

**STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN PERAWAT MELAKUKAN
PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI PEDALAMAN KOKONAO,
MIMIKA BARAT, PAPUA**

TESIS



Oleh:

ZULKIFLI

176070300111041

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN GAWAT DARURAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

2019



KATA PENGANTAR

Puji syukur semoga selalu terpanjatkan kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan limpahan rohmat dan hidayahNya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul: **STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN PERAWAT MELAKUKAN PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI PEDALAMAN KOKONAO, MIMIKA BARAT, PAPUA** dengan lancar tanpa ada halangan suatu apapun. Shalawat serta Salam semoga terlimpahkan kepada baginda tercinta kita yaitu Nabi Muhammad SAW yang kita nanti-nantikan syafa'atnya di akhirat kelak.

Pada kesempatan ini, tak lupa penulis ucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, membimbing dan mendukung hingga tesis ini dapat terselesaikan:

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M. Si. Med selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Prof Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat dan penguji I yang telah memberikan saran perbaikan.
3. Dr. Indah Winarni, MA selaku pembimbing I yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
4. Dr. Asti Melani Astari, S.Kp., M.Kep, Sp.Mat selaku pembimbing II yang juga telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Dr. Nurul Muslihah, SP., M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan saran perbaikan pada tesis ini.
6. Keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa pada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Rekan rekan partisipan akan kesediaannya terlibat dalam penelitian ini.

8. Rekan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FKUB yang telah memberikan dukungan dan semangat bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis tentu menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kata sempurna dan masih banyak terdapat kekurangan di dalamnya. Untuk itu, penulis mengharapkan masukan dan saran yang membangun demi perbaikan selanjutnya.

Malang, Mei 2019

Penulis



RINGKASAN

Zulkifli, NIM.176070300111041. Program Study Magister Keperawatan. Fakultas Kedokteran. Universitas Brawijaya. Study Fenomenologi Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Distrik Mimika Barat, Papua. Dewan komisi Pembimbing, Ketua : Indah Winarni., Anggota : Asti Melani Astari

Indonesia merupakan negara kepulauan khususnya di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan kepulauan) masih memiliki pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan apa yang diharapkan karena keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Ini yang menyebabkan rendahnya akses masyarakat ke layanan kesehatan. Masalah lain yang muncul adalah minat tenaga kesehatan untuk bersedia ditempatkan di daerah DTPK masih minim, hal ini menjadi salah satu penyebab status kesehatan masyarakat di daerah tersebut masih rendah. Wilayah Indonesia bagian Timur, terutama Papua memiliki luas daerah yang sangat besar dengan keadaan muka bumi yang sangat beragam. Papua telah menjadi perhatian dunia terkait masalah kesehatan, rendahnya tingkat kesehatan di Papua. Gubernur dan Dinas Kesehatan Provinsi Papua beserta jajarannya memilih menerapkan konsep mobile clinic yang diharapkan dapat memperbaiki pelayanan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. *Mobile clinic* di sini maksudnya adalah menggerakkan pelayanan kesehatan ke dekat masyarakat sehingga masyarakat tidak perlu lagi bersusah payah mendatangi petugas kesehatan, tapi petugas dan layanan kesehatan lah yang mendatangi masyarakat dimana mereka berdiam dan bertempat tinggal.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan wawancara terhadap 2 orang perawat puskesmas Kokonao, didapatkan data bahwa pelayanan Kegawat daruratan di pedalaman menjadi sulit dengan keterbatasan sarana dan prasarana, selain itu sering tenaga perawat mendapat kekerasan baik fisik maupun mental saat menjalankan tugas di pedalaman. Tenaga dokter tidak selalu berada di daerah pedalaman, ini menyebabkan timbulnya rasa tidak percaya diri pada perawat saat melakukan tindakan medis yang sebenarnya bukan wewenang mereka. Puskesmas daerah pedalaman Kokonao juga menerapkan apa yang mereka sebut sebagai *sistem rolling* dimana membagi menjadi dua kelompok petugas kesehatan pedalaman Kokonao yang melakukan pelayanan kesehatan secara bergiliran dalam kurun waktu yang telah disepakati. Kebijakan ini dibuat untuk menyasiasi kondisi para petugas yang harus tinggal berjauhan dengan keluarga mereka di kota sehingga membutuhkan waktu tersendiri agar bisa bertemu dan bersama menjalankan fungsi dan peran mereka sebagai anggota keluarga.

Tujuan umum penelitian ini adalah Mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kualitatif dengan pendekatan Interpretive Phenomenologist. Tehnik pengumpulan data menggunakan *in-depth interview* dan proses analisis data menggunakan metode Van Manen dengan 3 metode yaitu *the detailed or line-by-line approach, the selective or highlighting approach, dan the holistic approach*. Partisipan dalam

penelitian ini berjumlah 6 orang perawat yang pernah dan masih bekerja di Puskesmas pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua serta memiliki pengalaman menangani pasien gawat darurat. Partisipan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, yaitu perawat dengan pengalaman kerja di pedalaman selama 2 tahun, pernah menolong pasien dengan kondisi gawat darurat, sehat fisik maupun mental, dan bersedia menjadi partisipan.

Hasil yang di dapat dari penelitian ini adalah munculnya sembilan tema, dimana proses analisis menggunakan analisis tematik Van Manen. Proses analisis dimulai dengan mengubah rekaman suara wawancara menjadi transkrip verbatim, yang kemudian oleh peneliti dibaca berulang ulang. Peneliti mencari esensi atau makna dengan membaca secara detail dan menganalisa setiap kalimat. Selanjutnya peneliti memberi *highlight* pernyataan partisipan yang terasa esensial dari pengalaman yang diteliti. Peneliti juga membaca keseluruhan teks dan mencoba menemukan makna dari keseluruhan teks tersebut. Pernyataan partisipan diinterpretasikan melalui dua cara, yaitu tekstual dengan menemukan arti bahasa, dan secara kontekstual yaitu sesuai dengan latar belakang pernyataan yang diungkapkan partisipan. Hasil interpretasi didapatkan berupa kata kata kunci partisipan yang dikumpulkan dan bermakna sama kemudian dikelompokkan menjadi kategori - kategori. Kategori - kategori tersebut dikelompokkan menjadi sub tema yang kemudian sub tema membangun tema. Sembilan tema yang dihasilkan dalam penelitian ini menggambarkan makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua yaitu : Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan Melakukan refleksi diri; serta tema besar hasil dari keterkaitan antar tema yaitu Pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran situasi pelayanan kegawat daruratan secara khususnya dan pelayanan kesehatan pada umumnya di daerah pedalaman Kokonao, Papua. Sehingga dapat menjadi landasan perbaikan dan peningkatan bagi pelayanan kesehatan di pedalaman Papua.

SUMMARY

Zulkifli, NIM.176070300111041. Master of Nursing. Medical Faculty. Universitas Brawijaya. Phenomenological Study of Nurses' Experiences during Providing First Aid of Emergency in Kokonao inland, Western Mimika District, Papua. Advisory Board Commissions: Chief : Indah Winarni., Member : Asti Melani Astari

Indonesia as an archipelago, especially in remote, border, and archipelago regions, still have poor health service due to facility and infrastructure limitations. It causes low accessibility of the society to health care service. Other problems deal with intention and willingness of medical workers to be employed in such areas. It is one of causes of their low health status. In eastern zone of Indonesia, especially Papua, whose large – various terrains. Papua has become attention of the world dealing with health problem, its low health level. Government and Papua health agency as well as their officials implement mobile clinic concept to improve health service and to improve health level of society. *Mobile clinic* is –moving health service to closest location for society. Thus, the society does not need to struggle coming to see medical workers, instead the medical workers come to visit them.

Based on preliminary study from two nurses of Kokonao health care service, it was known that emergency health service was still limited, both facility and infrastructure. It was noted that the medical workers frequently had both physical and mental abuses while doing their jobs. Another thing is frequent absence of doctor in inland area, causing confidence problem of the nurses to provide medical action in which is not their job task. Local health care service in Kokonao also implemented *rolling* system by dividing two groups of medical workers in certain agreed period. This policy is to solve problems of the medical workers who live far from their family in the downtown. Thus, they need quality time to meet, gather, function, and do their roles as family members.

This research aims to explore meaning of nurses' experiences in providing emergency aid there.

This qualitative-interpretative phenomenological research uses *in-depth* interview and 3 methods of Van Manen: *the detailed or line-by-line approach*, *the selective or highlighting approach*, and *holistic approach*. The participants are 6 nurses whom ever worked or still works in Kokonao health care service, Western Mimika, Papua and they have had experience in handling emergency state patients. The participants are selected by using determined inclusive criteria: 2 year minimum of working experience, having experience to help emergency state patient, physically and mentally health, and willing to be participants. There are nine themes as the findings which were analyzed thematically. The analysis was started by verbatim transcribing. It was then repeatedly read. The researcher sought its essence by reading and analyze carefully each sentence. Then, the researcher *highlighted* the essential statements of the investigated experience. The researcher read whole text and tried to find meaning of the whole text. The questions of participants were interpreted contextually by finding its terminology and contextually by using background of the statement of the participants. The interpretations were in the form of keywords, collected and owning similar

meaning. Then, they were grouped into categories. The categories were grouped into subthemes to build theme. Nine subthemes describe experience of the nurses in providing emergency first aid: getting used to its environment; struggling to understand the language and culture of the natives; feeling faced in insisting situation to do alternative action; having care to patients; dedicating to their jobs; having physical difficulties to face natural limitation and culture of the society; feeling mentally exhausted to face the society's behaviors; being separated by distance and culture in conducting their functions as family and medical workers; and reflecting themselves. The theme is unlimited devotion.

The findings are expected to provide description of emergency state treatment situation and health services generally in Kokonao, Papua. Thus, it can be base of revising and improving health service in Papua.



ABSTRAK

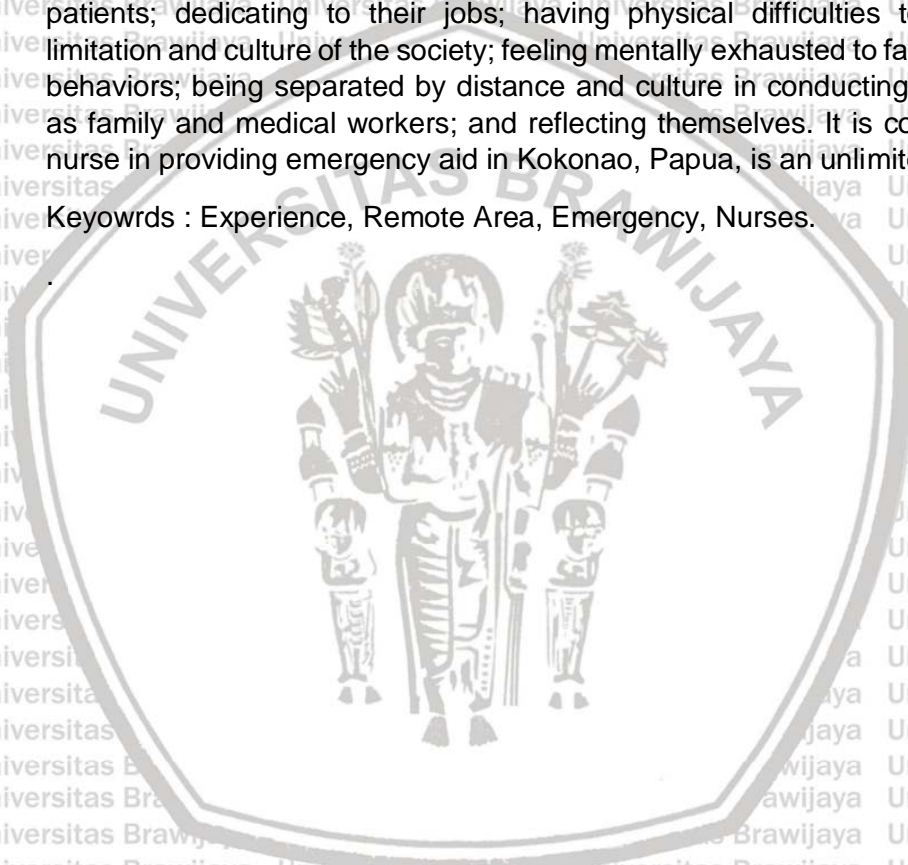
Pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman Kokonao, Papua yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat banyak mengalami tantangan, baik itu oleh sarana dan prasana yang terbatas, bahasa dan budaya masyarakat asli Kamoro maupun oleh kondisi alamnya. Tantangan lain yang dihadapi oleh perawat di pedalaman datang juga dari kondisi berjauhan antara petugas dengan keluarga mereka yang berada di kota, sehingga dibutuhkan sebuah adaptasi yang tidak mudah untuk bisa memberikan pelayanan kegawat daruratan yang baik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Papua. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kualitatif dengan pendekatan Interpretive Phenomenologist. Tehnik pengumpulan data dengan in-depth interview serta menggunakan metode Van Manen untuk proses analisa data, dengan 3 metode yaitu the detailed or line-by-line approach, the selective or highlighting approach, dan the holistic approach. Hasil yang di dapat dari penelitian ini adalah munculnya 9 tema yaitu : Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan Melakukan refleksi diri. Kesimpulan: Pengalaman seorang perawat dalam menjalankan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Papua merupakan sebuah pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan.

Kata Kunci : Pengalaman, Daerah Pedalaman, Gawat Darurat, Perawat.

ABSTRACT

Emergency treatment in Kokonao inland, Papua, done by medical workers, especially nurses have various challenges, due to limited facility and infrastructure, language and cultures of the natives, and natural conditions. Other challenges deal with distance between the medical workers to their family living in downtown – causing difficult adaptation to provide proper emergency treatment. The research aims to explore the experience of the nurses of providing emergency aid. This qualitative – interpretive phenomenological research uses in-depth interview and 3 methods of Van Manen: the detailed or line-by-line approach, the selective or highlighting approach, and holistic approach. There are nine themes: getting used to its environment; struggling to understand the language and culture of the natives; feeling faced in insisting situation to do alternative action; having care to patients; dedicating to their jobs; having physical difficulties to face natural limitation and culture of the society; feeling mentally exhausted to face the society's behaviors; being separated by distance and culture in conducting their functions as family and medical workers; and reflecting themselves. It is concluded that a nurse in providing emergency aid in Kokonao, Papua, is an unlimited devotion.

Keyowrds : Experience, Remote Area, Emergency, Nurses.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
RINGKASAN.....	iii
SUMMARY.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	9
1.4.2 Manfaat Praktis.....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Konsep Kegawat Daruratan.....	11
2.1.1 Pengertian.....	11
2.1.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	11
2.1.3 Prosedur dan Pelayanan.....	12
2.1.4 Alur penanganan pasien di IGD.....	14
2.1.5 Kegiatan yang menjadi tanggung jawab petugas IGD.....	15
2.2 Konsep Daerah Pedalaman.....	16
2.3 Konsep Pengalaman.....	22
2.3.1 Pengertian.....	22
2.3.2 Pengalaman perawat melakukan tindakan gawat darurat.....	22
2.4 Kerangka Konsep.....	24
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	25
3.1 Design dan Pendekatan Penelitian.....	25
3.2 Landasan Teori.....	25
3.3 Lokasi Penelitian dan Partisipan.....	27



3.4	Prosedur Pengumpulan Data	29
3.4.1	Prosedur Administratif.....	29
3.4.2	Prosedur Teknis.....	30
3.5	Instrumen Penelitian.....	31
3.6	Analisa Data.....	32
3.7	Keabsahan Temuan	34
3.8	Etika Penelitian.....	36
BAB 4	HASIL PENELITIAN.....	39
4.1	Karakteristik partisipan	39
4.2	Deskripsi tema.....	40
4.2.1	Tema 1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman	42
4.2.2	Tema 2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli .	46
4.2.3	Tema 3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa perawat untuk melakukan alternatif tindakan.....	49
4.2.4	Tema 4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan.....	52
4.2.5	Tema 5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan	57
4.2.6	Tema 6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat	61
4.2.7	Tema 7. Lelah Mental Menghadapi Perilaku Negatif dari Masyarakat	64
4.2.8	Tema 8. Dipisahkan oleh jarak dan budaya saat menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan	68
4.2.9	Tema 9. Melakukan refleksi diri.....	72
4.3	Keterkaitan antar tema: Pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan	75
BAB 5	PEMBAHASAN.....	78
5.1	Interpretasi Hasil Penelitian.....	78
5.1.1	Membiasakan Diri dengan lingkungan pedalaman.....	78
5.1.2	Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli	80
5.1.3	Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan	81
5.1.4	Mempunyai kepedulian terhadap pasien.....	82
5.1.5	Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan.....	84
5.1.6	Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat.....	86
5.1.7	Lelah mental menghadapi perilaku negatif dari masyarakat	88
5.1.8	Dipisahkan oleh Jarak dan Budaya dalam Menjalankan Fungsi Anggota Keluarga dan Petugas Kesehatan	90
5.1.9	Melakukan refleksi diri	91

5.2 Keterbatasan penelitian.....	94
5.3 Implikasi Keperawatan	95
BAB 6 PENUTUP	96
6.1 Kesimpulan	96
6.2 Saran	97
6.2.1 Bagi Institusi Pelayanan.....	97
6.2.2 Bagi Instuti Pendidikan	98
6.2.3 Bagi Penelitian selanjutnya	98
Daftar Pustaka.....	99



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep.....24

Gambar 4.1 Skema Tema Membiasakan Diri dengan lingkungan pedalaman.....45

Gambar 4.2 Skema Tema Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli.....48

Gambar 4.3 Skema Tema Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan.....51

Gambar 4.4 Tema Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan.....56

Gambar 4.5 Skema Tema Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan.....60

Gambar 4.6 Skema Tema Susah Fisik Menghadapi Keterbatasan Kondisi Alam dan Budaya Masyarakat.....63

Gambar 4.7 Skema Tema Lelah Mental Menghadapi Perilaku Negatif Dari Masyarakat.....67

Gambar 4.8. Skema Tema Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan.....71

Gambar 4.9 Skema Tema Melakukan refleksi diri.....74

Gambar 4.10 Keterkaitan Antar Tema.....77



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Data demografi partisipan..... 40



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Consent*..... 102

Lampiran 2. Data Demografi..... 103

Lampiran 3. Panduan Wawancara..... 104

Lampiran 4. Catatan Lapangan..... 106

Lampiran 5. Permohonan Ijin Penelitian kepada Bakesbangpol..... 107

Lampiran 6. Balasan ijin Penelitian dari Bakesbangpol..... 108

Lampiran 7. Permohonan Ijin Penelitian kepada Dinkes Kabupaten Mimika..... 109

Lampiran 8. Balasan ijin Penelitian dari Dinkes Kabupaten Mimika..... 110

Lampiran 9. Permohonan Ijin Penelitian kepada Puskesmas Kokonao..... 111

Lampiran 10. Balasan Ijin Penelitian dari Puskesmas Kokonao..... 112

Lampiran 11. Permohonan *Ethical Clearance*..... 113

Lampiran 12. Surat *Ethical Clearance*..... 114

Lampiran 13. Verbatim..... 115

Lampiran 14. Matriks Analisa Data..... 125

Lampiran 15. Manuskrip..... 161

Lampiran 16. LOA Artikel Jurnal..... 177

Lampiran 17. *Curriculum Vitae*..... 178

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan menjadi salah satu elemen kesejahteraan yang harus direalisasikan sesuai dengan harapan bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945. Untuk mencapai cita-cita tersebut, Pemerintah Indonesia menyelenggarakan pembangunan kesehatan. Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 3 yang menyatakan bahwa “Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan secara ekonomis”.

Peningkatan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan merupakan imbas dari meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, negara dalam hal ini pemangku kebijakan di daerah, baik itu provinsi maupun kabupaten/kota berkewajiban memenuhi tuntutan masyarakat dengan menyelenggarakan pelayanan publik di bidang kesehatan. Kewajiban tersebut ditegaskan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 28 H, ayat (1) yang menyatakan bahwa “Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, pasal 34 ayat (3) yang menyatakan “Negara bertanggung jawab penuh atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Permasalahan yang terjadi saat ini adalah masih banyak rakyat Indonesia yang tinggal di daerah terutama daerah terpencil atau pedalaman, belum dapat merasakan pelayanan kesehatan yang baik karena terbatasnya sumber daya serta sarana dan prasarana yang ada, seperti lokasi pemukiman masyarakat yang jauh, jumlah tenaga kesehatan yang minimal, obat serta fasilitas juga yang masih terbatas (Yanuar Nugroho, 2018).

Lestari (2013) dalam tulisannya mengatakan bahwa Indonesia merupakan negara kepulauan khususnya di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan kepulauan) masih memiliki pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan apa yang diharapkan karena keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Ini yang menyebabkan rendahnya akses masyarakat ke layanan kesehatan. Masalah lain yang muncul adalah minat tenaga kesehatan untuk bersedia ditempatkan di daerah DTPK masih minim, hal ini menjadi salah satu penyebab status kesehatan masyarakat di daerah tersebut masih rendah. Di samping itu masalah kemiskinan masyarakat daerah terpencil ikut menjadi salah satu penyebab masih rendahnya keterjangkauan mereka terhadap layanan kesehatan.

Hal ini diperkuat oleh penelitian Suharmiati (2012), yang mengatakan kemudahan akses masyarakat ke pelayanan kesehatan (puskesmas) di daerah terpencil dapat dihubungkan dengan beberapa faktor, diantaranya jarak tempuh yang harus dilalui oleh masyarakat untuk mencapai puskesmas.

Selain itu, rendahnya tingkat pendidikan dan kemiskinan masyarakat serta kondisi sosial budaya juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi.

Suharmiati lebih lanjut mengatakan penanganan gawat darurat pada kasus persalinan dan kecelakaan banyak dijumpai, kedua hal ini sangat dipengaruhi oleh peralatan gawat darurat dan keterampilan petugas yang masih kurang,

serta alat transportasi yang memadai untuk memaksimalkan keterjangkauan layanan gawat darurat ke masyarakat.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu bagian sebuah layanan kesehatan yang memberikan pelayanan awal gawat darurat baik asuhan medis maupun asuhan keperawatan bagi pasien yang memerlukan penanganan segera karena cedera serius maupun menderita penyakit yang dapat mengancam jiwa dan kehidupan. IGD juga menyediakan layanan bedah darurat bagi pasien yang membutuhkan (PP Menteri Kesehatan RI no 19 Tahun 2016). Aktivitas pertama yang menjadi tanggung jawab IGD adalah memberikan pelayanan pada kasus gawat darurat. Pada prinsipnya pasien yang dilayani oleh IGD adalah untuk menyelamatkan kehidupan (*lifesaving*) namun pada kenyataannya sering dimanfaatkan oleh penderita yang membutuhkan sekadar pertolongan pertama (*first aid*) dan bahkan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*). Aktivitas kedua yang menjadi tanggung jawab IGD adalah melakukan proses rujukan bagi kasus kasus gawat darurat yang tidak dapat ditangani oleh IGD tersebut untuk mendapatkan perawatan rawat inap lebih intensif. Aktivitas ketiga yang menjadi tanggung jawab sebuah IGD adalah memberikan informasi kepada pasien maupun keluarga pasien tentang keadaan yang dihadapi oleh pasien saat itu (Djemari, 2011). Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam melakukan asuhan keperawatan sangat berperan di dalam ketiga kegiatan tersebut.

Dalam proses asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi, diantaranya pemberi perawatan, sebagai advokat keluarga, melakukan pencegahan penyakit, pemberi pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan sebagai peneliti (Hidayat, 2012). Pelayanan yang dapat diberikan oleh seorang perawat di ruang gawat darurat menjadi sangat krusial, dengan menggunakan ilmu dan etik seorang perawat gawat

darurat harus mampu melakukan semua proses asuhan keperawatan dengan cepat dan tepat di situasi yang penuh tekanan memerlukan tindakan yang bersifat cepat dan tepat, serta pemikiran kritis yang tinggi. Perawat gawat darurat harus melakukan pengkaji pasien dengan cepat, menyusun perencanaan keperawatan, berkerja sama dengan dokter jaga atau departemen penunjang lainnya. Perawat juga harus dapat melaksanakan rencana perawatan yang telah disusun, terakhir melakukan evaluasi seberapa efektif pengobatan dan perawatan serta memperbaiki perencanaan dengan ukuran waktu yang singkat dan cepat, sehingga dibutuhkan kompetensi perawat yang terampil dibawah tekanan yang tinggi.

Sebuah penelitian *mixed method* yang dilakukan oleh Kidd et al. (2011) tentang pengalaman perawat umum yang bekerja di IGD sebuah rumah sakit di pedalaman menampilkan hasil bahwa sebagian besar perawat merasa tidak percaya diri terhadap kemampuan mereka dalam melakukan tindakan kegawat daruratan. Ketidakpercayaan diri ini disebabkan oleh kurangnya paparan keterampilan kegawat daruratan yang didapat di daerah pedalaman, selain itu ada ketakutan seorang perawat melakukan beberapa tindakan kegawat daruratan dikaitkan dengan litigasi dan cenderung memanggil seorang dokter dan tidak mengandalkan penilaian atau keterampilan mereka sebanyak yang biasa mereka lakukan karena takut untuk membuat keputusan yang salah. Kidd juga mengatakan bahwa pendidikan berkelanjutan sangat dibutuhkan oleh perawat di daerah pedalaman namun mereka mengharapkan pendidikan berkelanjutan yang sesuai dengan kebutuhan mereka dan harus spesifik untuk konteks pedalaman.

Penelitian lain dilakukan oleh Wiley (2016) yang mengungkapkan bahwa yang menjadi tantangan terbesar seorang perawat di lingkungan/daerah pedalaman adalah jarak dan waktu. Seorang pasien

membutuhkan waktu yang lebih panjang untuk mencapai IGD dan dibutuhkan waktu yang lebih panjang pula bagi perawat untuk membawa/merujuk pasien ke unit IGD yang lebih lanjut. Tantangannya adalah bagaimana membuat pasien tetap bertahan hidup dalam jangka waktu tersebut.

Wilayah Indonesia bagian Timur, terutama Papua memiliki luas daerah yang sangat besar dengan keadaan muka bumi yang sangat beragam. Papua telah menjadi perhatian dunia terkait masalah kesehatan, rendahnya tingkat kesehatan di Papua mencakup empat hal, yakni kesehatan ibu dan anak dan gizi masyarakat, penyakit menular malaria, *tuberculosis* (TB), dan HIV-Aids. Selain memiliki luas wilayah yang luar biasa Papua juga dikelilingi dengan kondisi lingkungan yang lengkap dan beragam. Dari daerah pegunungan yang masih alami sampai daerah pesisir yang memiliki kekayaan alam melimpah menjadikan Papua sebagai tempat yang penuh dengan potensi. Namun keragaman dan kekayaan topografi ini menciptakan tantangan tersendiri bagi perkembangan layanan kesehatan di Papua. Masyarakat yang tinggal dan bermukim secara acak di daerah pegunungan, pesisir pantai, atau bahkan di lembah lembah, diikuti pula dengan adat istiadat yang masih kuat melekat pada tata kehidupan sosial serta kepercayaan dalam masyarakat itu sendiri, menjadikan bidang kesehatan tidak mudah untuk tumbuh dan berkembang. (<http://www.suarapembaruan.com>, 2013).

Gubernur dan Dinas Kesehatan Provinsi Papua beserta jajarannya memilih menerapkan konsep *mobile clinic* yang diharapkan dapat memperbaiki pelayanan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. *Mobile clinic* di sini maksudnya adalah menggerakkan pelayanan kesehatan ke dekat masyarakat sehingga masyarakat tidak perlu lagi bersusah payah mendatangi petugas kesehatan, tapi petugas dan layanan kesehatan lah yang mendatangi masyarakat dimana mereka berdiam

dan bertempat tinggal. Konsep pelayanan kesehatan *mobile clinic* ini dibagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu pelayanan terapung, pelayanan kaki telanjang, dan pelayanan udara (Wahyuni, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan di bulan Juli 2018, diperoleh hasil Distrik Mimika Barat Kokonao Kabupaten Mimika, Papua yang merupakan lokasi penelitian adalah salah satu daerah pedalaman pesisir yang terdiri dari tujuh kampung, diantaranya yaitu kampung Kokonao, Migiwia, Mimika, Kiyura, Aparuka, Apuri dan Atapo dimana seluruh kampung masih berstatus desa swadaya. Distrik Mimika Barat memiliki jumlah penduduk sebesar 2215 jiwa dan hanya memiliki satu puskesmas induk dan 2 polindes dimana distribusi tenaga kesehatan hanya 1 orang dokter, 12 orang perawat, 18 orang bidan dan seorang tenaga analis. Sarana transportasi yang dapat digunakan untuk menjangkau Distrik Mimika Barat dari ibukota kabupaten melalui udara (pesawat) sebanyak 2 kali seminggu dan sungai/laut (perahu) dengan jarak tempuh 4-6 jam. (Statistik Mimika Barat, 2016).

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap 2 orang perawat puskesmas Kokonao, menyatakan bahwa pelayanan kegawat daruratan yang mereka lakukan di pedalaman memang menjadi sulit dengan keterbatasan alat dan sarana, selain itu tenaga dokter yang tidak selalu berada di pedalaman menjadi salah satu kendala dalam memberikan pelayanan. Ketidakhadiran tenaga dokter saat ada pasien dengan kasus gawat darurat membuat kedua orang perawat ini sedikit tidak percaya diri saat melakukan pelayanan, namun mereka mengaku dapat mengatasi hal tersebut. Hal ini diungkapkan dengan pernyataan:

"...yaa sebenarnya maksudnya apa namanya kalau mau merasa lain lain (takut/ragu ragu) pasti adalah, kan itu bukan tugas kami

melakukan eem memberikan diagnosa begitu kan? Kami hanya melakukan kegiatan saja kan..”

Ketidakpercayaan diri yang dialami oleh perawat tersebut dikarenakan masih kurangnya pengalaman mereka dalam menangani kasus gawat darurat saat mereka awal bertugas di pedalaman.

Hasil wawancara juga memberikan informasi adanya beberapa konflik yang berujung pada kekerasan, baik verbal maupun fisik dari pasien dan keluarga pasien terhadap kedua petugas. Hal ini disebabkan oleh perbedaan budaya dan kurangnya pengetahuan tentang teori dan praktik kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat di pedalaman.

Pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman Kokonao menjadi unik karena seorang tenaga kesehatan mendatangi langsung pasien yang mengalami kondisi kegawat daruratan dan melakukan pelayanan gawat darurat di luar gedung puskesmas. Perlakuan yang unik ini berkaitan erat dengan program *mobile clinic* yang diterapkan di wilayah papua. Kondisi unik lainnya adalah dengan diberlakukannya sistem *rolling*. Sistem *rolling* sendiri adalah membagi menjadi dua kelompok petugas kesehatan pedalaman Kokonao yang melakukan pelayanan kesehatan secara bergiliran dalam kurun waktu yang telah disepakati. Kebijakan ini dibuat untuk menyiasati kondisi para petugas yang harus tinggal berjauhan dengan keluarga mereka di kota sehingga membutuhkan waktu tersendiri agar bisa bertemu dan bersama menjalankan fungsi dan peran mereka sebagai anggota keluarga.

Jarak pedalaman Kokonao dengan kota kabupaten yang hanya bisa ditempuh melalui akses sungai atau laut sangat bergantung pada kondisi alam sehingga petugas kadang kala mendapatkan masalah dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk melakukan proses rujukan dalam menempuh perjalanan dari pedalaman menuju ke rumah sakit di kota. Hal ini sering mengakibatkan

keterlambatan pada penanganan kasus pasien gawat darurat bahkan hingga menyebabkan kematian. Jumlah kematian yang terjadi akibat keterlambatan dalam penanganan dan proses rujukan sampai saat ini memang tidak tercatat, namun berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga perawat didapatkan 5 orang pasien mengalami kematian disebabkan oleh hal tersebut. Tiga orang meninggal karena tenggelam, satu orang karena persalinan dengan penyulit, dan satu orang karena serangan jantung.

Proses pemberian layanan kesehatan khususnya layanan gawat darurat yang sulit dan penuh keterbatasan yang dirasakan oleh tenaga kesehatan tersebut membuat penulis tertarik untuk mengangkat fenomena Pengalaman Perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah 'bagaimana pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao Mimika Barat, Papua?'

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam pelayanan kegawat daruratan meliputi proses pemberian tindakan kegawat daruratan, proses rujukan kasus sulit, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien dan keluarga pasien di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dengan menggunakan prinsip *Four Existentials* yaitu *lived space, lived body, lived time, dan lived relationship* yang dikembangkan oleh Merleau – Ponty (1962) (Polit & Beck, 2012) dalam pengambilan data maka tujuan khususnya adalah:

- a. Mengeksplorasi makna pengalaman perawat beradaptasi dengan kondisi lingkungan pedalaman
- b. Mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses tindakan kegawat daruratan di daerah pedalaman.
- c. Mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses rujukan kasus sulit di daerah pedalaman.
- d. Mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien dan keluarga pasien di daerah pedalaman.

