

Kebijakan Praktik Perawat

Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Registrasi Dan Praktik Perawat Di
Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon

**Ahmad Farid Rivai
Tjahjono Kuntjoro
Dewi Marhaeni**

Daftar Isi

Daftar Isi.....	ii
Abstract	3
Latar Belakang	1
Metode.....	3
Hasil dan Pembahasan.....	3
1. Hasil Penelitian.....	3
a. Pelaksanaan Kebijakan registrasi dan praktek perawat	4
b. Pelaksanaan Kewajiban perawat.....	4
c. Pelaksanaan hak perawat.....	5
d. Pemahaman hukum kesehatan	5
e. Pemahaman batas kewenangan perawat.....	5
2. Pembahasan	5
a. Kewajiban perawat dalam praktik perawatan	5
b. Hak perawat dalam praktik perawatan.....	12
Kesimpulan.....	15
Saran.....	15
Daftar Pustaka	16
Lampiran	18

Abstract

Evaluation on Nurse Registration and Practice Policy at Gunungjati Hospital, Cirebon

Ahmad Farid Rivai¹, Tjahjono Kuntjoro², Dewi Marhaeni³

Background: The decree of the Ministry of Health No. 1239, 2001 on nurse registration and practice strengthens the role of nurses as professionals in Indonesia so that nurses have legitimacy in practising their profession. The result of the observation carried out by the researcher at internal medicine and surgery rooms of Gunungjati Hospital of Cirebon showed that nurses had more duties on routine work.

Objective: The study aimed to evaluate the implementation of the Ministry of Health Decree No. 1239, 2001 on nurse registration and practice at Gunungjati Hospital of Cirebon.

Method: The study was non experimental which used mixed method and quantitative approach. Subject of the study were nurses with inclusion criteria and samples were taken using total sampling technique. Data analysis used double logistic regression. Quantitative data obtained from indepth interview and focus group discussion were categorized and combined with theories to get alternative interpretations.

Result: The implementation of the decree was 51.8%, the relationship between nurse practice policy implementation and nurses' duties was $p= 0.085 (<0.25)$, the relationship between nurse practice policy implementation and nurses rights' was $p= 0.987 (>0.025)$, the relationship between nurse practice policy implementation and understanding on medicolegal was $p= 0.015 (<0.25)$, the relationship between nurse practice policy implementation and understanding on nurses' authority was $p= 0.111 (<0.025)$. Result of analysis multivariat express that accomplishment of obligation of nurse in practice of having opportunity in implementation of practice policy of nurse 1,99 times, after controlled by understanding of medicolegal and nurse authority boundary. The result of interpretation on qualitative data showed that the majority of nurses had fulfilled registration and competence requirements but they had not got their rights fulfilled.

Conclusion: There was significant effect of the fulfillment of nurses' obligation on the implementation of nurse practice policy implementation after being controlled by understanding of medicolegal and nurse authority boundary. There was no significant effect of the fulfillment of nurses' rights and the implementation of nurse practice and registration policy because the direct effect of the fulfillment of nurses' rights was more on the policy of managers of the hospitals.

Keywords: evaluation, policy on nurse registration and practice, rights and obligation of nurses, medico legal, authority of nurses

Latar Belakang

Hampir dua dekade profesi perawat Indonesia mengkampanyekan perubahan paradigma. Pekerjaan perawat yang semula vokasional digeser menjadi pekerjaan profesional. Perawat berfungsi sebagai perpanjangan tangan dokter, kini berupaya menjadi mitra sejajar dokter sebagaimana para perawat di negara maju. Wacana tentang perubahan paradigma keperawatan bermula dari Lokakarya Nasional Keperawatan I tahun 1983, dalam pertemuan itu disepakati bahwa keperawatan adalah pelayanan profesional.

Mengikuti perkembangan keperawatan dunia, perawat menginginkan perubahan mendasar dalam kegiatan profesinya. Dulu membantu pelaksanaan tugas dokter, menjadi bagian dari upaya mencapai tujuan asuhan medis, kini mereka menginginkan pelayanan keperawatan mandiri sebagai upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan. Tuntutan perubahan paradigma ini tentu mengubah sebagian besar bentuk hubungan perawat dengan manajemen organisasi tempat kerja. 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.

Tuntutan perubahan paradigma tersebut tidak mencerminkan kondisi dilapangan yang sebenarnya, hal ini dibuktikan banyak perawat di berbagai daerah mengeluhkan mengenai semaraknya razia terhadap praktik perawat sejak pemberlakuan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Pelayanan keperawatan diberbagai rumah sakit belum mencerminkan praktik pelayanan profesional. Metoda pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan belum sepenuhnya berorientasi pada upaya pemenuhan kebutuhan klien, melainkan lebih berorientasi pada pelaksanaan tugas rutin seorang perawat (gizi-net.org. 2002). Bukti lain (Sutoto, 2006) berdasar penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat UI di dua Puskesmas kota dan desa, 92% perawat melakukan diagnosis medis dan 93% membuat resep. "Hasil penelitian itu menunjukkan betapa besar peran perawat di masyarakat, namun tidak diakui."

Keluarnya Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Undang-Undang No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan

Nasional, Peraturan pemerintah Nomor 32 tahun 2001 tentang Tenaga kesehatan, serta Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat lebih mengukuhkan perawat sebagai profesi di Indonesia, kewenangan perawat dalam menjalankan tugas profesi diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan tersebut sehingga perawat mempunyai legitimasi dalam menjalankan praktik profesinya. Walaupun belum diterbitkan Peraturan Pemerintah tentang profesi perawat yang memberikan batasan wewenang pekerjaan dari perawat profesional.

