

MASA DEPAN PROFESI KEPERAWATAN

Lia Mulyati

A. Pendahuluan

Profesionalisme keperawatan merupakan proses dinamis dimana profesi keperawatan yang telah terbentuk mengalami perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai dengan tuntutan profesi dan kebutuhan masyarakat. Proses profesionalisasi merupakan proses pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai dan diterima secara spontan oleh masyarakat. Profesi Keperawatan, profesi yang sudah mendapatkan pengakuan dari profesi lain, dituntut untuk mengembangkan dirinya untuk berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia agar keberadaannya mendapat pengakuan dari masyarakat. Untuk mewujudkan pengakuan tersebut, maka perawat masih harus memperjuangkan langkah-langkah profesionalisme sesuai dengan keadaan dan lingkungan sosial di Indonesia. Proses ini merupakan tantangan bagi perawat Indonesia dan perlu dipersiapkan dengan baik, berencana, berkelanjutan dan tentunya memerlukan waktu yang lama.

Indonesia telah memasuki era baru, yaitu era reformasi yang ditandai dengan perubahan-perubahan yang cepat disegala bidang, menuju kepada keadaan yang lebih baik. Di bidang kesehatan, tuntutan reformasi total muncul karena masih adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, kurangnya kemandirian dalam pembangunan bangsa dan derajat kesehatan masyarakat yang masih tertinggal di bandingkan dengan negara tetangga. Reformasi bidang kesehatan juga diperlukan karena adanya lima fenomena utama yang mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan yaitu perubahan pada dinamika kependudukan, temuan substansial IPTEK kesehatan/kedokteran, tantangan global, perubahan lingkungan dan demokrasi di segala bidang.

Berdasarkan pemahaman terhadap situasi dan adanya perubahan pemahaman terhadap konsep sehat sakit, serta makin kayanya khasanah ilmu pengetahuan dan informasi tentang determinan kesehatan bersifat multifaktoral, telah mendorong pembangunan kesehatan nasional kearah paradigma baru, yaitu paradigma sehat.

B. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

Peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas sudah barang tentu membutuhkan dukungan sumber daya manusia bidang keperawatan yang profesional. Tenaga keperawatan yang profesional (perawat profesional – atau sekarang disebut Ners) hanya bisa dilahirkan dari suatu sistem pendidikan profesional dimana seorang perawat disamping telah menyelesaikan pendidikan tahap akademik (*sarjana/bachelor*), pada saat yang sama ia terus melanjutkan pendidikan ke tahapan pendidikan profesional. Saat ini belum ada data yang menggambarkan berapa jumlah Ners di Indonesia yang tersebar di berbagai pusat pelayanan kesehatan di Indonesia.

Sampai dengan tahun 1990/1991 pendidikan tertinggi untuk perawat adalah S1 yaitu pertama kalinya dibuka di Universitas Indonesia (UI) di bawah Fakultas Kedokteran setingkat Program Studi pada tahun 1985. Sebelumnya pendidikan tertinggi perawat adalah setingkat Diploma III yang dilahirkan dari Akademi Keperawatan yang sampai saat itu tercatat berjumlah 72 buah institusi. Sebagian besar perawat di Indonesia saat itu memiliki latar belakang pendidikan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) setingkat SMA/SMK.

SPK didirikan dengan tujuan untuk mencukupi kebutuhan jumlah tenaga keperawatan. Karena kebutuhan tenaga keperawatan masih sangat dibutuhkan maka lulusan SPK rata-rata tidak mengalami kesulitan untuk mendapat pekerjaan. Hal inilah yang menyebabkan salah satu animo untuk mendaftarkan diri ke SPK cukup besar. Untuk saat ini lulusan SPK sudah bekerja di berbagai instansi kerja baik di rumah sakit, Puskesmas maupun institusi pelayanan lainnya. Tujuan pendidikan SPK adalah meluluskan perawat kesehatan yang mampu sebagai pelaksana maupun pengelola keperawatan dengan lama pendidikan dirancang tiga tahun. Bagi perawat perempuan tamat SPK ditambah dengan pendidikan bidan 1 tahun dilakukan untuk memenuhi tenaga bidan pada saat itu.

