (makroskopis, mikroskopis) Rp. 1.000,-
 2. Darah samar Rp. 1.000,-
 3. Sisa Pencernaan Rp. 1.000,-
- d. Pemeriksaan Serologi/Imunologi Tes Kehamilan Rp. 10.000,-
- e. Pemeriksaan Urine:
1. Urine rutin (Makroskopis HP, Protein, Reduksi) Rp. 5.000,-
 2. Urobilionogen Rp. 1.000,-
 3. Urobilin Rp. 1.000,-
 4. Bilirubin Rp. 1.000,-
 5. Asan aseto asetat Rp. 1.000,-
 6. Aseton Rp. 1.000,-
 7. Esbach Rp. 1.500,-
 8. Sedimen Rp. 1.000,-
 9. Protein Rp. 1.000,-
 10. Protein Bense Jones Rp. 1.500,-
- f. Tarif pemeriksaan elektromedik:
1. EKG Rp. 7.000,-
 2. EEG Rp. 20.000,-
 3. USG Rp. 20.000,-
 4. Visus Rp. 1.000,-
 5. Doppler Rp. 1.000,-
- g. Tarif Pemeriksaan Radio diagnostik:
1. Foto ukuran besar (thorax) Rp. 25.000,-
 2. Foto ukuran kecil Rp. 15.000,-
 3. Foto gigi satu dua Rp. 10.000,-

Pasal 13

Tarif persalinan dan tindakan kebidanan.

- a. Tarif persalinan normal adalah Rp. 75.000,- terdiri dari:
1. Jasa pelayanan Rp. 50.000,-
 2. Bahan dan alat Rp. 25.000,-
- b. Tarif persalinan patologi adalah Rp. 100.000,- terdiri dari:
1. Jasa pelayanan Rp. 65.000,-
 2. Bahan dan alat Rp. 35.000,-
- c. Tarif Kuret adalah Rp. 75.000,- terdiri dari:
1. Jasa pelayanan Rp. 50.000,-
 2. Bahan dan alat Rp. 25.000,-
- d. Tarif plasenta manual adalah Rp. 50.000,- terdiri dari:

1. Jasa pelayanan Rp. 30.000,-
2. Bahan dan alat Rp. 20.000,-

Pasal 14

Besarnya tarif pengujian Kesehatan (keuring) untuk keperluan:

- a. Pemeriksaan Kesehatan Umum Rp. 2.000,-
- b. Melanjutkan pendidikan Rp. 1.000,-
- c. Pemeriksaan Calon Pengantin Rp. 5.000,-
- d. Pemeriksaan Kesehatan Calon Jemaah Haji:
 1. Pemeriksaan Pertama dilaksanakan di puskesmas dengan tarif Rp. 15.000,-
 2. Pemeriksaan Kedua dilaksanakan di Dinas Kesehatan dengan tarif sebesar Rp. 25.000,-
 3. Pembagian Pengaturan Jasa Medis diatur lebih lanjut dengan Keputusan Walikota.

Pasal 15

- (1). Tarif pemeriksaan air adalah sebagai berikut:
 1. Pemeriksaan Mikrobiologi:
 - a. Pemeriksaan Air Minum Bakteriologis bagi Perusahaan.
 - b. Pemeriksaan Minuman Bakteriologis.
 - c. Pemeriksaan Air Kolam Renang.
 - d. Pemeriksaan Bakteriologis Bagi Perorangan.
 2. Pemeriksaan Kimia:
 - a. Pemeriksaan Air Minum Kimia Lengkap bagi Perusahaan.
 - b. Pemeriksaan Air Minum Kimia Sederhana bagi Perusahaan.
 - c. Pemeriksaan Air Minum Kimia Lengkap bagi Perorangan.
 - d. Pemeriksaan Air Minum Kimia Sederhana bagi Perorangan.
 - e. Pemeriksaan Air Buangan Kimia Lengkap Bagi Perusahaan.
 - f. Pemeriksaan Air Kolam Renang Kimia.
- (2). Biaya transport pengambilan dan pengamatan bahan pemeriksaan air kelokasi setiap kali pemeriksaan ditentukan sebesar biaya transport pergilang.
- (3). Tarif dan jenis pemeriksaan laboratorium yang belum tercantum dalam ayat (1) serta rincian tarif setiap jenis pemeriksaan seperti dimaksud dalam point di atas, akan ditetapkan melalui Keputusan Walikota yang didasarkan kepada perkembangan kemampuan LABKESDA serta kondisi harga di pasaran saat itu.