Seorang perawat harus menyadari bahwa terbitnya Kepmenkes RI Nomor 1239 tahun 2001 bukan merupakan keberhasilan perawat sebagai tenaga profesional secara otomatis, tetapi harus menjadikan motivasi bagi tenaga perawat untuk meningkatkan kompetensi, tanggung jawab serta tanggung gugat.

RSUD Gunung jati Cirebon merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah kota Cirebon, yang pada tahun 1995 berdasarkan Perda Nomor 15 dinyatakan sebagai rumah sakit swadana. Menurut data dari bagian Kepegawaian rumah sakit umum daerah Gunung jati Cirebon tahun 2007, jumlah perawat yang bertugas sebanyak 296 perawat, dengan kualifikasi pendidikan lulusan Sekolah Perawat Kesehatan 113 (38,17%) orang, lulusan D3 Keperawatan 162 (54,73%) orang, lulusan Strata 1 keperawatan 21 (7,1%) orang. Menurut Koordinator PPNI RSUD Gunung jati Cirebon Perawat yang memiliki Surat ijin Perawat (SIP) diperkirakan hampir mencapai 90%, dua belas orang perawat sedang dalam pengajuan SIP ke Dinas kesehatan propinsi Jawa barat dan belum satupun perawat yang memiliki Surat ijin Kerja (SIK).

Berdasarkan pengamatan peneliti di ruang Penyakit dalam dan bedah, tugas perawat lebih banyak pada tugas-tugas rutin seperti menyuntik, ganti balutan dan melakukan pemeriksaan tanda vital. Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat sesuai dengan standar disetiap ruangan perawatan masih sangat rendah. Hasil wawancara dengan perawat ruangan RSUD Gunung jati Cirebon, kendala perawat dalam melaksanakan kewajiban praktik perawatan adalah terbatasnya jumlah perawat dibandingkan dengan pasien yang dirawat khususnya di ruang perawatan kelas III, banyaknya kewajiban perawat dalam pelaksanaan tindakan-tindakan delegasi seperti menyuntik, memasang kateter, huknah bahkan WSD pada perawat akan berdampak kepada kewajiban perawat mandiri pada pasien tidak terpenuhi.

Masalah-masalah tersebut diatas sangat penting dan perlu diteliti untuk mendapat gambaran dan informasi keberhasilan pelaksanaan kebijakan pemerintah tentang registrasi dan praktik perawat di Rumah sakit umum daerah Gunung jati Cirebon.

Metode

Rancangan penelitian non-eksperimental, menggunakan pendekatan mix method dengan paradigma penelitian secara kuantitatif. Unit analisis penelitian adalah perawat pelaksana dengan kriteria inklusi: bekerja di ruang perawatan rumah sakit umum gunung jati Cirebon lebih dari satu tahun, pendidikan profesi minimal D3, bekerja di ruang perawatan bedah dan dalam dan bersedia untuk menjadi responden. Instrumen penelitian yang dipakai adalah checklist, kuestioner, wawancara mendalam, dan diskusi terarah. Teknik analisis data dengan menggunakan analisis multivariat, dan dilakukan uji regresi logistik berganda. Sedangkan data kualitatif diolah dengan mengkombinasikan teori-teori untuk mendapatkan interpretasi-interpretasi alternatif.

Hasil dan Pembahasan

1. Hasil Penelitian

Perawat yang telah melaksanakan kebijakan registrasi dan praktik perawatan 58,1%; perawat yang tidak mendapatkan hak dalam praktik perawatan 53,5%; perawat yang telah melaksanakan kewajiban sebagai perawat dalam praktik 51,2%; perawat yang telah memahami hukum kesehatan 55,8%; dan perawat telah memahami wewenang perawat dalam praktik perawat 79,1%.

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara satu variabel bebas dan satu variable terikat (Supranto, 2004). Uji regresi logistic sederhana dapat digunakan untuk melihat hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dengan factor pengaruh. Untuk lebih jelas hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dengan factor pengaruh dapat dilihat pada table dibawah ini.

Dari tabel regresi logistic, dapat dideskripsikan bahwa yang dapat di lanjutkan untuk uji statistik multivariate, adalah:

1. Hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dengan kewajiban perawat dalam praktik, berdasarkan uji statistic nilai $p=0,085 (<0,25)$.

2. Hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dengan pemahaman hukum kesehatan, berdasarkan uji statistic nilai $p=0,015 (<0,25)$
3. Hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dengan pemahaman batas kewenangan perawat, berdasarkan uji statistic nilai $p=0,111 (<0,25)$

Analisa multivariate yang digunakan adalah pemodelan regresi logistik dimana variabel independen dan variable confounding yang uji statistic nilai $p < 0,25$. Setelah melalui proses analisa permodelan, menyatakan bahwa pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik perawatan mempunyai peluang dalam implementasi kebijakan praktik perawat 1,99 kali, dibandingkan perawat yang tidak melaksanakan kewajiban perawat dalam praktik setelah dikontrol oleh pemahaman hukum kesehatan dan pemahaman batas kewenangan perawat dalam praktik. Model akhir analisa pelaksanaan implementasi kebijakan praktik perawat dengan pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik dapat dilihat pada table berikut ini.

a. Pelaksanaan Kebijakan registrasi dan praktek perawat

Kebijakan registrasi baru pada kepemilikan SIP saja, sedang SIK masih banyak yang belum memiliki karena belum mendapatkan sosialisasi tentang prosedur penerbitan surat tersebut. Kewenangan perawat banyak melaksanakan kewenangan kompetensi delegasi di setiap ruangan, standar praktik asuhan keperawatan belum mendapat legitimasi dan tidak di dokumentasikan, seperti pernyataan dibawah ini:

