



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

**RISALAH RAPAT
KOMISI IX DPR RI**

Tahun Sidang : 2014-2015
Masa Persidangan : I
Rapat Ke- : -
Jenis Rapat : Rapat Dengar Pendapat Umum
Dengan : 1. Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI);
2. Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah seluruh Indonesia (ARSADA).
Sifat Rapat : Terbuka
Hari/tanggal : Selasa, 18 November 2014
Waktu : Pukul 10.00 WIB - selesai
Acara : Masukan terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS)
Ketua Rapat : H. Asman Abnur, SE, M.Si/ Wakil Ketua Komisi IX DPR RI.
Sekretaris Rapat : Dra.Tri Udiartiningrum/Kabag Set Komisi IX DPR RI
Tempat : Ruang Rapat Komisi IX DPR RI, Lantai 1 Gedung Nusantara I, Jl. Jend. Gatot Subroto, Jakarta Pusat
Hadir : A. Anggota Komisi IX DPR RI orang dari 26 orang Anggota Komisi IX DPR RI;
A. Ketua ARSADA beserta jajaran;
B. Ketua PPNI beserta jajaran.

PIMPINAN KOMISI IX DPR RI :

1. H. Asman Abnur, SE, M.Si
2. Dede Yusuf Macan Effendi, S.T., M.Si.

F.PDIP :

F.PG :

3. Hj. Dewi Asmara, SH, MH

F.P.GERINDRA :

4. Khaidir

5. Susi Marleny Bachsin, SE, MM.
6. Drg. Putih Sari.
7. Roberth Rouw.

F.PD :

8. dr. Verna Gladies Merry Inkiriwang
9. Siti Mufattahah, Psi.
10. Drs. Ayub Khan.
11. Drs. H. Zulfikar Achmad.

F.PAN :

12. Ir, H. A. Risiki Sadig.
13. Dr. H.M. Ali Taher Parasong, SH, M.Hum.

F.PKB :

F.PKS :

14. Anshory Siregar, Lc.

F.PPP :

F.P.NASDEM :

F.P.HANURA :

ANGGOTA IZIN/SAKIT :

1. Hj. Saniatul Lativa (F. PG)

UNDANGAN :

1. Ketua ARSADA beserta jajaran.
2. Pengurus PPNI.

KETUA RAPAT (H. ASMAN ABNUR, SE, M.Si / WK. KETUA KOMISI IX):

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Selamat pagi, salam sejahtera untuk kita semua.

Yang saya hormati rekan-rekan Komisi IX.

Sebelumnya saya akan meninformasikan Anggota yang sudah menandatangani daftar hadir 8 Anggota dan 3 Fraksi, maka dari itu sesuai dengan Tatib kita, ini belum kuorum. Kita skors dulu 5 menit, setelah itu baru kita lanjut.

Terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

(RAPAT DISKORS)

Baik.

Dengan mengucapkan *Bismillahirrohmannirrohim*, skors rapat saya cabut kembali.

Yang saya hormati Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA) beserta tim nya.

Yang saya hormati Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Masih ada lagi tidak Pak persatuan-persatuan yang sejenis?

Banyak?

Ini Bapak salah satunya nih?

Ada berapa Pak seluruh Indonesia asosiasi seperti ini?

In isebelum kita buka,

KETUA ARSADA (dr. KUNTJORO AP):

Ada Asosiasi Dinas Kesehatan, terkait dengan rumah sakit ada Asosiasi Rumah Sakit Vertikal dari Kementerian Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Tapi yang asosiasi daerah ini hanya satu?

KETUA ARSADA:

Kalau rumah sakit hanya satu.

KETUA RAPAT:

Oke, hanya itu saja Pak.

Takutnya nanti ada lagi Asosiasi Rumah Sakit lainnya gitu.

Terima kasih.

Yang saya hormati rekan-rekan Komisi IX yang hadir pada siang hari ini,.

Pertam-tama saya ucapkan tsk Pak, selamat datang di Komisi IX. Mudah-mudahan kedatangan Bapak ini nanti memberikan manfaat,

informasi yang bagus buat kita semua dalam rangka menampung aspirasi dan sekaligus nanti tentu memperjuangkan hal-hal yang menurut kami di Komisi IX ini harus kita perjuangkan kepada Pemerintah.

Namun sebelumnya pada rekan-rekan Komisi IX karena ini sifatnya RDPU, kita tidak ada kesimpulan hanya nanti mungkin catatan rapat saja. Mudah-mudahan kalau bisa kita selesaikan secara baik sebelum jam 12 kalau tidak kita sambung lagi karena kita dalam rapat ini dibenarkan sampai jam 12.30 kalau kesepakatan kita nanti memperpanjang akan kita perpanjang, tapi kalau sudah selesai semua tidak usah diperpanjang.

Terima kasih.

Untuk menghemat waktu saya langsung saja.

Ini yang mana dulu yang akan memberikan informasi, dari Arsada atau dari PPNI?

Arsada dulu ya, silakan Pak.

Setelah itu dilanjutkan oleh PPNI

Terima kasih, waktu saya persilakan.

KETUA ARSADA :

Bismillahirrohmannirrohim.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Salam sejahtera untuk kita semua.

Pertama-tama saya ucapkan banyak terima kasih atas undangan dari Komisi IX pada Arsada. Adalah suatu kehormatan yang besar bagi kami.

Yang terhormat Anggota DPR Komisi IX.

Saya mencoba menjelaskan dulu, karena mungkin ini sebagian besar adalah baru. ARSADA itu apa.

Tadi sebagian sudah saya sampaikan di dalam ruangan kecil, bahwa Asosiasi Rumah Sakit Daerah itu, Rumah Sakit seluruh Indonesia ini adalah anggota dari kami. Jadi tidak ada lagi asosiasi lain yang sejenis, tidak ada.

Insy Allah mulai Tahun 2000 kemarin, ya hanya 1 sampai sekarang ini. 14 tahun yang lalu kami hadir di bumi nusantara ini, tentu berazaskan Pancasila dan mempunyai tujuan yang mulia sekali sebetulnya. Jadi diharapkan kemuliaan ini tercermin nanti dari produk-produk yang tentu harus dibantu, kalimatnya ini sudah *Fardhu Ain*, dibantu oleh DPR dan Pemerintah kalau tidak sama saja bohong pelayanan kesehatan, khususnya di daerah ini tentu tidak akan berjalan dengan baik.

Fungsi Arsada tentu menjadi wadah pemersatu, wadah peran serta anggota, sarana komunikasi, jadi kamipun mempunyai website tertentu, yang menjadikan kita berkomunikasi dengan baik, harapannya demikian. Kemudian juga sebagai anggota luar biasa dari Persi (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia), yang secara Eks..... punya hak dalam kepengurusan, kongres dan Persi. Jadi sebagian besar dari kami pun, pengurus Arsada di sini juga pengurus dari Persi. Mohon diketahui oleh kita semua.

Kondisi sekarang, menurut data On Line, rumah sakit seluruh Indonesia itu jumlahnya 2.393 yang dimiliki oleh Pemerintah dan swasta,

baik yang sifatnya Private atau publik. Rumah sakit yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah baik itu Propinsi, Kabupaten/Kota berjumlah 674 sedangkan yang dimiliki oleh Pemerintah baik itu milik Kementerian dan Lembaga/BUMN itu tentu sisa dari 866 dikurangi 674 jadi kira-kira sepertiganya. Rumah Sakit Daerah itu milik Pemerintah Daerah, hampir menduduki 77% dari rumah sakit yang dimiliki oleh Pemerintah, jadi menyebar kemana-mana bahkan Kabupaten/Kota pun ada yang memiliki lebih dari satu. Rumah Sakit Daerah itu ada dua, yang satu sifatnya umum yang lainnya khusus, khusus itu juga Rumah Sakit Khusus Daerah itu biasanya melayani kekhususan seperti jiwa, kebanyakan Rumah Sakit Jiwa. Yang lainnya dunia kusta, kelihatannya sudah hilang, Rumah Sakit Paru masih ada.

Ini artinya bahwa Rumah Sakit Daerah menyebar dimana-mana. Yang perlu saya sampaikan disini, range kemampuan Rumah Sakit Daerah itu kelasnya ada yang besar sekali, seperti Rumah Sakit Sutomo yang karyawannya ribuan, kemudian ada direktur, wakil direktur dan seterusnya. Dibagian-bagian tertentu lebih besar dari Rumah Sakit Cipto. Di propinsi-propinsi lain pun itu juga mempunyai hal yang seperti demikian, kelasnya dibawahnya lagi, kelas yang seperti Sutomo tapi kecil volumenya misalnya Rumah Sakit Muwardi, Rumah Sakit Ulin dan seterusnya. Jadi memang secara sebarab Rumah Sakit Daerah yang kelasnya A, bahkan di Jakarta, rumah sakit sakitnya Pak Kusmedi ini juga Kelas A. Jadi sebenarnya kalau dari pengklasifikasian itu setara dengan rumah sakit yang kemampuannya seperti Rumah Sakit Cipto, seperti yang lain-lainnya Rumah Sakit Daerah itu.

Tetapi disisi lain, nun jauh disana Rumah Sakit Daerah itu ada yang direkturnya itu merangkap sebagai dokter jaga sekaligus direktur, sekaligus masa sekarang itu sebagai calon tersangka dan itu terjadi. Semuanya segala dia, operasi juga dia, jadi ini sangat membebankan. Jadi artinya semua norma, standar kriteria dan norma itu sangat diperlukan untuk variasi yang berbeda-beda karena perlakuannya juga berbeda, rumahnya berbeda-beda. Mungkin di Rumah Sakit Sutomo itu satu departemen, misalnya departemen anak itu sama dengan rumah sakit kelas B disebuah rumah sakit yang lain. Nah ini tidak mudah untuk kita melihat sebuah rumah sakit itu disamakan dengan yang rumah sakit yang lain, tidak bisa.