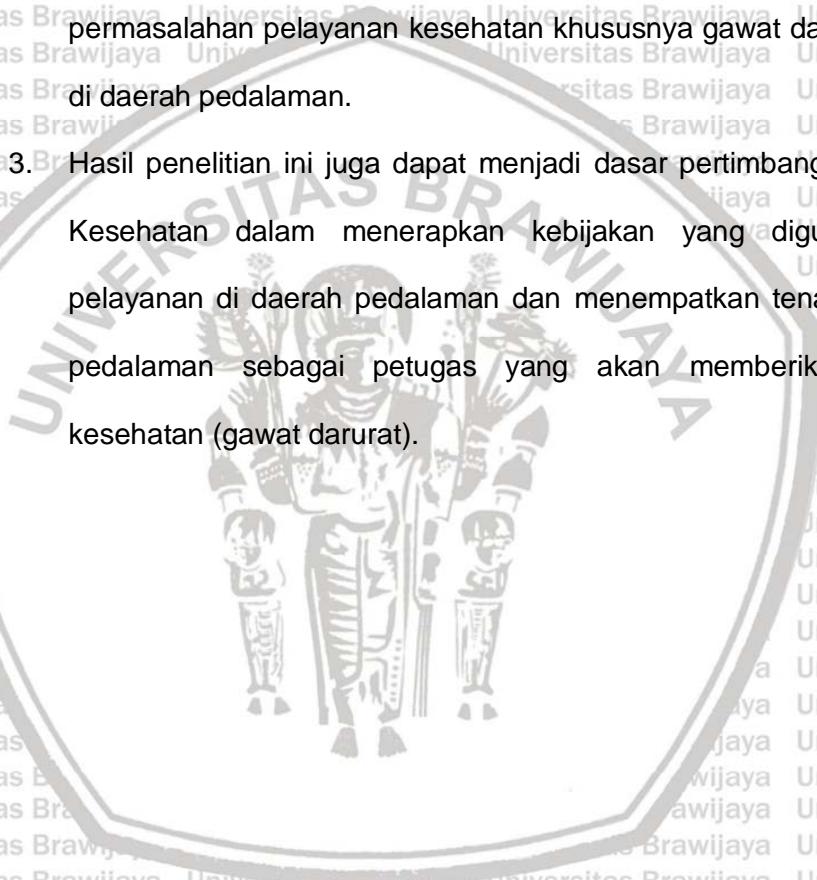
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini terdiri dari empat tujuan khusus dan menghasilkan sembilan tema yang menggambarkan pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman, yang dapat di jadikan produk literatur berupa artikel jurnal yang diharapkan dapat memberikan gambaran pelayanan kegawat daruratan di daerah pedalaman dan berguna bagi landasan pengembangan ilmu khususnya pada area pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman dengan segala keterbatasannya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini dapat memberi mamfaat bagi perawat (partisipan) yang bekerja di pedalaman sebagai refleksi diri, dimana partisipan mengatakan mereka dapat merasakan bahwa pentingnya peran mereka sebagai seorang perawat saat memberikan pelayanan gawat darurat di pedalaman.
2. Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi tentang permasalahan pelayanan kesehatan khususnya gawat darurat yang ada di daerah pedalaman.
3. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi dasar pertimbangan bagi Dinas Kesehatan dalam menerapkan kebijakan yang digunakan terkait pelayanan di daerah pedalaman dan menempatkan tenaga perawat di pedalaman sebagai petugas yang akan memberikan pelayanan kesehatan (gawat darurat).



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kegawat Daruratan

2.1.1 Pengertian

Kegawat daruratan adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa yang dialami oleh pasien akibat dari perjalanan penyakitnya atau sebuah trauma akut, untuk itu diperlukan kompetensi seorang perawat sebagai praktisi, yang dapat memahami keunikan pelayanan gawat darurat yang cepat, tepat dan cermat serta mengerti cara berperilaku dan berkomunikasi dalam kondisi *emergency*. Keperawatan gawat darurat menggambarkan pelayanan keperawatan yang lengkap dan menyeluruh diberikan kepada pasien dengan sakit yang mengancam kehidupan atau mendapatkan *injury* yang akut (ENA, 2008).

Tujuan dari keperawatan dalam kasus gawat darurat adalah untuk mencegah kematian serta kecacatan yang dapat terjadi pada pasien, sehingga pasien dapat kembali menjalani hidup dan berfungsi di tengah masyarakat. Menjalankan sistem rujukan pada pasien yang memerlukan penanganan lebih lanjut serta penanggulangan korban bencana (Krisanty, et al. 2016)

2.1.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi Gawat Darurat (IGD) mempunyai fungsi sebagai pintu pertama yang menjadi awal masuknya pasien gawat darurat, bertugas memberikan pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan medis serta pemberian layanan pembedahan darurat pada pasien yang datang dengan

kasus gawat darurat medis, serta bentuk pelayanannya bersifat sementara (Ali, 2014). Instalasi Gawat Darurat merupakan pelayanan yang berlangsung terus menerus selama 24 jam karena pentingnya sebuah penanganan masalah kesehatan yang bersifat emergency. Pelayanan yang diberikan memerlukan kecepatan, kecermatan dan ketepatan petugas kesehatan dalam mencegah kematian dan kecacatan.

Menurut Depkes Republik Indonesia (2006) Instalasi Gawat Darurat menjalankan pelayanan yang bersifat segera dan langsung diberikan kepada pasien yang mengalami cedera atau menderita penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Bentuk pelayanan IGD berupa pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan medis serta melakukan pembedahan darurat bagi pasien yang memerlukan dalam kondisi gawat darurat. Selain itu petugas yang bekerja di IGD yang terdiri dari dokter spesialis, dokter umum dan perawat harus memiliki keterampilan khusus tentang kegawat daruratan yang didapatkan melalui pendidikan atau pelatihan yang juga dibantu oleh departemen penunjang medis lainnya.

2.1.3 Prosedur dan Pelayanan

Prosedur pelayanan di IGD menjadi hal penting bagi sebuah pelayanan kesehatan rumah sakit maupun puskesmas, petugas yang memberikan pelayanan harus memiliki sikap yang baik, sopan dan ramah serta memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi. Karena pelayanan di IGD berlangsung secara terus menerus selama 24 jam, sehingga petugas keperawatan berada di garda terdepan yang menghadapi pasien dengan jumlah lebih banyak yang datang silih berganti setiap harinya. Berikut

pengelompokan pasien berdasarkan kondisi kegawat daruratan yang mereka derita dan penanganannya di IGD yaitu:

a. Prioritas I (label merah): *Emergency*

Pasien pada prioritas I yaitu pasien yang memiliki kondisi gawat darurat dan akan mengancam nyawa / mengganggu fungsi vital memerlukan penanganan yang cepat dan segera serta pemindahan yang juga bersifat segera, contoh kasus antara lain: gangguan pada system pernapasan, gangguan cardio vaskular dan pasien dengan gangguan kejiwaan yang serius.

b. Prioritas II (label kuning): *Urgent*

Pasien pada prioritas II yaitu pasien berada dalam kondisi darurat yang harus mendapatkan pemeriksaan dan evaluasi secara menyeluruh dan ditangani oleh seorang dokter untuk kestabilitasnya, memerlukan penegakan diagnose yang cepat dan terapi definitif, memiliki potensi jatuh pada kondisi yang mengancam jiwa/ mengganggu fungsi vital bila tidak ditangani dengan segera dan pemindahan tidak boleh terlambat, contoh kasus antara lain: pasien perdarahan dengan risiko syok, fraktur multiple, fraktur femur/pelvis, luka bakar di permukaan tubuh yang luas, gangguan kesadaran/trauma kepala.

c. Prioritas III (label hijau): *Non Emergency*

Pada prioritas III yaitu kondisi ketika pemeriksaan dan perawatan segera tidak diperlukan oleh pasien. Kondisi ini disebut juga kondisi gawat darurat semu (*false emergency*).

d. Prioritas IV (label hitam): *Death*

Pasien yang berada pada kondisi ini adalah pasien yang datang ke IGD dalam keadaan telah meninggal.

UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan telah mengatur pelaksanaan tindakan medis secara umum. Hal itu tercantum dalam Pasal 63 ayat (4) yang menyatakan “pelaksanaan pengobatan dan perawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan”. Depkes RI (2006), menyebutkan bahwa dalam pelayanan gawat darurat, perawat memiliki peran dan fungsi sebagai pemberi asuhan keperawatan, baik tugas mandiri maupun tugas yang didelegasikan oleh tenaga kesehatan lain, kemudian perawat melakukan tindakan kolaboratif bersama tenaga kesehatan lain untuk saling membantu dalam program kesehatan (Krisanty, 2016; ENA, 2008).

2.1.4 Alur penanganan pasien di IGD

IGD memiliki tahapan alur penanganan, antara lain pasien diterima oleh perawat, kemudian perawat melakukan pencatatan identitas diri pasien secara lengkap beserta *informed consent*. Selanjutnya, perawat melakukan pengkajian, pemeriksaan fisik awal, seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS), tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), pemilahan pasien baik kondisi gawat darurat yang mengancam nyawa dan memerlukan tindakan segera, gawat non darurat yang tidak mengancam nyawa namun memerlukan tindakan segera, non gawat darurat yang tidak mengancam nyawa dan tidak memerlukan tindakan segera, maupun non gawat dan non darurat yang dapat diberi terapi simtomatik sesuai dengan gejala yang ada.

Perawat dapat berkolaborasi dengan dokter dalam menangani pasien dan melakukan tindakan penanganan awal, seperti membebaskan jalan napas dari sumbatan, memberikan terapi oksigenase, pemeriksaan sirkulasi, dan memantau pengeluaran urine pasien.

2.1.5 Kegiatan yang menjadi tanggung jawab petugas IGD

Petugas IGD memiliki beberapa kegiatan sebagai tanggung jawabnya (Djemari, 2011), antara lain:

a. Memberikan pelayanan yang bersifat gawat darurat

Petugas IGD memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan gawat darurat seperti pertolongan pertama (*first aid*) dan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) untuk menyelamatkan pasien. Kesalahan persepsi yang berada di masyarakat mengenai kondisi gawat menyebabkan masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan sering mengunjungi IGD untuk mendapatkan pertolongan. Hal ini membuat jumlah kunjungan ke IGD meningkat dari tahun ke tahun.

b. Melakukan pemilahan untuk kasus – kasus perawatan yang lebih lanjut

Tanggung jawab petugas IGD yang lain adalah memilah kasus – kasus yang membutuhkan perawatan lebih serius. Ketika petugas IGD telah memilah kasus gawat yang memerlukan pelayanan lebih lanjut maka petugas IGD melakukan rujukan ke Unit Pelayanan Intensif, misalnya untuk kasus jantung dirujuk ke bagian Unit Perawatan Jantung Intensif, atau Unit Pelayanan Intensif lainnya.

c. Membuka layanan informasi mengenai kondisi gawat

Kewajiban petugas IGD selanjutnya, yaitu membuka dan menyediakan layanan informasi bagi masyarakat luas yang ingin mengetahui tentang kondisi atau situasi yang berkaitan dengan keadaan gawat darurat.

2.2 Konsep Daerah Pedalaman

Daerah tertinggal merupakan suatu wilayah yang masyarakatnya kurang mengalami perkembangan di segala sektor, dibandingkan dengan wilayah lain di tingkat nasional (Peraturan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (2015)). Adapun 6 kriteria mengenai penetapan daerah tertinggal tahun 2015 – 2019, yaitu: “perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana (infrastruktur), kemampuan keuangan lokal (celah fiskal), aksesibilitas, dan karakteristik daerah”. Sub kriteria dan indikator dari 6 kriteria tersebut, sebagai berikut:

1. Kondisi Perekonomian memiliki kriteria sebagai berikut:
 - a. Penduduk miskin memiliki persentase rasio penduduk miskin terhadap jumlah keseluruhan penduduk di suatu kabupaten. Ketika seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya baik sandang, pangan, papan, mereka bisa dikatakan sebagai seorang yang miskin.
 - b. Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) adalah “suatu indeks yang menyatakan seberapa jauh seseorang jatuh di bawah garis kemiskinan apabila mereka termasuk kategori miskin. Indeks kedalaman kemiskinan dinyatakan dalam persentase terhadap garis kemiskinan”.
2. Sumber daya manusia diukur berdasarkan kriteria, sebagai berikut:
 - a. Tenaga Kerja

Untuk menghitung jumlah persentase penduduk yang tidak memiliki pekerjaan di suatu wilayah kabupaten adalah dengan menghitung jumlah penduduk yang menganggur dibandingkan dengan jumlah keseluruhan penduduk dalam wilayah tersebut.



b. Untuk mengukur kesehatan, diperoleh dari:

1. Angka Harapan Hidup yang merupakan jumlah rerata penduduk yang diharapkan hidup di suatu wilayah kabupaten;
2. Jumlah prasarana kesehatan per 1000 penduduk adalah jumlah keseluruhan prasarana baik rumah sakit, rumah sakit bersalin, balai pengobatan, puskesmas, maupun puskesmas pembantu per 1000 penduduk di suatu wilayah;
3. Jumlah dokter terhadap 1000 penduduk di suatu wilayah;
4. Rerata jarak prasarana penyedia layanan kesehatan di suatu wilayah kabupaten merupakan rerata jarak dari suatu desa ke fasilitas kesehatan apabila prasarana atau fasilitas kesehatan tersebut berada jauh dari desa.

c. Untuk mengukur pendidikan, diperoleh dari:

1. Angka melek huruf adalah persentase jumlah penduduk yang mempunyai kemampuan untuk membaca dan menulis terhadap jumlah keseluruhan penduduk di suatu wilayah kabupaten;
2. Jumlah tersedianya sarana pendidikan SD dan SMP per 1000 penduduk;
3. Rerata jarak tanpa SD dan SMP merupakan rerata jarak dari desa ke SD dan SMP apabila di wilayah kabupaten tersebut tidak ada SD dan SMP.

3. Infrastruktur memiliki kriteria yang terdiri dari:

a. Transportasi.

Infrastruktur transportasi menggunakan indikator persentase jumlah desa di suatu wilayah kabupaten dengan jenis permukaan jalan terluas, misalnya jalan aspal/beton, jalan diperkeras, jalan tanah, dan jalan lainnya.

Keterangan: Satu desa hanya dapat dikategorikan berdasarkan satu kategori dari empat kategori yang ada.

- b. Persentase jumlah rumah tangga yang menggunakan listrik
 - c. Persentase jumlah rumah tangga yang menggunakan telepon
 - d. "Jumlah Bank Umum"
 - e. "Jumlah Bank Perkreditan Rakyat"
 - f. "Jumlah desa yang mempunyai pasar tanpa bangunan permanen"
4. "Kriteria kelembagaan/keuangan lokal adalah Celah Fiskal, yaitu Selisih Penerimaan Keuangan Daerah dengan Belanja Pegawai".
 5. Kriteria aksesibilitas. Indikator yang digunakan pada kriteria ini adalah rerata jarak yang harus ditempuh dari kantor desa ke kabupaten yang membawahnya.
 6. Kriteria karakteristik daerah.

Pada kriteria ini, indikator - indikator yang dipakai adalah:

- a. Persentase jumlah desa yang rawan dilanda gempa bumi
- b. Persentase jumlah desa yang rawan dilanda tanah longsor
- c. Persentase jumlah desa yang rawan dilanda banjir
- d. Persentase jumlah desa yang sering mengalami konflik dalam satu tahun terakhir.

Adapun faktor – faktor yang menjadi penyebab suatu daerah dikategorikan menjadi daerah tertinggal/pedalaman (Bappenas, 2011; Kemendagri, 2005), yaitu:

1. Faktor Geografis.

Pada umumnya, daerah tertinggal berada jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau terpencil sehingga sulit dijangkau secara geografis. Selain itu, daerah pedalaman juga sulit dijangkau oleh jaringan komunikasi maupun transportasi.

2. Sumber Daya Alam.

Potensi sumber daya alam biasanya tidak dimiliki oleh beberapa daerah tertinggal. Daerah yang memiliki potensi sumber daya alam biasanya termasuk ke dalam daerah yang dilindungi dan tidak dapat didayagunakan secara bebas.

3. Sumber Daya Manusia.

Karakteristik masyarakat yang berada di daerah tertinggal umumnya memiliki tingkat yang rendah, baik dari aspek pengetahuan, pendidikan, dan keterampilan, serta belum berkembangnya kelembagaan adat di daerah tertinggal tersebut.

4. Daerah Rawan Bencana dan Konflik Sosial.

Kegiatan pembangunan, sosial, dan perekonomian dapat terganggu apabila suatu daerah sering dilanda bencana, baik bencana alam maupun konflik sosial.

5. Kebijakan Pembangunan.

Beberapa kebijakan pembangunan yang dibuat oleh pemerintah kadang kala tidak tepat sasaran atau tidak memihak daerah

tertinggal. Hal ini yang menjadi penyebab beberapa daerah masuk ke dalam kategori daerah tertinggal.

6. Prasarana dan Sarana.

Masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal umumnya mengalami kesulitan dalam memperoleh sarana dan prasarana yang memadai, seperti sarana komunikasi, transportasi, pendidikan, air bersih, kesehatan, sistem irigasi, dan pelayanan lainnya sehingga masyarakat mengalami hambatan untuk melakukan kegiatan sehari – hari, baik kegiatan sosial maupun ekonomi.

Pelayanan kesehatan yang ada di daerah pedalaman juga dipengaruhi oleh sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana merupakan standar dari kualitas suatu pelayanan kesehatan. Permenkes Nomor 949 tahun 2007 menyatakan bahwa sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di daerah pedalaman memiliki kriteria yang membagi istilah keterpencilan menjadi 2, yaitu terpencil dan sangat terpencil:

1. Syarat – syarat yang harus dipenuhi sarana pelayanan kesehatan yang memiliki kriteria terpencil, yaitu:
 - a. Letak Geografis: terletak di wilayah yang sulit untuk dijangkau, misalnya pegunungan, pedalaman, daerah rawa, rawan dilanda bencana alam baik gempa bumi, tanah longsor maupun gunung berapi.
 - b. Akses Transportasi: transportasi yang umum digunakan yaitu transportasi darat/air/udara yang rutin maksimal 2 kali seminggu dapat digunakan dengan waktu tempuh yang diperlukan yaitu lebih dari 6 jam untuk pulang – pergi.
 - c. Sosial Ekonomi: kesulitan dalam memenuhi bahan pokok, maupun karena kondisi keamanan.

2. Syarat – syarat yang harus dipenuhi sarana pelayanan kesehatan yang memiliki kriteria sangat terpencil, yaitu:

a. Letak Geografis: terletak di wilayah yang sulit dijangkau, misalnya pegunungan, pedalaman, rawa, pulau kecil/gugusan pulau dan daerah pesisir, terletak di wilayah perbatasan Negara lain, baik dari darat maupun di pulau pulau kecil terluar.

b. Akses Transportasi: transportasi yang biasanya digunakan adalah transportasi darat/air/udara yang rutin dapat digunakan maksimal 1 kali seminggu, memerlukan waktu tempuh lebih dari 8 jam perjalanan pulang – pergi. Tidak ada transportasi umum, hanya transportasi udara yang digunakan untuk mencapai lokasi ketika kondisi cuaca tidak bersahabat.

c. Sosial Ekonomi: kendala untuk memenuhi bahan pokok, dan karena kondisi keamanan.

3. Penetapan kriteria terpencil / sangat terpencil bagi Puskesmas, ditentukan dari jarak Puskesmas ke Ibukota kabupaten.

4. Penetapan kriteria terpencil / sangat terpencil bagi sarana pelayanan rujukan ditentukan dari jarak Ibukota Propinsi ke lokasi sarana rujukan yang dituju.

5. Penetapan kriteria terpencil/sangat terpencil bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya ditentukan dari jarak Ibukota Kabupaten ke lokasi Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya tersebut.

2.3 Konsep Pengalaman

2.3.1 Pengertian

Pengalaman merupakan peristiwa atau kejadian yang pernah dialami oleh seseorang secara nyata. Pengungkapan pengalaman secara narasi berarti mengungkapkan sesuatu yang pernah dialami sesuai dengan urutan waktu terjadinya (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008).

Pengalaman dapat diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami oleh seseorang, baik itu kejadian yang baik maupun yang buruk sehingga dari pengalaman tersebut dapat diperoleh makna kehidupan setiap individunya (Sanjaya, 2011). Selain itu, pengalaman merupakan sebuah upaya untuk memperoleh pengetahuan dan dijadikan sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan (Notoatmodjo, 2005).

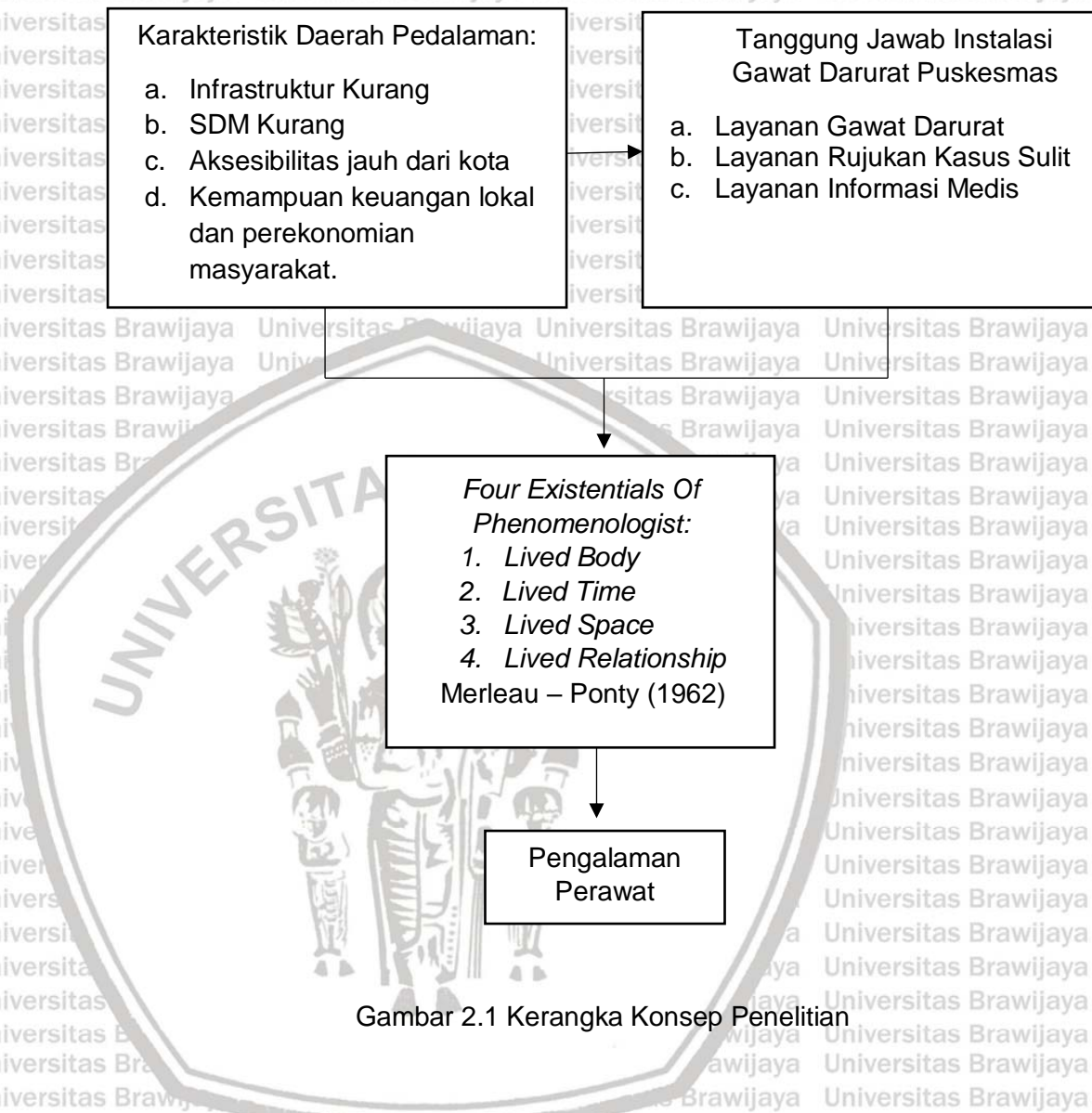
2.3.2 Pengalaman perawat melakukan tindakan gawat darurat

Penelitian Triastuti (2015) mengungkapkan bahwa dengan menggunakan metode kualitatif, peneliti menggali pengalaman dan pemahaman perawat triage dalam melaksanakan triage pada pasien yang datang ke IGD. Hasil wawancara menghasilkan tema, keterampilan teknis, prinsip triage, keterampilan dalam pemilahan pasien, sarana prasarana dan motivasi, keterampilan dan efektif dalam komunikasi, hubungan antar pribadi, penanganan konflik, pendelegasian, dan pengambilan keputusan. Penelitian ini juga memberikan hasil bahwa perawat triage harus fleksibel dan harus dapat beradaptasi. Perawat triage juga sudah menjalankan triage dengan seharusnya dengan memeriksa ABCDE. Masih ditemukan adanya kesalahan dalam pemilahan triage, terlebih pada pasien dengan nyeri ulu hati yang ternyata mengalami serangan jantung. Sarana prasarana di ruang triage telah memenuhi syarat, hanya label (untuk korban massal)

seharusnya di tempatkan di ruang triage bukan di dalam IGD. Berdasarkan tingkat motivasi ditemukan bahwa 1 informan memiliki motivasi intrinsik dan motivasi eksternal, 1 informan memiliki motivasi intrinsik, 1 informan mengatakan terpaksa, dan 3 informan mengatakan menjalankan tugas sebagai tanggung jawab saja.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Bintari (2013) tentang pengalaman perawat di IGD dalam memberi pelayanan pada korban kecelakaan lalu lintas dengan menggunakan metode kualitatif menunjukkan bahwa terdapat dua tema besar yang muncul pada penelitian ini, diantaranya "ketidakberdayaan perawat dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas" dan "merasakan respons emosional dalam proses berubah". Tema tersebut muncul berkaitan dengan konsep pelayanan puskesmas yang berubah, yang semula memiliki konsep promotif menjadi promotif kuratif. Puskesmas memiliki fasilitas UGD 24 jam yang mewajibkan perawat pelaksana untuk bekerja selama 24 jam, namun sangat disayangkan bahwa perubahan konsep tersebut tidak diikuti dengan perubahan yang dapat menunjang perbaikan sistem itu sendiri, misalnya sumber daya manusia.

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Design dan Pendekatan Penelitian

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan Interpretif Fenomenologi yang dikembangkan oleh Heidegger pada tahun 1962. Filosofi yang dianut oleh Heidegger tidak sekedar gambaran pengalaman manusia, namun lebih menekankan pada pemahaman dan interpretif (penafsiran). Pengalaman hidup manusia merupakan suatu proses yang dapat ditafsirkan dan dipahami. Penelitian interpretif mengharuskan peneliti untuk masuk ke dunia partisipan sehingga makna pengalaman hidup partisipan dapat ditemukan dan dipahami secara menyeluruh. Van Manen yang merupakan ahli fenomenologi untuk analisa data fenomenologi interpretif berpedoman pada filosofi Heideggerian yang memiliki pendekatan untuk metode analisis data adalah kombinasi dari karakteristik fenomenologi deskriptif dan interpretif (Polit & Beck, 2008).

3.2 Landasan Teori

Penelitian kualitatif dibedakan berdasarkan tujuan penelitian yang telah dilakukan. Secara teoritikal, penelitian kualitatif dibagi menjadi disiplin antropologi, filosofi dan psikologi, sosiologi, sosiolinguistik dan histori. Setiap disiplin tersebut memiliki domain atau perhatian yang dilakukan di setiap penelitiannya (Beck and Polit, 2012).

Studi fenomenologi merupakan bagian dari dua disiplin yaitu psikologis dan filosofi. Domain yang difokuskan pada penelitian ini adalah *human experience*.

Studi ini merupakan studi yang dikembangkan oleh Husserl dan Heidegger, yang keduanya mengembangkan penjelasan mengenai pengalaman hidup manusia

dalam kesehariannya. Fenomenologi bersumber dari ilmu filosofi. Konsep ini merupakan suatu pendekatan untuk mengeksplorasi pengalaman hidup seseorang. Konsep ini memiliki fokus pada hakikat dan makna dari pengalaman yang dimiliki individu tersebut (Polit & Beck, 2012). Husserl dan Heidegger sebagai *phenomenologist* memiliki berbagai persepsi yang berkaitan dengan pengalaman manusia. Husserl dan Heidegger (1962, dalam Polit & Beck, 2012) memandang pengalaman hidup manusia menjadi dasar adanya fenomena subjektif dengan keyakinan mengenai kebenaran tentang realita. *Phenomenologist* memandang pengalaman hidup manusia sebagai sesuatu yang dialami secara sadar dan memiliki makna. Pengalaman hidup manusia digambarkan seperti kondisi fisik manusia dan dunianya seperti terikat. Dalam istilah fenomenologi, hal ini disebut sebagai “*being-in the world*” atau “*embodiment*”. *Embodiment* merupakan pengalaman manusia yang dirasakan secara sadar melalui interaksi tubuh dengan dunianya (Polit & Beck, 2012).

Pertanyaan awal yang dikembangkan oleh peneliti fenomenologi adalah “apa esensi yang dapat diambil dari pengalaman hidup seseorang dan apa artinya?”. Dalam studi fenomenologi ini manusia dipandang secara *holistic* dan diakui keeksistensiannya dalam berinteraksi dengan dirinya, orang lain atau dengan lingkungannya. Empat aspek pengalaman hidup yang dapat diteliti adalah *lived space/spatiality*, *lived body/corporeality*, *lived time/temporality*, dan *lived human relation/relationality* (Beck and Polit, 2012).

Tujuan peneliti mempelajari pengalaman manusia adalah untuk mengetahui dan memahami hakikat atau makna dari pengalaman tersebut.

Peneliti melakukan pengumpulan data dan informasi, serta berusaha untuk masuk ke dalam dunia partisipan sebagai cara untuk mengeksplorasi pengalaman yang dimiliki oleh partisipan sehingga peneliti dapat memahami hakikat dan makna dari

pengalaman mereka. Pengumpulan informasi dapat dilakukan melalui wawancara mendalam, partisipasi, observasi, dan refleksi introspeksi (Polit & Beck, 2012).

3.3 Lokasi Penelitian dan Partisipan

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas pedalaman Kokonao, Kabupaten Mimika, Papua. Kokonao merupakan salah satu daerah pedalaman pesisir di distrik Mimika Barat, Papua. Sebagian besar suku yang mendiami distrik ini adalah suku Kamoro dengan mata pencaharian terbesar masyarakatnya adalah sebagai nelayan tradisional. Perjalanan ke daerah Kokonao hanya dapat dilalui dengan pesawat kecil sebanyak dua kali seminggu atau menggunakan perahu melewati sungai atau laut dengan waktu tempuh selama 4-6 jam perjalanan. Puskesmas Kokonao merupakan puskesmas rawat inap yang awal pembangunannya diharapkan menjadi puskesmas rujukan bagi puskesmas pesisir di sekitarnya, sehingga puskesmas pedalaman pesisir lainnya dapat melakukan proses rujukan pasien ke puskesmas Kokonao tanpa harus membawa pasien lebih jauh ke rumah sakit di kota Timika. Proses pengumpulan data dilakukan di beberapa tempat, tiga partisipan dilakukan wawancara saat mereka berada di kota Timika, sedangkan tiga lainnya dilakukan saat mereka sedang bertugas di Puskesmas pedalaman Kokonao.

Partisipan yang ikut dalam penelitian ini adalah perawat yang telah memiliki pengalaman menangani kegawat daruratan di daerah pedalaman Kokonao dengan kriteria sebagai berikut: (1) perawat yang memiliki pengalaman kerja di pedalaman lebih dari 2 tahun, (2) pernah menolong pasien dengan kondisi gawat darurat di daerah pedalaman, (3) dalam keadaan sehat secara fisik dan mental, (4) bersedia ikut sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan. Penentuan *sampling* dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive*

sampling, yaitu memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan sehingga dapat dipastikan data yang telah diperoleh sesuai dengan konteks fenomena yang diteliti.

Jumlah partisipan yang terlibat ditentukan oleh kualitas informasi yang diperoleh dari keseluruhan partisipan. Jumlah partisipan dianggap memadai jika tidak diperoleh data baru lagi dari penambahan partisipan yang dilakukan. Kondisi ini dinamakan saturasi atau *redudancy* (Lewis, 2010). Rata rata penelitian fenomenologi membutuhkan 5-10 orang partisipan (Beck and Polit, 2012). Setelah

memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan, didapatkan enam orang perawat yang bersedia aktif menjadi partisipan. Karakteristik enam partisipan adalah sebagai berikut:

Partisipan pertama berinisial M adalah seorang wanita berumur 29 tahun, belum menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir D3 Keperawatan. Partisipan tersebut telah bekerja di Puskesmas Kokonao selama kurang lebih 3 tahun dengan status kepegawaian non ASN.