“SIP sudah punya, ..SIK belum punya, apakah diurus perorangan atau kolektif, dan prosedurnya bagaimana...”
(046)

“perawat banyak melakukan tindakan medis, sedang pendelegasian secara tertulis disini tidak ada.” (046)

b. Pelaksanaan Kewajiban perawat

Kewajiban perawat sudah di lakukan walaupun masih di rasakan kurang maksimal. Persetujuan tindakan baru pada tindakan medis yang dikerjakan. Kewajiban untuk meningkatkan pengetahuan perawat kurang mendapatkan dukungan dari Rumah sakit. Dokumentasi perawat masih belum dilaksanakan secara baik, sehingga kewajiban ini tidak maksimal dipenuhi oleh perawat. Hubungan perawat selaku Tim

kesehatan di dalam pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan, walaupun posisi hubungan perawat dengan dokter masih lemah. Sebagaimana pernyataan dibawah ini.

"Kewajiban sudah di penuhi tapi belum maksimal..." (016)

"Sepengetahuan saya,... informed consent untuk tindakan medis saja, belum ada kalau perawat pasang infus atau menyuntik memberikan formulir itu pada keluarga pasien.." (045)

"perawat jarang yang menulis renpra di status, ...kalau ada mahasiswa praktek yang disuruh menulis, ... banyak pekerjaan yang dilakukan perawat." (015)

c. Pelaksanaan hak perawat

Sebagian besar hak perawat belum terpenuhi, yakni hak jaminan perlindungan terhadap resiko kerja, hak diperlakukan adil, hak imbalan jasa pelayanan keperawatan dan hak perlindungan hukum, sebagaimana pernyataan dibawah ini :

"hak perawat kurang sesuai dengan resiko kerja,... demikian dengan perlindungan kepada perawat dari pimpinan belum terpenuhi, Perawat sering sebagai objek kesalahan apabila ada perselisihan pelayanan dengan pasien." (016)

d. Pemahaman hukum kesehatan

Pemahaman tentang dasar hukum kesehatan sudah di miliki Perawat rumah sakit.

e. Pemahaman batas kewenangan perawat

Perawat sebagian besar sudah mengetahui batas kewenangannya, namun dalam lingkup pekerjaan kewenangan perawat dalam menjalankan praktik, lebih kepada kewenangan pendelegasian, perawat lebih memilih tugas-tugas rutin dibandingkan pelaksanaan asuhan keperawatan

2. Pembahasan

a. Kewajiban perawat dalam praktik perawatan

Kewajiban perawat dalam praktik merupakan suatu perbuatan dalam menjalankan tugas praktik dan yang harus di penuhi oleh Perawat, pemenuhan kewajiban perawat sebagai suatu hasil dari implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat. Untuk mengetahui

keberhasilan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat diperlukan evaluasi pemenuhan kewajiban perawat yang dihubungkan dengan implementasi kebijakan. Hubungan kewajiban perawat dengan implementasi kebijakan praktik perawat berdasarkan hasil statistik multivariat menunjukkan bahwa $p\ value=0,019 (<0,05)$, adanya hubungan yang signifikan implementasi kebijakan praktik perawat dengan pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik.

Kewajiban perawat berdasarkan statistik menunjukkan 51,2% yang melaksanakan kewajiban. Kewajiban perawat tertulis pada Kepmenkes RI nomor 1239 tahun 2001, seperti dalam pasal 8 tentang perijinan, Perawat berkewajiban memiliki SIK. Pasal 13 perawat berkewajiban meningkatkan kemampuan keilmuan dan /atau keterampilan bidang keperawatan melalui pendidikan dan /atau pelatihan. Pasal 16 perawat berkewajiban menghormati pasien, merujuk kasus yang tidak dapat di tangani, menyimpan rahasia pasien, memberikan informasi, meminta persetujuan tindakan, melakukan catatan perawatan yang baik. Kewajiban perawat merupakan suatu bentuk tanggung jawab dalam menjalankan suatu tugas /pekerjaan, kewajiban ini sebagai akibat dari adanya suatu perjanjian. Perjanjian pelayanan keperawatan adalah perbuatan hukum antara perawat dengan pasien yang saling mengikat, dapat menimbulkan hak dan kewajiban. Perjanjian dalam pelayanan keperawatan adalah upaya yang dilakukan perawat dengan sebaik-baiknya dan semaksimal mungkin agar tercapai tujuan asuhan keperawatan yang telah disepakati, sedang keberhasilannya tidak dipersyaratkan. (Raharjo, 2002). Sejalan dengan pernyataan tersebut diatas tentang kewajiban perawat, bahwa timbulnya kewajiban tenaga kesehatan disebabkan karena : (1) ditetapkan oleh peraturan /perundang-undangan, dan (2) akibat dari adanya suatu hubungan hukum /perjanjian perawatan. (Karbala H., 2007)

Namun bila dibandingkan dengan hasil wawancara dan diskusi terfokus, bahwa kewajiban registrasi dan praktik perawat masih ada yang belum dilaksanakan. Kewajiban perawat adalah hal /pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang diperoleh, kewajiban itu sendiri tidak hanya sekedar menjalankan pekerjaan yang diberikan tetapi bagaimana pekerjaan itu dikerjakan sesuai dengan batas kewenangan agar dapat dipertanggung jawabkan.