Pasal 16

- (1). Komponen tarif pelayanan ambulans dan mibil jenazah, meliputi:
 - Biaya bahan dan alat (BBM/suku cadang)
 - Jasa pelayanan.
 - Jasa puskesmas
- (2). Biaya bahan dan alat bagi ambulans ditetapkan untuk radius sampai dengan (5 (lima) kilometer dalam kota depok sebesar 30 liter BBM/Premium.
- (3). Biaya bahan dan alat bagi mobil jenazah ditetapkan untuk radius sampai dengan (5 (lima) kilometer dalam kota depok sebesar 60 liter BBM/Premium.
- (4). Biaya bahan dan alat untuk pemakaian ambulans dan mobil jenazah ke luar kota diperhitungkan dua kali jarak sesungguhnya dengan tarif satu liter BBM/Premium setiap kilometer jarak tempuh.
- (5). Besarnya jasa pelayanan dan jasa Puskesmas sebagaimana ayat (1) Pasal ini, akan diatur lebih lanjut dengan Keputusan Walikota.

**BAB VII
KETENTUAN PENGGUNAAN HASIL PUNGUTAN
RETRIBUSI PELAYANAN KESEHATAN**

Pasal 17

- (1). Seluruh hasil penerimaan dari retribusi pelayanan kesehatan disetor ke Kas Daerah.
- (2). Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 5 % dipergunakan untuk uang perangsang dalam rangka peningkatan pelayanan yang pengaturannya ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (3). Seluruh hasil penerimaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikembalikan ke Dinas Kesehatan 50 % dengan perincian 40 % ke Puskesmas dan 10 % ke Dinas Kesehatan untuk keperluan pembiayaan kegiatan operasional Dinas dan Puskesmas.

**BAB VIII
WILAYAH PUNGUTAN**

Pasal 18

Retribusi yang terutang dipungut di wilayah Kota tempat pelayanan penyediaan fasilitas diberikan.

**BAB IX
MASA RETRIBUSI**

Pasal 19

Masa Retribusi adalah jangka waktu selama pelayanan Kesehatan diberikan oleh Pemerintah Kota.

**BAB X
SAAT RETRIBUSI**

Pasal 20

Saat Retribusi terutang adalah pada saat diterbitkan SKRD atau dokumen lain yang dipersamakan.

**BAB XI
TATA CARA PEMUNGUTAN**

Pasal 21

- (1). Pemungutan Retribusi tidak dapat diborongkan
- (2). Retribusi dipungut dengan menggunakan SKRD atau dokumen lain yang dipersamakan, atau SKRDKBT.

**BAB XII
SANKSI ADMINISTRASI**

Pasal 22

Didalam hal wajib Retribusi tidak membayar tepat pada waktunya atau kurang membayar, dikenakan sanksi administrasi berupa bunga sebesar 2 % (dua persen) setiap bulan dari Retribusi yang terutang atau kurang dibayar dan ditagih dengan menggunakan STRD.

BAB XIII
TATA CARA PEMBAYARAN

Pasal 23

- (1). Pembayaran Retribusi yang terutang harus dilunasi sekaligus.
- (2). Retribusi yang terutang dilunasi selambat – lambatnya 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya KRDLB atau dokumen lain yang dipersamakan SKRDKBT dan STRD.
- (3). Tata cara pembayaran, penyetoran tempat pembayaran Retribusi diatur dengan Keputusan Walikota.

BAB XIV
TATA CARA PENAGIHAN

Pasal 24

- (1). Surat teguran atau surat peringatan atau surat lain yang sejenis sebagai awal tindakan pelaksanaan penagihan Retribusi dikeluarkan 7 (tujuh) hari sejak jatuh tempo pembayaran.
- (2). Dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari setelah tanggal surat teguran atau surat peringatan atau surat lain yang sejenis, wajib Retribusi harus melunasi Retribusi yang terutang.
- (3). Surat teguran, surat peringatan atau surat lain yang sejenis sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini dikeluarkan oleh Pejabat yang ditunjuk.