Partisipan kedua berinisial S adalah seorang laki laki berumur 26 tahun, menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir D3 Keperawatan dan telah bekerja di Puskesmas Kokonao selama 5 tahun lebih dengan status kepegawaian honorer.

Partisipan ketiga berinisial D adalah seorang wanita berumur 28 tahun, belum menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir D3 Keperawatan dan telah bekerja di Puskesmas Kokonao selama 5 tahun lebih dengan status kepegawaian non ASN.

Partisipan keempat berinisial A adalah seorang laki laki berumur 32 tahun, belum menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir Ners, dan telah bekerja di Puskesmas Kokonao selama 4 tahun lebih dengan status kepegawaian non ASN.

Partisipan kelima berinisial Ma adalah seorang wanita berumur 43 tahun, sudah menikah, beragama Kristen, pendidikan terakhir D3 Keperawatan, dan telah

bekerja di Puskesmas Kokonao selama 6 tahun lebih dengan status kepegawaian ASN.

Partisipan keenam berinisial I adalah seorang wanita berumur 29 tahun, belum menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir D3 Keperawatan dan telah bekerja di Puskesmas Kokonao 3 tahun lebih dengan status kepegawaian non ASN.

3.4 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti melakukan prosedur pengumpulan data yaitu dengan *in-depth interview*. *In-depth interview* digunakan untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan secara lebih dalam (Cresswell, 2014). Selain dengan wawancara mendalam, peneliti juga melakukan observasi terhadap pelayanan kegawatdaruratan yang dilakukan oleh partisipan saat berada di pedalaman Kokonao.

3.4.1 Prosedur Administratif

Prosedur administratif yang peneliti lakukan adalah dengan mengurus surat izin untuk melakukan penelitian dari Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Peneliti juga telah melewati ujian proposal bersama pembimbing dan penguji, kemudian peneliti menjalani uji etik di Universitas Halu Oleo Kendari Sulawesi Tenggara dengan nomor surat kelaikan etik 2504/UN29.20/PPM/2018. Uji etik dilakukan di Universitas Halu Oleo karena kondisi pedalaman Kokonao sebagai situs penelitian di Papua memiliki karakteristik daerah dan budaya yang hampir sama dengan Sulawesi Tenggara. Setelah melalui uji etik dan memperoleh surat pengantar izin penelitian, peneliti kemudian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika dan Puskesmas Kokonao untuk meminta izin melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kokonao, namun sebelumnya peneliti telah mengurus izin penelitian di Dinas Kesbangpol

kabupaten Mimika, Papua. Setelah mendapat izin dari kepala Puskesmas, peneliti memilih partisipan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya.

Terakhir, peneliti menuju rumah partisipan untuk memperoleh persetujuan dari partisipan.

3.4.2 Prosedur Teknis

Adapun tahapan yang peneliti lakukan dalam proses melakukan *indepth interview*, yaitu:

1. Peneliti mendatangi 3 orang partisipan di rumah mereka saat sedang berada di kota dan peneliti juga turun langsung ke pedalaman Kokonao untuk menemui 3 orang partisipan di Puskesmas saat mereka menjalankan tugas. Turun ke pedalaman Kokonao peneliti lakukan demi mendapatkan gambaran situasi sebenar-benarnya yang partisipan rasakan saat memberikan pelayanan gawat darurat. Perjalanan menuju Kokonao peneliti tempuh dengan menumpang perahu seorang pedagang yang memiliki toko di pedalaman. Pada saat akan turun ke Kokonao kondisi air pasang jatuh pada jam 04.00 pagi, sehingga mengharuskan peneliti untuk melakukan persiapan sejak sore sehari sebelum keberangkatan tersebut. Persiapan yang peneliti lakukan yaitu membeli dan menyiapkan bahan makanan untuk kebutuhan hidup selama kurang lebih dua minggu di pedalaman dan persiapan saat menempuh perjalanan diatas perahu selama 4-6 jam. Sebelum memulai wawancara mendalam, partisipan menjelaskan tujuan dari dilakukannya penelitian serta meminta persetujuan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian.
2. Melakukan wawancara mendalam dengan menggunakan panduan wawancara yang telah disusun sebagai acuan (Beck, 2012). Peneliti

telah memiliki gambaran mengenai beberapa aspek pengalaman partisipan yang dikaji secara mendalam. Secara garis besar wawancara yang peneliti lakukan dimulai dengan menanyakan aspek pengalaman yang bersifat umum dan diarahkan menuju aspek pengalaman yang bersifat khusus dengan memberikan pertanyaan terbuka dan umum untuk memulai wawancara dengan partisipan (Moleong, 2014).

3. Wawancara dilakukan selama 35-45 menit pada masing masing partisipan, namun ada dua partisipan yang harus peneliti lakukan wawancara untuk kedua kalinya karena pada wawancara yang pertama masih memiliki kekurangan data yang diinginkan peneliti. Wawancara dikatakan selesai ketika peneliti tidak memperoleh data baru yang berkaitan dengan tujuan penelitian sehingga telah tercapai saturasi data (Beck, 2012).
4. Sebelum mengakhiri wawancara, peneliti melakukan terminasi dengan mengevaluasi kembali dan mengklarifikasi setiap ungkapan bermakna dari partisipan untuk menghindari kekeliruan.
5. Membuat transkrip verbatim dari hasil wawancara mendalam. Peneliti tidak hanya menyalin pernyataan yang diucapkan oleh partisipan, namun juga berbagai isyarat non verbal yang diperoleh selama wawancara (Polit dan Beck, 2012). Hal ini dapat berupa ekspresi wajah, helaan napas, batuk, gumaman, serta jeda waktu yang diperlukan partisipan untuk menjawab.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen utama pada penelitian ini adalah peneliti sendiri. Peneliti adalah mahasiswa magister keperawatan peminatan gawat darurat yang telah

bekerja di daerah pedalaman pesisir Mimika selama kurang lebih 6 tahun, sehingga sudah memiliki pengalaman dan kedekatan secara personal dengan penduduk dan petugas kesehatan di pedalaman Kokonao. Dalam pendekatan fenomenologi, peneliti berkewajiban untuk tidak menghiraukan segala asumsi yang peneliti miliki yang berkaitan dengan fenomena yang diteliti, mengabaikan pengetahuan dan pemahamannya, serta berusaha untuk memposisikan diri sebagai partisipan dan memandang segala sesuatu dari perspektif partisipan secara penuh (Creswell, 2014).

Wawancara mendalam peneliti lakukan kepada partisipan sesuai dengan pedoman wawancara yang telah peneliti susun sebelumnya. Lama proses wawancara adalah sekitar 35-45 menit untuk setiap partisipan. Selama proses wawancara, peneliti menggunakan media *voice recorder* digital dari telepon genggam Xiaomi seri 4X untuk mendokumentasikan proses wawancara, serta dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat berbagai respons non verbal, serta situasi yang teramati oleh peneliti. Hal ini dikarenakan setiap ekspresi non verbal partisipan menjadi data yang penting dalam analisa data (Bungin, 2007).

3.6 Analisa Data

Penelitian ini menggunakan metode analisa data Van Manen karena metode ini dapat mewakili desain penelitian *interpretive* atau *hermeneutic phenomenology*. Berdasarkan pendekatan Van Manen (1990) dalam Polit dan Beck (2012) aspek tematik yang berupa fenomena mental atau makna psikologis dari pengalaman dapat ditemukan atau dipisahkan dari deskripsi pengalaman partisipan dengan 3 metode yaitu *the detailed or line-by-line approach*, *the selective or highlighting approach*, dan *the holistic approach*. *The detailed or line-by-line approach*, peneliti membaca dengan cermat dan detail serta menganalisa

setiap kalimat untuk mencari hakikat atau makna dari pengalaman partisipan. *The selective or highlighting approach*, peneliti memberikan *highlight* atau mengeluarkan pernyataan atau frase yang terlihat penting dan menarik dari pengalaman partisipan yang diteliti. Pernyataan atau kata kata kunci yang di *highlight* adalah pernyataan yang paling sering muncul tentang suatu fenomena sesuai dengan pertanyaan penelitian yang telah diajukan. *The holistic approach*, merupakan pendekatan yang mengizinkan peneliti melihat teks secara keseluruhan dan mencoba untuk menemukan makna dari teks tersebut. Ketiga metode tersebut akan membantu peneliti untuk menemukan beberapa tema yang merupakan objek refleksi dan interpretasi melalui validasi hasil kepada partisipan. Secara sistematis tahapannya sebagai berikut:

1. Transkrip verbatim dari rekaman wawancara dilakukan setelah peneliti selesai melakukan wawancara ke 6 partisipan. Hal ini dilakukan karena pada saat proses wawancara partisipan di bulan desember, banyak kegiatan yang berkaitan dengan prosesi ibadah menyambut Natal di daerah Kokonao. Ini yang menyebabkan peneliti tidak memiliki banyak waktu sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan transkrip verbatim setelah 1 partisipan selesai diwawancarai. Hal ini juga dilakukan agar peneliti tidak kehilangan semangat / motivasi untuk melanjutkan penelitian.
2. *The detailed or line-by-line approach*. Setelah peneliti selesai melakukan transkrip verbatim ke 6 partisipan, peneliti kemudian membaca hasil transkrip verbatim setiap partisipan secara berulang ulang dan membaca secara detail kalimat demi kalimat yang partisipan ucapkan agar semakin dekat dan familiar serta memahami makna yang diungkapkan oleh partisipan terkait pengalaman mereka melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao.

3. *The selective or highlighting approach.* Pada tahap ini peneliti berusaha menarik keluar kata kata kunci yang peneliti anggap memiliki fenomena psikologis sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini. Kemudian peneliti berusaha menemukan makna dari setiap kata kunci tersebut dengan cara mengartikan secara tekstual menggunakan KBBI dan secara kontekstual sesuai dengan latar belakang dari pernyataan yang diucapkan oleh partisipan. Kata kunci yang diperoleh selanjutnya dirumuskan ke dalam kategori, sub tema dan terakhir adalah terbentuk tema yang mewakili makna pernyataan partisipan.

4. *The holistic approach.* Peneliti kembali membaca keseluruhan teks verbatim pada masing masing partisipan untuk dapat menemukan tema dari teks tersebut. Dalam penelitian kualitatif peneliti diharapkan mampu menuliskan fenomena yang ada dan dapat dimengerti oleh pembaca. Hal ini dilakukan dengan cara menarasikan setiap tema dan sub tema yang ditemukan dan disertai dengan pernyataan yang disampaikan oleh partisipan untuk menunjukkan hubungan tema dan data.

3.7 Keabsahan Temuan

Istilah *trustworthiness of data (rigour)* merupakan tingkat keabsahan data dalam penelitian kualitatif. Menurut Lincoln dan Guba (1985) dalam Chesnay (2015) mengungkapkan bahwa terdapat 4 kriteria yang digunakan untuk menetapkan tingkat keabsahan data dalam penelitian kualitatif, diantaranya: kepercayaan (*credibility*), pengalihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*conformability*):

1. Kredibilitas

Kredibilitas pada penelitian ini di dapatkan dengan melakukan pengecekan data yang telah di kumpulkan, dimulai dari saat proses wawancara dengan berusaha agar data yang diperoleh lengkap dengan cara menayakan kembali jika ada yang kurang jelas. Peneliti juga melakukan konsultasi dengan kedua orang pembimbing tentang kualitas wawancara dan transkrip yang telah dibuat peneliti. Pengumpulan data yang peneliti lakukan selain dengan wawancara, peneliti juga melakukan observasi dan penelaahan dokumen, dimana ini dilakukan untuk mempertajam intuisi peneliti dalam melakukan penelitian.

Proses observasi yang dilakukan peneliti adalah dengan mencatat dan mendeskripsikan setiap kegiatan kegawat daruratan yang partisipan lakukanselama proses penelitian, serta merekam setiap wawancara yang peneliti lakukan bersama partisipan sebagai bukti bahwa proses dan hasil penelitian ini kredibel. Dengan demikian, data temuan dan hasil penelitian ini bisa dipertanggung jawabkan sebagai kebenaran.

2. Transferabilitas

Peneliti dalam proses membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas, dan sistematis, serta dapat dipercaya agar orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut. Semua hasil proses penelitian dari pengumpulan data, menganalisis, dan melaporkan hasil terdokumentasi dengan baik. Dengan demikian hasil penelitian ini bisa digunakan apabila perangkat yang diperlukan untuk transfer hasil penelitian pada konteks yang sama sudah tersedia.

3. Dependabilitas

Salah satu strategi yang sangat dianjurkan dalam studi kualitatif dan fenomenologis adalah audit penyelidikan atau jejak audit, di mana proses dan produk penelitian didokumentasikan secara sistematis untuk memungkinkan

verifikasi oleh auditor. Peneliti untuk memenuhi kriteria ini adalah membuat rekam jejak semua kegiatan yang dilakukan selama proses penelitian, menyimpan dengan baik dokumen penelitian, mencatat dan menyimpan hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan. Dalam proses audit hasil penelitian, peneliti telah melibatkan kedua pembimbing sebagai pihak yang ahli di bidangnya agar mendapatkan masukan dan saran serta koreksi dari keseluruhan hasil analisis yang peneliti lakukan. Audit sangat diperlukan untuk meminimalkan kesalahan peneliti dalam menyimpulkan dan menginterpretasikan data sehingga penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

4. Konfirmabilitas

Bagaimana seseorang dapat menetapkan sejauh mana temuan penelitian ditentukan oleh subjek (responden) dan kondisi penyelidikan dan bukan oleh bias, motivasi, minat, atau perspektif dari peneliti. Strategi utama untuk membangun kepercayaan adalah, sekali lagi, jejak audit, yang triangulasi dan menjaga reflektif jurnal (Lincoln & Guba, (1985) dalam Chesnay, 2015). Dalam penelitian ini, peneliti mengembalikan transkrip verbatim yang telah peneliti susun kepada masing masing partisipan, untuk dibaca kembali dan mendapat konfirmasi bahwa apa yang telah peneliti susun tidak ditentukan atau dipengaruhi oleh bias atau perspektif dari peneliti, dan proses penelitian ini terus menerus melibatkan ahli dan teman sejawat dalam konfirmasi kredibilitasnya.

3.8 Etika Penelitian

Aspek etik merupakan bagian tak terpisahkan dari penelitian. Untuk menjamin perlindungan terhadap hak partisipan (Beck, 2012) maka diperlukan penerapan prinsip etik. Berdasarkan keterangan yang tercantum dalam Belmont

Report, peneliti harus menegakan tiga prinsip etik utama, yaitu kemanfaatan yang dapat dirasakan oleh partisipan (*beneficence*), penghormatan terhadap martabat partisipan (*respect for human dignity*), dan bersikap adil terhadap semua partisipan (*justice*) (Beck, 2012).

1. *Beneficence*

Dalam penelitian ini peneliti semaksimal mungkin memenuhi prinsip *beneficence* yaitu meminimalkan kerugian dan memaksimalkan manfaat bagi partisipan. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti menjelaskan manfaat penelitiannya sehingga partisipan dapat mempertimbangkan ke ikut sertaannya. Peneliti berusaha membuat partisipan nyaman selama proses pengumpulan data maupun saat observasi, dengan memperhatikan respons baik verbal maupun nonverbal yang ditampilkan partisipan. Selain itu, peneliti menyiapkan makanan, minuman dan memberikan waktu kepada partisipan saat mereka mereka ingin melaksanakan kegiatan yang lain.

2. Prinsip *respect for human dignity*

Ditunjukkan dengan dilaksanakannya teknik *purposive sampling* dimana partisipan memiliki hak sepenuhnya untuk berpartisipasi atau tidak. Setelah peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, serta peran partisipan pada penelitiannya, peneliti meminta partisipan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Selain itu peneliti tidak menuntut kepada partisipan untuk mengungkapkan hal yang tidak ingin mereka ungkapkan.

3. *Justice*

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan hubungan yang sama yang bersifat profesional antar peneliti dan partisipan, kemudian peneliti menanyakan pertanyaan yang sama pada semua partisipan sesuai dengan panduan wawancara yang telah dibuat sebelumnya. Semua partisipan mendapatkan

perlakuan dan *hospitality* yang sama. Peneliti juga menjaga kerahasiaan identitas semua partisipan, dan menggunakan inisial dalam menuliskan laporan hasil penelitian.



BAB 4**HASIL PENELITIAN**

Bab ini menyajikan tentang hasil penelitian pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua. Pengambilan data dilakukan terhadap enam partisipan yang bekerja di Puskesmas Kokonao dan memiliki pengalaman menangani pasien gawat darurat.

Tema yang muncul didapatkan setelah melalui proses analisis data dari hasil wawancara mendalam dan kemudian peneliti deskripsikan secara naratif dalam penyajian hasil penelitian. Topik wawancara yang peneliti tanyakan ke partisipan berdasarkan tujuan khusus yang telah dirumuskan sebelumnya terkait pengalaman perawat dalam melakukan tindakan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

4.1 Karakteristik partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang perawat yang pernah dan masih bekerja di Puskesmas pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua serta memiliki pengalaman menangani pasien gawat darurat. Partisipan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, yaitu perawat dengan pengalaman kerja di pedalaman selama 2 tahun, pernah menolong pasien dengan kondisi gawat darurat, sehat fisik maupun mental, dan bersedia menjadi partisipan. Data demografi partisipan dapat dilihat dalam tabel berikut.

No	Data Demografi		P1	P2	P3	P4	P5	P6	Ket
1	Usia	26-30 tahun	v	v	v			v	
		31-35 tahun				v			
		36-40 tahun					v		
2	Jenis kelamin	Laki laki		v		v			
		Perempuan	v		v		v	v	
3	Pendidikan	D3 Keperawatan	v	v	v		v	v	
		S1 Ners				v			
4	Status	ASN					v		
		Non ASN	v	v	v	v		v	
5	Lama Kerja	< 5 Tahun	v			v		v	
		>5 tahun		v	v		v		
6	Suku	Pendatang	v	v	v	v	v	v	
		Asli Papua							

Tabel 4.1. Data demografi partisipan

4.2 Deskripsi tema

Pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Papua didapat melalui eksplorasi yang dilakukan peneliti terhadap partisipan dengan menggunakan *indepth interview*, observasi dan menelisk beberapa dokumen terkait pelayanan gawat darurat di Puskesmas Kokonao yang dilakukan oleh perawat. Wawancara mendalam dilakukan kepada seluruh partisipan yang berjumlah enam orang. Lama wawancara setiap partisipan berkisar 35-45 menit sesuai dengan kesepakatan di awal wawancara.

Tema yang dihasilkan dari penelitian ini berjumlah sembilan tema, dimana proses analisis menggunakan analisis tematik Van Manen (1990). Proses analisis dimulai dengan mengubah rekaman suara wawancara menjadi transkrip verbatim, yang kemudian oleh peneliti dibaca berulang ulang. Peneliti

mencari esensi atau makna dengan membaca secara detail dan menganalisa setiap kalimat. Selanjutnya peneliti memberi *highlight* pernyataan partisipan yang terasa esensial dari pengalaman yang diteliti. Peneliti juga membaca keseluruhan teks dan mencoba menemukan makna dari keseluruhan teks tersebut. Pernyataan partisipan diinterpretasikan melalui dua cara, yaitu tekstual dengan menemukan arti bahasa, dan secara kontekstual yaitu sesuai dengan latar belakang pernyataan yang diungkapkan partisipan. Hasil interpretasi didapatkan berupa kata kata kunci partisipan yang dikumpulkan dan bermakna sama kemudian dikelompokkan menjadi kategori - kategori. Kategori - kategori tersebut dikelompokkan menjadi sub tema yang kemudian sub tema membangun tema. Sembilan tema yang dihasilkan dalam penelitian ini menggambarkan makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua yaitu: 1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; 2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; 3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; 4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; 5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; 6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; 7. Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; 8. Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan 9. Melakukan refleksi diri. Serta tema besar hasil dari keterkaitan antar tema yaitu Pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan.

Agar memudahkan dalam penyajiannya peneliti menuliskan sub tema dalam *bold italic*, dan pernyataan partisipan dalam bentuk *italic*.

4.2.1 Tema 1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman

Tema membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman sesuai dengan prinsip *lived space* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi makna pengalaman perawat beradaptasi dengan kondisi lingkungan dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Kata membiasakan secara tekstual bahasa menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti adalah “menjadikan lazim (umum)”, dan menjadikan terbiasa dengan kondisi lingkungan pedalaman. Adapun tiga sub tema yang membentuk tema ini, dimulai dengan **melibatkan kondisi alam dalam pelayanan**. Kondisi alam pedalaman Kokonao yang merupakan daerah pesisir Mimika Barat masih belum dapat ditempuh dengan menggunakan kendaran darat sehingga memerlukan perahu sebagai alat transportasi melalui laut/sungai untuk menjangkaunya. Usaha pelayanan gawat darurat terutama proses rujukan, perawat sangat mengandalkan kondisi alam yaitu pasang surut air laut saat membawa pasien menuju rumah sakit di kota.

“..kita menyesuaikan dengan keadaan alam. Kalo misalnya airnya naik pasang baru kita berangkat. Kadang kita berangkat siang, tengah malam, atau subuh baru jalan..”(p5)

“..biasanya kan airnya itu malam baru, baru naik makanya kita tunggu malam baru kita bawa pasiennya. Terus kan lagi kalau biasa air nya tidak ada kita menunggu lagi lama..”(p6)

“Iya susah, susah dari e apa waktunya, karena harus disesuaikan dengan apa e air, air naik..”(p1)

“Terus ini juga salah satu kendala kalau kita merujuk yaitu air (air pasang), karena kondisi di pedalaman ini kalau kita mau naik ke Timika tuh harus ikuti air..”(p2)

Menciptakan suasana yang nyaman di pedalaman menjadi usaha partisipan untuk membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman agar dapat

menjalankan tugas dengan baik. Sub tema ini terbentuk karena kondisi seluruh partisipan yang berjauhan dengan keluarga mereka di kota sehingga mereka berusaha untuk menjaga hubungan baik dengan teman sejawat di pedalaman dan menjadikan teman sejawat seperti keluarga kedua bagi partisipan. Berikut beberapa pernyataan partisipan:

“Disana itu kita sudah seperti keluarga kan, karena kita semua kan masing – masing jauh dari keluarga. Jadi kita berkumpul di sana itu sudah kayak keluarga, masing-masing kayak saudara lagi. Jadi, semuanya bisa menerima satu sama lainnya..”(p5)

“Semenjak saya masuk sampai sekarang seingat saya tidak ada tidak pernah ada masalah sama teman-teman.”(p2)

Usaha adaptasi lain yang dilakukan oleh seorang partisipan untuk menciptakan suasana yang nyaman bekerja di pedalaman adalah dengan mengikhlaskan kekerasan fisik yang dialaminya menjadi sebuah gurauan bagi kawan kawan yang lain.

“Mereka (kawan kawan) ya maksudnya awalnya di kasihan kan ee maksudnya di apa? dia kasian gitu kasihan (tersenyum) karena sudah sakit eh dipukul begitu. Tapi lama.. lama, lama eh itu jadi bahan lelucon..”(p2)

Kekerasan fisik yang dialami partisipan juga mendatangkan sifat solidaritas, saling menjaga dan melindungi saat salah satu teman mendapat masalah.

“Sikap teman yang lain ee (ikut) marah juga (bila dapat masalah dari masyarakat) kita kan teman sejawat kalau ada pas satu kena masalah kita pasti akan bantu..”(p6).

Mengatur jadwal kerja menjadi sesuatu hal yang menarik di pedalaman Kokonao. Hal ini biasa disebut dengan *rolling*. *Rolling* dilakukan karena sebagian besar petugas yang bekerja di pedalaman Kokonao adalah pendatang yang memiliki keluarga di kota, sehingga pimpinan puskesmas mengambil kebijakan yang disepakati bersama untuk melakukan sistem *rolling*.

Sistem *rolling* adalah dengan membagi dua kelompok kerja, dimana satu

kelompok bertugas menjalankan pelayanan di pedalaman sedangkan kelompok yang lain beristirahat dan dapat bertemu keluarga di kota. Kedua kelompok ini bertukar peran sesuai dengan kesepakatan.

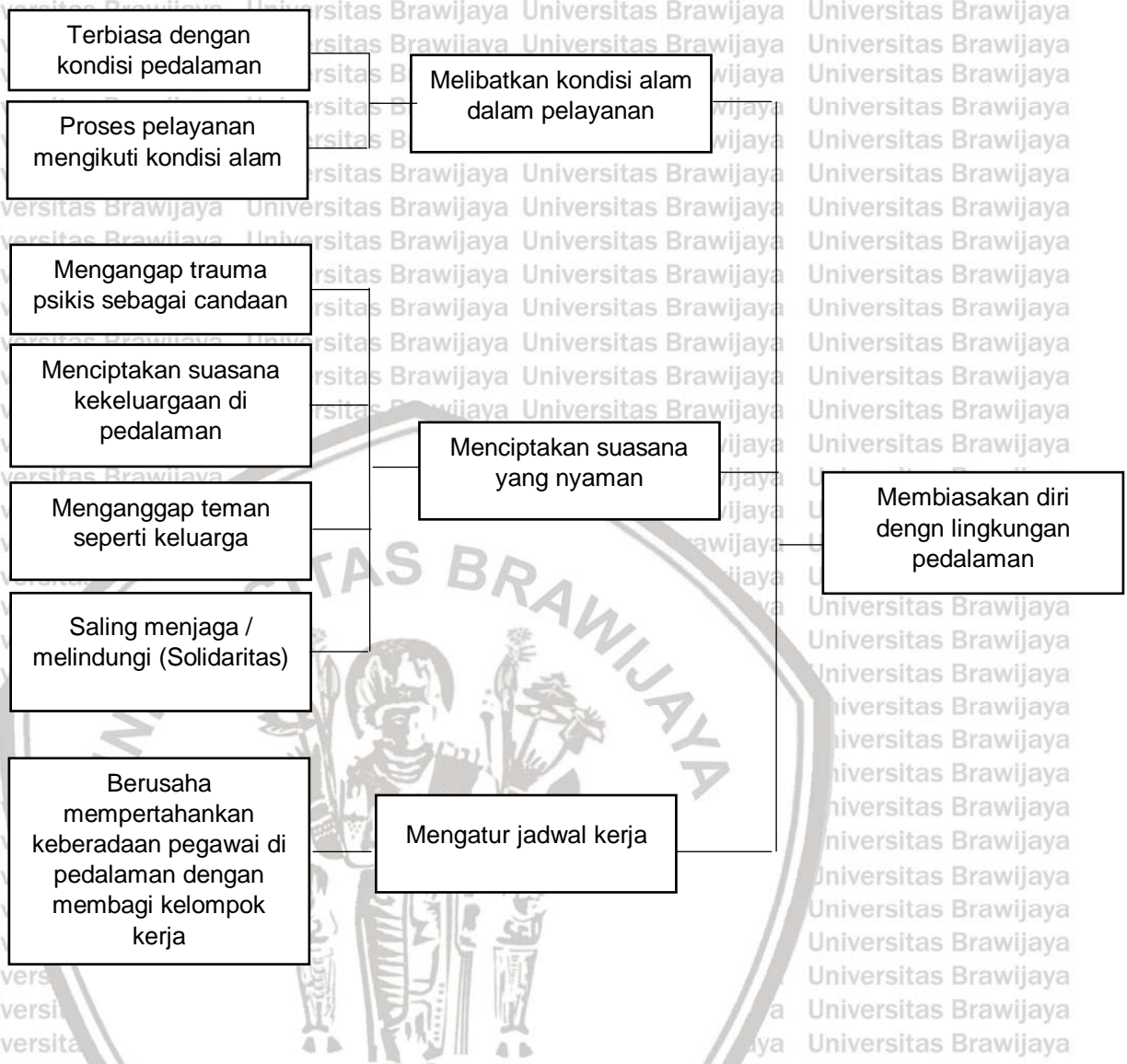
"..sebagai kepala pemimpin, beliau yang mengambil strategi (rolling) bagaimana supaya petugas itu tetap ada bertugas di tempat. Ee saya rasa ada bagusnya ada tidak bagusnya."(p4)

"Ee setuju sih tapi, kan kalau tergantung yang dari teman yang gantian rollingnya, kan kadang-kadang biasanya mereka kalo sudah ada waktu gantian yang dari bawah naik ke timika biasanya yang dari kota suka lama turun (pedalaman).."(p6)

"..di sana namanya pedalaman pasti teman-teman yang lainnya kan pasti maksudnya butuh ketemu juga dengan keluarga to? Jadi yang kami lakukan itu biasa rollingan, rollingan biasa ada yang naik ada yang turun."(p1)

Ringkasan dari tema membiasakan diri dengan lingkungan di pedalaman dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 4.1 Skema Tema Membiasakan Diri dengan lingkungan pedalaman

4.2.2 Tema 2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli

Tema berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli sesuai dengan prinsip *lived relationship* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, dan masyarakat dalam melakukan pelayanan kegawat darurat yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Secara tekstual kata memahami menurut KBBI berarti “mengerti benar (akan), mengetahui benar”. Kata budaya menurut KBBI adalah “sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan yang sudah sukar diubah”. Kata bahasa menurut KBBI adalah “sistem lambang bunyi yang digunakan oleh anggota masyarakat untuk berinteraksi”. Tema ini muncul karena seluruh partisipan dalam penelitian ini adalah pendatang di daerah Kokonao, selain partisipan harus membiasakan diri terhadap kondisi lingkungan dimana partisipan bekerja dibutuhkan juga pemahaman budaya dan bahasa masyarakat asli, karena partisipan bertempat tinggal dan berbaur di tengah masyarakat tersebut. Sub tema yang membangun tema ini yaitu **membangun hubungan yang lebih baik** dengan masyarakat asli. Hubungan yang lebih baik dengan masyarakat asli tentu saja menjadi hal penting bagi partisipan agar dalam berinteraksi tidak terjadi kesalah pahaman yang dapat berakhir dengan perlakuan kekerasan oleh masyarakat. Proses ini dilakukan dengan berusaha mendekati diri kepada masyarakat dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh masyarakat baik dalam komunikasi sehari hari maupun dalam usaha pelayanan kesehatan.