Kewajiban registrasi perawat sesuai dengan Kepmenkes RI adalah lisensi SIP, SIK dan SIPP. Kewajiban registrasi perawat RSUD

Gunung jati Cirebon baru pada tahap terdaftar sebagai tenaga kesehatan yang dapat bekerja di seluruh wilayah Indonesia, belum berhak untuk melaksanakan asuhan keperawatan /tindakan keperawatan di pelayanan kesehatan, dibuktikan dengan kepemilikan SIP dan tidak mempunyai SIK. Surat izin perawat (SIP) diperoleh dari Dinas kesehatan propinsi sesuai dengan Kepmenkes RI dan prosedur tetap permohonan penerbitan surat izin bagi tenaga kesehatan di propinsi Jawa barat tahun 2008. Penerbitan SIP ini berbeda di setiap propinsi, di Jawa tengah dan DIY penerbitan SIP melalui uji kompetensi yang dilakukan oleh Majelis tenaga kesehatan propinsi (MTKP) / Badan mutu. Penerapan uji kompetensi atau sertifikasi berdasarkan PP nomor 38 dapat dilakukan pada tingkat propinsi ataupun tingkat daerah apabila daerah tersebut telah menunjukkan kemampuannya. Registrasi dan sertifikasi merupakan urusan pemerintahan bersama antara tingkat dan / atau susunan pemerintahan. Bila penerbitan surat ijin perawat didahului dengan uji kompetensi maka harus ada payung hukum (Peraturan pemerintah daerah) untuk melakukan uji kompetensi tersebut, atau melakukan amandemen pada Kepmenkes RI nomo 1239 tahun 2001, karena uji kompetensi terletak pada pemberian rekomendasi PPNI untuk persyaratan pengajuan SIK, sesuai pasal 13.

Perawat RSUD Gunung jati Cirebon masih belum memiliki surat ijin kerja (SIK), dalam kepmenkes RI surat ijin kerja diperoleh dari Dinas kesehatan setempat. Peran dinas kesehatan kota Cirebon sebagai regulator dengan penerbitan Perda nomor 17 tahun 2002 tentang Restribusi bahwa praktik perawat sebagai pengabdian profesi lebih terperinci dalam juklak surat keputusan Walikota nomor 13 tahun 2005 tentang registrasi dan praktik perawat. Penerbitan SIK dilakukan oleh dinas kesehatan setempat dengan melampirkan persyaratan yang telah ditentukan: (1) fotocopy SIP, (2) Surat keterangan sehat dari dokter, (3) Pas foto, (4) Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan, dan (5) surat rekomendasi dari organisasi profesi. Sosialisasi terhadap peraturan sudah dilakukan setiap tahunnya dengan memanggil perwakilan perawat setiap tempat pelayanan kesehatan yang ada di kota Cirebon, menurut Retno (personal communication, Maret, 10, 2008). Namun demikian perawat RSUD Gunung jati masih belum satupun yang memiliki SIK, hal ini dikarenakan kaburnya pemahaman surat izin perawat oleh perawat itu sendiri, SIP dianggap sebagai surat izin untuk melakukan praktik perawatan. Penelitian lain menyatakan bahwa penerbitan SIK banyak

tidak dipenuhi oleh perawat, seperti penelitian Sutriyani (2003) di kabupaten Rejang Lebong Bengkulu, dan Antono D.W (2004) di Puskesmas wilayah dinas kesehatan Sidoarjo.

Berbeda dengan pemberian izin praktik perawat di Amerika yang dikenal dengan LPN, izin diberikan pada perawat profesional atau perawat vokasional, dan hanya berlaku satu tahun, sedangkan untuk registrasi perawat diberikan berdasarkan tingkat pendidikan. Perawat yang ter-register akan mempunyai kewenangan secara hukum dalam praktik sehingga akan mendapatkan imbalan yang sesuai berdasarkan ketetapan hukum yang berlaku dan kekuatan dalam menjalankan praktik berdasarkan kewenangan profesinya. Bila dibandingkan dengan registrasi dan praktik perawatan di Indonesia registrasi di kita berlaku lima tahun dan tidak membedakan tingkat pendidikan perawat. Ijin praktik perawat dari dinas kesehatan setempat masih belum diberlakukan penilaian kemampuan keilmuan dan ketrampilan sehingga dapat mengaburkan tujuan pelaksanaan registrasi dan praktik perawatan itu sendiri. Peran dinas kesehatan Kota /kabupaten sebagai regulator agar dapat meningkatkan mutu dan menjamin pelayanan yang bermutu, untuk memberikan izin praktik sesuai dengan PP nomor 38 tahun 2007. Dinas kesehatan diberi kewenangan untuk mengatur registrasi dan sertifikasi dan memberikan izin praktik bagi tenaga kesehatan. Daerah selayaknya melaksanakan peran regulasi dengan menerapkan kebijakan yang mampu memacu para penyedia pelayanan kesehatan meningkatkan mutu layanannya. Regulasi pelayanan setidaknya dapat menjamin mutu dan keamanan yang langsung terkait dengan standar pelayanan dan standar perizinan. Regulasi yang baik akan menghasilkan rasa keadilan dan mutu pelayanan kesehatan. Dengan menjalankan perannya sebagai regulator, setidaknya pemerintah daerah mencoba menjawab masalah yang timbul sebagai dampak pemberlakuan Kepmenkes RI.