BAB XV
PENGEMBALIAN KELEBIHAN PEMBAYARAN

Pasal 25

- (1). Atas kelebihan pembayaran Retribusi. Wajib Retribusi dapat mengajukan permohonan pengembalian kepada Walikota.
- (2). Keputusan Walikota diberikan atas kelebihan pembayaran Retribusi yang diajukan dalam jangka waktu paling lama 6 (enam) bulan.
- (3). Apabila jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini telah dilampaui tidak mendapat keputusan atas kelebihan pembayaran yang diajukan dianggap dikabulkan dan SKRDLB diterbitkan dalam jangka waktu yang lama 1 (satu) bulan.
- (4). Apabila wajib Retribusi mempunyai utang Retribusi lainnya, kelebihan pembayaran Retribusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini langsung diperhitungkan untuk melunasi terlebih dahulu utang Retribusi tersebut.
- (5). Pengembalian kelebihan pembayaran Retribusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini dilakukan dalam jangka waktu paling lama 2 (dua) bulan sejak diterbitkannya SKRDLB.
- (6). Apabila pengembalian kelebihan pembayaran Retribusi dilakukan setelah lewat bayar jangka waktu 2 (dua) bulan. Walikota memberikan imbalan bunga sebesar 2 % (dua persen) sebulan atas keterlambatan pembayaran kelebihan Retribusi.

Pasal 26

- (1). Permohonan pengembalian kelebihan pembayaran Retribusi diajukan secara tertulis kepada Walikota melalui Kepala Dinas dengan sekurang-kurangnya menyebutkan:
 - a. Nama dan alamat wajib retribusi.
 - b. Masa retribusi.
 - c. Besarnya kelebihan pembayaran.
 - d. Alasan yang singkat dan jelas.

- (2). Permohonan pengembalian kelebihan pembayaran Retribusi disampaikan secara langsung atau melalui pos tercatat.
- (3). Bukti penerimaan oleh Pejabat Pemerintah Kota atau bukti pengiriman pos tercatat merupakan bukti saat permohonan diterima oleh Walikota.

Pasal 27

- (1). Pengembalian kelebihan Retribusi dilakukan dengan menerbitkan surat pembayaran kelebihan Retribusi.
- (2). Apabila kelebihan pembayaran Retribusi diperhitungkan dengan utang Retribusi lainnya. Sebagaimana dimaksud pada pasal 25 ayat (4) Peraturan Daerah ini pembayaran dilakukan dengan cara pindah bukuan dan bukti pindah bukuan juga berlaku sebagai bukti pembayaran.

BAB XVI PENGURANGAN, KERINGANAN DAN PEMBEBASAN RETRIBUSI

Pasal 28

- (1). Walikota dapat memberikan pengurangan, keringanan dan pembebasan besarnya Retribusi.
- (2). Pemberian pengurangan, keringanan dan pembebasan Retribusi sebagaimana dimaksud ayat (1) pasal ini dengan memperhatikan kemampuan wajib retribusi antara lain untuk mengangsur karena bencana alam dan kerusakan.
- (3). Tata cara pengurangan, keringanan dan pembebasan Retribusi ditetapkan oleh Walikota.

BAB XVII KEDALUWARSA PENAGIHAN

Pasal 29

- (1). Penagihan Retribusi kedaluwarsa setelah melampaui jangka waktu 3 (tiga) tahun terhitung sejak saat terhutangnya Retribusi, kecuali apabila wajib Retribusi melakukan tindak pidana dibidang Retribusi.
- (2). Kedaluwarsa penagihan Retribusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini tertanggung apabila:
 - a. Diterbitkan surat teguran, atau
 - b. Ada pengakuan utang Retribusi dari wajib Retribusi baik langsung maupun tidak langsung.

BAB XIX TATA CARA PENGHAPUSAN PIUTANG RETRIBUSI YANG KEDALUWARSA

Pasal 30

- (1). Piutang Retribusi yang tidak mungkin ditagih lagi karena hak untuk melakukan penagihan sudah kedaluwarsa dapat dihapus.
- (2). Walikota menetapkan Keputusan penghapusan piutang Retribusi Daerah yang kedaluwarsa sebagaimana ayat (1) pasal ini.