Pelayanan rumah sakit tidak boleh error, pelayanan rumah sakit itu tidak bererror karena orang yang masuk rumah sakit itu dicita-citakan, diamanatkan harus sembuh atau cacatnya tidak berlebihan. Nah jadi artinya harus banyak diatur, pelayanan rumah sakit itu sejajar identik dengan valuenya, normanya industri penerbangan. Jadi harus banyak diatur, bukan industri seperti pelawak itu semakin lucu semakin baik, pembayarannya semakin tinggi kalau pelawak itu. Semakin tidak diatur semakin baik, tapi kalau untuk industri pelayanan kesehatan khususnya upaya kesehatan perorangan itu tentu harus banyak diatur agar tidak banyak terjadi error di dalamnya. Dengan melihat data seperti ini tentu untuk mencapai *universal health corporate* itu diperlukan perhatian pada semua lini yang ada di Indonesia, khususnya Rumah Sakit Daerah karena di daerah itu sudah jelas. Jadi merata diseluruh wilayah Indonesia.

Kami punya peta jalan Arsada, bahwa pelaksanaan JKN telah dilaksanakan, sistim rujukan belum optimal. Nanti ketua Tim kami dan

anggotanya, jadi Pak Kusmedi dan Pak Heru, Sekjen kami, dapat menjelaskan. Belum semua menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah, jadi dengan pengelolaan seperti ini diharapkan seluruh Rumah Sakit Daerah yang nanti untuk mensukseskan *universal corporate* itu lebih *accountable* terjadi disitu sebuah fleksibilitas dalam melaksanakan pelayanannya. Nah itu nanti perlu penjelasan tersendiri, kemudian supaya ini terukur dengan baik, terkendali mutunya diharapkan semua Rumah Sakit Daerah yang jumlahnya 674 itu semuanya terakreditasi dengan baik. Ada suatu versi di Indonesia ini yang namanya versi 2012, yang mana sudah mengadopsi standard-standard atau variabel-variabel penentuan pelaksanaan kesehatan yang tentu ini sama dengan bangsa yang lain, Internasional.

Kemudian juga belum adanya indikator mutu, nah nanti perlu disepakati karena sebuah rumah sakit itu akan berjalan dengan baik, kalau diukur, harus ada ukurannya, ukuran kinerjanya harus ada, terutama mutu dan yang paling penting saat ini ada anemia sumber daya, artinya ketidakmampuan Rumah Sakit Daerah di beberapa tempat yang variasinya cukup banyak, baik itu sumber daya manusianya. Posisi Rumah Sakit Daerah di Indonesia itu terbanyak sekitar 60-an persen itu Kelas C dimana kelas C dan kelas D itu diharapkan ada 4 penyakit dasar. Ada penyakit dalam, penyakit anak, penyakit bedah dan penyakit dalam. Nah itu tentu bisa dilihat pada research Riskesdes yang ada di Kementerian Kesehatan betapa penyebarannya masih jomplang padahal ini merupakan nanti tulang punggung pelayanan kesehatan perorangan agar bermutu dan lebih baik. Kemudian diharapkan, tentu nanti sampai Tahun 2019 kami akan membantu, karena ini amanat dari Munas kami yang ke-6, mensukseskan UNG peningkatan kualitas melalui akreditasi dan penerapan PPKBLUD dan seterusnya.

Ini harapan-harapan, yang pertama kami berharap DPR dan Pemerintah harus betul-betul segera melaksanakan atau merealisasikan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 yang mengamanatkan anggaran untuk kesehatan minimal 5% dari APBN dan minimal 10% dari APBD Propinsi, maupun APBD Kabupaten/Kota. Kami berharap sekali pada Anggota DPR Komisi IX yang terhormat untuk memperjuangkan ini. Tentu ini diluar gaji, sekarang ini variatif sekali. Untuk Propinsi Kalimantan Timur itu bisa lebih karena kemampuannya tapi dalam hal ini perlu ditinjau apakah dibelanjakan sesuai dengan kebutuhan yang ada. Yang kedua, kami berharap penetapan iuran PBI dan besaran tarif pembayaran INA-CBG sesuai dengan perhitungan biaya ke-ekonomian yang mendukung berlangsungnya kerumahsakititan agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan aman, *patient city* dan bermutu, fokus ke pasien. Tentu nanti akan dijelaskan juga oleh teman kami bahwa berapa kondisi sekarang. Rasio atau standard sebuah pembiayaan yang terjadi sekarang.

Pemenuhan semua rumah sakit kebutuhan anemia, jadi pemerataan dan keadilan tentu harus diusahakan oleh Pemerintah, mungkin nanti dibantu dorong oleh DPR bahwa tenaga kesehatan itu sebenarnya tenaga strategic. Jadi harusnya tidak boleh ditolak karena itu hak asasi manusia. Manusia-manusia yang berada di gunung sana punya hak yang sama dengan yang di kota. Tentu itu harus ada suatu terapi bagaimana sebaran tenaga-tenaga itu bisa berjalan dengan baik di Rumah Sakit - Rumah Sakit

Daerah yang menyebar di seluruh Nusantara ini. Demikian juga alat-alat kesehatan, bangunan rumah sakit kemudian sumber daya yang lain-lainnya. Kalau misalnya Kepala Daerahnya punya komitmen yang kuat itu biasanya tidak ada masalah, tapi ketika di nomor duakan itu akan menjadi masalah di sebuah Rumah Sakit Daerah untuk menyajikan sebuah pelayanan yang bermutu.

Kemudian untuk peningkatan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat diupayakan seluruh Rumah Sakit Daerah untuk melaksanakan yang namanya PPKBLUD (Pola Pelayanan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah) disitu terdapat beberapa fleksibilitas tidak seperti SKPD yang biasanya. Dan seluruh Rumah Sakit Daerah terakreditasi versi 2012. Ini akan menjamin bahwa mutu pelayanan yaitu terstandarisasi dengan baik. Segera dapat direalisasikan teknologi informasi tentu untuk mendukung penerapan sistem rujukan pelayanan kesehatan nasional secara terpadu. Jadi bagaimana tidak ada yang bisa meleset, kalau ini terpadukan tidak ada anggota asuransi yang palsu. Diharapkan ini bukan komiditi untuk jual beli artinya memang ini dimanfaatkan semaksimal mungkin bahwa rakyat Indonesia pada saatnya semua menjadi anggota dari sistem asuransi ini.

Penerapan sistem instalasi kesehatan rumah sakit perlu mengembangkan sistem informasi manajemen rumah sakit yang dapat terintegrasi dengan sistem informasi BPJS sendiri. Jadi tidak perlu pakai interface dan lain sebagainya. Sementara ini bahwa sistem informasi manajemen rumah sakit variabel dan alirannya banyak sekali. Rumah sakit A dengan rumah sakit B berbeda, karena memang pelayanan di rumah sakit itu tidak bisa seperti bank atau pelayanan lainnya. Jadi harus tellermate, itu masalahnya. Sehingga banyak sekali variasi untuk pelaksanaan itu.

Membentuk jejaring [elayanan rujukan dengan fasyankes lainnya baik untuk ke atas maupun ke bawah. Jadi begini tentu disebuah fasilitas layanan kesehatan untuk menunjang usaha-usaha asuransi ini tentu ada rumah sakit swasta yang mempunyai peralatan tertentu yang tidak dimiliki oleh Rumah Sakit Pemerintah Daerah. Ini tentu harus ada usaha agar itu pun bisa dirujuk ke samping, ke bawah atau pun ke atas apabila kewajiban-kewajibannya itu tidak bisa dipenuhi oleh rumah sakit tersebut.

Kemudian yang paling terakhir, menerapkan *center of excellence* dari pelayanan rumah sakit, memudahkan Pemerintah untuk memetakan pusat-pusat rujukan pelayanan kesehatan di daerah. Jadi diharapkan untuk melakukan suatu efisiensi dan efektifitas dari pelayanan kesehatan tentu diharapkan, sebagai contoh misalnya rumah sakit-Rumah Sakit Daerah tertentu itu tidak perlu merujuk sampai ke Surabaya, itu harus ada apa di NTT. Kalau tidak artinya nanti yang menikmati asuransi ini orang-orang yang punya duit saja meskipun pengobatannya yang dilakukan di Rumah Sakit Sutomo itu tidak membayar, tapi bagaimana dengan keluarganya, kan begitu ceritanya. Tentu harus ada pendekatan yang sifatnya pemerataan agar hal-jal tersebut juga bisa dilakukan pada regional tertentu yang tidak perlu terlalu jauh disampaikan. Nah tentu bagaimana untuk efisien dan efektif, tentu harus dilihat secara datanya, apakah betul dari NTT itu nantinya rumah sakit disana banyak melayani orang sakit jantung misalnya, tentu harus disiapkan. Apakah kanker, masa kanker setiap

radiasi harus di Surabaya, itu biayanya jadi mahal sekali. Padahal asuransi sosial itu kan menggunakan uang orang banyak, jadi kalau ini tidak efisien dan efektif tentu pengeluarannya menjadi sangat mahal untuk seseorang yang sakit kanker.

Mohon ini menjadi hal yang harus dipahami dan ini memang kami dapatkan dari anggota kami.

Demikian yang bisa kami sampaikan, nanti dalam dialog dan nanti akan ditambahkan oleh Sekjen kami atau nanti Pak Kusmedi untuk memberikan jawaban-jawaban ketika ada dialog diantara kita.

Terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Pak.

Sudah lama menjadi ketua asosiasinya Pak?

KETUA ARSADA:

Sudah 2 periode pak.

KETUA RAPAT :

Pantas Bapak hafal semua. Sudah tidak perlu pakai slide lagi sudah diluar kepala semua.

