



**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 :

Bismillahirrohmannerrohim.

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.