“..cuma salah satu jalannya kita hanya bisa berusaha untuk lebih mendekati diri kepada mereka (masyarakat) biar ee membina hubungan saling percaya maksudnya to..kepada masyarakat biar kejadian itu tidak terulang lagi..”(p2)

“..yang penting itu kita komunikasi dulu lah sebagaimana mereka bisa eeh terima bahasanya kita sesederhana mungkin mereka bisa cerna edukasinya kita bagaimana lah..”(p1)

“Jawab yang masih sopan tidak sampai yang ananannaa (partisipasi menirukan jawaban tidak sopan pasien) tidak..”(p3)

“Paling kalo mereka gertak kita nah baru kita gertak balik, jawab masih gertak tapi gertak sopan lah kak..”(p3)

Sub tema berikutnya adalah **memaklumi tingkat pengetahuan yang kurang dan kebiasaan masyarakat asli**, perawat yang berada di pedalaman

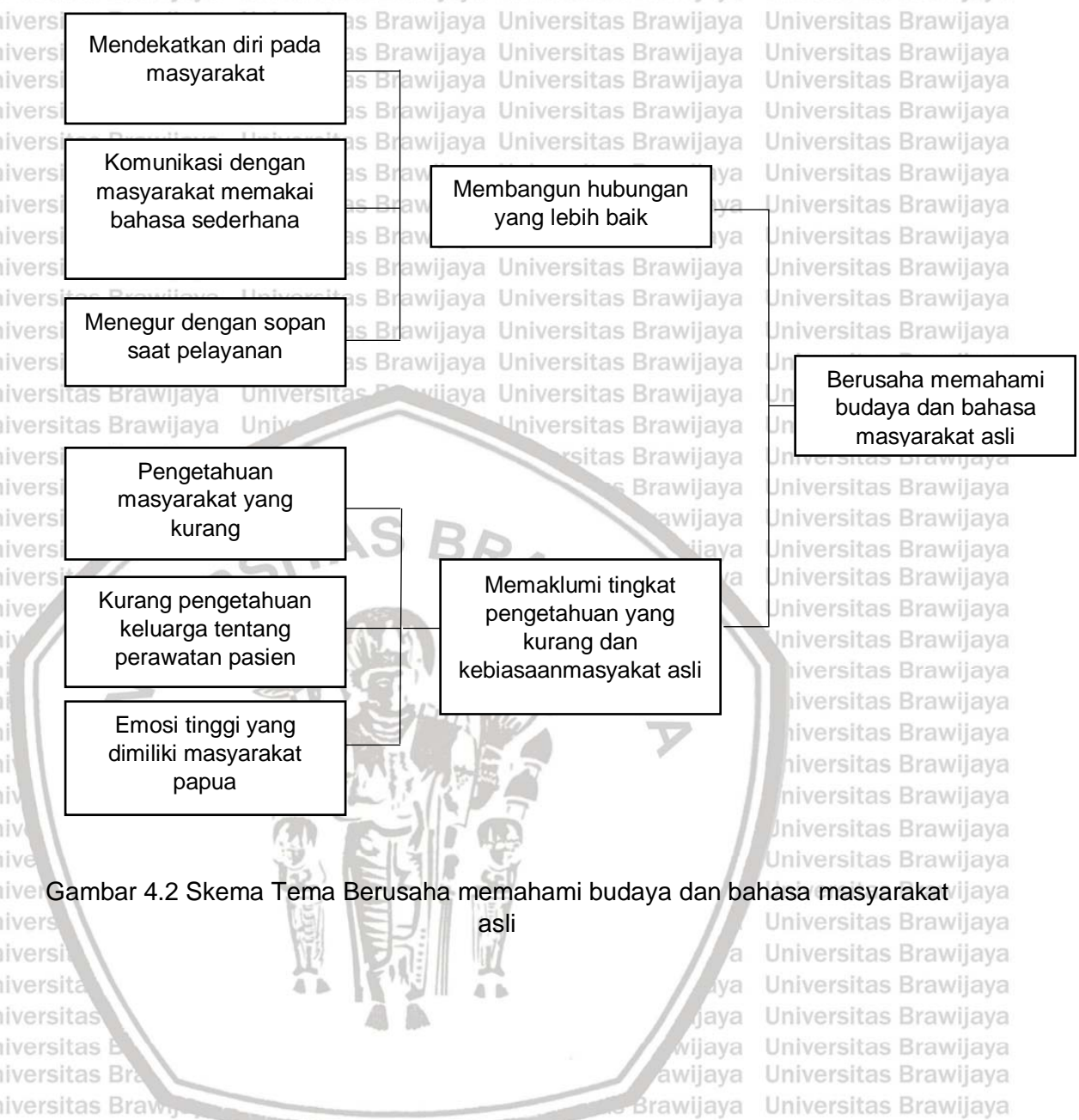
Kokonao berhadapan dengan bermacam karakter masyarakat asli dengan segala kekurangan dan kelebihan. Berusaha memaklumi kekurangan masyarakat asli berarti perawat mau menerima keadaan masyarakat yang sebenarnya tidak sesuai harapan perawat. Dalam konteks penelitian ini adalah pengetahuan masyarakat yang kurang tentang kesehatan dan kebiasaan masyarakat asli yang sering ditampilkan saat berinteraksi. Berikut pernyataan partisipan:

“..sebenarnya apa, factor factor yang menghambat pekerjaan kami dibawah yang salah satunya tadi saya bilang masalah alat, yang kedua masalah mungkin tingkat pengetahuan mereka (masyarakat) sangat kurang..”(p2)

“..kekurangan ilmu pengetahuan tentang kesehatan.. Tindakan cepat itu bisa biasa berupa contoh salah satunya BHD (Bantuan Hidup Dasar) aa contohnya RJP. Kita melakukan RJP itu pasiennya atau keluarganya mikir kita melakukan malah menambah kesakitannya pasien gitu..”(p2)

“Komunikasi dengan keluarganya pasien, karena kadang kalau keluarga pasien itu, apalagi kalau masyarakat asli papua itu kan mereka emosinya tinggi, main pukul lah ini segala macam..”(p1)

Ringkasan tema berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4.2 Skema Tema Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli

4.2.3 Tema 3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa perawat untuk melakukan alternatif tindakan

Tema Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan sesuai dengan prinsip *lived relationship* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat, dan sarana prasarana dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Tema ini muncul karena pelayanan kegawat daruratan di pedalaman terbentur masalah klasik yaitu sarana dan prasarana yang kurang memadai. Hal ini membuat beberapa partisipan memutar otak untuk tetap dapat melakukan upaya pelayanan dengan segala keterbatasan. Salah satu sub tema yang membentuk tema ini adalah ***usaha menyediakan efek terapi yang di inginkan.***

Beberapa partisipan berusaha menyediakan obat dan efek obat yang dibutuhkan oleh pasien dengan segala keterbatasan di pedalaman. Berikut pernyataan beberapa partisipan:

"..pemerah saja ini kami kekurangan parasetamol, jadi kami nyicil kadang kita pasien yang kita kasihkan satu strip 10 tablet ini kami hanya kasi 5.."(p1)

"..kebetulan waktu itu lidokain kami atau alat apa namanya untuk melakukan anastesinya tidak ada. terpaksa kami akali dengan pakai air es batu terus di kasih tekan sebentar.."(P2)

"Biasanya kalau obat tidak ada pasien nya sebelum itu biasanya kita pergi ke kios (beli obat), kios-kios kan juga jual obat kayak parasetamol, amoksilin bisanya kita kesana kita beli dulu pakai uangnya kita.."(p6)

Menjaga kebersihan dan kesterilan alat kesehatan juga menjadi poin penting dalam pelayanan gawat darurat, namun hal ini menjadi suatu masalah saat perawat berada di pedalaman. ***Usaha menyediakan alat kesehatan yang bersih*** menjadi sub tema berikutnya. Perawat melakukan beberapa usaha agar

alat kesehatan yang penting bisa tetap ada saat dibutuhkan. Penggunaan *handschon* sekali pakai yang berulang serta merebus alat - alat kesehatan menjadi kegiatan yang umum dilakukan.

"Handskun itu yang setengah mati kita sampe ih (mengernyitkan dahi).. cuci jemur cuci jemur handskun itu.."(p3)

"..kita tidak ada alat buat sterilisasi makanya biasa kita pakai panci buat kita rebus saja, alat-alatnya biar steril.."(p6)

Menggunakan alat yang dapat ditemui di sekitarnya menjadi usaha berikut dari seorang perawat pedalaman dalam melakukan pelayanan gawat darurat.

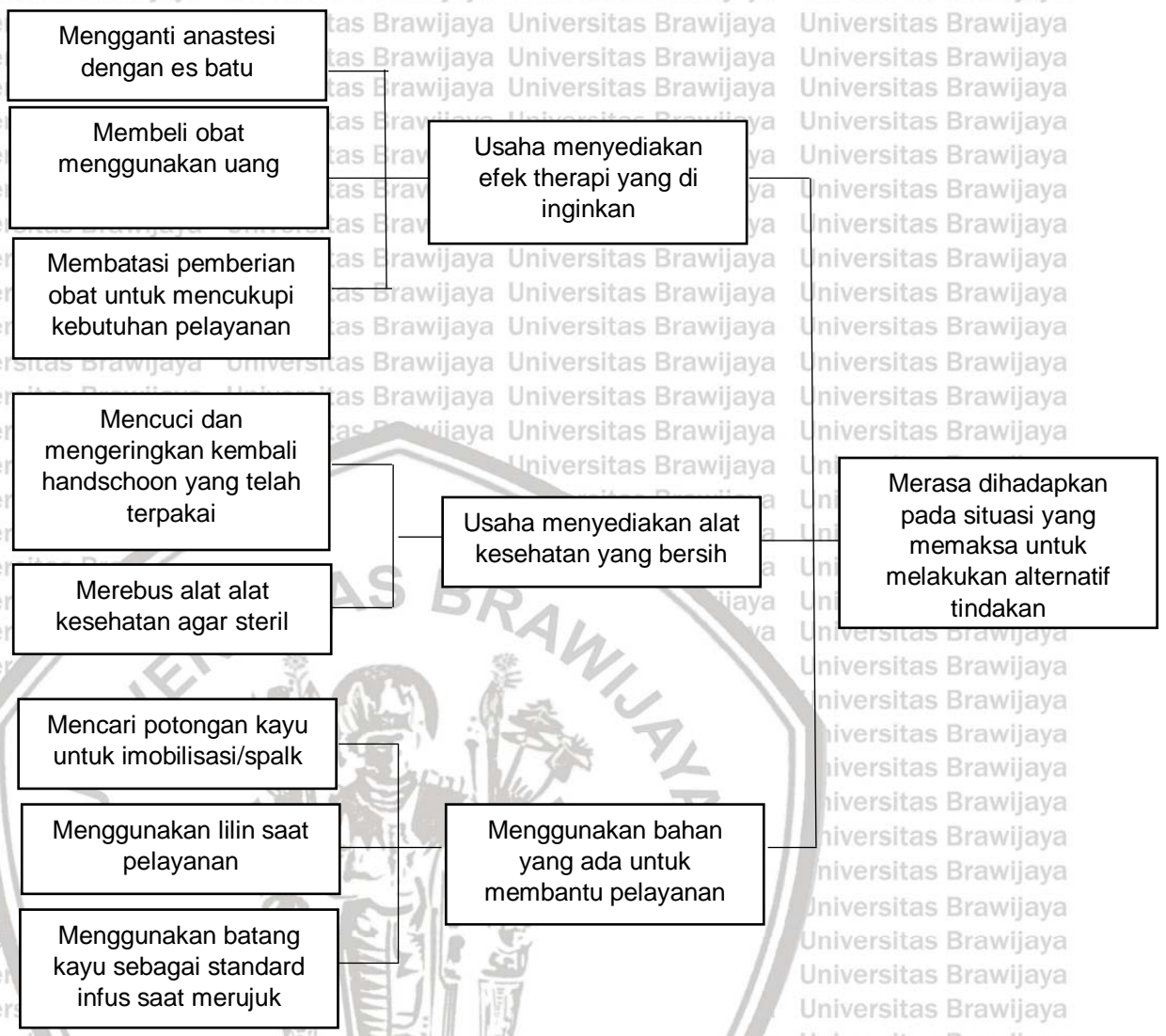
Sub tema ***menggunakan bahan yang ada untuk membantu pelayanan*** merupakan usaha perawat untuk tetap menyediakan layanan yang optimal bagi pasien.

"..pergi ke apa..tukang tukang cari kayu, kayu yang ringan yang bisa dipakai untuk jadi spalk.."(p1)

"Ya, pasien diletakkan diatas perahu, kita diatasnya pasien sambil pegang (batang kayu untuk standart) cairan infus.."(p1)

"..kita ini tidur disampingnya pasien dengan lilin seadanya.. karena pasiennya juga tidak mau ditinggalkan.."(p1).

Ringkasan tema merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4.3 Skema Tema Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan

4.2.4 Tema 4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan

Tema mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan sesuai dengan prinsip *lived relationship* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat, dan sarana prasarana dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Rasa peduli secara tekstual menurut bahasa KBBI berarti “mengindahkan; memperhatikan; dan menghiraukan”. Mempunyai kepedulian terhadap pasien dibangun oleh beberapa sub tema, dimulai dari sub tema ***mengutamakan keselamatan pasien yang menjadi prioritas***. Dalam mengutamakan keselamatan pasien, partisipan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan sesuai prinsip penanganan gawat darurat yaitu keselamatan pasien. Partisipan harus dapat memilih prioritas pemberian layanan terhadap pasien gawat darurat.

“Yang mana lebih kita utamakan duluan yang mana yang mengancam nyawa yang mana masih masih bisa menunggu. Jadi kadang begitu... tiba-tiba datang yang satu minta berteriak teriak ‘keluarganya sudah berdarah berdarah di sana, eeh jemput...!’”(p1)

Menjauhkan resiko yang dapat diderita oleh pasien

“...kita berpikir dari segi kemanusiaan kalo kita tidak menangani itu maka e risikonya kan bisa ke pasien, mungkin saja bisa, nyawanya saja bisa melayang kalo kita tidak menangani..”(p5)

Mengkhawatirkan kesembuhan pasien

“Ee sebenarnya sih antara takut...ee bagaimana ya takut sih sebenarnya bisa tidak kita melakukan ini tanpa di dampingi dokter ee bisa sembuh tidak pasien itu.”(p6)

Dan perjuangan partisipan melakukan rujukan pasien agar pasien tetap aman di perjalanan.

“..proses rujukan dari puskesmas ke kota itu kan pasiennya terus kita perawat yang dampingi sama keluarga pasien juga yang mendampingi pasien..”(p6)

“..biasanya kita stabilkan dulu pasiennya baru kita rujuk ke timika kalau sudah stabil ini (pasien) nya kan baru kita rujuk gitu..”(p6)

“..kami paksa saja untuk merujuk karena melihat kondisi dari pasien jadi terpaksa (merujuk). Dipaksa naik Timika kami mendapat kendala dalam perjalanan yaitu tidak ada air sama sekali (air surut) yang ada itu cuma lumpur.. untuk lewati lumpur dan itu beeh sampai sangat butuh perjuangan betul. Tapi meskipun sudah berjuang tapi sama saja (tidak bisa lanjut berjalan), karena air tidak ada sama sekali..”(p2)

Sub tema berikutnya yaitu terkadang partisipan harus **mengambil resiko demi pasien** saat melakukan pelayanan gawat darurat. Resiko disini adalah saat partisipan harus melakukan tindakan medis yang bukan menjadi *job desk* seorang perawat agar pasien tetap selamat.

“..mau tidak mau kami harus melakukan (tindakan medis) juga, daripada (keselamatan) pasiennya (terancam) juga, tidak mungkin lah kita biarkan saja begitu..”(p2)

“Soalnya keadaan (kondisi pasien) yang membuat kita harus begitu (melakukan tindakan medis). Harus segera mengambil tindakan to kak. Tidak bisa kita menunggu dokter..”(p3)

“..jadi semisalnya dokternya lagi naik ke kota.. tidak ada dokter (di pedalaman) ya mau tidak mau kita sebagai perawat dituntut juga bisa jadi dokter bisa jadi bidan segala macam..”(p1)

“..di satu sisi sebenarnya memang kita takut. Saya pribadi kadang merasa takut untuk melakukan tindakan (dokter) itu karena saya tahu bahwa itu sebenarnya bukan e tugasnya saya, wewenang saya. Cuma karena melihat keadaan pasiennya juga itu, jadi kita mau tidak mau harus kita e melakukan tindakan (dokter) yang sebenarnya..”(p5)

Kepedulian secara finansial menjadi sub tema yang juga kadang kala partisipan lakukan kepada pasien agar pelayanan tetap berjalan.

“..kita harus mengupayakan agar pasien itu dirujuk tanpa harus e apa namanya dibantu oleh, dibantu langsung oleh bendahara (karena tidak ada di pedalaman) (menggunakan uang sendiri)..”(p4)

“..kita cari perahu, cari bensin, kalau tidak kita hutang dulu bensinnya, nanti naik di atas kita ambil di bendahara (uang ganti) itu pun kita gantikan disitu..”(p4)

“..tiba tiba tidak ada apa.. bahan bakarnya, bensinnya itu otomatis kita harus pergi lagi ngutang ngutang di kios-kios, kadang ya sesuai hati nuraninya kita juga kumpul-kumpul (patungan) uang begitu untuk rujuk pasien..”{p1}

Dalam menjalankan tugas sebagai seorang perawat, partisipan tidak lepas dalam menggunakan rasa **empati pada pasien** yang menunjukkan kepedulian mereka terhadap sesuatu yang dirasakan oleh pasien dan masyarakat.

“..Kan kadang kita sedih meninggalkan (menuju kota) beberapa masyarakat yang kita sudah kenal begitu..”(p1)

“Sebenarnya sih ee kasian sih karena kan kita sudah berusaha merujuk mereka ke timika, cuman kan ada kendala alam (harus menunggu), juga perahunya kita cari-cari (dulu)..”(p6)

“..Sebenarnya senang tapi kasian juga kan pasien nya kita kasih tinggal lagi sudah terbiasa sama kita,.kan kadang-kang mereka juga tidak mau juga kalau sudah suka satu (perawat) mereka suka itu saja mereka maunya (dirawat)..”(p6)

Sub tema yang membangun tema mempunyai kepedulian terhadap pasien selanjutnya adalah bagaimana partisipan tetap **mempertahankan keberlangsungan pelayanan** di pedalaman dengan berusaha memberikan pelayanan yang terbaik dan semampunya

“..peralatan yang terbatas tapi kita harus melakukan e kita melakukan tindakan apa adanya saja, misalnya e pasiennya saat itu harus hecing tapi lidocain tidak ada yaa .. mau tidak mau dengan e terpaksa saya harus menjahit hecing pasien tanpa menggunakan anastesi.. ..mau tidak mau , terpaksa kita harus melakukan ini walaupun nanti pasiennya harus kesakitan, kita harus melakukan itu untuk menyelamatkan pasien..”(p5)

“..sampai pelabuhan, kita harus cari mobil lagi, kita harus tawar menawar sopirnya lagi supaya dapat yang murah supaya ongkosnya kita agar tidak tekor, karena pengalamannya petugas itu yang lebih banyak korbakan kita punya biaya dulu (menggunakan uang sendiri) supaya pasien itu bisa sampai fasilitas kesehatan lanjutan di sana..”(p4)

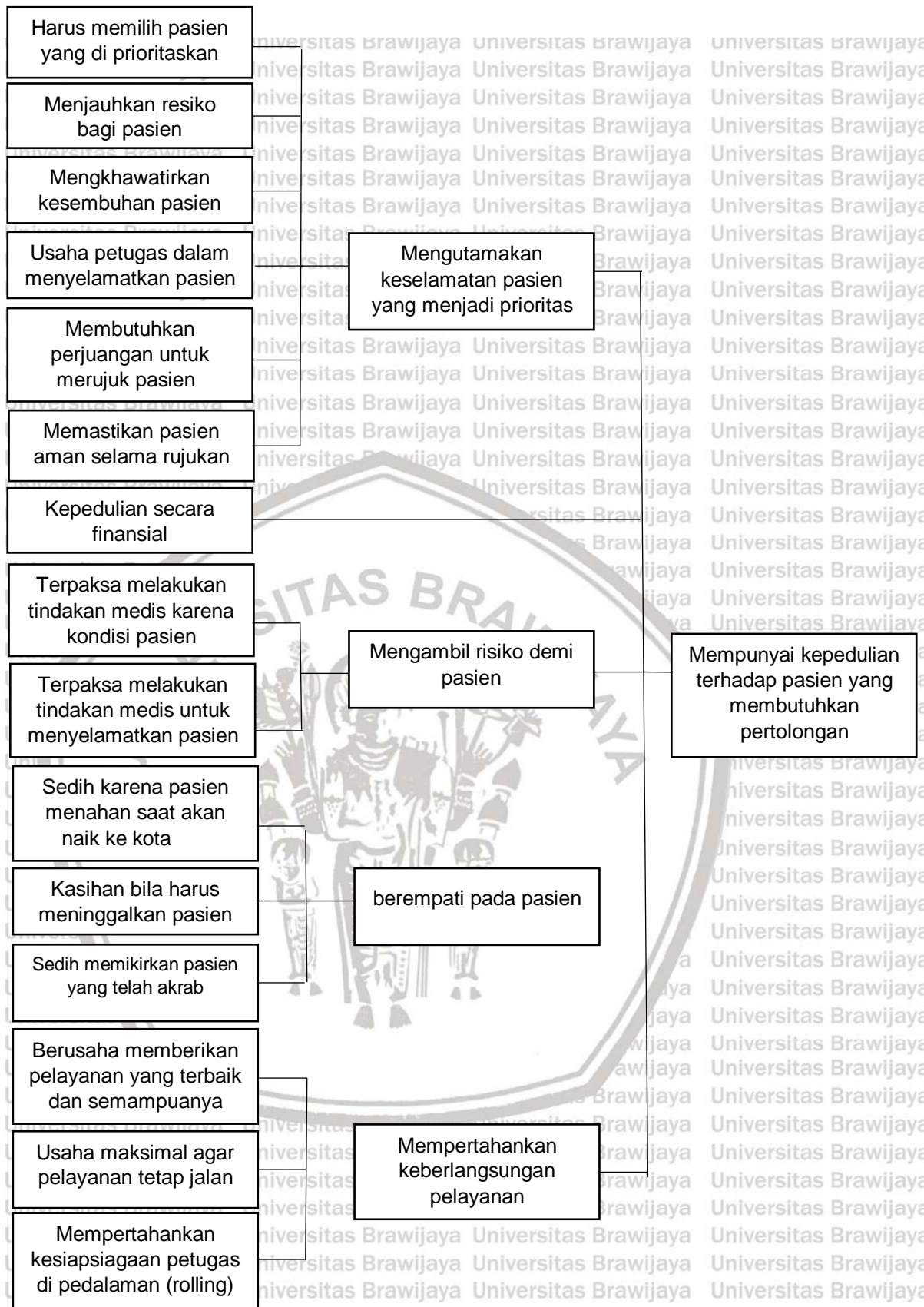
Mempertahankan kesiapsiagaan petugas di pedalaman dengan melakukan sistem **rolling**.

“..sebagai kepala pemimpin, beliau yang mengambil strategi (rolling) bagaimana supaya petugas itu tetap ada bertugas di tempat. Ee saya rasa ada bagusnya ada tidak bagusnya..”(p4)

“..Kan kita rolingan tinggal operan e kayak kita operan gitu kaya ini ada pasien.. Tetap ada pelayanan (walau ditinggalkan) kan kita cuma tinggal tukaran (kelompok kerja) ini saja gitu..”(p6)

Ringkasan tema mempunyai kepedulian terhadap pasien dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 4.4 Tema Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan

4.2.5 Tema 5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

Tema mendedikasikan diri terhadap pekerjaan sesuai dengan prinsip *lived relationship* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat, dan sarana prasarana dalam melakukan pelayanan kegawat darurat yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Dedikasi secara tekstual berdasarkan kamus besar bahasa Indonesia berarti pengorbanan tenaga, pikiran, dan waktu demi keberhasilan suatu usaha atau tujuan mulia, dan pengabdian. Sub tema yang membangun tema ini diantaranya ***tetap menunaikan tugas walau di kota.***

Berdasarkan sistem *rolling* yang berlaku di Kokonao, partisipan yang memiliki kesempatan untuk berkunjung dan beristirahat di kota sesuai dengan jadwal yang telah disepakati, tidak sepenuhnya meninggalkan pekerjaan mereka di pedalaman.

"..di pedalaman saya diberi tanggung jawab sebagai penanggung jawab laporan, jadi kadang kami ke dinkes (kota) antar laporan karena biasanya itu kita juga rapel 3 bulan laporannya kami.."(p1)

"..Kapus minta kita kerja sama dengan apoteker untuk nemanin ambil obat di gudang (farmasi besar) terus bawa ke pelabuhan, masih sempat begitu.."(p4)

"..kita rolingan tinggal operan e kayak kita operan gitu kaya ini ada pasien.Tetap ada pelayanan (walau ditinggalkan) kan kita cuma tinggal tukaran (jaga).."(p6)

"..Tidak ada (pekerjaan yang ditinggalkan) karena biasanya kalo bikin (laporan) itu paling sebelum naik (ke kota) sudah bikin memang (di selesaikan).."(p3)

Sub tema selanjutnya adalah ***ikhlas bekerja.*** Sub tema ini menggambarkan beberapa partisipan yang rela bekerja di pedalaman walau dengan gaji dan status yang belum jelas.

“Untuk saat ini saya kurang jelas juga ya karena baru-baru ini sudah diubah tentang kontrak K1 atau K2, ndak tau sekarang status saya sebagai apa, K1 atau masih sukarela begitu..”(p1)

“..di situ juga masih masalah, maksudnya belum jelas juga (jumlah gaji). Karena waktu masih dikatakan K1 itu masih lebih tinggi (gajinya) daripada sebelumnya, tapi setelah dirombak lagi sama.. ya pemimpin di atas.. kemarin semakin turun (gajinya) lagi malah..”(p1)

“..Insentif mau ditingkatkan juga alhamdulillah tapi tidak (naik) juga biasa saja. Karena dengan adanya seperti ini (perubahan status) saya turun loh kak kontrak jadi honorer..”(p4)

“..Iya turun (gaji/insentif) tapi tidak menurunkan semangat sih..”(p4)

Selain ikhlas dalam bekerja, partisipan juga menyatakan **setia pada pekerjaan** di pedalaman.

“Bertahan ya (di pedalaman), karena memang sudah harus.. bertahan ya, karena memang ini jadwalnya disuruh standby sama kapusnya..”(p4)

“Saya punya prinsip bahwa kita kerja di sini (pedalaman) risikonya harus seperti begini (jauh dari keluarga) jadi sudah harus terima..”(p3)

Bekerja di pedalaman berarti harus menyiapkan waktu dan tenaga untuk melakukan perjalanan panjang menuju tempat tugas. Perjalanan yang menggunakan perahu melalui sungai dan laut ini tak jarang menguji semangat petugas ketika menjalaninya sehingga pengabdian seorang perawat di pedalaman harus benar benar **menyukai pekerjaannya di pedalaman**.

“Kalau kita mencintai pekerjaan mau di tempat tugas, dengan keluarga.. tetap sama saja karena sama-sama dicintai. Jadi tinggalkan keluarga fine, pada saat naik lihat keluarga juga fine-fine saja. Kembali ke tempat kerja senang juga..”(p4)

“..disananya itu tidak ada lampu, tidak ada semua – semuanya. Itu sangat sangat berat sebenarnya cuman karena mengingat tanggung jawab lagi dimana saya harus turun (kepedalaman) dan teman juga yang lainnya harus gantian kan ; mau tidak mau saya harus turun lagi..”(p5)

“Perasaannya senang (turun ke pedalaman).. Iya, karena di kota juga paling kegiatannya itu – itu saja. Kalo di sini (pedalaman) kan kita ada aktivitas (bekerja), Itu saja.. kan daripada nganggur juga tidak enak, mending (turun) kerja..”(p3)

Sub tema selanjutnya yang menunjukkan dedikasi terhadap pekerjaan adalah **tidak ingin membolos**. Kondisi yang berjauhan antar tempat kerja dan tempat tinggal petugas di kota memungkinkan petugas di pedalaman untuk lebih mudah meninggalkan pekerjaannya, namun pernyataan partisipan berikut ini justru sebaliknya:

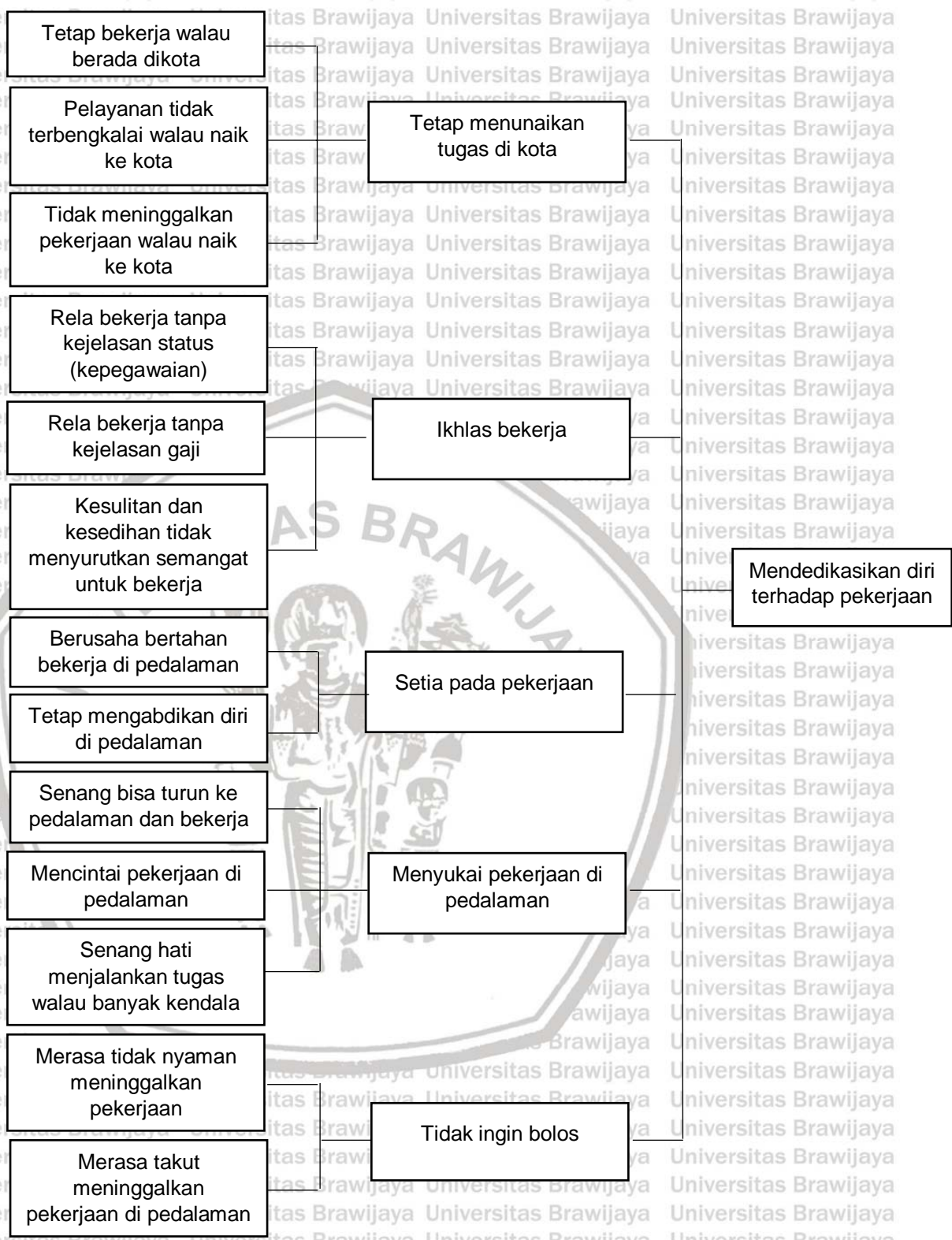
“Gimana kak ya kalau mau digambarkan. Iya kalau terlepas dari tanggung jawab itu ya itu sudah seperti yang saya bilang tadi. Ada senangnya (naik ke kota), ada juga tidak. Tidaknya karena ya itu sudah ada beban dengan tanggung jawab (pekerjaan)..”(p4)

“Jujur sih, sebenarnya ada perasaan takut juga dimarahi dari pimpinan (orang dinas kesehatan) sampai ketahuan (meninggalkan tugas) ke pimpinan..”(p5)

“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah (bila berada di kota lama) dengan teman-teman yang dibawah (pedalaman) begitu..”(p2)

Ringkasan tema Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 4.5 Skema Tema Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

4.2.6 Tema 6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat

Tema susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat ini sesuai dengan prinsip *lived body* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi makna pengalaman fisik dan mental perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Susah secara tekstual menurut kamus bahasa Indonesia adalah “rasa tidak senang (karena sukar, sulit, berat, dan sebagainya), merasa tidak aman (selalu gelisah dan khawatir; sedih) sukar, atau tidak mudah (mendapat, mencari, dan sebagainya)”, sedangkan fisik menurut kamus bahasa Indonesia adalah “jasmani atau badan”. Tema ini dibangun dari dua sub tema yaitu keterbatasan hidup di pedalaman dan mengalami kekerasan fisik saat bertugas di pedalaman.

Keterbatasan hidup di pedalaman didapatkan dari beberapa kategori yaitu merujuk pasien terkendala pasang surut air laut, puskesmas pedalaman tanpa listrik, tempat tinggal petugas kurang layak, membawa sendiri bahan makanan dari kota, sulit mendapatkan air bersih, merujuk pasien menggunakan perahu, transportasi ke pedalaman sulit, jaringan komunikasi di pedalaman sulit. Kedelapan kategori tersebut menggambarkan beberapa kesulitan dan kesusahan yang di alami perawat saat menjalankan tugasnya di pedalaman.