BAB XVIII
KETENTUAN PIDANA

Pasal 31

- (1). Wajib Retribusi yang tidak melaksanakan kewajibannya sehingga merugikan keuangan Daerah diancam pidana kurungan paling lama 6 (enam) bulan atau denda paling banyak 4 (empat) kali jumlah Retribusi yang terutang.
- (2). Tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini adalah pelanggaran.

BAB XX
PENYIDIKAN

Pasal 32

- (1). Pejabat Pegawai Negeri Sipil tertentu di lingkungan Pemerintah Kota diberi wewenang khusus sebagai penyidik untuk melakukan penyidikan tindak pidana dibidang Retribusi Daerah.
- (2). Wewenang penyidik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini adalah:
 - a. Menerima, mencari, mengumpulkan dan meneliti keterangan atau laporan berkenaan dengan tindak pidana dibidang Retribusi Daerah dan agar keterangan atau laporan tersebut menjadi lengkap dan jelas.
 - b. Meneliti, mencari dan mengumpulkan keterangan mengenai orang pribadi atau badan tentang kebenaran perbuatan yang dilakukan sehubungan dengan tindak pidana pelanggaran terhadap Peraturan Daerah.
 - c. Meminta keterangan dan barang bukti dari orang pribadi atau badan sehubungan dengan tindak pidana pelanggaran terhadap Retribusi Daerah.
 - d. Memeriksa buku – buku, catatan – catatan dan dokumen – dokumen serta melakukan penyitaan terhadap barang bukti tersebut.
 - e. Melakukan penggeledahan untuk mendapatkan barang bukti pembukuan, pencatatan dan dokumen – dokumen lain, serta melakukan penyitaan terhadap barang bukti tersebut.
 - f. Meminta bantuan tenaga ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana pelanggaran terhadap Peraturan Daerah.
 - g. Menyuruh berhenti, melarang seseorang meninggalkan ruangan atau tempat pada saat pemeriksaan sedang berlangsung dan memeriksa identitas orang atau dokumen yang dibawa sebagaimana dimaksud pada huruf “e”.
 - h. Memotret seseorang atau yang berkaitan dengan tindak pidanapelanggaran terhadap Peraturan Daerah.
 - i. Memanggil orang untuk didengar keterangannya dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi.
 - j. Menghentikan penyidikan.
 - k. Melakukan tindakan lain yang perlu untuk kelancaran penyidikan tindak Pidana di bidang Retribusi Daerah menurut hukum yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (3). Penyidik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini memberitahukan dimulainya penyidikan dan menyampaikan hasil penyidikannya kepada penuntut umum sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang–undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana.

BAB XXI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 33

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Depok.