Selanjutnya saya persilakan Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PENGURUS PPNI (JAJANG RAHMAT) ;

Terima kasih.

Perkenalkan saya Jajang Rahmat mewakili Ketua Umum PPNI.

Mohon izin karena ketua umum sedang bertugas ke Jepang. Jadi Ketua Umum menugaskan kepada saya.

Sebelumnya kami terima kasih sudah diundang oleh Komisi IX untuk RDPU terkait dengan JKN dan KIS. Ada beberapa yang disampaikan.

Kami ingin perkenalkan bahwa perawat itu adalah lulusan sekolah pendidikan perawat, karena selama ini suka salah tafsir. Perawat disini adalah perawat yang telah selesai pendidikan perawat, minimal D3. Dulu masih ada SPK, kita masih adopsi, tapi sekarang yang SMK kita harapkan dia lulus D3 dulu baru kita akui sebagai perawat. Jumlahnya sekarang ini 750 ribu orang dan menjadi bagian terbesar dari tenaga kesehatan yang ada di Indonesia serta memberikan pelayanan langsung kepada pasien di rumah sakit atau di Puskesmas maupun di praktek mandiri.

Ini yang kami lakukan di pelayanan keperawatan yaitu memberikan asuhan keperawatan sehingga holistic, biopsikososialspiritual kami lakukan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, termasuk di dalamnya pasien-pasien di era BPJS ini.

Ingin kami sampaikan juga bahwa kami Tahun 1983 sudah Lognas Keperawatan antara lain bahwa perawat sebagai profesi, untuk itu kami

punya pendidikan tinggi yang kuat, sampai sekarang sudah pendidikan doktor, jadi dari D3, S1, S2 sampai pendidikan doktor sudah ada di Indonesia jurusan keperawatan sehingga harapannya nanti perawat itu menjadi praktek mandiri dan dia memang melakukan praktek keperawatan.

Ini pergeserannya Pak, boleh juga kami sampaikan di sini kebetulan ada juga dari ARSADA bahwa kami berharap, teman-teman dari pelayanan juga dengan ilmu dan prakteknya maka dia akan melakukan pergeseran dari asuhan pelayanan medis, yang dulu perawat biasanya nyuntik sekarang justru yang paling penting adalah melakukan asuhan keperawatan, bagaimana dia *sharing* dengan pasien, bagaimana dia merawat pasien dengan hati dan bagaimana dia memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasiennya. Maka asuhan keperawatan melekat ke dalam diri perawat. Bukan hanya terfokus pada bagaimana kebutuhan medisnya selesai tapi biopsikososio bahkan spritualnya juga dilakukan. Inilah yang kami dorong sekarang di era BPJS ini.

Ini dasar hukumnya, kami juga berterima kasih kepada Anggota DPR periode sebelumnya yang sudah mensyahkan Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, dan ini merupakan legal praktek kami untuk melakukan keperawatan di Indonesia dan ditambahkan dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tenaga Kesehatan.

Juga ingin saya sampaikan bahwa tenaga keperawatan di Undang-Undang Kesehatan juga berbunyi salah satunya adalah untuk penyembuhan penyakit dan gangguan kesehatan dilakukan dengan pengendalian pengobatan dan/atau perawatan, artinya di dalam pelayanan kesehatan itu cukup penting maka di Undang-Undang Kesehatan juga muncul seperti itu dan dinyatakan disitu ada ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan. Untuk itu ilmu keperawatan bagian yang terpenting dari pelayanan kesehatan di Indonesia ini.

Juga ingin kami sampaikan bahwa kami juga mempunyai kewenangan dan keahlian sehingga jelas dalam Undang-Undang Kesehatan juga diakui itu. Dalam Undang-Undang Rumah Sakit, kami juga bagian dari unsur yang ada di rumah sakit yaitu unsur keperawatan untuk itu tidak perlu diragukan lagi bagaimana legal praktek kami di rumah sakit dan di pelayanan kesehatan di Indonesia ini. Kami juga sudah diberikan izin untuk mendirikan praktek mandiri Pak, artinya perawat berhak untuk melakukan praktek baik itu individu maupun kelompok untuk memberikan pelayanan praktek mandiri di masyarakat, hanya saja permasalahannya sampai sekarang ini di era BPJS ini praktek keperawatan belum masuk di *keeper* dalam pelayanan kesehatan, artinya kalau ada orang yang datang ke praktek perawat asuransi belum mau tanggung padahal dia datang ke praktek perawat untuk perawatan luka sehingga pasien yang datang ke sana masih bayar sendiri, nah itu yang menjadi masalahnya.

Kami juga praktek di layanan kesehatan Tingkat I, yaitu di Puskesmas atau di sarana kesehatan dasar, kemudian di tingkat II, di rumah sakit rujukan skunder dan di Tingkat III di rumah sakit rujukan tersier sehingga perawat ada di semua lini pelayanan tersebut. Kemudian kami juga melakukan praktek di individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam melakukan preventif promotif, terutama itu yang dilakukan. Kemudian pemberdayaan masyarakat dan pelaksanaan tindakan suplementer yang bisa dilakukan di masyarakat.

Ini praktek mandiri, jadi mohon izin kepada Anggota Dewan bahwa kami ingin sampaikan bahwa kami sebenarnya ingin melakukan masukan terhadap aspek pelayanan kesehatan, ini salah satunya adalah *continuity of care*, bagaimana pasien-pasien yang dirawat di rumah sakit apabila dia perlu perawatan *valiatif care* atau kronis padahal dia sudah stabil keadaan kesehatannya bisa dipulangkan maka kami akan melakukan perawatan di rumah untuk melakukan *continuity of care* di dalam rumah pasien sendiri, sehingga nanti kami akan berdayakan keluarganya dan kelompok yang ada di masyarakat tersebut. Maka dipastikan pasien tersebut mendapat pelayanan sampai dengan di rumah.

Jadi model praktek kami, ada di rumah sakit, ada di rumah, ada di klinik dan ada praktek perorangan. Hanya saja yang di rumah BPJS belum melakukan pembiayaan karena nomenklaturnya belum ada, sehingga mudah-mudahan ke depan kalau kita bicara di beberapa negara, pelayanan keperawatan kalau dia pulang ke rumah biayanya ditanggung oleh asuransi, sehingga dia tidak dtg lagi ke Puskesmas atau ke rumah sakit. Karena memang di perlu perawatannya di rumah, saat ini kalau pasien perlu perawatan di rumah maka dia tidak bisa klaim ke BPJS padahal dia peserta BPJS jadi dia perlu datangnya ke rumah sakit atau ke Puskesmas saja. Nah ini yang ingin kami dorong bagaimana *home care*/pelayanan di rumah pada pasien-pasien, apalagi lansia sekarang sudah banyak jumlahnya, penyakit valiatif yaitu kanker, strooke dan sudah banyak, perlu perawatan lanjutan di rumah, mereka tidak dapat pelayanan itu Pak.

Yang ingin kami usulkan disini salah satunya adalah pola pengembangan pengelolaan perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat) dalam rangka rujukan balik, sehingga tidak ada keluhan pasien di rumah sakit menumpuk, padahal dia sudah stabil, kira-kira begitu. Mungkin sebagai informasi saja kalau pasien strooke di rumah sakit itu biasanya akan lebih lama dirawat tapi kalau dia sudah stabil dan bisa dipulangkan, kami akan rawat di rumah maka mungkin ini bisa lebih hemat biayanya dan pasien yang perlu penanganan(suara hilang), karena di beberapa negara juga seperti itu, pasien-pasien yang perlu dipulangkan, akan dipulangkan ke rumah dalam kondisi kesehatannya sudah stabil.

Ini perhitungan kami, contoh kapitasi kalau di Puskesmas sekitar seperti ini, maka kalau Puskesmas itu punya kapitasi misalnya yang paling rendah 6000 rupiah per orang dikali 30 ribu peserta, sekitar seperti itu. Tapi pembiayaan selama ini Puskesmas memberikan pembiayaan untuk obat, alkes. Bagaimana dengan perawatan, promotif preventif padahal kalau dia makin sehat sebenarnya Puskesmas juga makin untung, karena orang dijaga oleh promotif preventifnya, sehingga kalau memang dia perlu pelayanan di rumah kita akan promotif preventif, sehingga tidak ada penambahan penyakit lainnya.

Pola selama ini rujukan dari bawah ke atas sudah berjalan Pak, tapi rumah sakit pada saat memulangkan pasien akan bingung, kemana orang ini akan dipulangkan? Padahal dia sudah stabil, hanya dia perlu makannya, minumannya, serta kebutuhan biologisnya yang bisa dilakukan di rumah tapi pola baliknya itu yang dipertanyakan sehingga rumah sakit kebingungan memulangkan pasien, siapa di rumah, kenapa? Karena pasien pun, contoh kanker, pasien kanker pada saat akan dipulangkan. Pasiennya nolak,

karena tidak ada yang bisa merawat di rumahnya. Kalaupun dia ngundang perawat ke rumahnya dia harus bayar sendiri, tapi kalau di rumah sakit dia sudah dibiayain. Maka rujukan baliknya dipertanyakan sehingga pasien tidak mau dipulangkan, padahal keadaannya sudah stabil, sementara di UGD yang lainnya ngantri ingin masuk di pelayanan keperawatan. Kira-kira begitu permasalahan kita.

Mudah-mudahan ini menjadi masukan.

Ini polanya, jadi nanti ada pengawasan dari Puskesmas sendiri kemudian rumah sakit memberikan rujukan balik kepada kita, sehingga dilakukan pelayan oleh perawat dilapangan di masyarakat. Indikatornya bahwa kami akan mapping sasarannya, kemudian kami juga akan membuat perencanaan, kemudian dibagikan bagaimana tugas perawat di pelayanan rumah, kemudian kami juga punya yang dibina, kemudian ada catatan keperawatannya, kemudian kasusnya akan kami sampaikan bagaimana perkembangannya dan tentunya ada hasil pemantauan dan evaluasi yang dilakukan pada pasien tersebut.