Program ini pertama-tama diselenggarakan pada tahun 1960-an yaitu dengan berdirinya Akper Bandung. Persyaratan peserta adalah lulusan SLTA atau lulusan SPR/ SPK yang sudah bekerja. Tahun demi tahun pendirian Akper semakin berkembang dan untuk saat ini sudah ada 72 Akper (1990/1991) yang menawarkan program yang sama. Seperti halnya SPK, secara administratif program diploma tiga di bawah koordinasi Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (PUSDIKNAKES), Departemen Kesehatan. Kurikulum program diploma tiga adalah kurikulum inti

yang disusun oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Kurikulum yang disusun telah dikembangkan dengan *Community Oriented Nursing Education* atau pendidikan keperawatan yang berorientasi kepada masyarakat. Pada dasarnya tujuan pendidikan Diploma III Keperawatan adalah untuk menghasilkan tenaga perawat profesional pemula yang mendapat sebutan *Ahli Madya Keperawatan* yang merupakan manager menengah dalam keperawatan yang diharapkan mampu sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan partisipasi aktif dalam penelitian ilmiah. Peserta yang mengikuti program diploma terdiri dari peserta umum (lulusan SLTA) dan peserta lulusan SPK. Untuk meningkatkan karier, para lulusan diploma setelah memenuhi persyaratan tertentu dapat melanjutkan ke program sarjana keperawatan.

Hasil lokakarya nasional bulan Januari 1983 yang menghasilkan konsensus nasional tentang perawat sebagai profesi, sehingga tenaga keperawatan harus disiapkan melalui pendidikan tinggi. Tujuan pendidikan S1 Keperawatan adalah untuk menghasilkan sarjana keperawatan sebagai perawat profesional yang mampu sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti keperawatan. Program sarjana keperawatan pertama kali dirintis pada tahun 1985 yaitu dengan dibukanya program studi ilmu keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Saat ini tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan akan terus meningkat baik dalam aspek mutu maupun keterjangkauan serta cakupan pelayanan. Hal ini disebabkan kesadaran masyarakat akan kesehatan secara umum meningkat, dan peningkatan daya emban ekonomi masyarakat serta meningkatnya kompleksitas masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat. Masyarakat semakin sadar akan hukum sehingga mendorong adanya tuntutan tersedianya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan dengan mutu yang dapat dijangkau seluruh lapisan masyarakat. Dengan demikian keperawatan perlu terus mengalami perubahan dan perkembangan sejalan dengan perubahan yang terjadi diberbagai bidang lainnya.

Perkembangan keperawatan bukan saja karena adanya pergeseran masalah kesehatan di masyarakat, akan tetapi juga adanya tekanan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan serta perkembangan profesi keperawatan dalam menghadapi era globalisasi. Sejak per 1 Januari 2009, perawat luar negeri akan bebas datang dan bekerja di Indonesia. Hal ini terjadi karena kesepakatan *Mutual Recognition Arrangement* (MRA) yang sudah ditandatangani

oleh 10 negara ASEAN. Isi dari MRA adalah pengaturan pengakuan timbal balik negara-negara ASEAN untuk keperawatan.

Pendidikan keperawatan di Indonesia mulai menghasilkan Sarjana Keperawatan sejak tahun 1995 secara mandiri. Tahun 2006 ada 12 Universitas yang menyelenggarakan PSIK dan 14 STIKES (Sumber : Dikti) dan lulusan sarjana keperawatan sebanyak 6000 orang. Pada tahun 2008 sudah mencapai 114 STIKES (sumber : PTS online), dan dalam program pendidikannya memisahkan program pendidikan sarjana keperawatan (4 tahun) dimana lulusannya bergelar S.Kep (Sarjana Keperawatan) dengan program pendidikan profesi keperawatan (1,5 tahun) yang lulusannya bergelar Ners. Menjadi perawat profesional berarti menjadi seorang perawat yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan dan berkompentensi untuk melakukan pelayanan keperawatan klinik yang dibuktikan dengan sertifikat *Registered Nurse* (RN) melalui proses akreditasi.

Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan profesional yang mampu mengadakan pembaruan dan perbaikan mutu pelayanan atau asuhan keperawatan, serta penataan perkembangan kehidupan profesi keperawatan secara terus menerus dan berkesinambungan.

Keperawatan sebagai suatu profesi, dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawab pengembangannya harus mampu mandiri. Untuk itu memerlukan suatu wadah yang mempunyai fungsi utama untuk menetapkan, mengatur serta mengendalikan berbagai hal yang berkaitan dengan profesi seperti pengaturan hak dan batas kewenangan, standar praktek, standar pendidikan, legislasi, kode etik profesi dan peraturan lain yang berkaitan dengan profesi keperawatan. Perawat dalam menjalankan peran dan tanggungjawabnya sangat dituntut memiliki pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang baik yang dapat menunjang tindak prilaku profesionalnya. Pengetahuan, ketrampilan, dan sikap yang baik akan dapat diperoleh dalam lingkungan perguruan tinggi yang memiliki komitmen yang kuat untuk mencetak perawat yang profesional.

Dekade ini begitu banyak perguruan tinggi keperawatan yang berdiri dengan mekanisme yang ada. Perguruan tinggi ini tentunya memiliki andil dalam pembangunan bangsa utamanya dunia keperawatan untuk mencetak sumber daya keperawatan yang profesional. Namun di satu sisi bahwa dengan maraknya perguruan tinggi keperawatan tersebut apakah sebanding dengan

kualitas lingkup pendidikan yang disediakan untuk mencapai tujuannya. Pertanyaan ini dapat dengan mudah dijawab jika semua penyelenggara pendidikan keperawatan melibatkan nurani dan niat baik dalam memandang hakikat penyelenggaraan pendidikan keperawatan dan mencoba menerawang prospektifitasnya, bukan hanya melihat kuantitasnya tetapi juga mempersiapkan kualitasnya. Sejalan dengan dibukanya pendidikan keperawatan strata I yang sudah menghasilkan tenaga perawat profesional, maka *critical point*-nya adalah seberapa besar penyerapan mereka dalam dunia kerja?

Di bawah ini disajikan tabel jumlah rumah sakit yang ada di Jawa Barat sampai dengan akhir tahun 2008 dan jumlah kapasitas tempat tidur di RS tersebut:

Tabel 4.6. Jumlah RS dan Kapasitas Tempat Tidur RS di Jawa Barat

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Rumah Sakit	Jumlah total Tempat Tidur
1	Kota Bandung	29	3.177 TT*
2	Kota Sukabumi	6	486 TT*
3	Kota Bogor	9	1.569 TT*
4	Kota Cirebon	10	752 TT*
5	Kota Bekasi	27	1.074 TT*
6	Kota Depok	13	122 TT*
7	Kota Cimahi	4	943 TT*
8	Kota Tasikmalaya	12	428 TT*
9	Kota Banjar	2	198 TT
11	Kabupaten Sumedang	2	229 TT
12	Kabupaten Majalengka	3	261 TT*
13	Kabupaten Cirebon	7	512 TT*
14	Kabupaten Indramayu	6	160 TT*
15	Kabupaten Kuningan	6	367 TT*
16	Kabupaten Subang	4	285 TT*
17	Kabupaten Purwakarta	4	257 TT*
18	Kabupaten Karawang	12	917 TT*
19	Kabupaten Bekasi	11	567 TT*
20	Kabupaten Cianjur	3	229 TT
21	Kabupaten Sukabumi	5	359 TT*
22	Kabupaten Bogor	12	851 TT*
23	Kabupaten Bandung	9	715 TT*
24	Kabupaten Bandung Barat	0	0
25	Kabupaten Garut	2	372 TT*
26	Kabupaten Tasikmalaya	0	0
27	Kabupaten Ciamis	5	101 TT*

Sumber data: Dinkes Provinsi Jawa Barat (2008)