Berikut beberapa pernyataan partisipan yang menyatakan kesusahan secara fisik yang dialami di pedalaman:

“..komunikasinya dengan dikota juga kan susah, Apalagi kami sini jaringannya (telepon) juga harus musti dicari dulu (susah)..” (p2)

“Penerangan (listrik) dari satu tahun belum ada..” (p4)

“..baru saya pergi cari perahu yang bisa kita pakai untuk rujuk pasien..”(p1)

“Dengan jumlah tenaga yang ada dan dilihat dari perumahan petugas yang tidak memadai..”(p4)

“..ee perahunya susah yang mau turun ke Kokonao..”(p6)

“..untuk minumannya terpaksa kita beli air minum terus untuk mandinya mau tidak mau harus menggunakan air asin itu tapi nanti badan itu jadi gatal lengket – lengket..”(p5)

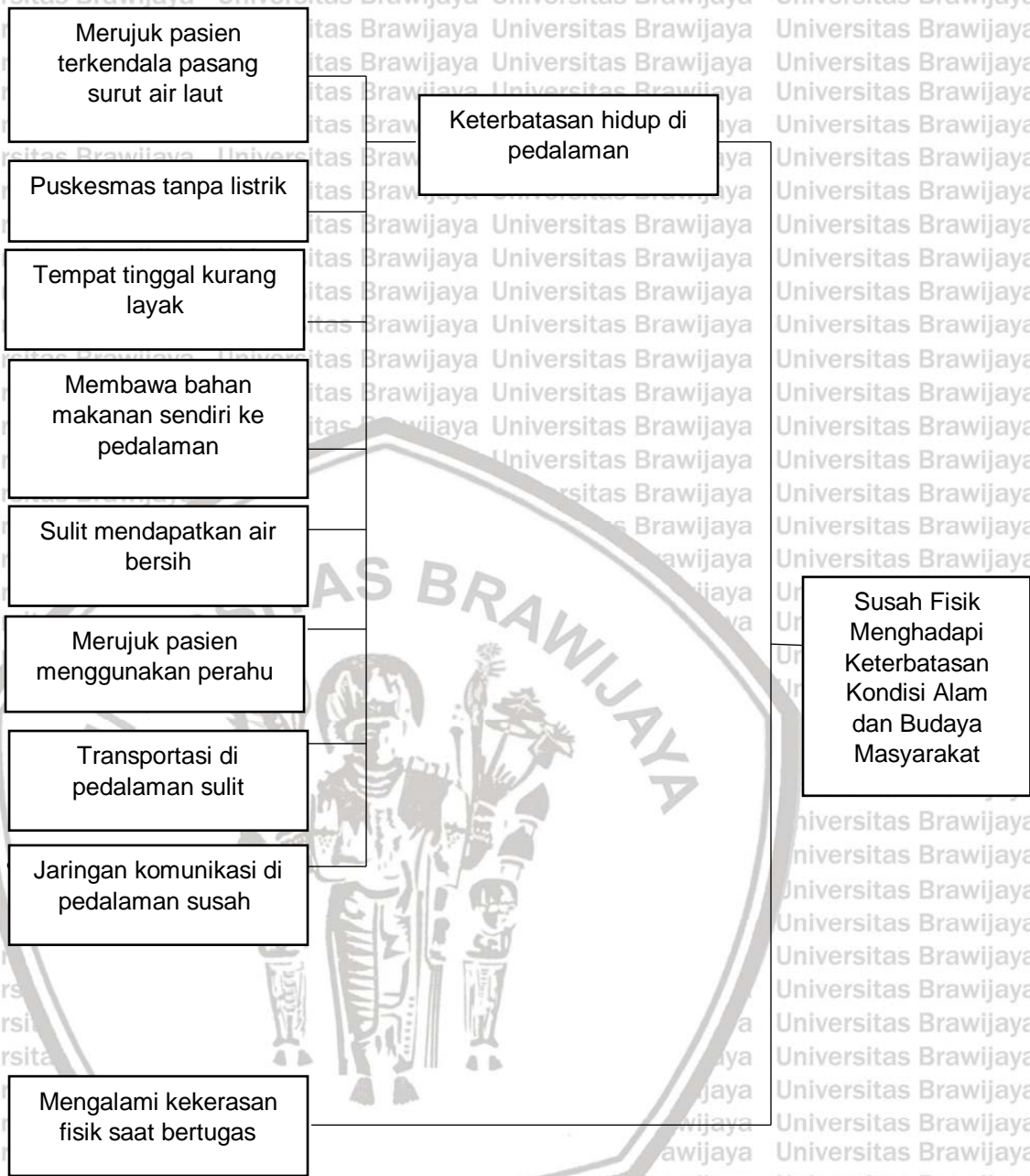
..bukan hanya dari segi tempat tinggal tapi bahan makanannya kita kadang kan susah, terus untuk kebutuhan sehari hari saja untuk minum, air mandi itu susah..(p1)

Partisipan juga mengalami kekerasan fisik saat menjalankan tugas di pedalaman. Kekerasan fisik yang dialami berupa pemukulan yang dilakukan oleh keluarga pasien dan menyebabkan orang tua seorang partisipan mengalami cedera, seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“..datanglah.. mereka tujuannya ke rumah saya di sana saya sempat dipukul pakai balok balok (kayu) dalam keadaan terpasang infus, untung ada mama saya yang pele (tahan). Sudah, akhirnya mama saya yang kena. Itu sudah pengalaman saya masalah dipukul sama pasien..”(p1)

“..saya sudah sering hampir kalau orang papua bilang baku pukul, sudah sering hampir itu baku maki laah..”(p2)

Ringkasan tema susah fisik dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 4.6 Skema Tema Susah Fisik Menghadapi Keterbatasan Kondisi Alam dan Budaya Masyarakat

4.2.7 Tema 7. Lelah Mental Menghadapi Perilaku Masyarakat

Tema lelah mental ini masih sesuai dengan prinsip *lived body* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi makna pengalaman fisik dan mental perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman, dimana bukan saja secara fisik perawat mengalami kelelahan namun juga secara mental.

Lelah mental secara tekstual dalam bahasa inggris yaitu *fatigue* yang berarti lelah, bukan saja secara fisik namun juga secara mental. Lelah mental adalah perasaan kewalahan atau terkuras secara emosional yang berlangsung terus menerus. Tema lelah mental dalam penelitian ini muncul dari beberapa sub tema yang dihadapi oleh partisipan, diantaranya: ***menerima kekerasan verbal*** dan ***mendapat ancaman saat melakukan pelayanan di pedalaman***. Maksud kekerasan verbal disini adalah saat partisipan mendapat makian dan menjadi tempat pelampiasan kemarahan pasien dan keluarga pasien yang tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, sedangkan ancaman adalah berupa pengusiran dan teror yang membuat partisipan ketakutan. Berikut pernyataan partisipan:

“..(Keluarga pasien) Hanya tahunya marah– marah saja di kita (perawat)..”
“..masa kita lagi yang disuruh cari solar, baru yang urus pasien siapa.? Iya begitu. Di marah – marah terus kita ini petugas – petugas..”(p3)

“Jadi mereka (keluarga pasien) marah-marah karena (dikira) tidak ada perawatnya..”(p2)

“..kalau masalah terancam ya pasti merasa terancam karena kita tidak tahu watak mereka..”(p2)

“..Ya ada ancaman kalau tidak bayar kita mau di usir kita dari situ, kalau tidak bayar harga tanah kita di usir dari situ (rumah dinas petugas)..”(p6)

“Bahkan saya dulu pernah diancam mau dipukul keluarga pasien bahkan mereka kadang datang ke rumah dan melakukan terror yang membuat kami ketakutan..”(p1)

Lelah mental juga terbentuk dari sub tema **merasa tidak dihargai** oleh pasien dan keluarga pasien. Perasaan tidak dihargai muncul dari rasa kecewa partisipan yang telah berusaha melakukan pertolongan terhadap pasien gawat darurat namun tetap mendapat tindakan kasar dari keluarga pasien. Seperti ungkapan partisipan sebagai berikut:

"..(sebagai) petugas kita dongkol lah kak. Kita sudah berikan pelayanan kita sudah maksimal kita pergi jemput ke kampung ke sini dirawat datang malah marah-marah.."(p4)

"..awalnya merasa jengkel dan sempat mau meninggalkan tempat tugas sebab kita merasa sudah melakukan pelayanan sebaik baiknya, jauh dari keluarga tapi ternyata masyarakat membalas dengan perlakuan yang tidak adil.."(p1)

"..Kalau marah ya pasti adalah.. karena kita sudah membantu sudah berikan pelayanan tanpa kita pikir juga risiko yang ada ke kita, tapi balasan mereka (masyarakat) terkadang tidak bagus.."(p2)

Kesulitan dan kelelahan secara mental dirasakan oleh perawat yang bekerja di pedalaman juga dapat muncul dari adanya **masalah dengan hubungan sosial**. Hal ini berkaitan dengan perasaan partisipan di saat harus meninggalkan keluarga mereka di kota maupun perasaan yang timbul terkait hubungan dengan teman sejawat di tempat kerja. Berikut petikan pernyataan partisipan:

"..mau bagaimana lagi, sedih karena harus hilang kontak dengan keluarga.."(p1)

"Berat (hati), beraat..(meninggalkan keluarga) tapi ya kalau sebenarnya kita jalani juga sih 2-3 hari di sana sudah tidak , karena mungkin sudah biasa.."(p1)

"Setiap mau turun ke pedalaman itu rasanya sedih sekali, berat sekali kayaknya harus berangkat ke sana (pedalaman). Pertama itu mengingat harus meninggalkan keluarga di Timika.."(p5)

"..Iya sedih (berkonflik dengan teman) Itu saja. Ada marah juga sih, tapi besar sedihnya.."(p3)

Masalah dengan lingkungan kerja dimana perawat melaksanakan tugas juga bisa mendatangkan kondisi lelah mental bagi perawat, salah satunya adalah ketidaksesuaian pendidikan perawat dengan tanggung jawab yang harus diemban di pedalaman, perbedaan perlakuan yang didapat oleh partisipan yang sebagian besar adalah tenaga honorer (non ASN), dan ketidakjelasan manajemen puskesmas menjadikan kondisi lelah mental bagi partisipan selanjutnya.

“Siapa yang ada (di pedalaman) ya kita jalankan, mau tidak mau karena kita (perawat) yang ada di sini dan tuntutan masyarakat untuk harus pelayanan itu tetap berjalan mau tidak mau harus kita jalankan..”(p4)

“Mungkin yang merasa begini dia sudah PNS jadi bisa kan sesuka hatinya naik turun timika, ada dia punya junior yang non ASN yang jaga, jadi tidak masalah..”(p1)

“Ya sama saja yang kembali (disalahkan) itu siapa.? Ya non ASN..”(p1)

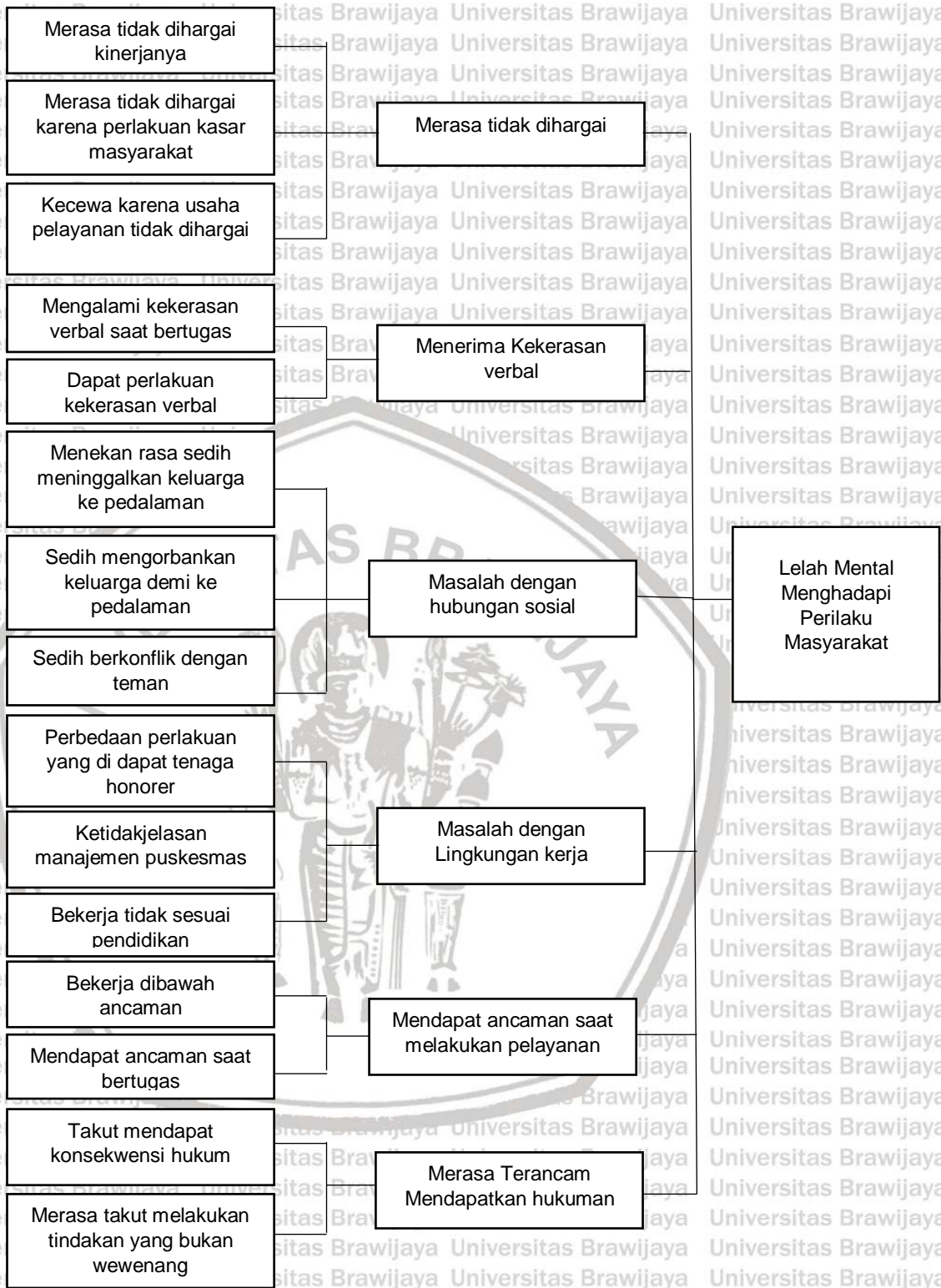
“..memang manajemen kalau puskesmas di pedalaman itu belum tertata dengan baik..”(p4)

Penanganan gawat darurat di pedalaman mendorong perawat melakukan beberapa tindakan yang bukan menjadi wewenang mereka. Hal ini dilakukan semata mata karena ingin menyelamatkan pasien sehingga tindakan medis yang seharusnya menjadi tanggung jawab seorang dokter harus mereka lakukan juga bila dokter tidak berada di pedalaman. Hal ini mendatangkan ketakutan dan rasa khawatir bagi beberapa perawat berkaitan dengan **merasa terancam mendapatkan hukuman** yang bisa didapat bila melanggar kewenangan tersebut.

“..sebenarnya kita takut sih kalau kita lakukan ini (tindakan medis tanpa didampingi dokter) nantik pasiennya tidak sembuh, keluarganya pasti marah-marah takutnya kita disalahkan lagi..”(p6)

“..di satu sisi sebenarnya memang kita takut. Saya pribadi kadang merasa takut untuk melakukan tindakan (dokter) itu karena saya tahu bahwa itu sebenarnya bukan e tugasnya saya, wewenang saya..”(p5)

Ringkasan tema lelah mental dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4.7 Skema Tema Lelah Mental Menghadapi Perilaku Masyarakat

4.2.8 Tema 8. Dipisahkan oleh jarak dan budaya saat menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan

Tema dipisahkan oleh jarak dan budaya saat menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan sesuai dengan prinsip *lived time* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat menjalani peran dan fungsi sebagai tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan (meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien) di daerah pedalaman, serta menjalani peran dan fungsi sebagai anggota keluarga. Tema ini mengangkat makna psikologis partisipan saat menjalani kehidupan sebagai anggota keluarga namun harus meninggalkan keluarga di kota. Tema ini dibangun dari lima sub tema dimulai dari **menutupi perasaan sedih** yang partisipan rasakan saat meninggalkan keluarga dan berangkat ke pedalaman untuk bekerja berusaha menutupi sedih hati mereka karena jauh dari keluarga.

"..(dalam perahu perjalanan ke pedalaman) masih dapat sinyal ini, hape kita masih pegang pegang (mengharap sinyal)..pas sudah hilang (sinyal hape) itu kayak yaa.. mau bagaimana lagi, sedih karena harus hilang kontak dengan keluarga.."(p1)

"Perasaannya sebenarnya antara senang dan tidak sih.. Kan sudah kewajibannya kita ee melayani, kasian juga kalau kita kasih tinggal mereka (pasien dan masyarakat) e terlalu lama.. jadi ya antara tega dan tidak sih sebenarnya.."(p6)

Menjaga perasaan keluarga menjadi sub tema berikutnya, dimana partisipan berusaha menjaga perasaan keluarga yang ditinggalkan agar tetap tenang dan tidak khawatir tentang kondisi mereka dengan tidak menceritakan perlakuan tidak menyenangkan yang mereka rasakan.

“..tapi saya tidak pernah menceritakan juga kalau dapat perlakuan yang kayak begitu (tidak menyenangkan dari masyarakat pedalaman), karena nanti malah bikin tambah khawatir..”(p1)

“..ee tidak terlalu apa lagi ya.. khawatir lagi seperti kemarin kemarin yang masih dia sendiri, kalau sekarang kan sudah.. Ee khawatir iya, tapi sudah tidak terlalu berlebihan karena sudah ada saya ya, yang bisa menjaga dia di sana (pedalaman)..”(p2)

“..saya tidak pernah cerita (ke keluarga) kalau saya di bentak di marah-marah di pedalaman saya tidak pernah cerita-cerita jadi saya saja yang tau...Kalau (keluarga) tau pasti suruh pindah ke timika..”(p6)

Sub tema **mendapat restu keluarga** menjadi hal yang penting saat partisipan menjalankan tugas di pedalaman, berikut pernyataan partisipan:

“Tanggapan mereka sih karena e dari awal sudah bilang (setuju), e tapi mereka biasa cuma bilang gini. ‘kabari’. Saya juga tidak mungkin hilang kabar di pedalaman. Paling itu pesannya dari orang tua untuk saya.. Mereka (orang tua) malah senang kalau saya kerja di pedalaman..”(p4)

“..suami sih bisa menerima walaupun kadang juga sih dia e bertanya ke saya ‘kapan ka bisa meninggalkan pedalaman, bisa pindah’ soalnya kan ya bagaimana lah hubungan dalam rumah tangga bila kita berjauhan begitu..”(p5)

Menjaga keseimbangan pekerjaan dan keluarga adalah sub tema yang

menunjukkan partisipan tetap ingin bisa bertemu dengan keluarga walau bekerja di pedalaman dan menganggap sistem *rolling* yang diberlakukan adalah hal yang dibutuhkan.

“.. mungkin (*rolling*) itu cukup membantu, maksudnya membantu agar teman-teman sebagian maksudnya mungkin ada urusan di kota atau rindu sama keluarganya..”(p1)

“E..sebenarnya itu aturan (*rolling*) dari kita sendiri sebenarnya karena kita kan mengerti masing – masing itu punya keluarga di kota. Jadi, kesepakatan bersama itu kita membagi ada yang sebagian di tempat, sebagiannya lagi balik ke kota..”(p5)

“..dengan adanya pembagian *shif* (*rolling*) seperti begitu .. menguntungkan juga bagi kami karena e kami bisa membagi waktu dengan keluarga di Timika dan sebagian lagi tinggal untuk melakukan pelayanan di tempat..”(p5)

Bekerja terpisah jauh dari keluarga menyebabkan partisipan mengalami rasa rindu dan kehilangan saat berjauhan, hingga pada saat mereka mendapat giliran naik ke kota sub tema **merasa bahagia dan bersemangat bertemu**

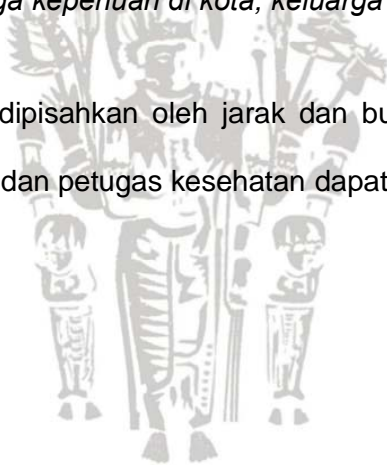
keluarga di kota muncul. Berikut pernyataan partisipan:

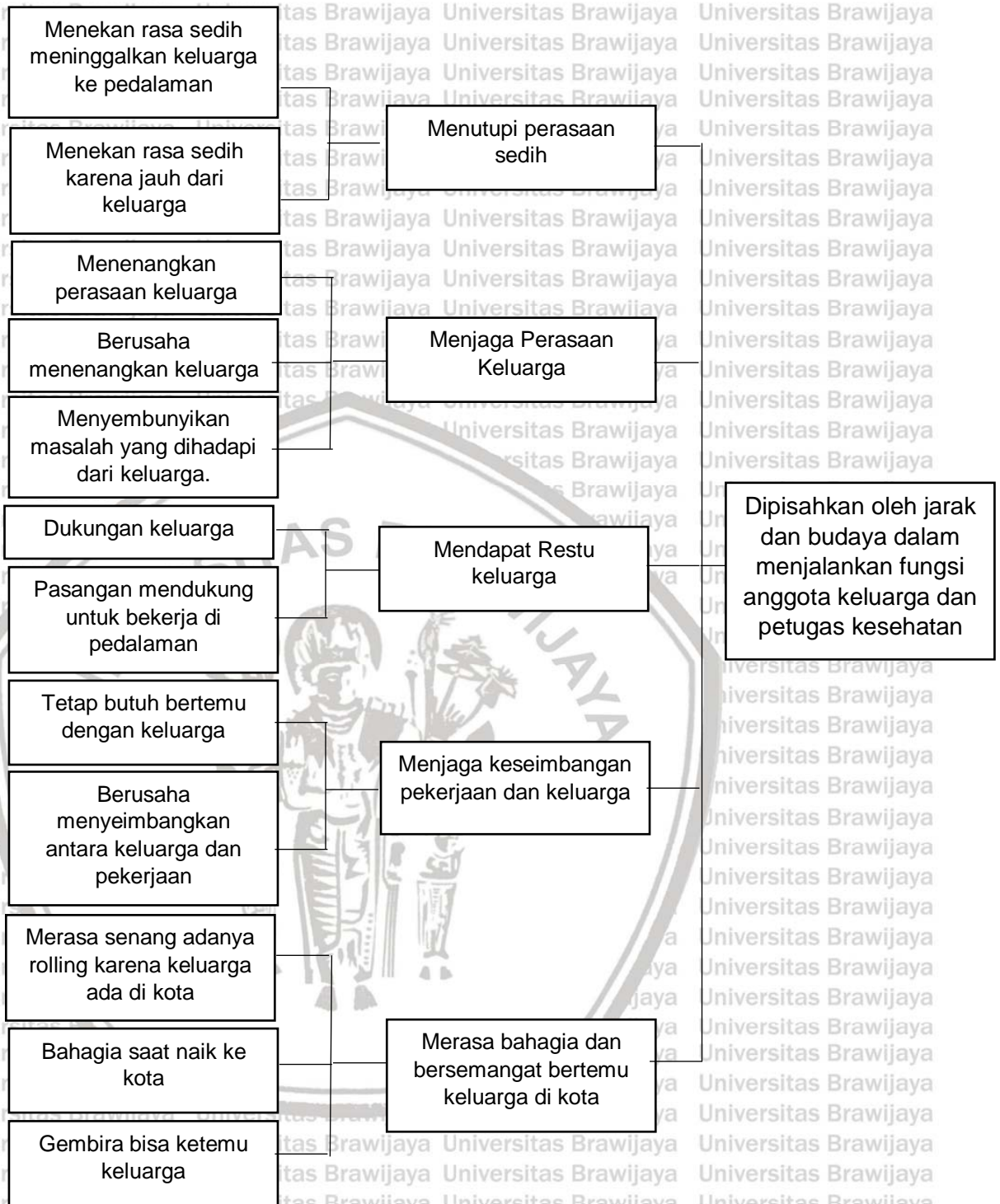
“Yang bikin rindu itu kan ponakan sama mama, jadikan kalau mereka kumpul rame-rame kalau sudah datang pasti mereka senang melihat saya sudah naik..”(p6)

“Saat saya punya jadwal untuk kembali ke kota, waaw..saya begitu senang (tertawa) saya akhirnya saya bisa ketemu dengan keluarga dan meninggalkan semua kesumpekan – kesumpekan yang ada di sana (pedalaman), saya bisa mandi air, mandi dengan sepuasnya, saya bisa nonton tv, saya bisa nelpon – nelpon ke keluarga yang ada di kampung, orang tua. Pokoknya begitu mau naik ke kota saya begitu senang dan bersemangat..”(p5)

“..Senang (ada rolling) iyo, rolling sebenarnya sih kalo menurut saya perlu karena kita tidak mungkin standby selamanya di pedalaman... kita punya juga keperluan di kota, keluarga di kota..”(p3)

Ringkasan tema dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 4.8. Skema Tema Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan.

4.2.9 Tema 9. Melakukan refleksi diri

Tema melakukan refleksi diri sesuai dengan prinsip *lived body* dan menjawab tujuan khusus penelitian mengeksplorasi makna pengalaman fisik dan mental perawat dalam melakukan pelayanan kegawat darurat yang meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien di daerah pedalaman. Refleksi berdasarkan kamus besar bahasa Indonesia secara tekstual berarti “pantulan di luar kemauan (kesadaran) sebagai jawaban suatu hal atau kegiatan yang datang dari luar”. Tema ini dibangun oleh tiga sub tema, dimulai dari **memikirkan kemampuan diri yang masih terbatas**. Partisipan melakukan introspeksi diri berkaitan dengan kemampuan mereka saat memberikan pelayanan gawat darurat. Berikut pernyataan partisipan:

“Iya ada merasa bersalah, takutnya kan e apalagi kalau saya begini (baru) lulus bangku kuliah, belum kerja apa apa tiba tiba e dikerjakan, ditempatkan di pedalaman..”(p1)

“Nanti pas selesai tangani pasien itu duduk termenung, iih kira-kira tadi saya bikin apa ya, pasiennya ya? kira-kira dia selamat kah tidak? kira-kira dia nanti apa, keluarganya marah kah tidak? saya bikin begini keluarganya? Yaa itu perasaannya itu kalau untuk yang ini kita lupakan pokoknya jalan saja..”(p1)

“..kan di pedalaman itu alat ee kadang kalau kita butuh alat yang steril biasanya tidak steril kadang tidak ada alat-alat yang steril di sana takutnya kan pasien infeksi..”(p6)

“..melihat dari pengalaman (tindakan medis) ya, itu maksudnya kita mengikuti contoh yang pernah dilakukan oleh dokter.. mau merasa lain-lain (takut/ ragu ragu/tidak nyaman) juga pasti ada lah kan.. Kan itu bukan tugas kami..”(p2)

Selain mempertanyakan kemampuan diri saat melakukan pelayanan, partisipan juga **memikirkan kondisi pedalaman bila ditinggalkan**, perasaan berdosa yang muncul dalam diri partisipan disaat harus naik ke kota meninggalkan pedalaman.

“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah dengan teman-teman yang dibawah begitu..”(p2)

“.. ada yang waktunya harus naik tapi mereka tunda untuk naik itu jadi gimana ya.. maksudnya lebih tinggal di kota lebih dari waktu yang ditentukan, mungkin ada perasaan juga untuk perasaan tidak enak sama teman-teman yang dibawah (pedalaman)..”(p2)

“Perasaannya merasa berdosa tapi ya .. kan kita tidak .. tidak lama to kak, hanya sebentar saja.. Mmm merasa bersalah karena tidak melayani pasien – pasien (bekerja). Jadi makanya turun..”(p3)

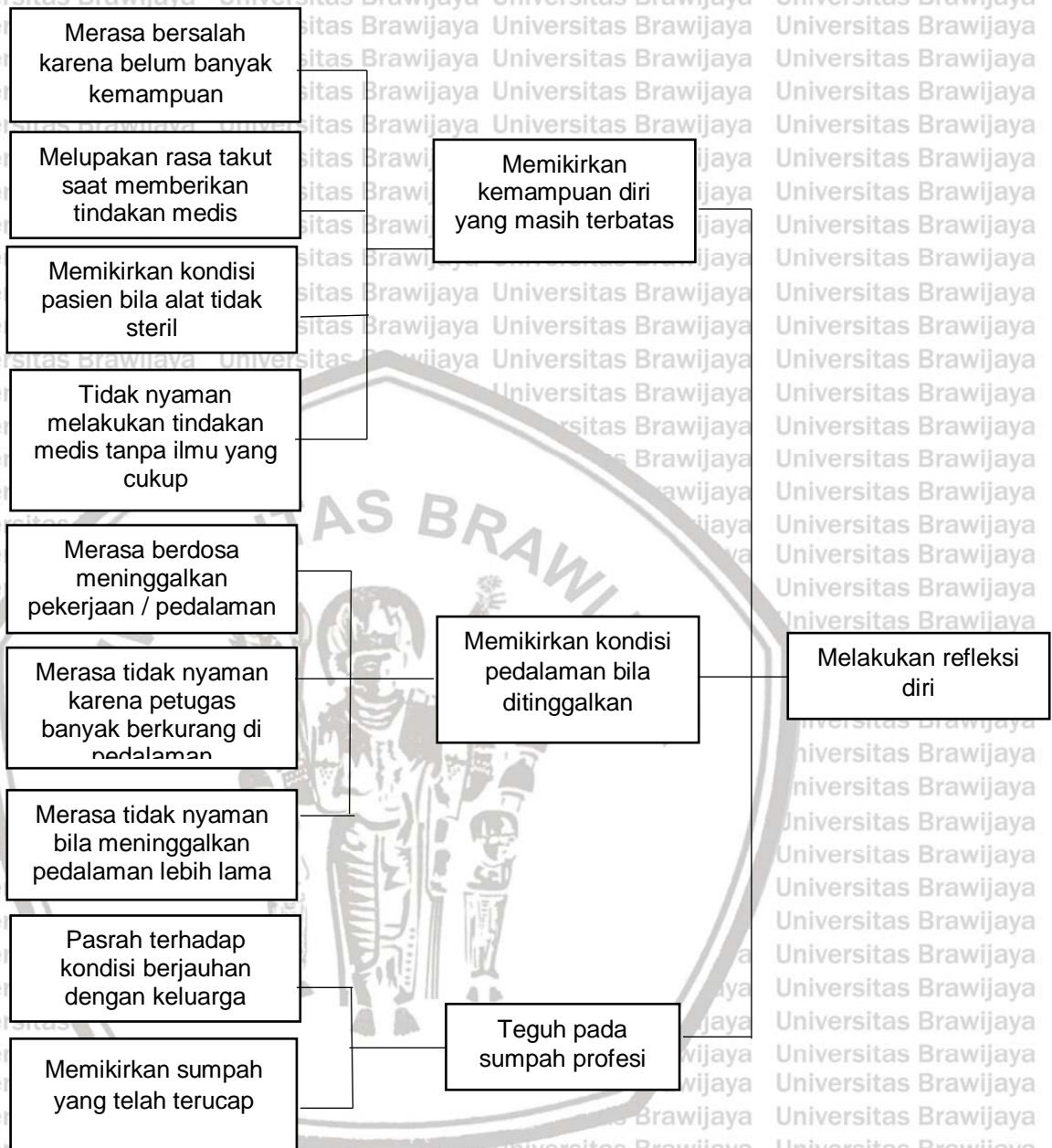
“.. kalau sekarang tidak seperti bagaimana ya, mau dibilang kurang... kurang nyaman (lirih).. kurang nyaman karena kami kan dua orang yang naik jadi takutnya dibawah teman-teman nanti bicara yang tidak tidak lagi. Karena kenapa langsung dua yang naik kayak gitu toh, biasanya kan kalau saya kan sendirian naik..”(p2)

Teguh pada sumpah profesi menjadi sub tema berikutnya, dimana partisipan berusaha tetap menjalankan tugas karena mengingat sumpah yang telah diucapkan dahulu saat lulus kuliah.

“Perasaan nya ee perasaannya tidak enak sih, cuman kita sudah sumpah waktu selesai kuliah itu sumpah dimana pun kita di tempatkan ya harus melayani mereka dengan sepenuh hati ya walaupun mereka marah ya tetap mereka pasien nya kita ya kita tetap layani saja..”(p6)

“..suami sih bisa menerima walaupun kadang juga sih dia e bertanya ke saya ‘kapan ka bisa meninggalkan pedalaman, bisa pindah’ soalnya kan ya bagaimana lah hubungan dalam rumah tangga bila kita berjauhan begitu.. Cuman karena mengingat tanggung jawab lagi dimana saya harus turun (kepedalaman) dan teman juga yang lainnya harus gantian kan , mau tidak mau saya harus turun lagi..”(p5)

Ringkasan tema melakukan refleksi diri dapat terlihat dalam gambar berikut:



Gambar 4.9 Skema Tema Melakukan refleksi diri

4.3 Keterkaitan antar tema: Pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan

Menjalankan tugas sebagai seorang perawat di pedalaman Kokonao, Papua membutuhkan banyak persiapan. Persiapan yang dilakukan tidak hanya persiapan untuk bertahan hidup tapi juga persiapan dalam melakukan pelayanan kesehatan dengan segala keterbatasan. Keterbatasan yang dihadapi bukan saja karena sarana dan prasarana kesehatan yang kurang memadai namun juga kondisi alam Papua yang menjadi tantangan tersendiri bagi perawat saat menjalankan tugasnya. Perawat juga dihadapkan pada situasi dimana mereka harus melakukan banyak tindakan pertolongan bagi pasien gawat darurat dengan menggunakan alat seadanya, bahkan harus melakukan beberapa modifikasi tindakan agar tujuan pelayanan terpenuhi. Dibutuhkan adaptasi bagi petugas agar tetap dapat menjalankan tugasnya dengan baik, baik itu adaptasi terhadap kondisi alam Papua maupun adaptasi terhadap budaya masyarakat Papua yang sangat berbeda dengan budaya partisipan. Salah satu adaptasi yang harus partisipan lakukan adalah hidup berjauhan dengan keluarga mereka yang berada di kota. Perasaan sedih dan rindu karena harus berjauhan dari keluarga yang mereka sayangi membuat proses pelayanan di pedalaman membutuhkan komitmen yang besar dari partisipan.