Kemudian indikator luput akan ketemu berapa persen keluar yang awal yang dibina, karena ini penting bagaimana pasien strooke pulang, sampai di rumah tidak ada yang bisa merawat. Padahal dia sudah membaik di rumah sakit, maka pembinaan keluarga itu perlu diberdayakan, lama-lama dia akan bisa mandiri sehingga tidak perlu petugas kesehatan datang ke rumah karena dia sudah dibina dan mandiri kemudian bagaimana selesai dibina, bagaimana termasuk tindak lanjut untuk follow up. Bagaimana kelompok juga pada saat dia sudah bisa mandiri, kalau orang itu strooke atau kanker kan dia bisa berkelompok di rumah. Ini kita berdayakan di masyarakat termasuk bagaimana daerah binaan tersebut dimanfaatkan untuk membantu menyehatkan masyarakat di dalamnya.

Nah pertanyaan kami sebenarnya, bagaimana sikap pemberian jasa perawatan di rumah sakit juga ini menjadi permasalahan karena saat ini ada beberapa jasa keperawatan yang tidak di share, karena polanya adalah keperawatan, perawatnya masih mengerjakan acuan medis, dia infus, dia nyuntik, dia membantu asisten dokter dan lain-lain tapi acuan keperawatannya tidak dikerjakan maka BPJS tidak mau bayar. Contoh, pasiennya di obatin tapi mulutnya bau, tidak dimadikan. Ini yang sedang kita dorong artinya orang ini akan cepat sembuh karena dia dimadikan, bersih, obatnya diminum, makanannya dimakan sampai selesai, kan itu peran perawat disitu. Bagaimana pembayarannya ini yang akan kita share disini. Kemudian bagaimana praktek keperawatan dibayar oleh kapitasi di masyarakat termasuk yang *home care* tadi ygperawatan di rumha, sehingga orang ini kalau memang tidak gawat bisa dilakukan perawatan di rumah, termasuk pola kunjungan rumah atau pearwatan rumah dibayar oleh kapitasi pakah nanti JKN atau KIS, sementara ini yang tidak sanggup bayar biasanya orang-orang miskin, sementara orang kaya dia panggil perawat ke rumah berapa pun dia akan bayar. Tapi masyarakat miskin begitu dia diabet, kemudian dia luka diluar, kakinya busuk atau lansianyatergelatak, kira-kira begitu. Pengalaman saya belajar keperawatan di Jepang salah satunya perawatan lansia karena lansia itu tidak ada yang bau pesing, bau mulut karena peran perawat di rumah cukup besar untuk memberdayakan keluarga di rumah. Ini yang belum kita

maksimalkan di Indonesia dan saya rasa di tahun-tahun yang akan datang lansia akan mulai booming kemudian valiatif care juga akan booming, penyakit tidak menular juga akan booming dan itu perlu perawatan yang lama di rumah.

Itu yang ingin saya share disini, mudah-mudahan menjadi masukan dari kami dari perawat terkait kebijakan JKN dan Kartu Indonesia sehat nantinya.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih.

Nanti bahan-bahannya tolong dikopi untuk teman-teman.

Hari ini pencerahan yang luar biasa baik dari ARSADA maupun dari PPNI. Memang kalau dibandingkan Jepang masih sangat jauh. Ibarat siang dan malam, karena kalau di Jepang lansia itu punya satu tempat yang luar biasa, baik dari masyarakatnya sendiri maupun dari Pemerintahnya. Bahkan sudah jadi peluang bisnis disana, kalau disini boro-boro bisnis, masih tekor. Pemerintah yang mengelola juga tidak bisa, saya pikir komplit informasinya, tinggal kawan-kawan mendalaminya mungkin ada hal-hal yang perlu kita dalam dari penjelasan dari penjelasan tadi.

ANGGOTA

Pimpinan, saya kira tadi Persi belum menyampaikan.

KETUA RAPAT:

Hari ini hanya 2, ARSADA dan PPNI dalam undangan kita. Nanti mungkin ditambahkan kalau ada pertanyaan dari kawan-kawan.

Saya pikir kita lanjut untuk pendalaman ya.

Silakan.

F-PD (SITI MUFATTAHAH, Psi):

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Terima kasih Pimpinan.

Terima kasih kepada ARSADA dan PPNI yang hadir dalam RDPU kali ini.

Bapak dari ARSADA, ini temuan dari daerah. ARSADA ini kan Asosiasi Rumah Sakit Daerah, artinya seluruh rumah sakit tergabung jadi satu dalam ARSADA.

Sejauh mana ARSADA ini mengawasi pelayanan rumah sakit-rumah sakit yang ada di daerah ini. Karena temuan saya di Dapil, minimal saja. Pertama berkaitan dengan pelayanan, khususnya pelayanan kepada masyarakat yang menjadi Anggota BPJS atau JKN, yang nanti akan menjadi pusat atau apa pun istilahnya.

Pelayan yang sering terjadi mereka tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari rumah sakit itu. Salah satunya ada keluhan dari mereka bahwa obat habis, jadi mereka harus menebusnya diluar, kemudian kamar kelas 3 kosong jadi dia harus naikan menjadi kamar kelas 2 atau kelas 1. Kemudian ada keluhan dimana mereka harus memberikan DP dulu untuk bisa masuk. Ini khusus untuk peserta BPJS atau JKN atau yang asuransi dari Pemerintah. Nah ini pengawasannya bagaimana dari ARSADA karena sampai saat sangat marak hal ini di Dapil saya, karena kebetulan Dapilnya baru dengan Tasikmalaya, Bapak bisa kontrol ke sana di Garut terutama, kemarin di demo bahkan Bupati sendiri menyatakan bahwa pelayanan Rumah Sakit Daerah disitu sangat jelek. Kemudian kaitannya dengan Kartu Indonesia Sehat memang sudah marak kita dengar bahwa beberapa daerah sudah diberikan kartu KIS ini, nah sejauh mana ARSADA mengawasi apakah kartu KIS ini sudah digunakan atau sudah dilayani tidak di rumah sakit, ada tidak kasusnya yang seperti itu, siapa tau ARSADA mendapatkan informasi tentang itu di rumah sakit daerah khususnya. Kalau memang ini terjadi saya mohon kepada Pimpinan dan Anggota Komisi IX mungkin kita melakukan kunjungan spesifik untuk melihat sejauh mana KIS ini karena secara legalitas ini masih belum, kalau memang perlu kan harus dibicarakan lagi dengan DPR karena programnya masih BPJS dengan kartu JKN nya.

Saya punya ide, seandainya bisa ARSADA juga mengajukan anggaran kepada Kemenkes untuk membuat link antar rumah sakit, tidak hanya Rumah Sakit Umum Daerah tapi rumah sakit swasta, nah itu kemana itu kalau bisa Bapak mengajukan untuk program ini. Untuk bisa membuat layanan on line. Jadi bisa Bapak ajukan itu, sehingga tidak ada lagi pasien terlantar, saya masuk ke sini ternyata kamar penuh dan dia harus dipindahkan ke tempat lain, dan itu pun dia harus mencari nunggu lama. Itu mungkin untuk ARSADA, jadi yang paling utama adalah bagaimana kontrol dari ARSADA terdapa pelayan rumah sakit yang ada di daerah. Jadi kalau misalnya kalau memang ada pelanggaran tolong ARSADA tegur itu dan ARSADA memberikan *punishment*, entah bagaimana caranya agar mereka lebih mengutamakan pelayanan yang baik.

Untuk PPNI, sama juga yang salah satunya adalah bagaimana. Karena PPNI ini adalah persatuan perawat jadi ketunya wajib untuk mengawasi seluruh kinerja para perawatnya, seluruh Indonesia ini. Kaitannya dengan pengawasan yang dilakukan oleh PPNI sejauh mana, jangan sampai PPNI ini hanya mengawasi di kota-kota besar saja. Kembali lagi kepada Dapil saya, sejauh ini perawat yang melayani, banyak sekali keluhan dari masyarakat, kebetulan HP saya ini terbuka untuk masyarakat saya dan mereka banyak memberikan informasi bahwa bagaimana pelayanan mereka terhadap pasien, khususnya pasien yang kalau dulu Jamkesmas, kalau sekarang kan JKN tapi yang kelas 3, ini sangat luar biasa ketusnya, wajahnya dan lain sebagainya itu. Saya melihat sendiri ini, ada pasien yang bajunya dan penampilannya agak bagus, dengan senang hati dia melayani dengan baik dan dengan wajah yang sangat ramah berbeda dengan masyarakat yang penampilannya kumel. Nah itu juga bagaimana pengawasan dari PPNI, tolong benar-benar. Kalau dari Undang-Undang yang kami buat dulu memang harapannya PPNI berperan

aktif untuk mengawasi kinerja para perawatnya sampai ke pelosok-pelosok daerah bukan hanya di kota-kota saja.

Tadi ada beberapa pertanyaan yang kaitannya bagaimana dengan pembayarannya untuk yang kaitannya dengan kapitasi atau yang menggunakan APBN istilahnya, jadi ini nanti mungkin kami bahas karena mungkin ini memang masih belum masuk ya, yang masuk hanya dokter. Ini nanti bisa kita lakukan pembahasan ulang untuk hal ini karena memang kalau dibandingkan negara maju lainnya itu sudah sangat-sangat jauh karena kita maklumi sekarang dalam pelayanan kesehatan yang ada saat ini masih banyak yang kurang apalagi juga fasilitasnya masih banyak yang kurang. Nah mungkin ide untuk menaikkan anggaran yang 5% sesuai dengan Undang-Undang itu sangat bagus kalau kita bisa perjuangkan di Komisi IX.