Berdasarkan tabel di atas, maka jika saja Departemen Kesehatan telah menegakkan aturan berkaitan dengan rasio jumlah perawat terhadap jumlah tempat tidur pada setiap kelas rumah

sakit (A, B, C, dan D) berdasarkan **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 262 Tahun 1979 tentang Ketenagaan Rumah Sakit**, maka untuk RS tipe C saja misalnya 5 TT membutuhkan 1 orang perawat dan hal ini berbeda untuk setiap tingkatan/kelas rumah sakit sesuai dengan kriteria. Untuk RS Tipe A dan B, tenaga perawat yang dibutuhkan adalah 1 orang per 3 TT, sedangkan untuk RS Tipe D dibutuhkan 1 orang tenaga perawat untuk 6 TT. Dengan demikian jika diasumsikan bahwa sampai dengan tahun 2010, jumlah TT di RS tersebut tidak berubah maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk bekerja di RS saja dengan total kapasitas 14.930 TT (di luar RSUD Kab. Tasikmalaya dan Bandung Barat yang sedang dalam proses pembangunan) adalah 2.986 orang. Pada kenyataannya saat ini di banyak RS rasio perawat dan jumlah TT melebihi 1 : 8, bahkan ada yang mencapai 1 : 12. Hal ini berarti masih terbuka peluang bagi pendayagunaan lulusan perawat di dalam negeri.

Kodisi tersebut baru mempertimbangkan aspek kuantitatif saja, belum sampai memperhitungkan aspek kualitatif (kompetensi dan profesionalisme). Saat ini kemampuan Pemerintah Daerah untuk merekrut PNS lulusan S1 Keperawatan (Ners) rata-rata baru mencapai 76 – 8 orang per tahun per kota/kabupaten. Rekrutasi PNS dari lulusan D-III Keperawatan masih lebih banyak dibandingkan dengan lulusan Ners. Dengan demikian kondisi ini masih dapat menjadi peluang untuk advokasi kebijakan ke pemerintah melalui Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPENAS), Kementerian Kesehatan, dan Pendayagunaan Aparatur Negara serta Badan Kepegawaian Nasional (BKN) terkait pendayagunaan lulusan Ners sebagai pegawai negeri sipil.

Sampai dengan tahun 2004 terdapat sekitar 274.383 tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit dan Puskesmas di seluruh Indonesia, untuk memberikan pelayanan kepada sekitar 218 juta penduduk. Jumlah ini masih belum mencukupi untuk dapat memberikan pelayanan yang lebih optimal. Rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk yang relatif masih kecil. Untuk itu dalam Indonesia Sehat 2010, jumlah tenaga kesehatan akan ditingkatkan menjadi 1.108.913 pada tahun 2010, dengan harapan lebih banyak tenaga kesehatan per penduduk.

Dalam hal perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan terdapat 4 (empat) metode penyusunan yang digunakan yaitu:

- 1) *Health Need Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas epidemiologi penyakit utama yang ada pada masyarakat;

- 2) *Health Service Demand*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas permintaan akibat beban pelayanan kesehatan;
- 3) *Health Service Target Method* yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas sarana pelayanan kesehatan yang ditetapkan, misalnya Puskesmas dan Rumah Sakit;
- 4) *Ratios Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan pada standar/rasio terhadap nilai tertentu.

Dalam prakteknya di Departemen atau Kementerian Kesehatan lebih banyak menggunakan *Ratios Method* dengan proses perhitungan sebagai berikut:

- a. Menentukan/memperkirakan rasio terhadap suatu nilai, misalnya rasio tenaga kesehatan dengan penduduk, dengan jumlah tempat tidur RS, dengan Puskesmas,
- b. Membuat proyeksi nilai tersebut kedalam sasaran/ target tertentu,
- c. Menghitung perkiraan, yaitu dengan cara membagi nilai proyeksi dengan rasio.