Selain kewajiban registrasi perawat memiliki kewajiban dalam praktik perawatan. Praktik perawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien, dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Kewajiban yang masih belum dilaksanakan dengan baik di RSUD Gunung jati Cirebon: (1) Pencatatan /dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan oleh mahasiswa D3 keperawatan atau mahasiswa Stikes yang sedang praktik klinik di Rumah sakit umum daerah Gunung jati Cirebon, menunjukkan

kepastian hukum bagi perawat sangat lemah, juga perencanaan asuhan keperawatan tidak dilakukan secara baik. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti keputusan perawat dapat dipertanggung jawabkan /gugatkan, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab sebagai perawat dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. (2) Persetujuan tindakan. Menurut Permenkes 585/1989 persetujuan tindakan medik diberikan pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan pada pasien tersebut. Tetapi tindakan keperawatan tidak tertulis didalam peraturan tersebut, dan hanya persetujuan tindakan ada dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, sehingga persetujuan tindakan diberikan pada pasien yang mendapatkan tindakan medis dan tidak diberikan pada tindakan keperawatan. Hak pasien juga untuk mendapatkan informasi atas tindakan-tindakan keperawatan yang di berikan dan pasien berhak menolak/menyetujui dengan keputusan tindakan perawat, sehingga perlindungan hak untuk menentukan diri sendiri dapat terpenuhi. Hak pasien mendapatkan informasi yang lengkap sebagai penghormatan atas hak asasi manusia, dalam bidang kedokteran diterjemahkan sebagai hak-hak pasien (*patient right*), hak-hak pasien yang dimaksud adalah “...to accept or refuse treatment after receiving adequate information.” Prof. Azrul Azwar dikutip oleh Karbala H. (2007).

Praktik perawat di Amerika dilakukan oleh perawat lulusan baccalaureate perawatan, yang menempuh pendidikan rata-rata 4 tahun di Universitas. Di Indonesia praktik perawatan dilakukan oleh perawat lulusan sekolah perawat kesehatan (SPK), D3 keperawatan, dan S1 Keperawatan (ners). Keanekaragaman pendidikan dengan kewenangan yang sama pada semua tingkat pendidikan pada praktik perawatan, menyulitkan perbedaan perawat vokasional dan profesional. Kewenangan praktik perawatan harus diatur sesuai dengan tingkat pendidikan, seperti yang dilakukan di Amerika dengan 4 tingkat kewenangan (Kovner, 1990) maupun konsep PPNI kewenangan perawat diatur berdasarkan 5 jenjang karir praktik keperawatan.

Kewajiban perawat dalam praktik masih belum dilaksanakan secara maksimal oleh perawat karena (1) pengawasan langsung tentang izin praktik masih belum dilakukan oleh dinas kesehatan, Dinas kesehatan Kota baru memanggil perwakilan perawat untuk mensosialisasikan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan praktik perawat.

Izin melakukan praktik perawat harus dimiliki bagi perawat yang melaksanakan praktik pada tempat pelayanan kesehatan, izin praktik menunjukkan legalitas perawat dapat diakui. Status legalisasi perawat memberikan kewenangan yang luas dalam praktik (Mundenger, 1994). (2) Pengawasan pelaksanaan asuhan tidak dilakukan oleh komite keperawatan karena kebijakan institusi rumah sakit tentang penerapan asuhan keperawatan tidak ditemukan. (3) Penetapan standar profesi belum mendapatkan pengesahan sehingga perlindungan hukum dalam praktik perawatan menjadi lemah. Keberadaan standar dalam pelayanan keperawatan akan memberikan manfaat terhadap pengukuran mutu dan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia layanan kesehatan (Koentjoro, 2007).

Hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dan pemahaman hukum kesehatan, hasil statistik multivariat menunjukkan rasio *or* >10%. Variabel pemahaman hukum kesehatan merupakan konfouder sehingga masuk dalam model. Terdapat pengaruh kebijakan praktik perawat dengan pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik setelah dikontrol dengan pemahaman hukum kesehatan. Pemahaman hukum kesehatan berdasarkan hasil statistik menunjukkan 55,8% perawat yang memahami hukum kesehatan. Odd rasio (*or*) variabel pemahaman hukum kesehatan mempunyai nilai lebih tinggi dari variabel lain. Keterkaitan pemahaman hukum kesehatan dengan implementasi kebijakan lebih kuat pengaruhnya, perawat yang memahami hukum kesehatan mempunyai peluang dalam implementasi kebijakan praktik 4,585 x dibanding perawat yang tidak memahami hukum kesehatan. Secara logika orang yang memahami hukum cenderung untuk menghindari perlawanan terhadap hukum, karena mengetahui akibat dari perbuatan melawan hukum.

Sesuai dengan hasil wawancara dan diskusi terfokus pemahaman hukum kesehatan bagi perawat sudah memiliki dasar pengetahuan tentang hukum kesehatan. Perawat sudah mampu mengidentifikasi secara sederhana hukum perdata, administrasi dan pidana. Merujuk tentang konstruksi hukum terhadap kesalahan petugas profesi, penentuan medikal malpraktik meliputi aspek hukum pidana, perdata dan administrasi. Terdapat hubungan pemahaman hukum kesehatan dengan pelaksanaan kewajiban seperti yang diungkapkan oleh Poernomo (2002) bahwa kesalahan yuridis pelaksanaan tugas profesi bersumber pada perilaku melalaikan kewajiban yang seharusnya dilakukan. Pemahaman hukum kesehatan diperoleh melalui

komunikasi dan informasi melalui bangku kuliah, seminar /pelatihan dan media masa. Keadaan ini di dukung oleh teori komunikasi bahwa semakin banyak metoda yang digunakan dalam menyampaikan suatu pesan akan semakin cepat untuk diterima oleh penerima pesan (Yukill, 1999).