Ditetapkan di: Depok
Pada Tanggal: 08 Pebruari 2001

WALIKOTA DEPOK,

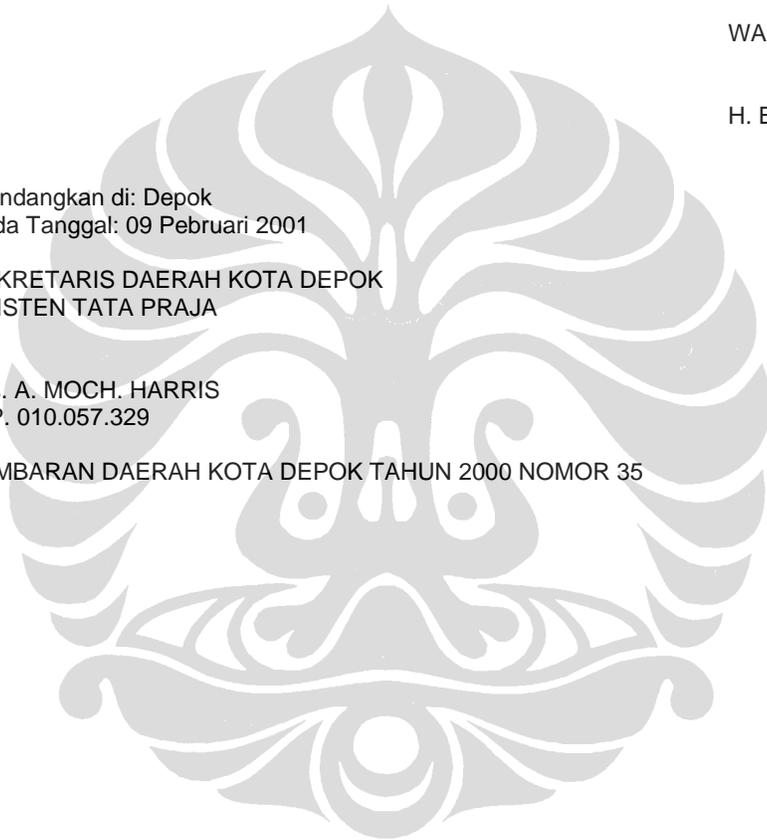
H. BADRUL KAMAL

Diundangkan di: Depok
Pada Tanggal: 09 Pebruari 2001

SEKRETARIS DAERAH KOTA DEPOK
ASISTEN TATA PRAJA

Drs. A. MOCH. HARRIS
NIP. 010.057.329

LEMBARAN DAERAH KOTA DEPOK TAHUN 2000 NOMOR 35



Lampiran 5:

**KEPUTUSAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 5 TAHUN 2004
TENTANG
TUNJANGAN JABATAN FUNSIONAL DOKTER, DOKTER GIGI,
APOTEKER, ASISTEN APOTEKER, PRANATA LABORATORIUM KESEHATAN,
EPIDEMIOLOG KESEHATAN, ENTOMOLOG KESEHATAN, SANITARIAN,
ADMINISTRATOR KESEHATAN, PENYULUH KESEHATAN MASYARAKAT,
PERAWAT GIGI, NUTRISIONIS, BIDAN, PERAWAT, RADIOGRAFER, PEREKAM
MEDIS, DAN TEKNISI ELEKTROMEDIS
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,**

Menimbang: bahwa dalam rangka meningkatkan mutu, prestasi, pengabdian, dan semangat kerja bagi Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam jabatan fungsional Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Asisten Apoteker, Pranata Laboratorium Kesehatan, Epidemiolog Kesehatan, Entomolog Kesehatan, Sanitarian, Administrator Kesehatan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Perawat Gigi, Nutrisionis, Bidan, Perawat, Radiografer, Perekam Medis, dan Teknisi Elektromedis, dipandang perlu memberikan tunjangan jabatan fungsionalnya dengan Keputusan Presiden;

Mengingat:

1. Pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945;
2. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 43 Tahun 1999 (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3890);
3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1977 tentang Peraturan Gaji Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Tahun 1977 Nomor 11, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3098) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2003 (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 17);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1994 tentang Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Tahun 1994 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3547);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 9 Tahun 2003 tentang Wewenang Pengangkatan, Pemindahan, dan Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 15, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4263);
8. Keputusan Presiden Nomor 87 Tahun 1999 tentang Rumpun Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: **KEPUTUSAN PRESIDEN TENTANG TUNJANGAN JABATAN FUNSIONAL DOKTER, DOKTER GIGI, APOTEKER, ASISTEN APOTEKER, PRANATA LABORATORIUM KESEHATAN, EPIDEMIOLOG KESEHATAN, ENTOMOLOG KESEHATAN, SANITARIAN, ADMINISTRATOR KESEHATAN, PENYULUH**

KESEHATAN MASYARAKAT, PERAWAT GIGI, NUTRISIONIS, BIDAN, PERAWAT,
RADIOGRAFER, PEREKAM MEDIS, DAN TEKNISI ELEKTROMEDIS.