Contoh, ratio tenaga kesehatan: tempat tidur di RS, di Indonesia, misalnya 1:5000, di India 1:2000, di Amerika 1:500 (Suseno, 2005)

Sampai dengan Tahun 2005, rasio jumlah perawat Indonesia per 100.000 penduduk masih jauh di bawah negara tetangga seperti Filipina, Malaysia, atau Thailand. Di Indonesia, terdapat 59,6 perawat per 100.000, dibandingkan dengan 135 perawat di Malaysia, 442 perawat di Filipina, atau 162 perawat di Thailand. BAPENAS telah membuat proyeksi kebutuhan tenaga perawat di Indonesia pada tahun 2010 untuk mencapai rasio 100 : 100.000 penduduk sebanyak **276.049 orang perawat (Bapenas, 2005)**. Ini artinya bahwa jika saat ini terdapat 400 institusi pendidikan tinggi keperawatan baik yang menyelenggarakan program vokasional (Diploma III) maupun profesional (S1) dengan rata-rata jumlah lulusan 50 per tahun maka pada tahun yang sama institusi pendidikan hanya mampu menghasilkan 20.000 perawat per tahun. Jika asumsi itu juga digunakan dalam konteks 2005, maka membutuhkan waktu 10 tahun lebih untuk dapat mencapai jumlah tersebut. Data ini sekaligus menunjukkan bahwa peluang pendayagunaan perawat profesional di Indonesia masih terbuka sangat luas, apalagi tenaga perawat yang ada saat ini pada umumnya hanya sebatas Diploma III dan lulusan SPK. Kondisi ini juga dengan asumsi pemerintah konsisten dalam menjalankan kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan di Indonesia.

Data yang hampir sama juga ditunjukkan oleh BPPSDM Depkes RI pada tahun 2005. Berdasarkan *blueprint* kebijakan perencanaan dan pendayagunaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan di Indonesia yang dipublikasikan oleh Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun 2008 menunjukkan bahwa dalam rangka pelaksanaan Desa Siaga di seluruh wilayah Indonesia, sampai dengan Desember 2005 rasio jumlah perawat per 100.000 penduduk di Indonesia baru mencapai 128,74. Rasio yang diharapkan adalah 158 per 100.000 penduduk. Dengan demikian kebutuhan perawat pada tahun 2008 dan 2009 masing-masing berjumlah 336.030 orang dan 354.192 orang. Sudah tentu jumlah ini masih bersifat estimatif seperti tercantum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4.7. Proyeksi Kebutuhan Perawat Berdasarkan BPPSDM Depkes RI

No	Jenis Tenaga	Indikator/ 100.000 penduduk	Kebutuhan tenaga s.d. 2010	Jml tenaga s/d 2005	Rasio tahun 2005	Pert nilai rasio/ Tahun	Kebutuhan Tenaga Kesehatan			
							2006	2007	2008	2009
1	Bidan	40	94.376	73.201	33,18	1,36	77.241	81.376	85.609	89.942
2	Perawat	158	372.783	284.039	128,74	5,85	300.962	318.290	336.030	354.192

Sumber: Badan Pengembangan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Depkes RI (2005)

Dalam konteks Jawa Barat sendiri sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat yang telah ditetapkan salah satu sasaran programnya adalah **meningkatkan jumlah, jenis dan penyebaran tenaga kesehatan termasuk SDM kesehatan sesuai standar**. Untuk mencapai sasaran tersebut diukur dengan menggunakan indikator rasio pasien rawat inap dan rawat jalan dengan perawat. Rasio tersebut pada tahun 2009 ditetapkan sebesar 75% dan terus ditingkatkan hingga tercapai 100% pada tahun 2013. Dengan demikian rata-rata keterserapan tenaga perawat pada setiap tahunnya adalah 5% dari keseluruhan tenaga kesehatan yang ada di Jawa Barat.

Bahkan berdasarkan data terakhir (2009) menunjukkan bahwa sampai dengan akhir tahun 2008, jumlah perawat yang masih dibutuhkan untuk mengisi kekosongan tenaga perawat di Puskesmas di Jawa Barat sehingga minimal terdiri dari 7 orang mencapai **1.235 orang**. Hal ini berarti bahwa ke depan akan terus dilakukan rekrutman tenaga perawat baru (CPNS) untuk ditempatkan di beberapa Puskesmas di wilayah Jawa Barat. Dengan demikian setelah dihitung kekurangan tenaga perawat di Puskesmas dan Desa sampai dengan akhir Tahun 2008 adalah sebanyak **1.972 orang**.