Hubungan implementasi kebijakan praktik perawat dan pemahaman batas kewenangan perawat dalam praktik perawatan, hasil statistik multivariat menunjukkan rasio *or* >10%. Variabel pemahaman batas kewenangan perawat merupakan konfouder sehingga masuk dalam model. Terdapat pengaruh kebijakan praktik perawat dengan pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik setelah dikontrol dengan pemahaman batas kewenangan perawat dalam praktik perawatan. Pemahaman batas kewenangan perawat berdasarkan hasil statistik menunjukkan 79,1% perawat yang memahami batas kewenangan perawat dalam praktik perawatan.

Kewenangan perawat adalah sebagai otonomi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi kewenangan pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Dari tiga kompetensi kewenangan perawat dalam praktik menunjukkan banyak kewenangan delegasi yang dilakukan perawat RSUD Gunung jati Cirebon. Kewenangan ini sangat tergantung dari order /instruksi dokter, sedang kewenangan mandiri perawat tidak banyak dilakukan. Pendelegasian wewenang dari dokter masih belum secara tertulis, anggapan mereka bahwa SK pegawai merupakan pendelegasian tertulis, jadi tidak perlu lagi delegasi dokter tertulis pada perawat karena sama-sama sebagai pegawai Rumah sakit. Pada Kepmenkes RI nomor 1239 tahun 2001 dan juklak perda nomor 17 tahun 2002 menyatakan bahwa pendelegasian wewenang dilakukan secara tertulis. Kesibukan perawat dalam menyelesaikan tugas delegasi banyak menyita waktu perawat untuk melakukan tugas pemenuhan kebutuhan dasar pasien dengan menggunkan pendekatan asuhan keperawatan, sehingga tugas perawat dalam melaksanakan tindakan menjadi lemah. Sejalan dengan pernyataan tersebut menurut Lendeweer dan Bourmans (1994) menyatakan bahwa perawat yang otonominya di persempit akan banyak meninggalkan ruangan kerja. Mestinya kewenangan perawat lebih banyak pada kompetensi mandiri jika perawat sebagai tenaga profesional, sesuai dengan pernyataan Nursalam (2002) kewenangan

perawat adalah otonomi bagi perawat untuk melakukan asuhan keperawatan.

Kewenangan perawat menjadi lemah karena (1) belum ada standar praktik profesional yang digunakan perawat sebagai acuan dalam melaksanakan kewajiban praktek profesional. Dalam UU nomor 23/1992 pasal 53 ayat (2) disebutkan bahwa standar adalah pedoman yang harus digunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi dengan baik. Manfaat keberadaan standar adalah untuk mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga dapat meningkatkan konsentrasi pelayanan kesehatan (Koentjoro, 2007). (2) model praktik keperawatan profesional (MPKP) belum di terapkan disetiap ruangan. MPKP merupakan suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, Linda Amiyanti SKp., (gizi-net.org: 2002). Penggunaan model keperawatan yang konvensional sebagai upaya membantu program terapi, seperti yang ditunjukkan di ruangan keperawatan dengan sistem pembagian tugas fungsional masih dilakukan karena sumber daya perawat di ruangan kurang, dan distribusi perawat strata 1 /perawat primer (PP) ada pada struktural rumah sakit. Mestinya tiap ruangan mempunyai 3 perawat primer (Amiyanti, 2002).

b. Hak perawat dalam praktik perawatan

Sejalan dengan pemenuhan tugas dan kewajiban perawat maka akan diperoleh hak perawat, hak sebagai kepemilikan untuk mendapatkan sesuatu. Pemenuhan hak perawat merupakan hasil dari implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat. Untuk mengetahui keberhasilan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat diperlukan evaluasi pemenuhan hak perawat yang dihubungkan dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat. Berdasarkan hasil statistik menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan hak perawat dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat , dimana analisa bivariat menunjukkan nilai $p\ value=0,987 (>0,25)$. Variabel hak perawat yang dihubungkan dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat tidak dapat dilanjutkan kedalam analisa multivariat.

Perawat yang tidak mendapatkan pemenuhan haknya dalam praktik perawatan sebanyak 53,5%. Sesuai dengan hasil wawancara dan diskusi terfokus hak perawat sebagian besar tidak terpenuhi. Pemenuhan hak perawat dalam melakukan praktik sesuai dengan

kewenangannya tidak maksimal, kenyataan dilapangan kewenangan yang paling dominan adalah kewenangan dependen, tugas perawat lebih banyak melaksanakan pemenuhan tugas berdasarkan order dari dokter, juga di dalam fungsional perawat adalah fungsi pelaksanaan program pengobatan, masih sedikitnya tugas dan fungsi kewenangan mandiri dari perawat, mengakibatkan praktik perawatan menjadi lemah. Tidak terpenuhinya praktik berdasarkan kewenangan perawat akibat dari belum ada standar praktik perawatan, dan belum diterapkan sistem model praktik keperawatan profesional di setiap ruangan. Berdasarkan teori kematangan dalam bekerja menurut Hersey Blanchard (Monic, 1977) bahwa kemampuan seseorang untuk menyelesaikan masalah termasuk pengetahuan dan keterampilan. Masalah praktik perawatan adalah kewenangan mandiri perawat kurang, walaupun pengetahuan perawat terhadap kewenangan sudah dimiliki tetapi kemampuan dan kemauan perawat untuk melakukan kewenangan mandiri lemah, sehingga tingkat kematangan perawat rendah.