Kalau selaam ini untuk perawat yang bekerja di rumah sakit mendapatkan semacam jasa tambahan, nah itu bagaimana pembayarannya apakah suka telat atau bagaimana? Mohon informasikan kepada kami karena itu menjadi evaluasi bagi kami.

Mungkin itu sedikit yang ingin saya sampaikan.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Yang lain silakan.

F-PD (Drs. H. ZULFIKAR ACHMAD) :

Bismillahirrohmannirrohim.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Salam sejahtera bagi kita.

Yang saya hormati, Ketua dan para Anggota Komisi IX.

Yang saya hormati ketua beserta pimpinan dari ARSADA dan PPNI.

Sebenarnya hampir sama saja dengan ibu Siti tadi, apa yang telah disampaikan. Yang mau saya sampaikan seperti itu juga. Jadi saya nambah saja, pengalaman saya di daerah, 10 tahun saya menjadi Bupati, memang fungsi dari Kepala Daerah itu menjadi sangat penting. Contoh saja, paling lama 1 bulan saya kontrol ke rumah sakit, paling cepat 1 minggu. Itu terus bergulir selama 10 tahun, karena pengaduan masyarakat banyak sekali. Sama dengan yang disampaikan Ibu Siti tadi, bahwa kalau bajunya mentereng pelayanannya baik, kalau yang agak kumel-kumel tidak dilayani dengan baik. Makanya saya tertarik kontrol dan langsung saya tegur. Juga kadang dokternya suka praktek diluar kalau yang spesialis. Padahal saya yang menyekolahkan dan membiayai untuk spesialis, tapi mereka masih teteap seperti itu. Jadi pelayanan dokternya kurang, selain itu perawatnya juga tidak ada senyum.

Pernah saya panggil direktur rumah sakitnya, saya suruh pasang emblem di dada, kami senyum menghadapi pasien-pasien. Saya ancam juga bahwa mereka akan saya pindahkan ke desa-desa, tapi tetap saja masih seperti itu. Jadi peranan dari pada ARSADA ini apakah membuat

asosiasi ini hanya untuk dipusat saja atau apakah ada kontrolnya sampai ke bawah, nah ini yang perlu saya tanyakan. Kalau memang ada, ya syukur. Tetapi selama 10 tahun saya menjabat Bupati di Kabupaten saya, itu belum pernah saya mendengar ARSADA atau PPNI ini kunjungan, untuk sampai dimana anggota saya ini, apa yang dibuatnya dan bagaimana pelayanannya terhadap pasien-pasien. Nah ini belum pernah, atau mungkin karena saya tidak ada di tempat mungkin pernah datang, saya juga tidak tahu, tapi saya belum pernah dengar.

Harapan saya ke depan supaya ARSADA ini harus turun ke daerah-daerah, kalau perlu kami dari Komisi IX ini diajak, bersama-sama kita. Jadi untuk melihat rumah sakit-rumah sakit yang ada di daerah. Sudah itu orang datang ke rumah sakit mau berobat dan mau sembuh, rumah sakit yang di tempat lain ya Pak, kalau di rumah sakit saya yang terbagus di seluruh Sumatera saya bikin, hanya isinya yang belum ada. Karena sudah habis masa jabatan saya maka belum sempat saya mengisinya karena isinya lebih mahal dari harga bangunannya. Jadi ini perlu juga ARSADA ini sama-sama dengan Menteri Kesehatan itu ada membuat rekomendasi dari ARSADA kepada Kepala Daerah, nanti apa proposalnya untuk mengajukan supaya dapat di isi. Kalau gedungnya bagus tapi isinya tidak ada, ya tidak bisa digunakan hanya sekedar. Saya bangun ini tahun 2005 atau 2006 kalau tidak salah di Kabupaten Bungo, Direktornya dr. Saparudin. Saya sudah sampaikan kepada beliau agar membuat proposal nanti saya akan coba menghadap Menteri Kesehatan minta dana dari situ supaya bisa terisi alat-alat yang agak modern.

Dan juga rumah sakit itu merupakan rumah sakit rujuk dari Padang, dari kabupaten lain, semuanya di rujuk ke situ. Kenapa, karena saya sudah melaksanakan dengan uang APBD, saya sekolahkan dokter umum, tulang, syaraf, penyakit dalam. Yang anehnya yang sudah saya terima dokternya itu, yang duluan penyakit dalam 1 orang, tidak boleh. Pak janganlah disekolahkan, perangnya dokter seperti itu. Jangan disekolahkan nanti ini, ada dokter lain mau pindah ke tempat saya, saya mau terima datang dia, jangan diterima. Saya bilang kalau kamu nanti mati siapa yang akan mengganti kamu sebagai dokter ahli penyakit dalam. Sampai saya bilang kasar seperti itu. Nah inilah, kadang dokter-dokter ini tidak sosial lagi tetapi sudah bisnis. Itu dokter yang pertama kali kaya nya luar biasa itu, dokter Susi namanya, rukonya mungkin sudah 10, pokoknya luar biasalah. Nah sekartang dengan ada yang saya sekolahkan dan sudah itu saya tarik dari Palembang yang mau masuk ke Bungo itu kan berebut masuk ke Kabupaten saya. Nah jadi sekarang sudah ada ahli penyakit dalam kalau tidak salah 3 atau 4. Dokter THT sudah saya sekolahkan, dokter mata 11 orang yang saya sekolahkan selama saya menjabat sebagai Bupati untuk mengisikan itu. Tapi ya itu tadi alatnya tidak ada, baru untuk THT yang sudah ada. Nah ini saya mohon dari ARSADA ada rekomendasi kita sek bersama, oh ya benar ini rumah sakit ini belum ada isinya, bagaimana Ibu Menteri. Kalau Ibu Siti Fadillah dulu enak, saya senang kalau Menteri Kesehatan ini perempuan semua, gampang bujuknya. Dari Ibu Siti Fadillah saya dapat 30 Miliar.

Jadi itu harapan saya kepada ARSADA dan kepada PPNI memang tidak adil kalau dokter yang bekerja dapat uang tambahan kalau perawat tidak dapat, nanti di Komisi IX akan saya usulkan untuk dapat.

Saya rasa ini dari saya.
Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Masih ada?

Kalau sama mendingan diwakili oleh kawan-kawan, kalau ada yang baru silakan.

F-PAN (Dr. H.M. ALI TAHER PARASONG, SH.,M.Hum) :

Bismillahirrohmannerohim.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Saudara Pimpinan dan Anggota yang saya hormati.

Saya Ali Taher, Dapil III Banten, Nomor 495, asli Nusa Tenggara Timur.

PPNI dulu lah, selamat atas diundangkannya Undang-Undang Nomor 38, dan itu perjuangan lebih dari 15 tahun, saya ikuti perkembangannya. Ketika saya masih di rumahsakit, kebetulan tojokh-tokohnya itu saya kenal baik, tetapi persoalannya itu saudara harus memperjuangkan kembali Peraturan-Peraturan Pemerintah yang terkait dengan turunannya itu, jadi ya tidak sekedar Undang-Undang, tidak sekedar normatif tetapi juga harus dengan implementasinya itu. Memang ada batasan-batasan normatif yang dihadapi dokter dengan perawat, dari hasil riset yang pernah kami lakukan, perawat berinteraksi dengan seorang pasien itu rata-rata 4 jam sehari rata-rata. Dokter interaksi dengan seorang pasien itu rata-rata antara 4 sampai 7 menit, ada yang mengatakan 7 sampai 10 menit, kalau sudah 10 menit sudah melekat itu. Jadi memang ada kekhususan profesi masing-masing. Yang ingin saya sampaikan kepada PPNI adalah bagaimana cara memperjuangkan profesinya itu supaya mendapatkan hak yang sam, jangan sampai tindakan medis di UGD dilakukan perawat tapi yang mendapat jasa dokter umumnya. Ini yang fakta dan keluhan-keluhan seringkali kita dapat dari situ. Tetapi juga harus proposional. Yang kedua bagi PPNI juga saya berharap bahwa harus yang betul antara asuhan medis dengan asuhan keperawatan itu. Jadi tidak sekedar semangat mandiri, tetapi ada 3 indikator kwalitaitainya itu harus betul-betul diperjuangkan yaitu. *Satu*, adalah attitudenya, ini perlu. Jadi kalau perawat itu seringkali kita kembangkan 5S itu, senyum, salam, sapa, sentuh dan sopan. Maksudnya apa, jadikan sikap sebagai seorang perawat itu, orang datang lihat senyum perawat dia sudah bisa sembuh, meskipun itu aspek psikologisnya ya, apalagi nanti tampil dokter disitu.

Oleh karenanya sikapnya, cara berpakaianya, terutama yang sudah usia diatas 40, tampilan pakaiannya tidak menarik lagi. Minimal senyumlah, itu harus. Kadang-kadang juga pakaian yang diperoleh itu 2 stel per tahun. Hari-hari itu saja yang dipakai, penampilan itu perlu, jadi saya kira perlu juga ini mendapat perhatian. Indikator kedua, bahwa *knowledge* juga bertambah terus tidak boleh berhenti sampai disitu. Saya

senanglah ada program Doktor. Dulu Doktor pertama ketua PPNI itu dari RSCM, Doktor pertama dari perawat.

Yang ketiga skillnya, skill itu juga kan dibagi 3, ada sosial skill, ada technical skill, dan ada manajerial skill. Nah inilah yang kemudian disebut dengan kompetensi profesionalnya itu. Ke 3 aspek ini kalau sudah melekat kepada perawat maka bolehlah kita sebut sebagai perawat yang profesional. Oleh karena itu pelatihan yang terus menerus, kemudian pemahaman tentang profesinya terus menerus itu saya kira akan membuka peluang praktek mandiri yang semakin hari semakin banyak. Apalagi nanti seperti kata Pak Zul, akan memperjuangkan insentif, nah kita mendukung sekali supaya menjadi perawat itu bukan karena tidak ada pekerjaan tapi pilihan profesinya itu dan itu ibadah.