Pendayagunaan lulusan Ners di dalam negeri juga dapat menjadi sumber input bagi rekrutasi calon-calon dosen/tenaga pendidik di institusi pendidikan tinggi keperawatan di seluruh Indonesia. Institusi pendidikan kesehatan masih membutuhkan tenaga pengajar dari strata 1 walaupun pada tahun 2014 semua tenaga pengajar baik akademi maupun perguruan tinggi minimal strata 2 (sumber : Dikti). Sehingga tetap perlu ditingkatkan terus kualitas pendidik dan peningkatan kualitas lembaga pendidikan keperawatan.

C. Proyeksi Kebutuhan Perawat di Luar Negeri

Sampai saat ini jumlah lulusan sarjana keperawatan relatif masih kecil dibandingkan dengan lulusan perawat D3 (sumber : IRNI). Tenaga sarjana keperawatan masih banyak dibutuhkan di rumah sakit-rumah sakit, seperti kepala ruangan, kepala seksi atau kepala keperawatan. Memang penempatan ini lebih kepada basis kompetensinya, namun diharapkan mereka pun siap pakai dari segi *skill* atau ketrampilan kerjanya. Sedangkan kebutuhan di luar negeri, selain rumah sakit juga *caregiver* bagi kaum jompo. Hal ini dimungkinkan karena beban negara terhadap warga negara yang semakin besar kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan dan melonjaknya kelompok usia lanjut. Sejauh ini permintaan perawat terutama dari negara Eropa (Inggris, Belanda, Norwegia), Amerika Serikat, Australia, Timur Tengah (Saudi Arabia, Uni Emirat Arab, Kuwait) dan Jepang maupun Asia Tenggara terus mengalir ke negeri ini. Namun kebutuhan yang sangat tinggi dari negara luar belum bisa diimbangi dengan kondisi sarjana keperawatan kita. Ada beberapa kendala yang menyebabkannya, antara lain standar kompetensi di Indonesia tidak diakui oleh dunia internasional, kemampuan bahasa inggris yang lemah (TOEFL, IELTS), dan ketrampilan keperawatan yang juga masih rendah. Hal ini dilihat dari hasil skoring NCLEX (*The National Council Licensure Examination*) sekitar 40, padahal yang dibutuhkan untuk bekerja di Eropa antara 50–70 dan AS antara 70 sampai 80 (Syaifoel, 2008).

Beberapa tahun terakhir ini, pengiriman tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri, khususnya perawat, menjadi perbincangan yang cukup hangat di berbagai kalangan. Di tengah semakin meningkatnya jumlah pengangguran terdidik dari tahun ke tahun, tentu merupakan hal yang melegakan bahwa perawat dari Indonesia dilaporkan berpeluang bekerja di Amerika Serikat (AS) dan negara-negara di Benua Eropa (Inggris, Belanda, Norwegia), Timur Tengah (Saudi Arabia,

Uni Emirat Arab, Kuwait) dan kawasan Asia Tenggara (Singapura, Malaysia). Jumlah permintaan berkisar antara 30 orang sampai dengan tidak terbatas (BPPSDMK, 2007).

Kekurangan perawat di dalam negeri merupakan alasan utama negara-negara tersebut untuk menerima tenaga dari luar negeri. Di AS, misalnya, pada 2005 mengalami kekurangan 150.000 perawat, pada 2010 jumlah tersebut menjadi 275.000, pada 2015 sejumlah 507.000, dan pada 2020 menjadi 808.000 perawat. Namun demikian, kekurangan tersebut menyebabkan mereka lebih berfokus pada bagaimana menghasilkan perawat yang lebih banyak, bukan untuk mencetak perawat yang berpendidikan lebih baik (Bartels JE, 2005).

Di Indonesia, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDM Kesehatan) melaporkan bahwa jumlah terbesar Tenaga Kesehatan Profesional Indonesia (TKPI) yang telah bekerja di luar negeri mulai 1989 sampai dengan 2003 adalah perawat (**97.48% dari total sebanyak 2494 orang**). Meskipun jumlah perawat yang bekerja di luar negeri menempati prosentase terbesar dibandingkan tenaga kesehatan yang lain, masih terdapat beberapa poin penting yang perlu menjadi perhatian dan ditanggulangi mulai dari saat ini.