Hak perawat untuk mendapatkan penghasilan masih kurang sesuai dengan harapan, bila dibandingkan dengan profesi lain Perawat masih belum mendapatkan perlakuan adil untuk menerima imbalan jasa. Hak pendapatan yang layak dan perlakuan sosial diperlukan bagi perawat untuk meningkatkan motivasi dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan profesi, pernyataan ini sejalan dengan pendapat Sutermeister (Riduwan, 1976) bahwa kinerja seseorang salah satunya dipengaruhi motivasi dan motivasi dipengaruhi oleh kondisi sosial, kebutuhan individu, dan kondisi fisik tempat kerja. Selain itu pendapat Mundenger (1994) menyatakan bahwa status legalisasi perawat memberikan kewenangan yang luas dalam praktik untuk menerima upah langsung. Lemahnya status legalitas perawat akan berdampak terhadap pendapatan yang di terimannya, dan pendapatan yang rendah dapat menyebabkan motivasi perawat rendah dalam memberikan asuhan keperawatan, berdampak terhadap kinerja perawat.

Hak perawat untuk mendapatkan jenjang karir yang lebih tinggi, PPNI menetapkan jenjang karir perawat profesional adalah: (1) Perawat klinik I, (2) Perawat klinik II, (3) Perawat klinik III, (4) Perawat klinik IV, dan (5) Perawat klinik V. Penetapan jenjang karir ini berdasarkan pada tingkat pendidikan dan masa kerja. Hak terhadap pengembangan pendidikan masih belum terpenuhi, harus ada upaya-upaya individu

perawat untuk memenuhi hak tersebut. Hak ini belum terpenuhi karena (1) pendidikan berkelanjutan yang dijalankan perawat harus bergantian untuk tidak mengganggu pelayanan kepada masyarakat, (2) jarak tempat pendidikan yang dipilih jauh dari tempat kerja sehingga akan mengurangi jumlah tenaga yang berdampak pada pelayanan rumah sakit, dan (3) pembiayaan peningkatan SDM perawat terbatas sehingga harus bergantian untuk mengikuti pendidikan lanjut.

Hak perlindungan terhadap hukum bagi perawat masih belum terpenuhi. Perawat masih dijadikan objek dalam kesalahan atau kelemahan pelayanan karena lemahnya kewenangan perawat sehingga perlindungan hukum tidak didapatkan. Ketentuan perlindungan hukum perawat terdapat pada peraturan Kepmenkes RI nomor 1239 tahun 2001 dan Peraturan pemerintah tentang Tenaga kesehatan nomor 32 tahun 1996. Pasal 23 (1) perlindungan hukum diberikan pada tenaga kesehatan yang melakukan tugas sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan. Komite perawatan masih belum memberikan advokasi terhadap hak perawat, dan tidak ada upaya pembinaan hukum pada tingkat daerah oleh PPNI.

Hubungan pemenuhan hak perawat dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik, sangat tergantung pada kebijakan langsung dari Pimpinan institusi rumah sakit, kebijakan Pimpinan instansi rumah sakit bersumber pada Peraturan pemerintah daerah yang sudah ditetapkan. Di dalam Perda berdasarkan juknis bahwa hak perawat tidak diatur secara tegas dan terperinci. Menurut Etzioni (Monic, 1998) menyatakan bahwa kekuasaan posisi berasal dari dalam sebuah organisasi. Pendapat lain menyatakan bahwa kekuasaan posisi seseorang mungkin berhubungan dengan jumlah wewenang dan tanggung jawab yang diberikan kepada dan /atau diambil dari atasannya Hersey, Banchard. Aspek penting kekuasaan posisi adalah otoritas, Moloney (Monic, 1998) menyatakan bahwa otoritas sebagai proses dimana seorang pegawai membuat seorang bawahan untuk bertindak dalam cara yang diinginkan, dengan kata lain otoritas diberikan kepada seorang pimpinan ini merupakan hak yang sah.

Pemenuhan hak perawat juga tergantung dari legitimasi atau pengakuan perawat sebagai profesi, pengakuan perawat tersebut masih lemah karena tergantung pada profesi lain, sehingga hak perawat juga tergantung dari dokter yang memberikan delegasi kepada perawat. Dokter mempunyai otoritas pelayanan medis, dan pelayanan di rumah

sakit, dan otoritas ini menjadikan sumber kekuasaan untuk mempengaruhi hak perawat dalam pelayanan.

Kedudukan Kepmenkes sangat lemah dalam hirarki hukum. Menurut Riyanto S. (2006) Bentuk hirarki dalam sistem hukum yakni : (1) UUD / Konstitusi, (2) Undang-Undang /PERPU, (3) Peraturan Pemerintah, (4) Peraturan Presiden, (5) PERDA; (Tingkat I, II, Peraturan Desa). Sedangkan Keputusan Menteri (Kepmen) dalam UU nomor 10 tahun 2004 hanya sebagai acuan saja. Untuk itu kedudukan Kepmenkes RI nomor 1239 tahun 2001 harus di dukung dengan PERDA sehingga mempunyai kekuatan hukum.

Kesimpulan

Terdapat hubungan yang signifikan dalam pelaksanaan kewajiban perawat dalam praktik dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat setelah dikontrol oleh pemahaman hukum kesehatan dan pemahaman batas kewenangan perawat dalam praktik perawatan, atau pemenuhan kewajiban perawat dalam praktik mempunyai peluang dalam implementasi kebijakan praktik perawat 1,99 kali setelah dikontrol dengan pemahaman hukum kesehatan dan pemahaman batas kewenangan perawat dalam praktik perawatan. Kewajiban yang masih belum terpenuhi dalam implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat adalah kepemilikan surat ijin untuk melakukan praktik keperawatan dan praktik perawatan lebih banyak melaksanakan kewenangan delegasi.