Pasal 1

Dalam Keputusan Presiden ini yang dimaksud dengan :

1. Tunjangan Jabatan Fungsional Dokter, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Dokter adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Dokter sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Tunjangan Jabatan Fungsional Dokter Gigi, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Dokter Gigi adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Dokter Gigi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Tunjangan Jabatan Fungsional Apoteker, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Apoteker adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Apoteker sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Tunjangan Jabatan Fungsional Asisten Apoteker, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Asisten Apoteker adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Asisten Apoteker sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Tunjangan Jabatan Fungsional Pranata Laboratorium Kesehatan, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Pranata Laboratorium Kesehatan adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Pranata Laboratorium Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Tunjangan Jabatan Fungsional Epidemiolog Kesehatan, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Epidemiolog Kesehatan adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Epidemiolog Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Tunjangan Jabatan Fungsional Entomolog Kesehatan, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Entomolog Kesehatan adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Entomolog Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Tunjangan Jabatan Fungsional Sanitarian, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Sanitarian adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Sanitarian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Tunjangan Jabatan Fungsional Administrator Kesehatan, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Administrator Kesehatan adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Administrator Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
10. Tunjangan Jabatan Fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Penyuluh Kesehatan Masyarakat adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh

dalam Jabatan Fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

11. Tunjangan Jabatan Fungsional Perawat Gigi, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Perawat Gigi adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perawat Gigi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Tunjangan Jabatan Fungsional Nutrisionis, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Nutrisionis adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Nutrisionis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
13. Tunjangan Jabatan Fungsional Bidan, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Bidan adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Bidan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
14. Tunjangan Jabatan Fungsional Perawat, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Perawat adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perawat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
15. Tunjangan Jabatan Fungsional Radiografer, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Radiografer adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Radiografer sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
16. Tunjangan Jabatan Fungsional Perekam Medis, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Perekam Medis adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perekam Medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
17. Tunjangan Jabatan Fungsional Teknisi Elektromedis, yang selanjutnya disebut dengan Tunjangan Teknisi Elektromedis adalah tunjangan jabatan fungsional yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Teknisi Elektromedis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 2

- (1) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Dokter, diberikan Tunjangan Dokter setiap bulan.
- (2) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Dokter Gigi, diberikan Tunjangan Dokter Gigi setiap bulan.
- (3) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Apoteker, diberikan Tunjangan Apoteker setiap bulan.
- (4) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Asisten Apoteker, diberikan Tunjangan Asisten Apoteker setiap bulan.
- (5) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Pranata Laboratorium Kesehatan, diberikan Tunjangan Pranata Laboratorium Kesehatan setiap bulan.
- (6) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Epidemiolog Kesehatan, diberikan Tunjangan Epidemiolog Kesehatan setiap bulan.

- (7) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Entomolog Kesehatan, diberikan Tunjangan Entomolog Kesehatan setiap bulan.
- (8) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Sanitarian, diberikan Tunjangan Sanitarian setiap bulan.
- (9) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Administrator Kesehatan, diberikan Tunjangan Administrator Kesehatan setiap bulan.
- (10) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat, diberikan Tunjangan Penyuluh Kesehatan Masyarakat setiap bulan.
- (11) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perawat Gigi, diberikan Tunjangan Perawat Gigi setiap bulan.
- (12) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Nutrisionis, diberikan Tunjangan Nutrisionis setiap bulan.
- (13) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Bidan, diberikan Tunjangan Bidan setiap bulan.
- (14) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perawat, diberikan Tunjangan Perawat setiap bulan.
- (15) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Radiografer, diberikan Tunjangan Radiografer setiap bulan.
- (16) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Perekam Medis, diberikan Tunjangan Perekam Medis setiap bulan.
- (17) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dan ditugaskan secara penuh dalam Jabatan Fungsional Teknisi Elektromedis, diberikan Tunjangan Teknisi Elektromedis setiap bulan.

Pasal 3

- (1) Besarnya Tunjangan Dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Keputusan Presiden ini.
- (2) Besarnya Tunjangan Dokter Gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Keputusan Presiden ini.
- (3) Besarnya Tunjangan Apoteker sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (3) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Keputusan Presiden ini.
- (4) Besarnya Tunjangan Asisten Apoteker sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran IV Keputusan Presiden ini.
- (5) Besarnya Tunjangan Pranata Laboratorium Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (5) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran V Keputusan Presiden ini.
- (6) Besarnya Tunjangan Epidemiolog Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (6) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran VI Keputusan Presiden ini.
- (7) Besarnya Tunjangan Entomolog Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (7) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran VII Keputusan Presiden ini.
- (8) Besarnya Tunjangan Sanitarian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (8) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran VIII Keputusan Presiden ini.
- (9) Besarnya Tunjangan Administrator Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (9) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran IX Keputusan Presiden ini.