Dari beberapa laporan diketahui bahwa kendala utama yang dihadapi oleh para perawat Indonesia adalah **kemampuan berbahasa Inggris** dan **keterampilan yang masih kurang**. Berkenaan dengan ketrampilan perawat Indonesia yang masih kurang, terlihat dari segi skoring NCLEX (*National Council Licensure Examination*) yang masih rendah. Ujian NCLEX sendiri merupakan prasyarat perawat Indonesia untuk dapat bekerja di luar negeri. Sebagai gambaran, skor yang diperoleh perawat Indonesia adalah angka 40. Padahal skoring yang dibutuhkan untuk bekerja di Eropa antara 50 sampai 70 dan di AS antara 70 sampai 80 (Pusdiknakes, 2007).

Selain Jepang, BNP2TKI juga telah menerima permintaan perawat dari Jerman, Arab Saudi, Kuwait, dan Taiwan pada awal Tahun 2010. Untuk itu berdasarkan informasi terakhir, saat ini sedang dijajagi kemungkinan kerjasama *G to G* dengan beberapa negara tersebut. Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan Jerman, saat ini negara tersebut membutuhkan sekitar 7.000 orang perawat.

Berdasarkan deskripsi di atas semakin jelas bahwa selain peluang kerja di dalam negeri, peluang bekerja sebagai perawat profesional di luar negeri pun sangat terbuka luas. Sudah barang tentu, perawat Indonesia yang akan bekerja di luar negeri harus terlebih dahulu lulus

dalam ujian N-CLEX, memiliki sertifikat TOEFL dan IELTS tertentu sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh masing-masing negara tujuan.

D. Simpulan

Dengan menilik sejarah pendidikan keperawatan di Indonesia, maka saat ini dari komposisi 60% perawat di Indonesia, baru sekitar 6 – 10% dari total jumlah perawat tersebut yang merupakan perawat profesional (Ners). Hal ini berarti bahwa masih sekitar 90 – 94% perawat baru berpendidikan Diploma III atau SPK. Apalagi bagi perawat-perawat yang ada di wilayah terpencil dan Indonesia Bagian Timur. Berdasarkan latar belakang tersebut, sesungguhnya kebutuhan terhadap perawat profesional akan terus meningkat dari waktu ke waktu seiring dengan pengakuan pemerintah dan masyarakat terhadap profesi perawat. Apalagi jika dalam waktu dekat RUU Keperawatan dapat disahkan menjadi UU, maka perlindungan profesi perawat akan semakin jelas dan kondisi ini akan semakin merangsang perawat untuk meningkatkan kompetensinya melalui keikutsertaannya dalam pendidikan profesional.

Dengan ditandatanganinya kesepakatan *Mutual Recognition Arrangement* (MRA) pada awal tahun 2009, maka perawat luar negeri akan bebas datang dan bekerja di Indonesia. Situasi ini merupakan ancaman sekaligus peluang bagi perawat Indonesia untuk mampu membuktikan diri untuk tetap menjadi tuan rumah yang baik bagi masyarakatnya sendiri melalui profesionalisme dan kompetensi perawat yang makin meningkat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien, keluarga dan masyarakat. Selain itu, peluang perawat Indonesia untuk bekerja di luar negeri juga semakin terbuka luas, sebagaimana halnya selama ini bahwa proporsi terbanyak TKI di beberapa negara sudah didominasi oleh perawat yang sudah pasti berkontribusi pada peningkatan devisa negara. Beberapa negara seperti Jepang, Jerman, Taiwan, Arab Saudi, Kuwait dan Amerika Serikat saat ini masih kekurangan tenaga perawat profesional. Untuk itu, perawat Indonesia harus terus berjuang keras untuk mengatasi kelemahan yang dominan dimiliki perawat Indonesia yaitu masalah kemampuan berbahasa Inggris.