Tidak ada pengaruh pemenuhan hak perawat dalam praktik dengan implementasi kebijakan registrasi dan praktik perawat. Tidak ada hubungan karena pengaruh langsung pemenuhan hak perawat lebih pada kebijakan Pimpinan institusi Rumah sakit.

Saran

Perlu pembinaan dan pengawasan langsung kepada perawat di RSUD Gunung jati Cirebon untuk pemenuhan legalitas praktik perawat dalam melaksanakan kewajiban. Perlunya bidang regulasi didalam organisasi Dinas kesehatan untuk mengatur perizinan praktik tenaga kesehatan dan penilaian kompetensi dan ketrampilan dalam menggunakan standar profesi. Perlunya dibuat Peraturan daerah tentang registrasi dan praktik perawat untuk menguatkan Kepmenkes RI nomor 1239 tahun 2001.

Perlu standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan keperawatan yang sudah di sahkan sebagai ukuran yang ditetapkan dan disepakati bersama organisasi profesi. Perlunya pengaturan pengembangan karir perawat, baik melalui pendidikan formal maupun pelatihan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan. Perlu surat pendelegasian wewenang di Rumah sakit yang diberikan dari dokter kepada perawat sebagai kepastian hukum dalam menjalankan praktik perawatan.

Pembenahan juga dapat dilakukan oleh organisasi profesi perawat, antara lain Perlunya upaya pembinaan dan pengawasan praktik keperawatan dan pembinaan hukum kesehatan oleh PPNI melalui kegiatan seminar, workshop maupun pelatihan.

Daftar Pustaka

1. Indonesia Nutrition Network, (2002). *Model Praktik Perawatan Profesional*, [internet] tersedia dalam <http://gizi-net.org> [Diakses 30 Januari 2008]
2. Sutoto. (2006) *Mengapa Tidak boleh Praktek di Rumah?*, Suara Merdeka 20 februari. Banyumas.
3. Supranto, J (2004). *Analisa Multivariat Arti dalam Interpretasi*. Rineke EGC. Jakarta.
4. Rahajo J. Setiajadi. (2002) *Aspek hukum pelayanan kesehatan. (Ed. 1)*. CV Cipta Usaha Makmur. Surabaya Priharjo R. (1995) *Praktik Keperawatan Profesional Konsep dasar dan Hukum*. EGC. Jakarta.
5. Karbala H.,SH.,CH (2007) *Hukum Keshatan, Naskah di presentasikan dalam Pelatihan Hukum Kesehatan FH*. UI LPLIH. Jakarta.
6. Sutriyanti. (2003) *Tingkat adopsi Kepmenkes RI Nomor 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat dari para perawat lulusan D3 Keperawatan di Kabupaten Rejang Lebong-Bengkulu*. Unpublished post graduate Thesis. Program Studi ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana UGM. Yogyakarta.
7. Antono D.W. (2004) *Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Registrasi dan Praktik Perawat Terhadap Perawat Puskesmas di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo*. Unpublished post graduate Thesis.

Program Studi ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana UGM.
Yogyakarta.

8. Kovner. (1995) *Health Care Delivery In The United State*. Springer Publishing Company. New York.

9. Munding. (1994) *MO.Advanced-Practice Nursing-Good Medicine for Physicians*. The New England Jurnal of Medicine. 330 : 211-214.

10. Kuntjoro Tj., (2007) *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Andi. Yogyakarta.

11. Poernomo B. (2002) *Hukum Kesehatan, Hands Books Mata Kuliah*, Minat Magister Manajemen Rumah sakit. Pascasarjana IKM. Yogyakarta.

12. Yukill, G. (1999). *Leadership in Organization*. Oxford University Press. New York Oxford.

13. Landeweerd B. (1994) *The Effect of Work Dimention and Need For Autonomy on Nurse's Work Satisfaction and Health*. Jurnal of Occupation and Organizational Psychology (1994). 67 : 2007-217.

14. Nursalim. (2001) *Proses & Dokumentasi Keperawatan (Konsep dan Praktik)*. First nd. Salemba Medika. Jakarta.

15. Monic L. La (1998) *Kepemimpinan dan Menejemen Keperawatan*, EGC. Jakarta.

16. Riduwan, (2004) *Metoda dan Teknik menyusun Tesis*, Cetakan Ke 1 Alfabet. Bandung.

Tabel 4.7 – 4.10

Hubungan Implementasi Kebijakan Praktik Perawat dengan Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Variabel	Nilai P	OR	Selang Kepercayaan 95% dari OR
Pemenuhan hak perawat dalam praktik	0,989	0,989	0,256 - 3,820
Pemenuhan Kewajiban perawat dalam praktik	0,085	3,714	0,833 - 16,553
Pemahaman hukum kesehatan	0,015	6,750	1,442 – 31,604
Pemahaman batas kewenangan dalam praktik	0,111	4,833	0,695 - 33,607

Sumber : Hasil Pengolahan Data

Tabel 4.14

Model Akhir Pelaksanaan Kewajiban Perawat dalam Praktik Perawat dengan Implementasi Kebijakan Praktik Perawat

Variabel	B	SE	P	OR	Selang kepercayaan 95% dari OR
Pelaksanaan kewajiban perawat dalam praktik	0,688	0,866	0,043	1,990	0,365 - 10,853
Pemahaman hukum kesehatan	1,544	0,842	0,056	4,685	0,900 – 24,394
Pemahaman batas kewenangan	0.807	1.086	0,001	2,242	0,267 – 18,826

Sumber : Hasil Pengolahan Data