Komitmen besar yang diberikan perawat dalam melakukan pelayanan tidak terlepas dari rasa kepedulian mereka terhadap pasien maupun masyarakat yang berada di pedalaman Kokonao. Rasa peduli partisipan ditunjukkan dengan berusaha memberikan pelayanan gawat darurat yang optimal walau partisipan masih merasa banyak kekurangan dan tak jarang mereka juga harus rela berkorban secara finansial demi masyarakat yang banyak kekurangan. Segala keterbatasan yang partisipan hadapi tidak dipungkiri menghadirkan tantangan baik secara fisik maupun secara mental,

banyak kesusahan fisik yang harus mereka jalani selain karena keterbatasan sumber daya bagi partisipan dalam menjalani hidup di pedalaman tapi juga adanya tindakan kekerasan yang dilakukan oleh anggota masyarakat sehingga menghadirkan perasaan tidak nyaman bagi partisipan saat menjalankan tugas. Partisipan juga dihadapkan pada situasi - situasi sulit secara mental yang kadang kala mengganggu *performance* mereka dalam melakukan pelayanan.

Sebagai seorang perawat di pedalaman, partisipan berusaha untuk dapat menjalankan fungsi dan peran mereka sebagai anggota keluarga sekaligus fungsi dan peran mereka sebagai tenaga kesehatan. Jarak yang memisahkan antara mereka dengan anggota keluarga di kota membuat beberapa partisipan harus bisa mengatasi masalah - masalah yang timbul akibat keterpisahan tersebut. Pada akhirnya mengantarkan partisipan berusaha berdamai dengan diri mereka sendiri serta berusaha menerima keadaan tersebut. Proses ini membawa partisipan dapat merefleksikan diri kembali dan mencoba menjadi pribadi yang lebih baik, bagi keluarga maupun bagi masyarakat pedalaman.

Menghadapi semua tantangan tersebut tidak menyurutkan semangat partisipan untuk tetap terus mengabdikan di pedalaman walau berada dalam keterbatasan, pelayanan mereka tidak terbatas.

Ringkasan keterkaitan antar tema Pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan dapat dilihat pada gambar berikut:

Pengabdian

Menjadi bagian dari masyarakat Pedalaman

1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman
2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli
3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan

Menjalankan tanggung jawab sebagai perawat di Pedalaman

4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan
5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

Kesadaran Diri

6. Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan
7. Melakukan refleksi diri

**Pengabdian
tanpa batas
dalam
keterbatasan**

Keterbatasan

Menjalankan tanggung jawab sebagai perawat di Pedalaman

1. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat
2. Lelah mental menghadapi perilaku negatif dari masyarakat

Gambar 4.10 Keterkaitan Antar Tema Pengabdian Tanpa Batas Dalam Keterbatasan

BAB 5**PEMBAHASAN**

Bab ini membahas temuan tema tema di lapangan hasil dari analisis data yang kemudian dibandingkan dengan berbagai konsep teori dan hasil penelitian sebelumnya yang dapat memperkuat hasil temuan tema dalam penelitian ini.

Terdapat sembilan tema yang telah penulis sampaikan di bab empat yaitu: 1.

Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; 2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; 3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; 4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; 5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; 6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; 7. Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; 8. Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan 9. Melakukan refleksi diri.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian**5.1.1 Membiasakan Diri dengan lingkungan pedalaman**

Secara kontekstual membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman adalah usaha - usaha yang dilakukan oleh partisipan yang pada penelitian ini seluruhnya adalah pendatang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan pedalaman dimana mereka bekerja. Pembiasaan diri yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini tentu saja berkaitan dengan kondisi alam Kokonao dan situasi yang mengharuskan partisipan berjauhan dengan keluarga mereka, agar partisipan dapat bertahan dan nyaman bekerja di pedalaman. Kondisi lingkungan pedalaman Kokonao yang sangat berbeda dengan kondisi lingkungan asal para partisipan membutuhkan proses

pembiasaan diri yang tidak mudah saat menjalani proses pelayanan gawat darurat. Kokonao yang hanya bisa dijangkau oleh transportasi air sangat tergantung dengan kondisi air pasang. Dimana perahu yang digunakan untuk merujuk hanya bisa melewati aliran sungai pada kondisi kondisi tertentu saja. Bahkan salah satu sungai yang wajib dilewati bila memasuki daerah Kokonao diberi nama IPA yang merupakan kepanjangan dari Ingat Perhitungan Air. Ini menunjukkan betapa pentingnya partisipan dalam memperhatikan kondisi air sebelum merujuk pasien. Proses rujukan pasien gawat darurat di daerah Kokonao sangat tergantung pada kondisi air sungai tersebut. Bila tidak sesuai dengan perhitungan air yang telah ditentukan dapat dipastikan perahu yang melakukan rujukan akan mengalami kesulitan saat mengantar pasien. Hal ini sesuai dengan teori adaptasi yang digagas oleh Calista Roy seorang tokoh keperawatan dalam Alligood (2017), teori adaptasi tersebut mengungkapkan bahwa proses adaptasi berada dalam model system yang terbuka yaitu sebuah sistem yang dapat dipandang sebagai sejumlah unsur saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan berorientasi pada tujuan.

Proses adaptasi tersebut meliputi *input*, *output*, *control*, dan *feedback*.

Input dalam proses adaptasi merupakan sebuah stimulus baik yang berasal dari dalam individu maupun stimulus yang berasal dari luar individu tersebut. Kondisi alam Kokonao serta kondisi partisipan yang berjauhan dengan keluarga dipandang sebagai stimulus dari luar individu yang sangat mempengaruhi proses adaptasi. Selanjutnya *output* yang dalam proses adaptasi adalah perilaku dari partisipan sebagai respons dalam menyikapi stimulus yang berpengaruh terhadap situasi dan kondisi pelayanan gawat darurat di pedalaman. Di sini perilaku yang ditimbulkan oleh partisipan dapat dilihat dalam sub tema yang membangun tema ini yaitu melibatkan kondisi alam dalam pelayanan, dan mengatur jadwal kerja agar petugas tetap berada

di pedalaman. Sedangkan *control* dalam proses adaptasi ini adalah koping yang digunakan partisipan dalam menanggapi stimulus dengan melibatkan fungsi anatomi dan fisiologi serta melibatkan persepsi, penilaian, dan emosi (Alligood, 2017) dimana partisipan dalam penelitian ini tergambar pada sub tema menciptakan suasana yang nyaman di pedalaman.

5.1.2 Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli

Secara kontekstual berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli berarti partisipan merasa perlu memahami kondisi dan kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat asli Kokonao, salah satunya yaitu dimana tingkat pengetahuan mereka yang masih rendah serta lonjakan emosi masyarakat yang mudah naik sehingga partisipan perlu menggunakan komunikasi yang sederhana dan mudah dipahami oleh masyarakat agar dapat menyampaikan pesan-pesan kesehatan saat melakukan pelayanan maupun dalam kegiatan sehari-hari.

Budaya terdiri dari ide-ide tradisional dan nilai-nilai terkait yang dapat dipelajari, dibagikan, dan ditransmisikan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Intervensi dan perawatan yang sesuai dengan budaya telah menjadi komponen penting dalam pendidikan keperawatan karena hasil positif mereka (Li, 2016). Kompetensi budaya mengacu pada kemampuan untuk berkomunikasi di antara budaya dan praktik di luar budaya asli seseorang (Delgado et al., 2013). Pernyataan tersebut sesuai dengan apa yang partisipan lakukan pada penelitian ini dimana mereka berusaha memahami budaya setempat dengan memberikan pemahaman tentang pelayanan yang mereka berikan menggunakan bahasa komunikasi yang sederhana dan dapat dipahami oleh masyarakat yang notabene nya memiliki tingkat pengetahuan

yang rendah. Hal ini dilakukan agar pesan kesehatan dan arahan pelayanan yang ingin disampaikan dapat di terima masyarakat pedalaman.

Delgado et al (2013) lebih lanjut mengatakan bahwa kompetensi budaya ini mencakup sikap empati seseorang terhadap orang lain, rasa ingin tahu, penghargaan dasar terhadap diri sendiri dan orang lain, serta mengakui nilai-nilai intrinsik semua manusia. Hal ini juga sesuai dengan apa yang partisipan lakukan yaitu berusaha berempati dan memahami kekurangan yang dimiliki oleh masyarakat asli pedalaman yaitu masyarakat yang selalu menggunakan emosi tinggi dalam menanggapi sesuatu. Partisipan berusaha menerima keadaan masyarakat yang selalu mengedepankan emosi saat berinteraksi dalam pelayanan dengan tidak menggunakan emosi yang sama saat berinteraksi. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi konflik dengan masyarakat yang akan mengarah pada tindakan kekerasan, baik fisik maupun psikis, sehingga menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga perawat di pedalaman dalam memberikan layanan kesehatan dan memberikan perawatan yang peka budaya karena setiap populasi memiliki norma dan praktik tradisional yang memandu gaya hidup mereka.

5.1.3 Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan

Secara kontekstual merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan berarti partisipan dihadapkan pada dilema dimana mereka harus melakukan tindakan medis maupun tindakan keperawatan dalam pelayanan gawat darurat dengan kondisi dimana sarana dan prasarana yang terbatas, sehingga memaksa partisipan melakukan tindakan - tindakan penyelamatan dengan memodifikasi sumber daya yang

tersedia demi menolong pasien. Salah satu modifikasi yang dilakukan adalah dengan menempelkan es batu pada luka robek demi mendapatkan efek mati rasa/anestesi dari obat Lidocain yang tidak tersedia di pedalaman saat mereka bertugas. Tema ini sesuai dengan temuan tema pada penelitian kualitatif Susilawati (2016), yang menyatakan bahwa tenaga perawat yang bertugas di daerah konflik bersenjata di luar negeri dihadapkan pada kondisi yang sama yaitu berusaha menolong korban peperangan dengan memodifikasi tindakan dan sumber daya yang terbatas.

Selain keterbatasan alat dan bahan dalam penerapan tindakan gawat darurat, partisipan juga dihadapkan pada kondisi lingkungan Kokonao yang terpencil, sehingga tidak memungkinkan partisipan untuk dapat dengan segera menyediakan bahan habis pakai seperti *handschoon* dan perban, sehingga partisipan menggunakan ulang *handschoon* yang seharusnya sekali pakai (*disposable*) setelah dicuci dan dikeringkan terlebih dahulu. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan Crigger et.al (2007) bahwa pada kondisi bencana dimana perawat bekerja pada lingkungan yang tidak ideal dengan segala tantangan dan keterbatasan yang ada dituntut untuk memberikan penanganan yang maksimal pada situasi tersebut, sehingga kemampuan menghadirkan alternatif tindakan yang sesuai dengan kebutuhan saat di pedalaman haruslah menjadi suatu hal yang patut di apresiasi oleh banyak kalangan sebagai sebuah pencapaian yang positif.

5.1.4 Mempunyai kepedulian terhadap pasien

Secara kontekstual mempunyai kepedulian terhadap pasien dalam penelitian ini berarti partisipan melakukan tindakan - tindakan yang dilakukan partisipan terhadap pasien selama proses pelayanan gawat darurat agar mereka tetap mendapatkan pelayanan yang baik. Tema mempunyai

kepedulian terhadap pasien pada penelitian ini menunjukkan partisipan memiliki sifat sesuai teori Caring yang di gagas oleh tokoh keperawatan Jean Watson. Sifat caring yang ditunjukkan oleh partisipan nampak pada sub tema yang membangun tema ini yaitu, mengutamakan keselamatan pasien dan rela mengambil risiko demi pasien, serta sikap empati pada pasien sebagai pengejawantahan dari *Theory of Human Caring* (Watson, 1979 dalam Alligood 2017), dimana hubungan yang dibangun oleh perawat sebagai pemberi asuhan dan pasien sebagai penerima asuhan keperawatan adalah bertujuan untuk meningkatkan kesanggupan pasien sebagai individu untuk sembuh yang di pengaruhi oleh upaya dari perawat untuk melindungi pasien. Perawat juga bertanggung jawab dalam membantu pasien untuk memperoleh pengetahuan dan berusaha meningkatkan kesehatannya sebagai esensi *Caring* hubungan perawat klien dalam keperawatan. Selain itu Watson (Alligood, 2016) juga mengemukakan bahwa inti dari keperawatan adalah *caring*. Yaitu dalam memberikan pelayanan kesehatan seorang perawat harus dapat mewujudkan semua faktor Caring terhadap klien sebagai seorang yang membutuhkan pertolongan. Kemudian *caring* sangat menjaga harga diri seorang klien sebagai individu, yang berarti dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat seharusnya tetap menjaga serta menghargai klien sebagai manusia yang memiliki kelebihan dan kekurangan. Watson juga mengungkapkan bahwa perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan dalam usahanya membantu pasien untuk mencapai kembali keselarasan batin dengan memberikan pengetahuan, dan pengendalian diri serta kesiapan pasien untuk kesembuhannya. Perawat berdiri di atas komitmen yang kuat untuk melindungi, meningkatkan dan mengembalikan martabat serta memfasilitasi kesembuhan bagi klien. Watson lebih lanjut mengatakan perawat harus mampu menunjukkan kualitasnya

sebagai tenaga profesional dengan memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan ilmu pengetahuan dan kode etik sebagai komitmen dari sifat *Caring* tersebut. Dapat dikatakan bahwa perawat harus merasa tertantang untuk memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan ilmu pengetahuan tanpa ragu lagi.

Proses *caring* yang partisipan tunjukkan dalam penelitian ini tidak hanya dengan memberikan pelayanan yang sebaik baiknya demi keselamatan pasien yang memerlukan pelayanan gawat darurat, tapi juga partisipan berusaha menghadirkan hati di setiap pelayanan. Hal itu tercermin dalam sub tema empati pada pasien dan mempertahankan keberlangsungan pelayanan. Hal ini juga sesuai dengan yang diungkapkan Watson (Alligood, 2016) bahwa setiap individu tersebut unik dan memberikan respons yang berbeda beda terhadap penderitaan yang dialaminya sehingga dibutuhkan pemahaman dari seorang perawat saat memberi asuhan keperawatan terhadap bermacam respons yang di tampilkan pasien tersebut baik yang sedang maupun yang akan terjadi. Selain itu, sebagai sebuah hubungan interpersonal antara seorang perawat dan klien *caring* harus dapat ditunjukkan dalam bentuk perhatian dan intervensi yang dapat mempertahankan kesehatan klien serta memberikan energi positif dalam hubungan mereka tersebut.

5.1.5 Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

Secara kontekstual mendedikasikan diri terhadap pekerjaan dalam penelitian ini adalah pengabdian partisipan menjalankan tugasnya dengan ikhlas di pedalaman dengan kondisi yang sulit. Beberapa partisipan dalam menjalankan tugasnya walaupun tanpa kejelasan status dan gaji yang mereka terima. Partisipan dalam penelitian ini dapat dikatakan telah mendedikasikan diri terhadap pekerjaannya. Hal ini dapat terlihat dari sub tema yang

membangun tema dedikasi tersebut. Partisipan walaupun mendapat kesempatan libur dan meninggalkan pekerjaan mereka di pedalaman, namun karena besarnya rasa tanggung jawab yang mereka emban terhadap pekerjaan membuat beberapa partisipan tetap membawa pekerjaan tersebut ke kota dan melakukan pekerjaan lain terkait puskesmas di kota.

Penelitian yang dilakukan oleh Eriadya (2014) tentang *subjective wellbeing* atau kepuasan hidup yang positif pada karyawan sebuah perusahaan, dimana dedikasi dan optimisme memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingginya tingkat kepuasan hidup yang positif pada karyawan perusahaan tersebut. Penelitian ini juga disebutkan dedikasi merupakan salah satu aspek penting pegawai untuk meningkatkan totalitas dalam bekerja sedangkan orang yang bekerja dengan totalitas yang tinggi memiliki *subjective wellbeing* yang tinggi pula. Pernyataan tersebut sesuai dengan sub tema yang terdapat dalam tema ini yaitu partisipan menyukai pekerjaan mereka di pedalaman, tetap menunaikan tugas di kota, dan setia pada pekerjaan. Sub tema ikhlas bekerja walaupun sebagian besar partisipan mendapatkan gaji yang tidak jelas dan status kepegawaian mereka yang masih honorer, ini menunjukkan partisipan dalam penelitian ini memiliki kepuasan hidup yang positif.

Totalitas kerja dapat diartikan sebagai sebuah keadaan yang penuh energi dalam bekerja yang dapat di tunjukkan oleh tiga komponen yaitu dedikasi (*dedication*), semangat (*vigor*), dan keterlarutan (*absorption*) dalam menjalani pekerjaan. Semangat merujuk pada antusiasme, upaya, dan ketahanan. Dedikasi sendiri mengacu pada keterlibatan, memiliki rasa yang bermakna, antusias, terinspirasi, mempunyai rasa bangga, dan merasa mendapat tantangan, sedangkan keterlarutan ditunjukkan dengan konsentrasi dan merasa masuk dalam pekerjaan sehingga melalui waktu dengan cepat

(Saleh, 2016). Pernyataan pada item dedikasi ini sesuai dengan kondisi partisipan dalam penelitian ini yaitu adanya keterlibatan partisipan terhadap pekerjaan yang mereka jalani, serta rasa bangga dan antusias yang partisipan miliki saat menjalankan tugas di pedalaman.

Seseorang dapat disebut berdedikasi ketika dia mau dan bersedia mengorbankan yang ia miliki agar pekerjaan dan tujuan mulia pelayanan kesehatan di pedalaman dapat tercapai. Ada beberapa hal yang dapat membentuk hal ini diantaranya adalah kecintaan terhadap pekerjaan yang partisipan geluti sehingga mereka bersedia mengabdikan hidupnya untuk memberikan pelayanan di pedalaman walau penuh tantangan.

5.1.6 Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat

Susah fisik secara konstektual dalam penelitian ini adalah ketika perawat mengalami kesulitan atau kesukaran yang memberi dampak pada fisik mereka. Bentuk kesusahan fisik yang dialami partisipan dalam tema susah fisik ini salah satunya adalah kekerasan fisik yang dilakukan oleh pasien maupun keluarga pasien. Kekerasan fisik yang didapat berupa pemukulan yang penyebabnya bisa dari berbagai sumber, salah satunya adalah ketidakpuasan pasien maupun keluarga pasien terhadap layanan yang telah diberikan. Temuan ini sesuai dengan penelitian dari Shields dan Wilkins (2009) yang mengungkapkan bahwa sebagian besar perawat yang berada di Kanada mengalami kekerasan fisik dan emosional di tangan pasien. Faktor penyebabnya didapatkan karena iklim di tempat kerja tidak baik, termasuk tidak memadai nya kepegawaian dan sumber daya yang ada, serta hubungan antar pribadi yang buruk di antara petugas kesehatan itu sendiri.

Shield dan Wilkins (2009) juga mengatakan penelitian ini menyediakan bukti adanya hubungan antara kekerasan fisik dari seorang pasien dengan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat dikompromikan sebagai konsekuensi dari kekerasan tersebut. Pernyataan ini sesuai dengan yang dialami oleh salah satu partisipan saat menjalankan tugas di pedalaman, dimana partisipan tersebut mendapat pemukulan dari keluarga pasien karena terjadi kesalahpahaman dimana partisipan disangka tidak menjalankan tugas dengan baik. Konsekuensi yang dipahami seperti ini sebenarnya berpotensi sangat berbahaya dan dapat menyebabkan meluasnya kekerasan fisik terhadap perawat, sehingga Shield dan Wilkins (2009) menekankan pentingnya kepegawaian dan kecukupan sumber daya serta hubungan interpersonal di antara penyedia layanan kesehatan. Pentingnya temuan ini digarisbawahi oleh banyak penelitian yang telah menemukan hubungan antara pelecehan atau tindakan kekerasan di tempat kerja yang dilakukan oleh pasien.

Kondisi susah fisik selanjutnya yang terjadi pada partisipan adalah karena beberapa keterbatasan yang mereka alami berhubungan dengan kondisi kehidupan mereka di pedalaman. Puskesmas yang selama ini tempat mereka memberikan pelayanan selama yang peneliti ketahui tidak dialiri listrik sehingga menyulitkan partisipan dalam memberikan pelayanan bila pasien berkunjung di malam hari. Pelayanan gawat darurat dalam keadaan gelap tentu saja membuat pelayanan tidak maksimal serta menyebabkan partisipan susah secara fisik (penglihatan). Pedalaman Kokonao juga memberi kesempatan kepada partisipan dalam melakukan proses rujukan dimana mereka harus menggunakan perahu melalui sungai maupun lautan selama kurang lebih 4-5 jam perjalanan sehingga menyebabkan kelelahan secara fisik

bagi pasien maupun perawat yang mendampingi. Partisipan juga harus mengeluarkan tenaga ekstra dalam kehidupan sehari – harinya yang menyebabkan mereka mengalami kesusahan secara fisik, contohnya dalam mendapatkan air bersih. Kondisi Kokonao yang merupakan daerah pesisir menyebabkan air tanah yang tersedia tidak tawar seperti yang diharapkan, air sumur yang ada memiliki rasa asin dan berwarna kecokelatan. Dibutuhkan usaha lebih untuk mendapatkan air bersih yang tawar dan jernih yaitu dengan membuat saringan air. Demikian pula dalam hal bahan makanan, kondisi pedalaman yang jauh dari kota membuat partisipan harus membawa sendiri bahan makanan yang mereka perlukan selama tinggal di pedalaman.

5.1.7 Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat

Tema lelah mental secara kontekstual dalam penelitian ini berarti kondisi jiwa/psikis partisipan yang mengalami guncangan akibat perlakuan pasien, keluarga pasien, maupun masyarakat selama menjalankan tugas di pedalaman. Kelelahan mental yang dialami partisipan dalam penelitian ini diakibatkan oleh banyak hal, salah satunya adalah masalah yang didapat dari lingkungan kerja, dimana partisipan sering mendapatkan kekerasan verbal berupa makian dan menjadi sasaran kemarahan pasien serta keluarga pasien saat tidak puas dan tidak mengerti mengenai pelayanan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Dlamini dan Visser (2017), dimana perawat dalam penelitian mereka menyatakan bahwa lingkungan kerja dimana mereka terus diserang dan dihina oleh pasien menciptakan frustrasi dan rasa berkurang kebanggaan dalam profesi mereka. Meskipun tidak tersedianya sumber daya kerja yang memadai perawat masih diharapkan untuk memecahkan masalah dan bertanggung jawab yang melampaui peran mereka. Salah satu perawat menyebutkan bahwa: “pada akhir hari, anda

pulang dengan perasaan tidak berharga dan diremehkan". Hal ini menyebabkan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan. Lebih lanjut Dlamini dan Visser mengatakan perawat sering harus melakukan pekerjaan di luar deskripsi pekerjaan formal mereka. Menurut perawat mereka harus bekerja sepanjang waktu dan tidak diberikan waktu yang cukup untuk beristirahat karena permintaan cuti mereka sering ditolak karena kekurangan staf. Situasi ini menyebabkan kelelahan yang membuat mereka rentan terhadap membuat kesalahan saat bertugas. Ini sesuai dengan kategori yang membentuk sub tema masalah dengan lingkungan kerja yaitu dimana partisipan harus bekerja tidak sesuai dengan pendidikan yang mereka miliki dan terpaksa melakukan beberapa tindakan medis yang bukan wewenang mereka demi menyelamatkan kondisi pasien

Perawat juga menyatakan bahwa mereka merasa dikecewakan oleh manajemen puskesmas dan merasa mendapat perlakuan yang berbeda sebagai tenaga non ASN. Manajemen keuangan puskesmas yang kurang baik menyebabkan partisipan mendapat kerugian secara materi. Hal ini dikarenakan dalam proses rujukan memerlukan uang yang cukup besar untuk dapat membawa pasien ke kota. Partisipan menceritakan menggunakan uang pribadi mereka dengan harapan akan mendapat ganti bila selesai mengantar pasien, namun kenyataannya tidak ada pergantian uang tersebut. Ini yang menyebabkan partisipan merasa kecewa dengan manajemen puskesmas.

Temuan ini juga sesuai dengan pernyataan Dlamini dan Visser (2017) yang dalam penelitiannya perawat menyatakan bahwa mereka merasa dikecewakan oleh manajemen, terutama ketika berbicara tentang kesejahteraan, mereka menggambarkan perawat mengalami ketidakpuasan sebagai akibat dari apa yang mereka pandang sebagai perlakuan tidak adil dari manajemen. Para perawat dalam penelitian ini sering dikaitkan terhadap

tantangan mereka akan kesejahteraan psikologis untuk tidak cukup dihargai dan diakui sebagai tenaga profesional.

5.1.8 Dipisahkan oleh Jarak dan Budaya dalam Menjalankan Fungsi Anggota Keluarga dan Petugas Kesehatan

Tema dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan ini secara konstektual dalam penelitian ini berarti usaha partisipan dalam menghadapi konflik batin antara peran dan fungsi para partisipan sebagai anggota keluarga sekaligus sebagai tenaga kesehatan yang harus meninggalkan keluarga bekerja di pedalaman. Semua partisipan dalam penelitian ini memiliki keluarga dan rumah di kota yang menghadapkan mereka pada situasi harus kehilangan waktu penting dan berharga bersama keluarga saat mereka berada di pedalaman. Salah satu sub temanya yaitu menjaga keseimbangan antara keluarga dan pekerjaan memberikan gambaran bahwa partisipan dalam penelitian ini berusaha untuk menjalankan peran dan fungsinya sebagai anggota keluarga di rumah (tengah keluarga) dan sebagai tenaga kesehatan di pedalaman (jauh dari keluarga). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil studi dari Ahmad, (2008) yang mengatakan bahwa komitmen waktu kerja terkait dengan intensitas konflik antara pekerjaan dan keluarga yang dialami oleh karyawan. Salah satu bentuk konflik antara pekerjaan dan keluarga (*work family conflict*) yang biasa diukur adalah konflik berdasarkan waktu, diartikan sebagai konflik yang terjadi ketika banyaknya waktu yang digunakan untuk satu peran menyebabkan kesulitan dalam memenuhi persyaratan sebuah peran lain (Greenhaus & Beutell, 1985). Jam yang dihabiskan untuk bekerja yang terlalu panjang dapat memiliki dampak negatif bagi keluarga dan bagi pekerja yang berusaha untuk menyalurkan kewajiban di pekerjaan dan peran mereka di keluarga. Peneliti

juga telah menemukan bahwa waktu yang berkomitmen untuk bekerja berkontribusi pada konflik antara pekerjaan karyawan dan yang tidak bekerja sebagai karyawan.

Penelitian ini juga mengungkapkan jenis pekerjaan atau tingkat kategori pekerjaan dapat mempengaruhi kondisi konflik antara pekerjaan dan keluarga (*work family conflict*), dimana pekerjaan sebagai perawat atau dokter memiliki intensitas lebih besar mengalami konflik tersebut. Pekerjaan sebagai tenaga medis memungkinkan partisipan memiliki peran kerja yang berlebih di tempat kerja. Studi ini selanjutnya menyatakan seorang dokter mengalami beban kerja sedang sampai berat sebesar 87,7% dan ini dikaitkan dengan jumlah *on-call* yang relatif tinggi dan jumlah pasien rawat jalan yang meningkat membutuhkan untuk di *visited*, serta dari dokter mengalami beban kerja sedang hingga berat yang dapat dikaitkan dengan frekuensi *on-call* yang relatif tinggi dan peningkatan jumlah pasien rawat jalan yang harus dihadiri serta diikuti oleh jumlah pasien di bangsal yang juga mengalami peningkatan. Kesemuanya mengarah pada rasio terhadap jumlah pasien dan jumlah dokter yang tinggi. Dalam penelitian ini juga dikatakan tenaga dokter mengalami intensitas konflik antara pekerjaan dan keluarga yang cukup besar, dengan peningkatan beban kerja cenderung diikuti dengan peningkatan konflik (Ahmad, 2008). Keadaan ini dapat dikatakan sesuai dengan kondisi partisipan sebagai seorang tenaga kesehatan perawat di pedalaman yang memiliki situasi hampir sama dengan kondisi dokter dalam penelitian tersebut.

5.1.9 Melakukan refleksi diri

Secara kontekstual refleksi diri dalam penelitian ini adalah terjadi komunikasi dalam diri partisipan saat berhadapan dengan keterbatasan yang banyak ditemui di pedalaman, dan proses penerimaan diri terhadap kondisi

yang mereka hadapi selama berjauhan dengan keluarga. Seringkali ada situasi yang tidak sesuai dengan pengetahuan atau pengalaman yang perawat temui. Setiap pasien unik dan dapat bereaksi - berinteraksi dalam berbagai layanan perawatan dan komunikasi dengan perawat. Itu dapat terjadi ketika aktivitas perawatan yang dilakukan oleh perawat tidak mencapai hasil yang diinginkan. Para perawat kemudian harus memikirkan situasi dan cara menemukan solusi, mereka mencoba mengingat apakah pernah berada dalam situasi yang sama sebelumnya.

Refleksi diri yang partisipan lakukan dalam penelitian ini sebagai hasil dari kegelisahan dan pemikiran partisipan saat menemukan banyak kesulitan dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman. Partisipan menemukan bahwa pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki masih terbatas sehingga timbul rasa khawatir saat ingin memberikan tindakan keperawatan maupun tindakan medis. Perawat berusaha menemukan serta memikirkan kembali apa saja yang dapat digunakan dan diperbaiki untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.

Berterö (2010) mengatakan perawat merefleksikan hubungan dengan pasien dan keluarga terdekat, interaksi dengan pasien dan keluarga terdekat, memenuhi kebutuhan dan merasa frustrasi. Mereka mengidentifikasi dan menggambarkan situasinya, menyadari perasaan mereka, mereka mengevaluasi situasinya dan membuat beberapa analisis dan memikirkannya jika mereka bisa bertindak dengan cara lain. Ini sesuai dengan apa yang partisipan munculkan dalam sub tema dengan memikirkan kemampuan diri mereka yang masih terbatas saat memberikan pelayanan gawat darurat serta memikirkan kondisi pedalaman bila mereka tinggalkan ke kota. Hasil penelitian Berterö (2010) juga menunjukkan bahwa refleksi dalam praktik keperawatan dapat diidentifikasi sebagai refleksi pada tindakan, refleksi

dalam tindakan dan refleksi sebagai penemuan diri. Kadang - kadang perawat melakukan kegiatan perawatan yang baik dengan intuisi, mereka melakukan beberapa tindakan yang menurut pengalaman mereka akan berfungsi, tetapi mereka mengalami kesulitan untuk mengungkapkannya, dengan kata lain mereka memiliki apa yang kita sebut pengetahuan bisu. Refleksi sebagai penemuan diri, sesuai dengan apa yang partisipan rasakan dalam sub tema teguh menjalankan sumpah profesi, dimana partisipan merasa harus tetap menjalankan tugas kepada masyarakat walau sebelumnya mereka mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan. Mereka menemukan diri mereka sebagai seseorang yang harus menjalankan sumpah profesi yang telah mereka ucapkan setelah tamat kuliah dahulu.

Pengabdian seorang tenaga kesehatan khususnya perawat di pedalaman Kokonao Papua, nampak dengan jelas pada tema tema yang terbentuk sebagai hasil analisa peneliti, ini menunjukkan bahwa perawat yang bekerja di pedalaman berada dalam proses berusaha menangani masalah (koping). Masalah yang dihadapi oleh partisipan saat menjalani tugas di pedalaman dipandang sebagai stressor yang yang harus diatasi agar pelayanan kesehatan di pedalaman dapat berjalan lancar. Lazarus dan Folkman (1984) (McLeod S, 2015) mengemukakan ada dua jenis respons terhadap koping yaitu yang koping berfokus pada emosi dan koping yang berfokus pada masalah, dimana sebagian besar yang di gunakan oleh partisipan adalah koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*). Secara umum, koping yang berfokus pada masalah adalah yang terbaik, karena menghilangkan stresor, sehingga menangani akar penyebab masalah, dan memberikan solusi jangka panjang.