- (10) Besarnya Tunjangan Penyuluh Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (10) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran X Keputusan Presiden ini.
- (11) Besarnya Tunjangan Perawat Gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (11) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XI Keputusan Presiden ini.
- (12) Besarnya Tunjangan Nutrisionis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (12) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XII Keputusan Presiden ini.
- (13) Besarnya Tunjangan Bidan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (13) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XIII Keputusan Presiden ini.
- (14) Besarnya Tunjangan Perawat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (14) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XIV Keputusan Presiden ini.
- (15) Besarnya Tunjangan Radiografer sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (15) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XV Keputusan Presiden ini.
- (16) Besarnya Tunjangan Perekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (16) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XVI Keputusan Presiden ini.
- (17) Besarnya Tunjangan Teknisi Elektromedis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (17) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran XVII Keputusan Presiden ini.

Pasal 4

Pemberian Tunjangan Dokter, Tunjangan Dokter Gigi, Tunjangan Apoteker, Tunjangan Asisten Apoteker, Tunjangan Pranata Laboratorium Kesehatan, Tunjangan Epidemiolog Kesehatan, Tunjangan Entomolog Kesehatan, Tunjangan Sanitarian, Tunjangan Administrator Kesehatan, Tunjangan Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Tunjangan Perawat Gigi, Tunjangan Nutrisionis, Tunjangan Bidan, Tunjangan Perawat, Tunjangan Radiografer, Tunjangan Perekam Medis, dan Tunjangan Teknisi Elektromedis dihentikan apabila Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, diangkat dalam jabatan struktural atau dalam jabatan fungsional lain atau karena hal lain yang mengakibatkan pemberian tunjangan dihentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 5

Pegawai Negeri Sipil yang diangkat dalam jabatan Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Asisten Apoteker, Pranata Laboratorium Kesehatan, Epidemiolog Kesehatan, Entomolog Kesehatan, Sanitarian, Administrator Kesehatan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Perawat Gigi, Nutrisionis, Bidan, Perawat, Radiografer, Perekam Medis, dan Teknisi Elektromedis setelah berlakunya Keputusan Presiden ini, tidak menerima lagi Tunjangan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Keputusan Presiden Nomor 100 Tahun 2000 tentang Tunjangan Tenaga Kesehatan.

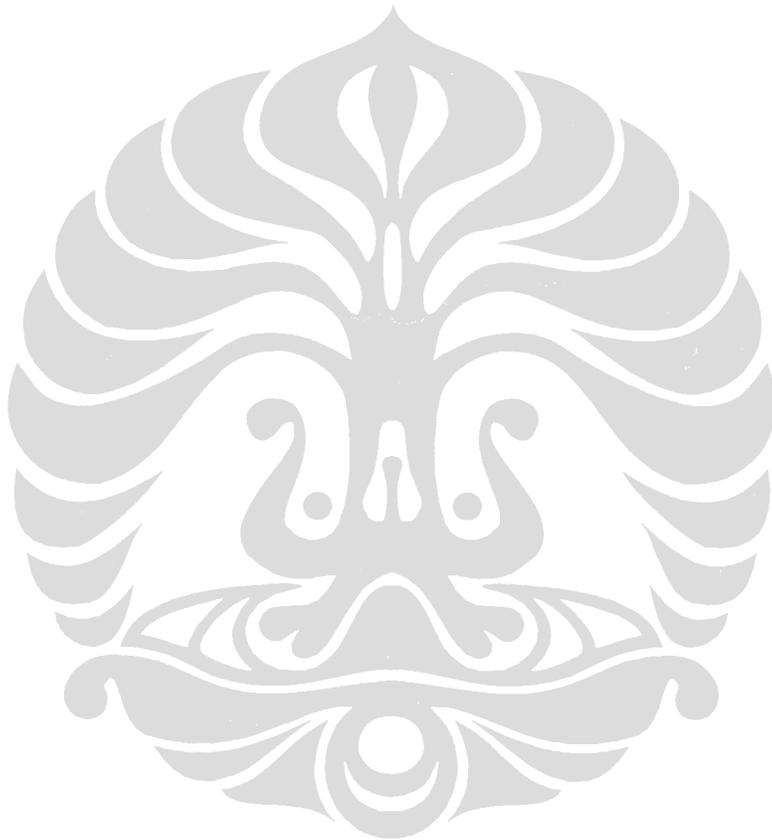
Pasal 6

Ketentuan lebih lanjut yang diperlukan bagi pelaksanaan Keputusan Presiden ini, diatur oleh Menteri Keuangan dan/atau Kepala Badan Kepegawaian Negara, baik secara bersama-sama maupun secara sendiri-sendiri menurut bidang tugasnya masing-masing.