Saya kira itu beberapa hal yang perlu saya sampaikan untuk PPNI. Kebetulan di PPNI pusat itu banyak murid-murid saya, jadi saya paham betul.

Yang kedua untuk ARSADA, indikator kualitatifnya apa?

Mengatakan bahwa Rumah Sakit Daerah itu sudah memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat, indikatornya apa?

Apakah BOR nya itu *Bed Occupancy Ratio* itu rata-rata 80% ?

Kalau 80% BOR nya, itu bisa dibayangkan betapa semerawutnya, saya pernah mimpi rumah sakit BOR nya 71% saja pertahun itu rasanya rumitnya luar biasa, penggunaan air per pasien per hari rata-rata 500 liter per hari, itu juga sangat luar biasa, belum lagi linen yang kecil-kecil. Tapi kalau BOR nya antara 70 mungkin indikator kualitasnya semakin bagus, tapi diatas 80, 90 apalagi 100, saya tidak bisa membayangkan betapa indikator kualitatif itu saya kira masih agak susah. Padahal pasien datang ke rumah sakit itu kan sebenarnya ingin sembuh. Sembuhnya itu sembuh dalam keadaan kembali normal atau sembuh dalam keadaan cacat dan lain sebagainya itu kan persoalan proses rehabilitasi. Oleh karena itu menurut saya perlu lah indikator-indikator kualitatif itu. Bahwa melayani pasien itu setiap warga negara itu adalah merupakan suatu kewajiban para tenaga kesehatan sekaligus bagi pasiennya itu adalah hak asasi yang diatur dalam konstitusi kita. Ada pun persoalan-persoalan deviasi anantara kebutuhan pelayanan dengan kebutuhan pembiayaan, mari kita diskusikan bersama-sama. Pertanyaannya adalah, kalau seandainya menaikkan 2% menjadi 5% saja, atau menjadi 4%, siap tidak indikator kualitatifnya dijaga atau ditingkatkan. Jangan sampai nanti begitu kita kasih uang yang dibelanjakan untuk kepentingan biaya umum. Tidak lagi kepentingan pelayanan langsung kepada pasien.

Selanjutnya adalah, ini adalah pikiran saya lama, *central of excellence*. ARSADA membuat semacam MP3I misalnya. Kalau Indonesia Timur yang kita bicarakan banyak sekali, di Dapil saya juga banyak sekali masalah tapi kalau kita bicara Negara Kesatuan republik Indonesia misalnya kenapa tidak menempatkan misalnya di Ambon atau Ternate menjadi *central of excellence* nya pelayanan masyarakat di masyarakat Indonesia bagian Timur. Jadi operasi tidak perlu harus lari ke Makassar atau ke Jawa Timur. Jadi kalau itu yang terjadi maka pola-pola MP3EI yang dulu di zamannya Pak SBY yang arsitekturnya Pak Hatta Rajasa, bukan karena saya PAN ya Pak, tetapi memang ada bagusnya MP3EI itu sejalan dengan Pemerintah Daerah memperjuangkan peningkatan pembangunan

berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan itu. Sehingga pembiayaan yang menyangkut sektor kesehatan itu kita dekatkan kepada subjek dan objek masyarakat di situ. Misalnya kita naikkan dari 2% menjadi sekian pesen itu salah satu membuat *central of excellence* di tempat masing-masing itu, saya kira ini luar biasa.

Saya kasihan dengan Papua pak, bukan karena saya orang hitam. Yang namanya menunggu dokter spesialis bedah itu perlu 3 atau 4 bulan operasinya itu. Bagaimana usulannya supaya dokter-dokter yang rumah sakit ARSADA yang bagus-bagus itu yang sudah *excellence* itu melakukan operasi atau kunjungan berkala ke daerah-daerah rumah sakit yang masih tertinggal itu tentu saja dengan menghimpun berbagi informasi-informasi mengenai pelayanan sektor kebidanan, penyakit dalam, paru dan lain sebagainya.

Itulah kira-kira yang perlu saya sampaikan pada kesempatan ini dan mudah-mudahan ARSADA jangan sampai nanti semangatnya hanya semangat berorganisasi saja Pak, tapi semangat yang betul-betul semangat ingin melakukan pelayanan yang terbaik di wilayahnya. Jadi semantanya sudah Fardhu Ain ini, membantu masyarakat bawah ini sudah Fardhu Ain.

Saya ini saja, mudah-mudahan ada manfaatnya.

Jadi kuncinya ada pada pertanyaan terakhir tadi terkait dengan sebaran dokter ke wilayah-wilayah. Kalau perlu PTT dihidupkan kembali. Juga fungsi UGD di rumah sakit Pemerintah itu rata-rata kasian Pak. Saya in asli dari Pulau Solor Pak, Flores Timur Ibukota Larantuka, ketika dari pulau kecil itu menuju ke kota, anak saya sakit, langsung ke UGD, belum ada tindakan apa-apa langsung disuruh ke dokter sebelah, karena dokter UGD nya praktek di sebelah. Saya bisa dikonfrontasi dengan dokternya, saya marah, mereka tidak tahu kalau saya pada waktu itu orang rumah sakit. Jadi dokter UGD nya itu pada saat yang sama dia praktek disebalah. Saya sampai marah. Kebetulan mohon maaf ini, saya tidak diskriminatif, saya tidak rasis, kebetulan daerah kami itu Muslim, kebetulan di tengah kota itu Katolik, kebetulan dokternya Hindu. Jadi isu gama itu yang muncul. Jadi tidak enak. Yang menangani UGD itu perawat.

Jadi inilah faktor-faktor yang ingin saya sampaikan kepd bapak-bapak ARSADA yang tadi bicaranya bagus itu tidak seperti menara gading, perlu sampai kebawah, sampai ke akar rumput dan lain sebagainya. Boleh juga sikap seperti itu karena *reward and punishment* nya tidak jalan. Pemerintah maunya banyak sekali, sementara kemampuan terbatas, sebarannya juga terbatas dan lain sebagainya sehingga menimbulkan persoalan-persoalan yang miss di dalam lapangan.

Kemudian yang terakhir, menyangkut malpraktek. Banyak tuntutan masyarakat yang berkaitan dengan malpraktek. Tolonglah ini diperhatikan betul antara peristiwa sosial dengan peristiwa hukum, ini sekarang berbarengan. Jadi tenaga perawat maupun dokter mohon dilengkapi dengan kemampuan pemahaman tentang peraturan perundang-undangan. Salah satu yang dibidik oleh para praktisi hukum itu adalah malpraktek.

Mal praktek ada 3 saja unsur pidana, *satu*, ketika pasien datang itu tidak melakukan, *kedua*, terlambat melakukan, *ketiga*, salah melakukan. Kalau sudah 3 itu, itu sudah pasti kategorinya sudah malpraktek. Maka

ARSADA sekarang juga harus memback-up tenaga-tenaganya dengan peraturan perundang-undangan, atau minimal pengetahuan hukum-hukum dasar atau asas-asas hukum.

Saya kira ini saja.

Terima kasih Bapak Pimpinan.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Ini antara dokter dengan dokter itu beda-beda tipis pak, tadi saya tidak tahu mau memakai profesi dokter atau dokter pak, bidang hukum hapal semua soalnya.

Masih ada kira-kira?

Kalau tidak ada saya pikir ini kesempatan bapak untuk menanggapi sebelum kita ambil kesimpulan. Memang organisasi itu tidak bisa jalan sendiri, perlu dukungan. Nah tujuan Bapak datang kesini kita undang, berterima kasih juga kita pak, agar nanti Bapak agak tegak berdirinya diantara anggota-anggota bapak itu, makanya butuh dukungan DPR ini, terutama dari sisi kemandirian. Saya banyak melihat organisasi profesi seperti ini yang cape itu ketuanya pak dan pengurusnya sebagian, karena apa? Karena tidak ada kekuatan internal di dalam organisasi itu. Apalagi kalau Bapak anggotanya seluruh Indonesia kalau Bapak keliling semuanya itu siapa yang biayain? Nah itu akhirnya ketua sendiri yang keluar duitnya dan itu tidak boleh lagi ke depan organisasi seperti itu. Harus ada satu tempat yang menurut kita tempat itu adalah tempat yang berwibawa dan punya kekuatan. Sehingga ketika Bapak kalau mau menegur dan memberikan sanksi itu di dengar oleh anggotanya. Jadi bukan hanya tempat perkumpulan saja. Saya khawatir ARSADA dan PPNI hanya sebagai tempat perkumpulan yang tidak punya kekuatan internal bahkan anggaran juga tidak jelas dari iuran mana, nah itu yang saya khawatir. Sementara Bapak mewakili kawan-kawan itu memperjuangkan kepentingannya. Bahkan menjadi jembatan untuk orang tempat komplain. Nah sementara Bapak sendiri tidak punya kekuatan itu.

Saya pikir ini kesempatan, nanti kita follow up lagi Pak, kalau memang kita perkuat organisasi profesi ini sehingga dia tegak diantara kawan-kawan yang diurus dan diaturnya dan tidak lagi dianggap hanya pelengkap dari kawan-kawan itu. Saya pikir ini kesempatan pertama, mudah-mudahan nanti pada saat komplit, kita perkuat organisasi ini, dan tidak sembarangan orang juga yang bisa menjadi ketuanya. Orang yang benar-benar sudah mapan semuanya dan ikhlas.

Saya pikir itu, silakan dulu Bapak Ketua ARSADA untuk memberikan tanggapan terhadap apa yang disampaikan oleh kawan-kawan lalu dilanjutkan oleh PPNI.