Strategi koping yang di gunakan partisipan dalam pengabdian mereka di pedalaman yaitu teori adaptasi dari Calista Roy terlihat dalam tema yang terbentuk

antara lain: Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman, Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli, Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan, dan Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan. Koping selanjutnya yang digunakan oleh partisipan adalah teori Caring dari Watson terlihat dalam tema yang terbentuk yaitu: Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan, Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan, dan Melakukan refleksi diri.

5.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan yang peneliti rasakan dalam penelitian ini yaitu saat pengumpulan data, data observasi tidak didapatkan dengan maksimal karena pada saat peneliti turun ke daerah pedalaman jumlah pasien yang berkunjung ke ruang *emergency* sangat terbatas. Hal ini disebabkan karena pada saat penelitian yang jatuh di bulan Desember, masyarakat lebih banyak melakukan kegiatan ibadah sehingga kegiatan pelayanan gawat darurat yang seharusnya bisa di observasi dengan baik hanya minimal yang peneliti dapatkan. Pengamatan atau observasi akan sangat membantu peneliti untuk mengonfirmasikan hasil wawancara serta memberi kejelasan pada suatu masalah.

Penelitian ini hanya melibatkan perawat yang berada di pedalaman Kokonao, dimana kondisi pedalamannya mungkin akan berbeda dengan kondisi pedalaman yang lain sehingga tema - tema yang muncul juga akan berbeda bila diterapkan pada kondisi pedalaman yang berbeda.

5.3 Implikasi Keperawatan

Penelitian ini memberikan beberapa implikasi bagi pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan, dan penelitian keperawatan yang peneliti uraikan sebagai berikut:

5.3.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan tenaga perawat banyak melakukan tindakan - tindakan yang bukan wewenang mereka sehingga menghadirkan rasa tidak nyaman saat bertugas, sehingga kedepannya agar bisa diciptakan form pendelegasian wewenang oleh kepala puskesmas atau dokter yang bertugas agar perawat yang memberikan pelayanan tidak menyalahi aturan hukum

5.3.2 Pendidikan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini juga menunjukkan kemampuan perawat dalam melakukan beberapa tindakan gawat darurat dengan *setting* keterbatasan alat dan bahan kesehatan, institusi pendidikan dapat mengambil bagian dalam memberikan masukan tindakan keperawatan yang dapat dimodifikasi pada kondisi yang sama.

5.3.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian lanjutan sangat diperlukan terkait pelayanan gawat darurat di *setting* pedalaman dengan segala keterbatasan, sehingga hasil penelitian ini bisa menjadi data awal bagi penelitian selanjutnya.

BAB 6**PENUTUP**

Bab ini memaparkan kesimpulan akhir dari hasil penelitian yang telah dilakukan yang menjawab tujuan penelitian yang telah dirumuskan sebelumnya serta saran yang peneliti dapat berikan bagi perbaikan pelayanan gawat darurat di pedalaman.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua sesuai dengan tujuan khusus yang telah disusun yaitu:

1. Tema membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman, dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan dan melakukan refleksi diri menjawab tujuan khusus mengeksplorasi makna pengalaman perawat beradaptasi dengan kondisi lingkungan pedalaman
2. Tema merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan, mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan, dan mendedikasikan diri terhadap pekerjaan menjawab tujuan khusus mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses tindakan kegawat daruratan di daerah pedalaman.
3. Tema susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat menjawab tujuan khusus mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses rujukan kasus sulit di daerah pedalaman.

4. Tema berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli, dan lelah mental menghadapi perilaku masyarakat menjawab tujuan khusus mengeksplorasi makna pengalaman perawat saat melakukan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien dan keluarga pasien di daerah pedalaman.

Seluruh tema dalam penelitian ini menunjukkan tenaga perawat yang menjadi partisipan menjalankan tugas pelayanan di pedalaman secara sadar maupun tidak sadar telah menerapkan strategi coping yang berfokus pada masalah (*Problem Focused Coping*), dimana ini merupakan strategi coping yang terbaik karena menghilangkan stressor langsung ke akar penyebab masalah. Aplikasi *Theory of Human Caring* oleh Watson dan teori Adaptasi oleh Calista Roy menjadi strategi coping yang dapat di gunakan oleh tenaga kesehatan yang akan bekerja di pedalaman.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran kondisi pelaksanaan pelayanan gawat darurat oleh perawat di Puskesmas Kokonao, Papua, sehingga dapat menjadi landasan dalam melakukan perbaikan dalam banyak aspek seperti melengkapi sarana dan prasarana terkait proses pelayanan gawat darurat, memperbaiki manajemen keuangan Puskesmas agar tidak lagi menyulitkan pegawai saat akan melakukan pelayanan dan menyediakan form pendelegasian wewenang bagi perawat yang akan melakukan tindakan medis agar memberikan rasa nyaman dan aman bagi perawat yang melakukan pekerjaan di pedalaman.

6.2.2 Bagi Instuti Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran tentang proses pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman, sehingga dapat menjadikan dasar bahan materi untuk memberikan pembelajaran mengenai pengalaman perawat dan upaya mereka dalam memberikan pelayanan di daerah terpencil.

6.2.3 Bagi Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya, masih diperlukan observasi yang lebih lama dan lebih banyak pada partisipan saat melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Papua, sehingga dapat menangkap lebih luas lagi permasalahan yang dihadapi tenaga kesehatan di daerah terpencil.



Daftar Pustaka

- Ali, U. (2014)., *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. <http://ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/652/528>
- Alligood, MR. (2017)., *Pakar teori keperawatan dan karya mereka*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd. 3 Killiney Road, 08-01 Winsland House 1. Singapore.
- Aminah Ahmad, (2008)., *Job, Family and Individual Factors as Predictors of Work Family Conflict*. The Journal of Human Resource and Adult Learning Vol. 4, Num. 1, June 2008
- Beck, C.T and Polite, D. F (2012)., *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Bintari Ratih Kusumaningrum , Indah Winarni , Setyoadi , Kumboyono - Retty Ratnawati (2013) *Pengalaman perawat Unit Gawat darurat (UGD) puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas*. Jurnal Ilmu Keperawatan - Volume 1, No. 2, Nopember 2013
- Bongekile C. Dlamini and Maretha Visser (2017), *Challenges in Nursing: The Psychological Needs of Rural Area Nurses in Mpumalanga, South Africa*. Remedy Open Access - Family Medicine
- BPS Mimika (2016)., *STATISTIK DAERAH KECAMATAN MIMIKA BARAT (2016)*, Mimika.
- Bungin, B. (2007)., *Penelitian Kualitatif, Komunikasi, Ekonomi,, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial lainnya*. Kencana Prenada Media Grup.
- Carina Berterö, (2010)., *Reflection in and on nursing practices- how nurses reflect and develop knowledge and skills during their nursing practice*. International Journal of Caring Sciences 2010 September-December Vol 3 Issue 3
- Chesnay, MD. (2015)., *Nursing Research Using Phenomenology: Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company
- Chippis., J. A., Simpson, B., & Brysiewicz, P. (2008). *The effectiveness of cultural competence training for health professionals in community-based rehabilitation: A systematic review of literature*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5, 85-94. doi: 10.1111/j. 1741-6787.2008.00117.x
- Creswell, J.W (2014)., *Research Design : Quantitative, Qualitative, and MixMethod Approaches*. SAGE Publications, Inc
- Delgado, D., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P., Gannon, T. M., & Gillett, C. (2013). *Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence*. Journal Of Transcultural Nursing, 24(2), 204-213. doi:10.1177/1043659612472059
- Depkes RI, (2006). *Pedoman Pelayanan Gawat Darurat di Rumah Sakit*
- Djemari., (2011)., *Pelayanan Gawat Darurat (Emergency Care) UGD*. [html http://www.djemari.org](http://www.djemari.org). Diakses tanggal 11 Mei 2018
- Emergency Nurses Association (2008). *Competency for nurse practitioner in emergency care*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing->

- excellence/official-position-statements/id/competencies-for-nurse-practitioners-in-emergency-care/. Diakses Mei 2018
- Eriadya, Melina. (2014)., *Pengaruh totalitas kerja, tuntutan kerja, dan sumber daya pribadi terhadap subjective wellbeing*. Skripsi, Fakultas Psikologi. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). *Sources of conflict between work and family roles*. *Academy of Management Review*, 10,1, 76-88.
- Halaman Papua (2014)., *Meninjau Masalah Kesehatan Di Papua*, <http://halamanpapua.org/umum/pengantar/meninjaw-masalah-kesehatan-di-papua/> . Diakses 12 mei 2018
- Herdiansyah, Haris. (2010)., *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Ilmu Ilmu Sosial*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia., (2008)., *Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional*. Jakarta: Pusat Bahasa
- Kantor Staf Kpresidenan <http://www.ksp.go.id/tantangan-kesehatan-papua-alam-manusia-dan-tatakelola/index.html>. Diakses 11 Mei 2018. Deputi II Kepala Staf Kepresidenan RI
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia (2015)., *Rancangan Awal Rencana Strategis Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Tahun 2015-2019*. Jakarta 2015
- Kidd, T. Kenny, A. Terri Meehan-Andrews. (2011)., *The experience of general nurses in rural Australian emergency departments*. *Nurse Education in Practice*. Elsevier.
- Krisanty, P, Manurung. S, Suratun, Wartonah, Sumartini. M, Dalami. E, Rohimah, Setiawati. S, (2016). *Asuhan keperawatan gawat darurat*. Trans Info Media. Jakarta.
- Lewis, J (2010)., *Qualitative research practice: a guide for social science student and researcher*. SAGE Publishing. Missisipi
- Margot Shields and Kathryn Wilkins, (2009)., *Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients*. *Health Reports*, Vol. 20, no. 2, June 2009 • Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE
- McLeod, S. A. (2015). *Emotion focused coping*. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/stress-management.html#em>
- Moleong, L J, (2014)., *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Rosda Bandung
- Notoatmodjo, S., 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan* : Rineka. Cipta. Nursalam, Jakarta.
- Nugroho, Y (2018)., *Tantangan Kesehatan Papua: Alam, Manusia, dan Tatakelola*. Tantangan Kesehatan Papua: Alam, Manusia, dan Tatakelola

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 19 Tahun 2016., (2016) *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 949/Menkes/Per/VIII/2007., (2007) *Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terampil dan Sangat Terampil*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Saleh, AR. (2016)., *Analisis Faktor Skala Totalitas Kerja (Work Engagement)* Disampaikan dalam seminar 2nd Psychology & Humanity ©Psychology Forum UMM, 19 – 20 Februari 2016.

Sanjana,Wina. (2011). *Strategi Pembelajaran Berorientasi Standar Proses Pendidikan*. Cetakan Kedelapan. Jakarta:Kencana Prenada Media

Sloan, A, Brian. B. (2014)., *Phenomenology and Hermeneutic Phenomenology the Philosophy, the Methodologies, and using hermeneutic phenomenology to investigate lectures experienceof curriculum design*. Dublin Institute of Technology. ARROW@DIT

Speziale H.J.S and Carpenter D.R (2007)., *Qualitative Research In Nursing: Advancing The Human Imperative, Fourth Edition*. Lippincot William & Wilkins, Philadelphia

Sugiono, (2008)., *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : CV Alfabeta.

Suharmiati, Handayani L, Kristiana, L (2012) *Faktor faktor yang mempengaruhi keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas daerah terampil perbatasan di kabupaten Sambas*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 15 No. 3 Juli 2012: 223–231

Susilawati (2016), *Pengalaman perawat melakukan pelayanan gawat darurat di daerah konflik bersenjata diluar negeri*. Tesis Universitas Brawijaya

Taylor, B., Karmode, S., Robert K (2007)., *Research In Nursing and Health Care Evidence for Practice. 3 Edition*. Thompson. Australia

Triastuti L, Livolina L.S, Mantow, S.S (2015) *Studi fenomenologi pengalaman perawat dalam melaksanakan Triase di IGD Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung*. Jurnal Ilmu Keperawatan

Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. .

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Wahyuni, Tri., (2015) *Sulitnya Memberi Pelayanan Kesehatan di Papua*, CNN Indonesia. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20151129164221-20-94742/sulitnya-memberi-pelayanan-kesehatan-di-papua>. Diakses mei 2018

Wiley, K. (2016)., *Rural Emergency: Nurses are making a difference*. WWW.JENONLINE.ORG. Elsevier

Zhizhong Li, (2016)., *Cultural Competence in Nursing Students and Practicing Nurses*. Published by ProQuest LLC(2017). Copyright of the Dissertation is held by the Author

SURAT PERNYATAAN

KESEDIAAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Yang Bertanda tanga dibawah ini :

Kode Partisipan :

Umur :

Alamat :

No Telpon :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa telah mendapat penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan mamfaat penelitian, maka dengan ini saya secara sadar dan sukarela bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya, penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Timika, 2018

Yang membuat pernyataan



DATA DEMOGRAFI

Partisipan :

Tempat/Tgl Lahir :

Jenis Kelamin :

Suku :

Agama :

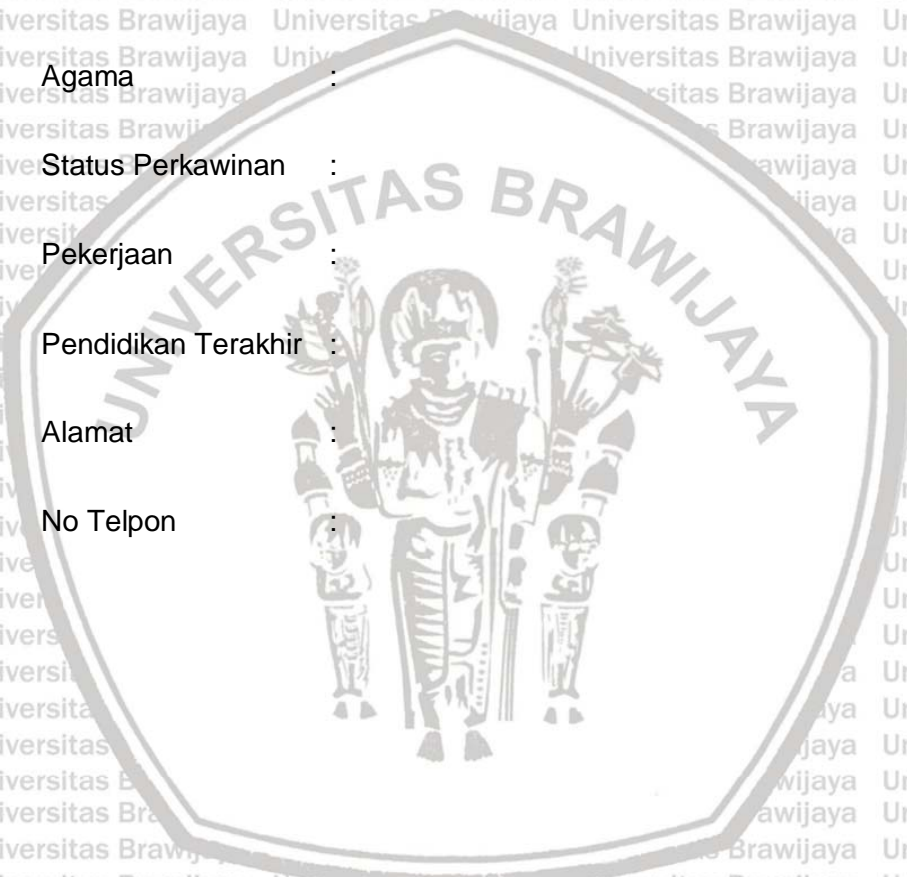
Status Perkawinan :

Pekerjaan :

Pendidikan Terakhir :

Alamat :

No Telpn :



PANDUAN WAWANCARA MENDALAM**A. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua

B. Data Demografi

Pewawancara : Ns. Zulkifli, S.Kep

Tanggal wawancara :

Waktu wawancara :

Tempat Wawancara :

C. Pedoman Wawancara

1. Lived Space

- Tolong di ceritakan secara mendetail pengalaman saudara saat melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman. (Proses tindakan gawat darurat, proses rujukan pasien, kendala yang dihadapi, dan Strategi dalam mengatasi kendala)

2. Lived Time

- Bagaimana dengan pembagian jadwal jaga di pedalaman, bisa tolong diceritakan perasaan saudara dalam menjalani tugas dengan system tersebut?
- Kemudian tolong saudara ceritakan apa saja kegiatan anda selama tidak berada di pedalaman? Dan bagaimana perasaan saudara selama meninggalkan pekerjaan ?

- c. Tolong ceritakan harapan saudara terhadap pelayanan gawat darurat di pedalaman?

3. Lived Body

- a. Tolong ceritakan motivasi saudara sebagai seorang perawat dalam memberikan pelayanan gawat darurat di pedalaman?

- b. Bagaimana perasaan saudara saat akan turun jaga (menjalani tugas) ke pedalaman (meninggalkan keluarga, meninggalkan semua kemudahan yang ada di kota)

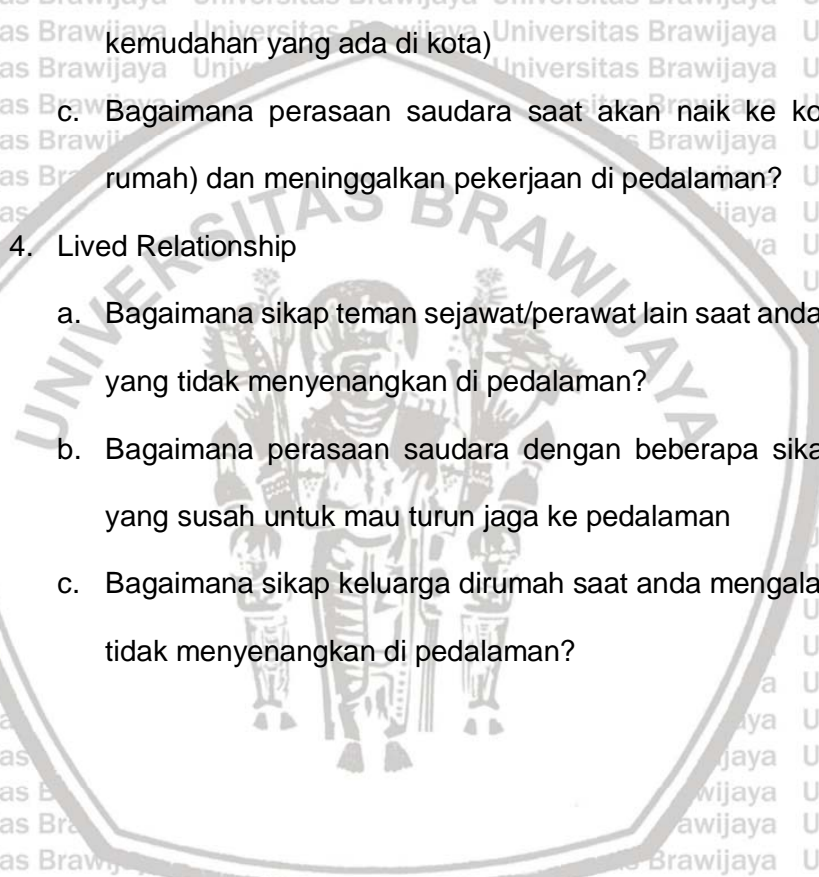
- c. Bagaimana perasaan saudara saat akan naik ke kota (kembali ke rumah) dan meninggalkan pekerjaan di pedalaman?

4. Lived Relationship

- a. Bagaimana sikap teman sejawat/perawat lain saat anda mengalami hal yang tidak menyenangkan di pedalaman?

- b. Bagaimana perasaan saudara dengan beberapa sikap perawat lain yang susah untuk mau turun jaga ke pedalaman

- c. Bagaimana sikap keluarga dirumah saat anda mengalami hal hal yang tidak menyenangkan di pedalaman?



FORMAT CATATAN LAPANGAN

Partisipant : _____

Hari/Tanggal : _____

Waktu : _____

Tempat : _____

NO.	OBSERVASI	DESKRIPSI
1	Keadaan Lingkungan	
2	Posisi Pewawancara	
3	Respon Non Verbal	

Lampiran 5. Permohonan Ijin Penelitian kepada Bakesbangpol



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : //838 /UN10.F08.01/PP/2018
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

13 NOV 2018

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
Kabupaten Mimika

Sehubungan dengan penyelesaian Tesis mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
FKUB yang tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Zulkifli
NIM : 176070300111041
Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan
Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat
Papua.

Dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut diberikan ijin penelitian
di wilayah kerja Saudara sepanjang mahasiswa kami memenuhi ketentuan yang berlaku.

atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

a.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik

Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med, SpA(K)
NIP.197307262005011008



Lampiran 6. Balasan ijin Penelitian dari Bakesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN MIMIKA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jln. Poros Timika - Kuala Kencana Kantor Bupati Gedung C, Lantai 2 Timika - Papua
Telpon / Fax : Email : bakesbangpolkabmimika@gmail.com Kode Pos : 99913

REKOMENDASI PENELITIAN

NOMOR : 070 / 430 / 209.4/2018

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011.
- b. Menimbang : Surat dari KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS BRAWIJAYA FAKULTAS KEDOKTERAN Nomor : 11838/UN10.F08.01/PP/2018 tentang permohonan Izin penelitian

Bupati Mimika memberikan rekomendasi kepada :

Nama : Zulkifli
NIK / NIM / NRP/NPP : 176070300111041
Pangkat/Gol Ruang/Kls : ---
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Kebangsaan : Indonesia
Judul Penelitian : STUDI FENOMENOLOGIS : PENGALAMAN PERAWAT MELAKUKAN PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI PEDALAMAN KOKONAO, MIMIKA BARAT, PAPUA
Tempat Penelitian : Kab. Mimika
Waktu : 25 November 2018 – 12 Desember 2018

Atas Rekomendasi Ijin Penelitian yang diberikan kepada saudara peneliti diwajibkan mentaati ketentuan sebagai berikut :

- Sebelum melaksanakan kegiatan agar terlebih dahulu melakukan koordinasi dengan Instansi terkait termasuk Aparat Keamanan di Daerah;
- Mentaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di dalam Negara Republik Indonesia serta menghormati tata tertib dan budaya masyarakat setempat;
- Menyampaikan laporan / data – data hasil penelitian kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Mimika setempat sebagai bahan kajian dan referensi Pemerintah Daerah;**
- Tidak melakukan kegiatan lainnya kecuali kepentingan pendataan sesuai Rekomendasi yang diberikan;
- Memperhatikan dan menjaga kondisi masyarakat di daerah setempat dan apabila terdapat penyimpangan akan ditindak sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku di dalam Negara Republik Indonesia.

Demikian Rekomendasi Ijin Penelitian ini dikeluarkan untuk dipergunakan seperlunya.

Timika, 27 November 2018

KEPALA BADAN

PETRUS LEWA KOTEN, SH, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP : 19660907199303 1 011

Lampiran 7. Permohonan Ijin Penelitian kepada Dinkes Kabupaten Mimika



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 5587 /UN10.F08.01/PP/2018
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

04 JUNI 2018

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika

Sehubungan dengan penyelesaian Tesis mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FKUB yang tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Zulkifli
NIM : 176070300111041
Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika dan Papua.

Dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut diberikan ijin studi pendahuluan di wilayah Kerja Saudara sepanjang mahasiswa kami memenuhi ketentuan yang berlaku.

atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

a.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik

Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med, SpA(K)
NIP 197307262005011008



Lampiran 8. Balasan ijin Penelitian dari Dinkes Kabupaten Mimika



**PEMERINTAHAN KABUPATEN MIMIKA
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Kantor Pusat Pemerintahan Kab.Mimika Jl. Poros Kuala Kencana Timika – Papua 99913
Email : dinkes.kabupatenmimika@gmail.com / Hp.0812 4042 4130, 0812 4042 4171

SURAT KETERANGAN IJIN PENELITIAN

Nomor: 440/kepd/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika memberi ijin penelitian Kepada mahasiswa :

Nama	: Zulkifli
NIM/NIP/NRP/NIK	: 176070300111041
Pangkat/ Gol. Ruang	: -
Pekerjaan	: Pegawai Negeri Sipil
Kebangsaan	: Indonesia
Judul Penelitian	: <i>"Study Fenomenologi : Pengalaman Perawat Melakukan Pelayanan Kegawat Daruratan Di Pedalaman Kokonau, Mimika Barat, Papua"</i>
Tempat Penelitian	: Puskesmas Kokonau
Waktu	: 25 November 2018 s/d 12 Desember 2018

Sesuai dengan Surat Nomor : 070/ 430/ 209.4/ 2018 dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik , Perihal Permohonan ijin Penelitian, maka kami mengharapkan kerja sama yang baik selama mahasiswa tersebut melaksanakan penelitiannya di wilayah kerja Bpk/ Ibu agar di bimbing dan di arahkan sesuai kebutuhannya. Demikian penyampaian kami atas perhatiannya terima kami ucapkan kasih.

Timika, 23 November 2018

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Mimika



M. ALFRED DOUW, S.Pd
NIP: 19591219 198401 1 003

Lampiran kepada yth:
1. Kabid. Pelayanan Kesehatan

Lampiran 9. Permohonan Ijin Penelitian kepada Puskesmas Kokonao



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : //838 /UN10.F08.01/PP/2018
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

13 NOV 2018

Yth. Kepala Puskesmas Kokonao

Sehubungan dengan penyelesaian Tesis mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FKUB yang tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Zulkifli
NIM : 176070300111041
Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat Papua.

Dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut diberikan ijin penelitian di wilayah kerja Saudara sepanjang mahasiswa kami memenuhi ketentuan yang berlaku.

atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

a.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik

Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med; SpA(K)
NIP. 197307262005011008

Tembusan :
Ka. Tata Usaha Puskesmas Kakanao



Lampiran 10. Balasan Ijin Penelitian dari Puskesmas Kokonao



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN MIMIKA
PUSKESMAS KOKONAO**

JALAN CENDRAWASIH KOKONAO, DISTRIK MIMIKA BARAT

Nomor : 445/ 117/XXI/PKM- KKN /2018
Lamp. : -
Perihal : Surat Pemberian Ijin Penelitian

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama :
NIP :
Jabatan : Kepala Puskesmas Kokonao

Sesuai dengan surat bernomor: 440/ 608.D/ 2018 dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika, tentang keterangan Ijin Penelitian yang di berikan kepada :

Nama : Zulkifli
NIM : 176070300111041 (Mahasiswa FK Univ. Brawijaya)
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Judul Penelitian : Study Fenomenologi Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.
Tempat Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Kokonao
Waktu : 25 November – 12 Desember 2018

Dengan ini **memberi izin** kepada saudara yang tersebut diatas untuk dapat melakukan penelitian sesuai dengan waktu dan jadwal yang telah di susun. Demikian surat ini kami buat akan dapat di pergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kokonao, 12 Desember 2018
Kepala Puskesmas Kokonao

Muhammad Muri, SKM.
NIP. 197007141994031006

Tembusan: Disampaikan Kepada Yth:

- 1. AR SIP



Lampiran 11. Permohonan *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 11736 /UN10.F08/PN/2018
Lampiran : Satu Bendel
Hal : Permohonan *Ethical Clearance*

12 NOV 2018

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan
LPPM Universitas Haluoleo (UHO)
Kota Kendari

Sehubungan dengan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagai prasyarat bagi Mahasiswa Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, bersama ini kami mohon dapatnya diterbitkan *Ethical Clearance* bagi nama di bawah ini yang akan melakukan Penelitian di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

Nama : Zulkifli
Program Studi : S2 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat dalam Melakukan Pelayanan Kegawat Daruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Dekan,

Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 195804141987012001

Tembusan :
1. KPS Magister Keperawatan FKUB





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PERGURUAN TINGGI
 UNIVERSITAS HALU OLEO
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 Kampus Hijau Bumi Tridharma Anduonohu Jl. H.E.A. Mokodompit Kendari
 Telp/Fax. (0401) 3193391, Website: lppm.ac.id

Surat Kelaikan Etik (*Ethical Clearance*)
 Untuk Penelitian Kesehatan yang Menggunakan Manusia Sebagai Subjek Penelitian

KELAIKAN ETIK (ETHICAL CLEARANCE)
 Nomor: 2504/UN29.20/PPM/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat Universitas Halu Oleo, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul:

“Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Pelayanan Kegawatdaruratan di Pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua”

yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek penelitian, dengan

Ketua Pelaksana/Peneliti Utama : Zulkifli
 Unit/lembaga : Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
 Tempat penelitian : Pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEP-LPPM UHO. Jika ada perubahan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Kendari, 26 November 2018

Ketua
 Komisi Etik Penelitian
 LPPM UHO,

 Dr. Nani Yuniar, M.Kes



Transkrip Wawancara Partisipan

Kode Partisipan : P4

Data Demografi

Partisipan : P4

Umur : 30 Tahun

Jenis Kelamin : Laki laki

Suku : Ambon

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum menikah

Pekerjaan : Perawat (Non ASN)

Pendidikan terakhir : Ners

Alamat : Perumahan Dinas Puskesmas Kokonao

Waktu wawancara :

Hari/Tanggal : Senin, 3 Desember 2018

Waktu : Jam 15.15

Tempat : Ruang Apotik Puskesmas Kokonao

Pewawancara : Zulkifli

Situasi Wawancara : Partisipan meminta ketemu di sore hari setelah karena partisipan kebetulan saat itu berjaga sore. Setelah beberapa pekerjaan dilakukan, peneliti di persilahkan untuk melakukan wawancara. Wawancara dilakukan di ruang apotik yang kebetulan tidak ada yang jaga, keadaan sore itu lumayan sepi beberapa pasien sudah di layani namun masih ada di bangku ruang tunggu duduk bercerita dan bersenda gurau. Peneliti dan partisipan duduk berhadapan menyamping di depan loket apotik sambil menunggu datangnya resep yang datang. Alat rekam diletakkan di atas meja juga dengan alat tulis diletakkan disebelah tumpukan resep hari itu. Partisipan tampak sedang membereskan beberapa laporan obat hari itu, dengan senyuman ramah partisipan mempersilahkan peneliti duduk di kursi yang telah tersedia di dalam apotik

Pe	Assalamualaikum Warohmatullahi Wabarakatuh
P4	Walaikumsalam



Pe	Yak. Ee. Mas A. seperti janji kita awal tadi pagi bahwa hari ini saya akan mencoba e mewawancarai Mas A. tentang pengalaman Mas A. sebagai perawat di pedalaman Kokonao. Apakah Mas A. bersedia?
P4	Siap bersedia
Pe	Oke. Baik. Terimakasih Mas A. Ini Mas A. sebelumnya Mas A. sudah berapa tahun bekerja di Kokonao?
P4	Empat tahun
Pe	Dari tahun berapa itu?
P4	Dari tahun 2015. Sampai sekarang
Pe	O. sampai sekarang masih ya? Itu status kepegawaian Mas A. disini sebagai apa?
P4	Saya sebagai perawat honorer
Pe	Masih non ASN ya?
P4	Non ASN
Pe	Itu penggajiannya darimana Mas?
P4	Penggajian dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua Timika
Pe	Oya. E Kita langsung ke pertanyaan yang tentang ini ya. E kenapa mau memilih kerja di pedalaman? Motivasinya apa?
P4	Motivasinya pertama awalnya sih ada teman-teman yang sudah bekerja, mereka bilang kalau untuk mencari pengalaman kerja itu lebih banyak ke pedalaman. Nah jadi terdorong dari situ akhirnya pada saat itu ada tawaran untuk kerja di pedalaman dan tanpa memikir-mikir lagi langsung terjun langsung mau di langsung menyetujui kerja di pedalaman.
Pe	O. Alasannya karena ingin mencari pengalaman dan pengalaman yang didapat bagaimana disini?
P4	Pengalaman ya seperti yang memang dijanjikan dari awal memang pengalamannya itu memang banyak. Banyak dalam artian hampir semua lini kita bisa isi dari apoteker dari e apa dari poli dari IGD bahkan bidan pun juga kita bisa sempet sempet di waktu itu kita terjun.
Pe	Oy. Kenapa bisa begitu Mas? Kenapa semua pekerjaan e seorang perawat bisa melakukan di pedalaman?
P4	Dari yang pertama yang pasti manajemennya karena memang manajemen kalau puskesmas di pedalaman itu belum tertata dengan baik. Maksudnya belum waktu itu kita belum karena mungkin alasan ketenagaan awal masuk kerja itu. Alasan ketenagaan karena memang per porsi pekerjaan-pekerjaannya itu masih kurang. Bidan masih apa masih kurang dan juga pada saat itu juga mungkin karena kita punya sistem apa namanya naik turun naik turun antara kota dan pedalaman kan masih sering terjadi kekosongan. Nah itu jadi makanya kalau pada saat mereka tidak ada ya mau tidak mau kita. Kita yang ada di tempat kerja kita yang. Siapa yang ada ya kita jalankan. Mau tidak mau karena kita yang ada disini dan tuntutan masyarakat untuk harus pelayanan itu tetap berjalan mau tidak mau harus kita jalankan.