Pasal 7

Keputusan Presiden ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 19 Januari 2004
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,
ttd.
MEGAWATI SOEKARNOPUTRI



LAMPIRAN XI
KEPUTUSAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 5 Tahun 2004
TANGGAL : 19 Januari 2004

TUNJANGAN JABATAN FUNGSIONAL PERAWAT GIGI

No	Jabatan Fungsional	Jabatan	Besar Tunjangan
1	2	3	4
1	Perawat Gigi	Perawat Gigi Penyelia	Rp 400.000,00
		Perawat Gigi Pelaksana Lanjutan	Rp 220.000,00
		Perawat Gigi Pelaksana	Rp 150.000,00
		Perawat Gigi Pelaksana Pemula	Rp 120.000,00

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

MEGAWATI SOEKARNOPUTRI

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Sekretaris Kabinet
Bidang Hukum dan Perundang-undangan,

Lambock V. Nahattands

LAMPIRAN XIII

KEPUTUSAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : 5 Tahun 2004

TANGGAL : 19 Januari 2004

TUNJANGAN JABATAN FUNGSIONAL BIDAN

No	Jabatan Fungsional	Jabatan	Besar Tunjangan
1	2	3	4
1	Bidan	Bidan Penyelia	Rp 400.000,00
		Bidan Pelaksana Lanjutan	Rp 220.000,00
		Bidan Pelaksana	Rp 150.000,00

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

MEGAWATI SOEKARNOPUTRI

Salinan sesuai dengan aslinya
Deputi Sekretaris Kabinet
Bidang Hukum dan Perundang-undangan,

Lambock V. Nahattands

LAMPIRAN XIV
 KEPUTUSAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA
 NOMOR : 5 Tahun 2004
 TANGGAL : 19 Januari 2004

TUNJANGAN JABATAN FUNGSIONAL PERAWAT

No	Jabatan Fungsional	Jabatan	Besar Tunjangan
1	2	3	4
1	Perawat Ahli	Perawat Madya	Rp 650.000,00
		Perawat Muda	Rp 450.000,00
		Perawat Pertama	Rp 230.000,00
2	Perawat Terampil	Perawat Penyelia	Rp 400.000,00
		Perawat Pelaksana Lanjutan	Rp 220.000,00
		Perawat Pelaksana	Rp 150.000,00
		Perawat Pelaksana Pemula	Rp 120.000,00

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

MEGAWATI SOEKARNOPUTRI

Salinan sesuai dengan aslinya
 Deputi Sekretaris Kabinet
 Bidang Hukum dan Perundang-undangan,

Lambock V. Nahattands

BIODATA

I. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Indah Huruswati
NPM : 6904070128
Program Studi : Pascasarjana
Departemen : Antropologi
Tempat / Tgl Lahir : Jakarta, 4 Juni 1959
Jenis Kelamin : Wanita
Nama Orangtua : Sunaryo
Agama : Islam
Alamat Rumah : JL. Raya Tengah 27,
Rt. 004 / 012 Pasar Rebo,
Jakarta – Timur (13760)



II. RIWAYAT PENDIDIKAN

- Sekolah Dasar (SD), Van Lith II, Lulus tahun 1971, Jakarta
- Sekolah Menengah Pertama (SMP), SMPN IV, Lulus tahun 1974, Jakarta
- Sekolah Menengah Atas (SMA), SMAN III, Lulus tahun 1977, Jakarta
- Sarjana 1 (S1) Jurusan Antropologi, FISIP – UI, Lulus tahun 1985, Jakarta

III. PEKERJAAN

Peneliti pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial, Departemen Sosial R.I., Jakarta.

Jakarta, 17 Desember 2007

Indah Huruswati