Silakan Pak.

KETUA ARSADA:

Terima kasih.

Yang terhormat Anggota DPR RI Komisi IX.

Tentu apa yang saya sampaikan mungkin ada tumpang tindih dengan pertanyaan-pertanyaan yang lain.

Dari yang terakhir dulu, *Alhamdulillah* sampai saat ini ARSADA membiayai dirinya sendiri Pak, tanpa iuran dari Anggota, jadi kami mencari uang sendiri. Ini rahasia perusahaan, tapi yang jelas ini kami lakukan. Jadi kalau kami pengurus pusat kemana-mana misalnya diajak oleh Komisi IX, *Insha Allah* kami biayai sendiri, asal untuk kepentingan Rumah Sakit Daerah. Kami sudah punya kantor sendiri karena peran aktifnya Rumah Sakit Daerah untuk memenuhi undangan kami dalam kegiatan-kegiatan pelatihan dan lain sebagainya itu pada waktu Rapat Kerja, rakernas, munas dan lain sebagainya itu mengakibatkan suatu out put salah satunya yang sifatnya fisik adalah berupa kantor.

Alhamdulillah di Tebet kami sudah punya kantor sendiri, jadi itu tempat kami untuk berdialog dengan kawan-kawan disana.

Bapak/Ibu yang terhormat.

Untuk yang pertama, tanggapan untuk Bu Siti, tentu yang perlu saya sampaikan disini bahwa ada Undang-Undang lain yang mengatur siapa yang membina dan siapa yang mengawas. Di Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 Pasal 54 sampai 55 itu mengatakan bagaimana proses pengawasan yang terjadi disana, Pemerintah Daerah dengan mengajak misalnya organisasi dan sebagainya. Jadi kepentingan yang paling penting adalah Kepala Daerah, bahkan di era sekarang itu sebenarnya yang mengawasi itu siapa di Kabupaten/Kota untuk asuransi sosial semacam ini misalnya, tentu harus ada orangnya bukan ODJ saja yang menghadapi BPJS. ARSADA sendiri di AD/ART nya yang sudah adasaja terdaftar di Kementerian Dalam Negeri itu perannya itu di advokasi dan fasilitasi. Sampai saat ini kami pun menyiapkan untuk daerah-daerah yang tidak mempunyai fiskal untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusianya dengan pendidikan jarak jauh, bahkan melalui website kami yang biasa di download materi apa saja yang terbaru bisa didownload dan itu bisa dijadikan pembelajaran. Bahkan setiap pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh ARSADA bersama pihak lain, itu juga merupakan pertemuan ARSADA melakukan work shop ARSADA untuk pelatihan tertentu dan itu merupakan pertemuan pertama sampai rumah sakit ditutup. Sebagai contoh misalnya, bagaimana menyusun rencana biaya anggaran tahunan untuk rumah sakit, ada pelatihannya misalnya diikuti di Solo, Semarang, Jakarta itulah bedanya dengan organisasi lain. Itu pertemuan pertama dan seterusnya. Jadi itu satu janji ARSADA itu ada untuk anggotanya. Agar pelatihan-pelatihan tersebut, untuk bisa proses tersebut saya sampaikan disini, mendapat sertifikasi yang diakui maka saat ini kami sedang di akreditasi oleh PPSDM nya Kementerian Kesehatan. Ketika proses pelatihan itu diakui artinya semua pelatihan yang ada itu diakui oleh paling tidak 2 Kementerian yaitu Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan. Jadi artinya setiap pelatihan-pelatihan yang dilakukan itu punya sertifikat untuk peningkatan kredit fungsionalnya yang ada di setiap rumah sakit. Dan in iada yang kontak langsung nanti akan disiarkan jarak jauh.

Peserta KIS dilayani tau tidak, nah ini perlu kita luruskan dahulu. Yang pertama bahwa semua Rumah Sakit Daerah bahkan rumah sakit lain pun dilarang untuk menolak pasien terutama yang darurat, itu kuncinya. Setelah pasien dilayani darurat, tentu apakah ini nanti yang membayar itu siapa, artinya ketika dia tidak punya kartu misalnya, itu tentu harus ada Surat *Eligibel* Peserta atau SEP. Siapa ini yang bertanggung jawab untuk mengeluarkan agar bisa di klaimkan atau lain sebagainya, ini adalah BPJS yang bisa. Jadi ketika itu nanti pasien datang, kita tidak memandang apakah dia punya kartu atau tidak, dilayani. Ini adalah *rule* yang benar seperti itu, langsung dilayani bukan menanyakan apakah ada kartu atau tidak, itu salah. Itu tidak benar menanyakan apakah ada kartu atau tidak, bahkan menanyakan uang muka itu sebenarnya ada Peraturan Menteri Kesehatan yang melarang untuk itu. Kalau toh itu ada, itu tidak benar. Melanggar *Quote Of Etic* yang seharusnya dilakukan oleh sebuah pelayanan publik khususnya rumah sakit, lebih-lebih milik rumah sakit Pemerintah atau Pemerintah Daerah. Jadi sebagai peserta atau tidaknya.

Nah sampai saat ini kita belum bisa melaporkan apakah sudah ada peserta dari KIS yang dilayani oleh rumah sakit, saya menanyakan tadi ke sebelah kiri saya, Dokter Kusemedi sebagai direktur Rumah Sakit Tarakan Jakarta, dibelakang saya Pak Banjar, Direktur Rumah Sakit Budi Asih Jakarta, saya tanyakan belum ada. Tetapi kuncinya sekali lagi saya ulangi karena ini sangat apa, mungkin karena banyak dibicarakan bahwa rumah sakit tidak bisa menolak. Ketika karti itu diterima nanti harus ada surat itu, dikelola oleh BPJS, oh ini masuk ke layanan asuransi. Jadi kita taunya dari situ, jadi yang bertanggung jawab. Jadi yang bertanggung jawab untuk itu sebenarnya BPJS.

KETUA RAPAT:

Sebentar Pak, ini kita sesuai dengan Tattib jam 12.30, kita sepakati sampai jam berapa?

Jam 1?

Maksud saya kita tambah waktu 15 menit.

Jadi ringkas saja Pak.

Kita sepakati 15 menit lagi ya, karena sesuai dengan Tatib kita, kita boleh bersidang itu hanya sampai 12.30 pak, kecuali ada kesepakatan kita mau perpanjang. Kita tambah 15 menit.

KETUA ARSADA:

Hanya sedikit lagi mungkin saya.

Kemudian untuk Pak Bupati ini, Pak Zul.

Pak Zul, kami mohon maaf atas nama warga negara Rumah Sakit Daerah saya mengucapkan juga terima kasih atas rumah sakit Bapak. Tapi tentu prosedur yang kami sosialisasikan kepada anggota bahwa *please* semua itu harus melalui tata cara yang ada. Sebagai contoh nanti, mohon nanti dimasukkan ke dalam *e-planning* yang nanti runtun jalannya harus di, jaman dulu itu, mohon maaf, waktu jaman saya masih menjadi direktur, itu langsung-langsung saja. Jadi sulit untuk mengikuti jejak, kalau sekarang demi keselamatan dunia dan akhirat karena direktur bisa jadi calon

tersangka. Yang berwenang dengan ini ada di Kemeterian Kesehatan, tapi kalau toh diminta ARSADA secara khusus untuk misalnya mendampingi apakah penyusunannya sudah benar, apakah perencanaan master plannya benar atau tidak dan lain sebagainya untuk perbaikan. Karena sekarang sudah terjadi perubahan-perubahan lingkungan yang begitu pesat sekali, sehingga ada kemungkinan perbaikan sana-sini.

Kemudian untuk Pak Ali Taher.

Pak Ali Taher in ikuliah tadi ya, ini tadi 42 SKS.

Saya terima kasih untuk masukannya. Tetntu ada beberapa hal. Sebetulnya Rumah Sakit Daerah bahkan Rumah Sakit Pemerintah itu ada indikator kinerja kuncinya, kwalitatif. Bahkan ada Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008. Jadi rumah sakit itu ada indikator kinerja kunci. Indikator yang namanya standard layanan minimal. Standard layanan minimal itu ada yang sifatnya keuangan dan non keuangan. Sayangnya budaya kita, biasanya kalau direktur rumah sakit kalau pendapatan cash rumah sakitnya itu baik, itu dianggap sukses. Dia tidak pernah melihat apakah di sebuah Rumah Sakit Daerah itu infeksi nasakomianya itu tinggi.

Apakah waktu tunggu di rawat jalan atau waktu tunggu operasinya semakin lama, itu tidak pernah di evaluasi, nah ini mohon maaf, kita memang belum sampai ke sana. Tetapi yang jelas kita *on become process*. Jadi *continues to incurvemensosialisasikan* bahwa indikator kinerja dari sebuah Rumah Sakit Daerah itu bukan keuangan saja tetapi juga non keuangan.

Non keuangannya di setiap pusat-pusat pertanggung jawaban yang ada di rumah sakit itu seharusnya ada indikator-indikatornya. Nag ini yang perlu saya sampaikan. Kemudian ketika dinaikkan 2% sampai 5% pak, begini pak, tarif yang bukan tarifnya BPJS, tarif yang ada yang berdasarkan Perda di Rumah Sakit Daerah itu umumnya masih dibawah unit cost Pak. Beli 100 mungkin di tarif yang ada di DOP daerah itu biasanya disekitar 40% samapai 60% dari unit cost tersebut.

Alhamdulillah khususnya yang diluar Jakarta dan Jabodetabek, Rumah Sakit Daerah itu merasa seger, meskipun itu masih kurang Pak. Bahwa uang yang tarif BPJS ini lebih tinggi kebanyakan dari tarif Perda yang ada. Jadi artinya kalau toh itu nanti ditambah naik lagi, volume itu tentu akan bisa menambahkan proses atau penambahan biaya operasionalnya yang mungkin sangat dibutuhkan dari sebuah rumah sakit dimana terutama untuk rumah sakit-rumah sakit daerah atau rumah sakit yang dimiliki porvinsi, kabupaten/kota memang Pemerintah Daerahnya tidak bisa memenuhi selisih kurangnya. Nah tentu dengan kenaikan itu akan menyebabkan rumah sakit diharapkan untuk menjadi yang lebih baik lagi. Tentu pendekatan tadi fungsi UGD dan seterusnya, Pak Ali Taher, mal praktek dan sebagainya itu sebagian besar mungkin bukan tanggung jawabnya rumah sakit tapi profesi. Profesi juga masuk dan pendekatannya tadi pak, usulan harapan dari ARSADA yaitu diterapi dengan melakukan segala semua norma standard kriteria pedoman atau variabel-variabel yang ada di akreditasi versi 2012.

Pelaksanaan JKN atau asuransi ini harus sesuai dengan aturan yang ada. Kemudian tentu melaksanakan yang namanya PPKBLUD, itu

harapan kita bahwa itu mengeleminasi semuanya. Jadi ada, fokus ke pasien, ada pengendali mutu dan biaya.

Sekian dari saya.

Saya kira cukup sekian, kalau belum ada nanti mungkin, kalau tidak salah, ini ada beberapa bisik dari kawan, bahwa temen yang sehat sudah menentukan Pak, ada 12 *center of excellence* dari pelayanan ini untuk tingkat nasional di seluruh Indonesia. Nah sebagian itu ada beberapa rumah sakit daerahnya, itu perlu kita tanyakan pada yang bersangkutan.

Terima kasih.

Kurang lebihnya mohon maaf.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Silakan PPNI.

PENGURUS PPNI :

Terima kasih Pimpinan.

Pertama dari Bu Siti, terima kasih bu masukkannya.

Untuk PPNI saat ini kami ada di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota sampai dengan Komisariat. Jadi setiap rumah sakit termasuk rumah sakit di daerah itu ada komisariat, karena perawat jumlahnya banyak, maka minimal syaratnya sebenarnya 25 keanggotaan perawat di rumah sakit tersebut atau Puskesmas itu sudah bisa mendirikan satu komisariat. Permasalahannya kan ada yang aktif atau tidak. Dia menjadi bagian dari masukan untuk kami mengenai pengawasan tadi. Sekarang tidak bisa main-main lagi apalagi dengan adanya undang-undang tuntutan akan lebih besar kemudian pelayanannya harus lebih bagus, maka ini menjadi masukan buat kami. Kemudian untuk pengawasan ke daerah dan lain-lain, termasuk memang kesan yang selama ini yg jelek dan tidak bagusnya lebih banyak.

Jadi pertama judes, khususnya memang rumah sakit daerah ini menjadi permasalahan. Temem-temen di RSUD baik itu di kota atau di daerah, terkenal memang perawatnya judes kemudian kumuh/dekil, apakah ini ada kaitannya dengan pendapatan/gaji, karena ada beberapa rumah sakit yang menggaji perawatnya dibawah UMR.

Jadi ini juga menjadi masukan Pak Zul, Bu Siti dan temen-teman yang terhormat Anggota DPR untuk mendorong kami ini ada di posisi professional, tapi giliran gaji tradisional sekali. Ada rumah sakit yang menggaji perawatnya 600 ribu, masih dibawah UMR jauh, bahkan strukturnya untuk rumah sakit daerah, apakah kami ini di honorer, di PTT, di PNS bahkan ada yg sukarelawan. Kalau sukarelawan itu kan berarti suka-sukanya. Mudah-mudahan ini menjadi lebih jelas bagaimana pola penggajian atau rekrutmen perawat terutama di Rumah Sakit Pemerintah, di Puskesmas. Saat ini masih banyak sukarelawan, di Jawa Barat itu banyak sekali sukarelawan, merekrut perawat dan digaji 400 atau 500 ribu, tapi mau saja saat ini. Kita juga heran, permasalahannya kok ada yg mau. Kira-kira begitu, apakah susah sekali mencari pekerjaan menjadi perawat,

begitu ditawarkan jadi pegawai negeri tidak mau, sukanya di kampung dan ini menjadi permasalahan.

Saya rasa itu sama halnya dengan Pak Zul tadi, mudah-mudahan ini menjadi masukan kami untuk sikap perawat termasuk penampilan. Masih ada perawat yg melayani pasien menggunakan sandal jepit, itu yg menjadi permasalahan. Kita sementara dokternya kan gagah dan wangi. Jadi ini menjadi perbedaan kita yang harus diatasi juga.

Untuk Pak Ali, terima kasih masukannya Pak. Dengan adanya Undang-Undang Keperawatan kami akan berjuang untuk PP dan lain-lainnya turunan dari itu, dan perlu diberi keternagn disini, interaksi kami sebenarnya harusnya 23 jam 50 menit katanya Pak, nah 10 menitnya tadi dokter dengan pasien dan kami tetap layani disitu, tetapi yg dicari dokternya juga, ini kan menjadi heran. Sehingga ini menjadi pertanyaan besar kita, artinya perawat antara ada dan tiada, dengan nama seperti itu sehingga ini menjadi masukan bagi kami untuk terus meningkatkan attitude, knowledge dan skill dari perawat itu sendiri. Sehingga ini akan menjadi masukan yag baik buat kami untuk terus meningkatkan pelayanan keperawatan. Hanya menjadi masukan kami juga, mohon bisa di dorong dari DPR terkait tadi payung hukumnya terkait dengan jasa, gaji dan status tenaga kepaerawatan terutama yg di daerah Pak. Daerah terpencil itu apakah bisa dimasukkan di PTT, karena sampai saat ini perawat belum bisa masuk nomenklatur PTT.

PTT itu batu bidan, dokter dan dokter gigi. Perawat belum ada, padahal kebutuhan perawat di daerah juga memerlukan PTT dan ini masukan kepada Pemerintah, barang kali untuk pengangkatan PTT Perawat untuk daerah-daerah yg ada di rumah sakit.

Terima kasih Pak.

KETUA RAPAT:

Ini baru setengah hari kita rapat Pak, bagaimana kalo satu hari pasti banyak lagi permasalahan yg keluar. Tapi itulah tantangan kita ke depan, saya pikir dengan undang-undang tadi, kemudian saya juga salut ke Bapak cari dana sendiri untuk kepentingan anggotanya, keliling Indonesia dengan biaya sendiri. Saya piker ini seharusnya tidak terjadi. Supaya kita bisa professional tentu harus ada kekuatan. Tanpa kekuatan tidak bisa professional.

Saya masih dengar kalau di Puskesmas itu honor BPJS, dokternya dapat tapi perawatnya tidak dapat. Ini juga masalah menurut saya.

Ini kawan-kawan banyak hal yg harus kita rapatkan dengan Menteri Kesehatan. Mudah-mudahan pada periode sekarang ini ada perbaikan nanti, pertama saya mengusulkan nanti kita tidak usah terlalu banyak rapat komisi. Gaya Pemerintah harus kita imbangi, kalau Pemerintahnya banyak blusukan, kita harus lebih banyak lagi blusukannya. Cuma konsekwensinya sekertariat tentu harus ada biaya transportasi blusukna. Kan tidak mungkin juga kita bayar sendiri. Nanti mungkin anggaranya perlu kita desain, perlu kita sepakati di komisi agar program kunjungan spsifik itu diperbanyak. Seperti kita tahu permasalahan di bawah, kita tahu permasalahan di Puskesmas. Tidak usah rame-reme, mungkin 1 kelompok ada 5 orang, kita blusukan kemana-mana, nanti waktu rapat dengan Menteri Kesehatan kita

punya bahan lebih banyak daripada menterinya. Sehingga bapak/bapak bisa kita perjuangkan dalam anggaran atau apa pun namanya, karena kalau tidak salah anggaran kan ditetapkan disini. Kalau sudah nomenklaturnya kita masukan kalau tidak juga difasilitasi oleh, kadang-kadanga dokternya juga tidak mau kalau perawatnya keliatan lebih gagah daripada dokternya. Seharusnya kan perawat itu kalau gagah kan dokternya juga ikut gagah dan bangga seharusnya.

Tapi ini malah perawat yg setiap hari dengan pasien, yg 23 jam dengan pasien honorinya lebih kecil. Walaupun memang kita akui kalau dokter itu memang pengambil keputusan dalam kesehatan.

Banyak hal yg menarik.

Mudah-mudahan rapat ini akan bisa kita lanjutkan terus nanti Pak, dan sekaligus hari ini kita hanya menyampaikan kesimpulan rapat. Ini tidak mengikat sifatnya.

Tolong ditayangkan.

Kita bacakan ya. Komis IX DPR RI menyampaikan apresiasi atas masukan yg disampaikan oleh ARSADA dan PPNI dalam RDPU hari Selasa, 18 November 2014 terkait peran ARSADA dan PPNI dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan di rumah sakit daerah.

Itu kira-kira kesimpulannya, ini harus menjadi 1 file kita disini, karena sebelum rapat dengan Menteri Kesehatan, apapun yg terkait, kesimpulan ini biasanya di letakkan di meja Pimpinan. Sehingga nanti kita bisa ingat lagi kalau kita pernah rapat dengan PPNI dan ARSADA.

Setuju ya dengan kesimpulan ini

(RAPAT SETUJU)

Atas nama Pimpinan dan Anggota saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kehadiran Bapak pada hari ini.

Terima kasih, rapat saya sudahi.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Rapat diakhiri pukul 12.50 WIB.

**a.n. KETUA RAPAT
SEKRETARIS RAPAT,**

ttd.

DRA. TRI UDIARTININGRUM