Pe	Wah menarik ya Mas A. E kalau berkaitan dengan pelayanan gawat darurat. E di Kokonao pasien-pasien gawat daruratnya seperti apa? Gimana? Apa saja?
P4	Pasien gawat darurat disini yang karena disini daerah pantai pesisir dan mereka punya kita lihat daerah mereka juga lebih banyak mereka e berburu. Biasanya kalau yang gawat gawat itu kalau lagi berburu babi terus babi nya nyerang balik. Nah itu lukanya parah-parah betul emang.
Pe	O jadi luka tajam ya?
P4	Luka tajam. Trauma tajam. Terus ada juga karena mungkin sering apa namanya mahat-mahat perahu pakai kampak yang buat perahu itu kan tajam. Kalau salah kampak itu kena kaki. Sempat juga kena kaki terbelah pokoknya yang trauma-trauma gitu.
Pe	E bisa diceritakan ndak bagaimana pelayanan gawat daruratnya disini?
P4	Ehm kalau pelayanan gawat daruratnya disini kalau mau buka-bukaan ya jauh dari standar, standar SOP tapi ya itu sudah.. kita apa ya yang ada kita lakukan karena kita mau bilang sesuai dengan standar tapi fasilitas yang ada tidak mendukung kita mau bagaimana? Kita bagian pelaksana kami juga tahunya kami melaksanakan tapi yang mendukung kami punya saran prasarana itu kan yang harus lebih tahu kita punya permintaan. Kita memang sudah sempat usul untuk supaya ada sterilisasi apa segala macam tapi ya itu mereka datang untuk mendata tapi kita tunggu-tunggu tidak ada datang. Tidak terealisasi.
Pe	O jadi memang sarana prasarananya kurang
P4	Masih kurang jauh dari kurang
Pe	Terus apa lagi Mas?
P4	Dan itu juga salah satu kendala buat kami untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan SOP jadi. Contoh sekarang kayak penerangan. Penerangan dari satu tahun belum ada
Pe	Kalau ada pasien tengah malam?
P4	Kalau pasien tengah malam kita pakai lampu solar sel. Itu juga akal-akalan kita petugas kalau tidak ya gelap pakai pelita.
Pe	Ada pengalaman ndak dengan keadaan gelap gulita melakukan pelayanan?
P4	Ya sangat terhambat. Tindakan yang memang harus butuh pencahayaan yang cukup. Jadi dengan adanya seperti itu jadi ya membuat kita ya harus lebih fokus lagi lebih ini apa lebih teliti untuk bekerja seperti itu.
Pe	Kalau soal ketenagaan disini ada dokter?
P4	Dokter ada. Kita punya satu tapi ya itu sudah. Kita kayak melakukan tindakan tapi kayak misalnya tidak didampingi dengan dokter juga kita untuk mengambil keputusan tidak bisa karena yang bisa mendiagnosa itu dokter bukan kami. Kami hanya sebagai perawat jadi tugas kami hanya merawat begitu.
Pe	Terus bagaimana pelayanan gawat daruratnya kalau tidak didampingi oleh seorang dokter?

P4	Tanpa didampingi seorang dokter ya kami di di. Dokternya sempat bilang mengatakan bahwa kalau tidak ada saya, saya me apa namanya memberikan mendelegasikan tugas saya kepada perawat senior seperti begitu. Jadi ya keputusan terakhir ya perawat senior yang tentukan seperti begitu.
Pe	E. Mas A. sebagai perawat senior disini kan termasuk senior setelah 4 tahun. Perasaannya gimana sih menjalankan me mengemban delegasi dari seorang dokter? Maksud saya melakukan suatu tindakan medis yang bukan wewenang seorang perawat, itu ada perasaan gimana melakukannya?
P4	Kalau dari sisi. Kita liat dari dua sisi kak ya. Kalau liat dari sisi sebagai tenaga medis ya saya rasa mungkin kita sebenarnya ada pekerjaan yang seharusnya kita jalankan dan ada yang seharusnya tidak kita jalankan tapi karena dokter sudah mendelegasikan tugas seperti begitu ya kita juga lihat tho. Karena disini kalau mau lihat dari pembagiannya sebenarnya itu bukan tugas kami. Macam-macam seperti mendiagnosa itu kan tidak bisa sembarangan. Harus ada pemeriksaan penunjangnya harus memang itu. Perasaannya ya lebih banyak tidak terlalu tidak senangnya tidak nyaman karena kita ini manusia kan hubungannya dengan manusia bukan benda yang harus ebnar kita ini bukan benda. Kita tentukan kepastiannya. Jadi untuk seperti itu ada lebih was-was karena takutnya masyarakat ada.
Pe	E berkaitan dengan segala hambatan yang dihadapi itu tidak ada penerangan, kurangnya sarana prasarana terus kehadiran seorang dokter yang terbatas yang juga terbatas. Itu cara e ada tidak trik-trik atau strategi yang Mas A. lakukan sebagai seorang perawat untuk mengatasi hal itu.
P4	Kalau trik-triknya ada sih kak. Kita juga punya trik karena dengan sudah bertahun-tahun kayak kita pasti kita sudah punya pola pikir untuk menyikapi situasi jadi kadang kayak contoh kalau seperti obat kak, kita punya tenaga apoteker juga kan yang tidak selalu stay disini jadi biasanya obat-obatan yang tinggal berapa dos gitu, kami sudah bikin laporan ke atas. Kami sudah laporkan ke atas ikut perahu-perahu yang ada ikut masyarakat. Kita titip pesan bahwa tolong sampaikan pesan ini pada teman-teman yanga da di kota bahwa kami persediaan tinggal segini. Nah begitu juga dengan cairan atau apapun yang ada disini itu biasa kami instruksikan untuk segera dikirim karena kami sudah sangat kekurangan seperti itu. Itu biasa kalau dari sisi logistik. Kalau dari penerangan ya ya itu sudah kami akali dengan solar sel. Itu kami beli di masyarakat yang tidak dipakai kita pasang di puskesmas di rumah-rumah masing-masing untuk penerangan seperti itu.
Pe	E oke Mas A. saya tahu di Kokonao dan di pedalaman lainnya adalah kalau pelayanan kesehatan dengan melakukan e istilah roling. Ada petugas yang bekerja di pedalaman dan ada sebagian petugas yang beristirahat ke kota. Itu menurut Mas A. bagaimana itu?
P4	Kalau menurut saya sistem begitu kembali lagi pada kebijakan kita punya pemimpin, kepala puskesmas karena beliau yang sebagai kepala

	<p>pemimpin, beliau yang mengambil strategi bagaimana supaya petugas itu tetap ada bertugas di tempat. E saya rasa ada bagusnya ada tidak bagusnya.</p>
Pe	<p>Kalau menurut Mas A. sendiri bagaimana?</p>
P4	<p>Kalau menurut saya itu. Kalau untuk saya sendiri itu bagus karena ada kesempatan untuk kita bisa kumpul dengan keluarga. Itu sisi bagusnya.</p>
Pe	<p>Berarti senang ya?</p>
P4	<p>Senang. Karena dengan adanya sistem begitu dari Dinas semua tenaga itu harus tetap ada di puskesmas tempat di tempat tugas seperti begitu.</p>
Pe	<p>E menurut Mas A. dilakukan sistem roling itu kenapa? Maksudnya Kepala Puskesmas menetapkan sistem roling tersebut alasannya apa kira-kira?</p>
P4	<p>Kalau alasan utamanya itu karena saat ini masih dilakukan sistem roling karena perumahan petugas yang belum memadai. Perumahan petugas sehingga ruang-ruang yang dipakai di atas itu adalah ruangan kerja yang dipakai. Harusnya kan tidak dipakai untuk tempat menginap. Kita punya perumahan. Dengan jumlah tenaga yang ada dan dilihat dari perumahan petugas yang tidak memadai makanya kita masih diberlakukan sistem roling. Jadi teman-teman yang di atas itu mereka akan turun bergantian dengan teman-teman yang ada di bawah sini yang akan naik. Jadi begitu rumah itu dicukup-cukupkan begitu.</p>
Pe	<p>Jadi alasannya itu ya Kepala Puskesmas. Kalau pas petugas atau Mas A. lagi di kota. Mas A. mengerjakan apa pas e kebagian kerja di kota, tidak di pedalaman.</p>
P4	<p>Kalau saya disana istirahat kadang juga kalau Kepala Puskesmas kalau ada di puskesmas lain. saya kan kebetulan ada keluarga yang bekerja di puskesmas. Nah saya biasanya anterin. Ya nemenin mereka disana.</p>
Pe	<p>Berarti tidak mengerjakan pekerjaan puskesmas Kokonao?</p>
P4	<p>E kalau di sebagian besar tidak. Kebetulan Kapus ada minta untuk. Macam kemarin tho Kapus minta kita kerja sama dengan apoteker untuk nemanin ambil obat di gudang terus bawa ke apa ke pelabuhan masih sempat begitu.</p>
Pe	<p>Ada ndak e bagaimana perasaannya kalau misal gini e tidak mengerjakan apa-apa e maksudnya meninggalkan pekerjaannya di kota gitu.</p>
P4	<p>E merasa merasa memang rasa kita merasa e beban itu ada karena di lain sisi kan kita dituntut untuk tetap bekerja kita di dari dinas e apa membayar kita kan untuk bekerja tapi dengan adanya sistem begitu kami berpikir e kita kayak makan gaji buta. Nah seperti begitu. Ada perasaan kayak begitu tapi dari lain sisi kan kita bilang o ya kita sudah ada kesepakatan kita sudah seluruh tenaga sudah ambil kesepakatan bahwa kita ada sistem roling jadi itu konsekuensinya begitu. Ada yang di atas ada yang di bawah. Seperti begitu.</p>
Pe	<p>Jadi fine-fine aja dengan keadaan begitu ya?</p>
P4	<p>Sebenarnya ada fine nya ada tidaknya. Rasa bersalahnya juga ada karena gaji buta tadi.</p>



Pe	Oke. E Mas A. begini e dengan bekerja di pedalaman dengan segala keterbatasan yang ada e pada saat di kota kan itu e beristirahat terus e ada ndak bisa tolong diceritakan gimana perasaannya pada saat meninggalkan e kota dulu menuju tempat tugas itu gimana? Maksudnya kalau di kota kan ada listrik, ada jaringan telepon, transportasi juga lancer, ketemu keluarga, terus harus meninggalkan itu semua menuju kota gimana perasaannya?
P4	Perasaannya karena sudah sering kerja ya. ya sudah maksudnya kan itu bedanya kita menyukai punya pekerjaan dengan kita hanya kerja karena digaji. Kalau kita mencintai pekerjaan, mau di tempat tugas dengan keluarga tetap sama saja karena sama-sama dicintai. Jadi tinggalkan keluarga fine, pada saat naik lihat keluarga juga fine-fine saja. Kembali ke tempat kerja senang juga. Seperti begitu. Kalau bicara soal jaringan, harus mengorbankan jaringan apa itu sudah konsekuensi dari awal karena dari awal saya punya dari awal saya kerja disini itu memang sudah saya tanamkan itu saya sudah punya prinsip. Saya punya prinsip bahwa kita kerja disini resikoanya harus seperti begini jadi sudah harus terima.
Pe	Jadi sudah nyaman-nyaman saja?
P4	Nyaman-nyaman saja kak. Tidak ada jaringan, dekat jauh dengan keluarga itu sudah risiko kerja.
Pe	Terus kalau pas mau naek gimana perasaannya juga? Karena akan menemukan dalam tanda kutip akan menemukan kemudahan di kota.
P4	Ehm. Kalau saya sih biasa aja ya kak. Paling yang istimewanya karena ada jaringan nah itu saja karena bisa bersosial media tapi sebenarnya tidak terlalu tidak terlalu apa namanya e aktif seperti begitu.
Pe	Atau begini perasaannya meninggalkan pekerjaan deh karena dirimu kan mencintai pekerjaan nih. Kalau kalau pekerjaan kan di Kokonao berarti kan harus naik ke kota terus harus meninggalkan pekerjaan itu gimana perasaannya?
P4	Gimana kak ya kalau mau digambarkan. Iya kalau terlepas dari tanggung jawab itu ya itu sudah seperti yang saya bilang tadi. Ada senangnya, ada juga tidak. Tidaknya karena ya itu sudah ada beban dengan tanggung jawab. Ya senangnya karena ada waktu untuk istirahat begitu kak.
Pe	O iya betul. Mas A. bisa diceritakan tidak pernah merujuk pasien?
P4	Pernah.
Pe	Ada pengalaman menarik ndak saat merujuk pasien bisa diceritakan.
P4	Kalau pengalaman menariknya karena kan saat kita disini pas kita merujuk itu kan bendaharanya tidak ada disini. Bendaharanya kan ada di kota semua, kapus juga di kota jadi yang menariknya kita harus mengupayakan agar pasien itu dirujuk tanpa harus e apa namanya dibantu oleh, dibantu langsung oleh bendahara, disuplai langsung dananya apa semua. Kita harus cari minyak, kita harus usahakan perahu. Karena pada saat itu kan kita perahu belum ada. Perahu pribadi maksudnya perahu puskesmas belum ada. Jadi kita harus usahakan bagaimana ada yang bisa kita tumpangi untuk naek ke atas untuk supaya pasien ini segera dirujuk. Nah

	itu pengalaman menariknya kita cari perahu, cari bensin, kalau tidak kita hutang dulu bensinnya dulu nanti naik di atas kita ambil dulu di bendahara itupun kita gantikan disitu. Nah seperti itu. Perjalanannya sampai sana sampai pelabuhan, kita harus cari mobil lagi, kita harus tawar menawar supirnya lagi supaya dapat yang murah supaya ongkosnya kita agar tidak tekor karena pengalamannya petugas itu yang lebih banyak. Maksudnya kita yang lebih, korbankan kita punya biaya dulu supaya pasien itu bisa sampai fasilitas kesehatan lanjutan disana. Nah selebihnya itu bisa masukkan laporan ke bendahara ya baru diganti. Itupun kalau diganti.
Pe	Pernah juga gak diganti?
P4	Pernah gak diganti. Maksudnya teman-teman bukan saya.
Pe	E gitu kalau sudah gini sudah melakukan tugasnya dengan baik merujuk pasien dengan baik menggunakan uang sendiri. Terus puskesmas luput untuk mengganti atau terlupa mengganti. Kira-kira perasaannya gimana itu?
P4	Sakit hati. Teman-teman itu. Kalau teman-teman sakit hati. Teman-teman pernah bercerita kecewa dengan manajemen puskesmas yang seperti itu ya rasa kecewa ada karena mereka sudah berupaya supaya pasiennya tetap kesehatannya tetap terjaga tapi ujung-ujungnya ya mereka apa yang mereka korbankan itu tidak terbayarkan kembali. Seperti begitu.
Pe	Jadi meninggalkan tanggung jawab ya. Terus dengan keadaan seperti begitu pada yang lalu e selanjutnya temen-temen masih mau merujuk? Sudah ketahuan gak diganti begitu?
P4	Mereka malah menolak untuk merujuk karena pengalaman sebelumnya yang bikin begitu karena mereka disitu tidak selalu ada uang. Itu tiap tiga bulan baru ada uang. Maksudnya ada tidak diberikan apresiasi tho tidak diberikan penghargaan sebagai gaji tadi. Jadi makanya untuk merujuk itu kadang-kadang petugas juga malas-malasan bukan malasan sebenarnya mereka mau tapi harus ada kepastian dan rujukan itu ada. Tidak perlu menggunakan uang pribadi seperti begitu.
Pe	Dengan keadaan seperti begitu apakah Kapus selalu menyediakan dana itu selalu ada atau bagaimana pada saat merujuk pasien?
P4	E Kapus menyediakan. Kapus selama ini menyediakan. Tapi ntah kenapa waktu itu ada pengalaman mereka mungkin pada saat itu operasionalnya belum cair akhirnya mereka pakai dana pribadi.
Pe	Jadi memang agak dilematis juga ya petugas disini ya sudah dengan keadaan yang e terbatas ditambah lagi dengan ketidakadilan yang seperti begitu. Kalau menurut Mas A. bagaimana itu?
P4	Ya kalau menurut saya kan operasional kami berapa maksudnya untuk rujukan itu berapa sih kalau mau dibilang. Kalau mau dilihat dari dana rujukan itu kan ada tersendiri, tinggal bagaimana e orang yang bertanggung jawab untuk laporan itu bagaimana e laporan rujukan sehingga dana itu bisa cair dan digantikan kepada petugas yang telah menggunakan dananya. Jadi dari manajemennya saja kak.



Pe	Jadi salah pengelolaannya ya. E baik kalau selama menjalani tugas disini e Mas A. pernah mendapat masalah dari masyarakat atau bagaimana?
P4	Kalau pengalaman pernah. Masalahnya bukan masalah masalah dari sisi pelayanan tapi masalah dari sisi persepsi, persepsi masyarakat. Contoh waktu itu e kita nebulizer pasien di ruang rawat inap kita nebulizer karena pasien pada saat itu sesak kita kita instruksi waktu itu ada dokter disini. Kita nebul selesai nebul e sudah mulai perasaan enak. E beberapa saat 15 menit kemudian pasien kejang-kejang. Terus kita dokter lakukan tindakan dan pada saat itu juga pasien menemui ajal akhirnya pasien meninggal. Kita RJP, kita sudah melakukan tindakan pokoknya sudah kita lakukan tindakan gawat darurat, pokoknya sudah selesai dan dokter sudah pastikan kalau dia meninggal nah keluarga gak terima keluarga bilang itu nebulizer yang kita berikan kasih masuk racun katanya begitu. Jadi persepsinya yang salah. Jadi yang disalahkan petugasnya. Bukan salahkan ya mereka tidak sadari kalau itu sudah ajal.
Pe	Penyelesaiannya bagaimana?
P4	Ya dokter yang menegaskan kalau itu sudah bukan dari petugas bukan dari alat tapi itu memang bukan malpraktik tapi memang sudah waktunya Tuhan panggil seperti begitu. Dan akhirnya alhamdulillah mereka terima.
Pe	O jadi masyarakat memang e ada yang marah-maraha, gini kalau perasaan kita sebagai petugas ya sudah melakukan e usaha semaksimal mungkin tapi kita tetap kena marah-maraha sama pasien itu gimana perasaannya?
P4	Perasaannya kita-kita kadang kalau sebagai manusia dilihat dari petugas di luar petugas kita dongkol lah kak. Kita sudah berikan pelayanan kita sudah maksimal kita pergi jemput ke kampung kesini dirawat datang malah marah-maraha. Mereka bilang rumah sakit tidak bagus, rumah sakit ada hantu-hantunya lah apa. Ya itu kadang-kadang kita dongkolnya disitu. Ya rasa tidak enak rasa suka dukanya disitu. Perawat petugas maksudnya teman-teman yang ada di pedalaman yang maksudnya jadi ujung tombak pelayanan itu memang jadi sasaran amukan emosi dari keluarga seperti begitu.
Pe	Kalau dengan e teman sejawat dengan tenaga kesehatan lain bagaimana ada masalah atau tidak?
P4	Kalau konflik e tidak sih semua baik-baik saja.
Pe	Kalau dengan keluarga e karena harus meninggalkan, maksudnya e meninggalkan mereka lama kan keluarga di kota. Bagaimana tanggapan mereka?
P4	Tanggapan mereka sih karena e dari awal sudah bilang e tapi mereka biasa Cuma bilang gini. Kabari. Maksudnya kalau kerja seminggu sekali kabari yang penting aksih kabar yang bisa kita dengar. Kabari. Saya juga tidak mungkin hilang kabar di pedalaman. Paling itu pesannya dari orang tua untuk saya.
Pe	Tidak ada keberatan dari orang tua?
P4	Tidak ada. Mereka malah senang kalau saya kerja di pedalaman.

Pe	Kalau misalnya mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan dari masyarakat atau pasien atau keluarga itu tanggapannya bagaimana?
P4	Ndak pernah cerita di keluarga. Jadi lebih lebih kepada kita itu dijadikan sebagai pengalaman.
Pe	Nah terakhir Mas A. harapannya Mas A. untuk pelayanan gawat darurat selanjutnya? Apa yang diinginkan dari itu.
P4	Yang saya harapkan dari pelayanan gawat darurat yang pertama mungkin kita seperti yang kita kupas dari awal mungkin kita benahin manajemen dulu. Manajemen mungkin lebih ke sarana prasarana dan mungkin lebih ke sisi fasilitas itu sudah pasti dan e ruangan dan dari segi yang dipunya apa alat-alat, obat-obatan, dan juga penerangan nah itu penting. Supaya kedepannya lebih baik lagi. Seperti begitu harapan saya. E
Pe	Kalau dari ketenagaan bagaimana? Seorang dokter atau bagaimana begitu.
P4	Kalau untuk kami sangat butuh mungkin kami masih butuh itu. Dokter bedah iya dokter bedah ya karena kan kami kasus-kasus yang disini kan kasus-kasus bedah kan lumayan. Lumayan belakangan ini. Jadi maksudnya dokter bedah, dokter umum kan sudah ada, jadi kalau bisa ya VK punya obgyn.
Pe	Jadi sebenarnya puskesmas Kokonao adalah puskesmas rujukan untuk daerah pesisir ya. Terus apalagi mungkin dari Mas A. sendiri pengennya apa.
P4	Ya kedepannya kalau harapannya mungkin kalau dari kami pegawai mungkin kejelasan status karena petugas ini tapi status pegawai ini belum jelas. Itu harapan saya juga untuk teman-teman.
Pe	Jadi lebih ditingkatkan menjadi ASN gitu ya?
P4	Iya sih sebenarnya. Tapi gak usah jauh-jauh dulu lah. Tapi status temen-temen kerja disini seperti apa. Seperti nota dinasnya mereka. Itu kan jadi beban buat mereka.
Pe	Dari masalah insentif mungkin?
P4	Insentif mau ditingkatkan juga alhamdulillah tapi tidak juga biasa saja. Karena dengan adanya seperti ini saya turun loh kak kontrak jadi honorer kan kita jadi gimana dijadikan honorer semua tapi tidak ada sistem kontrak lagi.
Pe	Jadi turun penghasilannya?
P4	Iya turun tapi tidak menurunkan semangat sih.
Pe	Perasaannya gimana itu diturunkan? Perasaanmu biasanya terima sekian terus diturunkan sekian gimana?
P4	Turun sekian ya sempat pikir sebelumnya loh kok malah kita semakin tahun semakin kita punya kinerja dituntut semakin. Honorinya kok semakin turun? Tapi kan itu kebijakan pemerintah? Perasaannya sih sempat agak kecewa juga dengan sistem pemerintahan tetapi kalau dilihat dari apa dari informasi yang kita dapat memang harus diganti begitu karena akan diganti K1 dan K2 akhirnya karena tidak sampai disitu makanya kita dijadikan honorer semua kan karena waktu itu suka rela. Teman-teman

	suka rela terus belum ada status kejelasan makanya dinaikkan ke honorer akhirnya kan semua karena dinaikkkan ke honorer sehingga disamakan semua. Seperti begitu.
Pe	Dulu kalau gak salah kan kontrak itu selesai pendidikan ya? Yang Ners beda yang D3 beda kan?
P4	Sama semua. Eh enggak sih yang S1 Ners masih ada beda. Beda untuk pembayaran seperti begitu.
Pe	Itu ndak apa-apa temen-temen turun begitu jumlah penghasilannya?
P4	Ya sempat down juga sih tapi mau bagaimana kaka. Itu kan sudah resikonya kita untuk e tiap pemimpin di dinas beda lagi kebijakannya. Itu yang jadi kita ikut-ikut saja arus.
Pe	Oke Mas A. sangat menarik wawancara sore ini terimakasih telah meluangkan waktunya nanti kalau ada pertanyaan yang terluput kembali saya bisa menghubungi Mas A. Terimakasih. Assalamualaikum.
P4	Walaikumsalam warohmatullahi wabarokatuh.



Lampiran 14. Matriks Analisa Data

No	Tujuan Khusus	Kata Kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Field Note & Reflektif	Kategori	Sub Tema	Tema
1	Mengeksplorasi makna pengalaman perawat beradaptasi dengan kondisi lingkungan dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan (meliputi proses asuhan keperawatan, proses rujukan, dan proses pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien) di daerah pedalaman.	"..kita menyesuaikan dengan keadaan alam. Kalo misalnya airnya naik pasang baru kita berangkat. Kadang kita berangkat siang, tengah malam, atau subuh baru jalan.."(p5)					v			Membiasakan diri dengan lingkungan alam yang berbeda	melibatkan kondisi alam dalam pelayanan.	Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman
		"..biasanya kan airnya itu malam baru, baru naik makanya kita tunggu malam baru kita bawa pasiennya. Terus kan lagi kalau biasa air nya tidak ada kita menunggu lagi lama.."(p6)						v		Proses pelayanan mengikuti kondisi alam		
		"Iya susah, susah dari e apa waktunya, karena harus disesuaikan dengan apa e air, air naik.."(p1)	v									
		"Terus ini juga salah satu kendala kalau kita merujuk yaitu air (air pasang), karena kondisi di pedalaman ini kalau kita mau naik ke Timika tuh harus ikuti air.."(p2)		v								



<p>“Disana itu kita sudah seperti keluarga kan, karena kita semua kan masing – masing jauh dari keluarga. Jadi kita berkumpul di sana itu sudah kayak keluarga, masing-masing kayak saudara lagi. Jadi, semuanya bisa menerima satu sama lainnya..”(p5)</p>										<p>Menciptakan suasana kekeluargaan di pedalaman</p>		
<p>“Semenjak saya masuk sampai sekarang seingat saya tidak ada tidak pernah ada masalah sama teman-teman.”(p2)</p>										<p>Menganggap teman seperti keluarga</p>	<p>Menciptakan suasana yang nyaman</p>	
<p>“Mereka (kawan kawan) ya maksudnya awalnya di kasihan kan ee maksudnya di apa? dia kasian gitu kasihan (tersenyum) karena sudah sakit eh dipukul begitu. Tapi lama.. lama, lama eh itu jadi bahan lelucon..”(p2)</p>										<p>Menganggap trauma psikis sebagai gurauan</p>		



<p>“Sikap teman yang lain ee (ikut) marah juga (bila dapat masalah dari masyarakat) kita kan teman sejawat kalau ada pas satu kena masalah kita pasti akan bantu..”(p6).</p>							<p>Saling menjaga / melindungi (Solidaritas)</p>		
<p>“..sebagai kepala pemimpin, beliau yang mengambil strategi (rolling) bagaimana supaya petugas itu tetap ada bertugas di tempat. Ee saya rasa ada bagusnya ada tidak bagusnya.”(p4)</p>							<p>Berusaha mempertahankan keberadaan pegawai di pedalaman dengan membagi kelompok kerja</p>	<p>Mengatur jadwal kerja</p>	
<p>“Ee setuju sih tapi, kan kalau tergantung yang dari teman yang gantian rolingnya, kan kadang-kadang biasanya mereka kalo sudah ada waktu gantian yang dari bawah naik ke timika biasanya yang dari kota suka lama turun (pedalaman)..”(p6)</p>									

		<p>“..di sana namanya pedalaman pasti teman-teman yang lainnya kan pasti maksudnya butuh ketemu juga dengan keluarga to? Jadi yang kami lakukan itu biasa rollingan, rollingan biasa ada yang naik ada yang turun.”(p1)</p>								
2	<p>Mengeksplorasi makna pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat, dan sarana prasarana dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan (meliputi proses pemberian</p>	<p>“..cuma salah satu jalannya kita hanya bisa berusaha untuk lebih mendekatkan diri kepada mereka (masyarakat) biar ee membina hubungan saling percaya maksudnya to..kepada masyarakat biar kejadian itu tidak terulang lagi..”(p2)</p>						<p>Mendekatkan diri pada masyarakat</p>	<p>membangun hubungan yang lebih baik</p>	<p>Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli</p>
		<p>“..yang penting itu kita komunikasi dulu lah sebagaimana mereka bisa eeh terima bahasanya kita sesederhana mungkin mereka bisa cerna edukasinya kita bagaimana lah..”(p1)</p>						<p>Komunikasi dengan masyarakat memakai bahasa sederhana</p>		



		menambah kesakitannya pasien gitu..”(p2)									
		“Komunikasi dengan keluarganya pasien, karena kadang kalau keluarga pasien itu, apalagi kalau masyarakat asli papua itu kan mereka emosinya tinggi, main pukul lah ini segala macam..”(p1)							Emosi tinggi yang dimiliki masyarakat papua		
3	Mengeksplorasi makna pengalaman interaksi perawat dengan keluarga,	“..pernah saja ini kami kekurangan parasetamol, jadi kami nyicil kadang kita pasien yang kita kasihkan satu strip 10 tablet ini kami hanya kasi 5..”(p1)							Membatasi pemberian obat untuk mencukupi kebutuhan pelayanan	usaha menyediakan efek therapi yang di inginkan	Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa perawat untuk melakukan



		<p>“..pergi ke apa..tukang tukang cari kayu, kayu yang ringan yang bisa dipakai untuk jadi spalk..”(p1)</p>							Mencari potongan kayu untuk imobilisasi/spalk		
		<p>“Ya, pasien diletakkan diatas perahu, kita diatasnya pasien sambil pegang (batang kayu untuk standart) cairan infus..”(p1)</p>							Menggunakan batang kayu sebagai standard infus saat merujuk	menggunakan bahan yang ada untuk membantu pelayanan	
		<p>“..kita ini tidur disampingnya pasien dengan lilin seadanya.. karena pasiennya juga tidak mau ditinggalkan..”(p1).</p>							Menggunakan lilin saat pelayanan		
4	Mengeksplorasi makna pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat,	<p>“Yang mana lebih kita utamakan duluan yang mana yang mengancam nyawa yang mana masih bisa menunggu. Jadi kadang begitu... tiba-tiba datang yang satu minta berteriak teriak ‘keluarganya sudah berdarah berdarah di sana, eeh jemput...!’”(p1)</p>							Harus memilih pasien yang di prioritaskan	mengutamakan keselamatan pasien yang menjadi prioritas.	Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan



“..kami paksa saja untuk merujuk karena melihat kondisi dari pasien jadi terpaksa (merujuk). Dipaksa naik Timika kami mendapat kendala dalam perjalanan yaitu tidak ada air sama sekali (air surut) yang ada itu cuma lumpur.. untuk lewati lumpur dan itu beeh sampai sangat butuh perjuangan betul. Tapi meskipun sudah berjuang tapi sama saja (tidak bisa lanjut berjalan), karena air tidak ada sama sekali..”(p2)

“..kita harus mengupayakan agar pasien itu dirujuk tanpa harus e apa namanya dibantu oleh, dibantu langsung oleh bendahara (karena tidak ada di pedalamaan) (menggunakan uang sendiri)..”(p4)

Membutuhkan perjuangan untuk merujuk pasien

Kepedulian secara finansial

Kepedulian secara finansial



“..kita cari perahu, cari bensin, kalau tidak kita hutang dulu bensinnya, nanti naik di atas kita ambil di bendahara (uang ganti) itupun kita gantikan disitu..”(p4)

“..tiba tiba tidak ada apa.. bahan bakarnya, bensinnya itu otomatis kita harus pergi lagi ngutang ngutang di kios-kios, kadang ya sesuai hati nuraninya kita juga kumpul-kumpul (patungan) uang begitu untuk rujuk pasien..”(p1)

“..mau tidak mau kami harus melakukan (tindakan medis) juga, daripada (keselamatan) pasiennya (terancam) juga, tidak mungkin lah kita biarkan saja begitu..”(p2)

“..jadi semisalnya dokternya lagi naik ke kota.. tidak ada dokter (di pedalaman) ya mau tidak mau kita sebagai perawat dituntut juga bisa jadi dokter bisa jadi bidan segala macam..”(p1)

Terpaksa melakukan tindakan medis untuk menyelamatkan pasien

mengambil resiko demi pasien



	<p>“Soalnya keadaan (kondisi pasien) yang membuat kita harus begitu (melakukan tindakan medis). Harus segera mengambil tindakan to kak. Tidak bisa kita menunggu dokter..”(p3)</p>							
	<p>“..di satu sisi sebenarnya memang kita takut. Saya pribadi kadang merasa takut untuk melakukan tindakan (dokter) itu karena saya tahu bahwa itu sebenarnya bukan e tugasnya saya, wewenang saya. Cuma karena melihat keadaan pasiennya juga itu, jadi kita mau tidak mau harus kita e melakukan tindakan (dokter) yang sebenarnya..”(p5)</p>					<p>Terpaksa melakukan tindakan medis karena kondisi pasien</p>		
	<p>“..kita harus mengupayakan agar pasien itu dirujuk tanpa harus e apa namanya dibantu oleh, dibantu langsung oleh bendahara (karena tidak ada di</p>					<p>Kepedulian secara finansial</p>	<p>Kepedulian secara finansial</p>	



pedalaman)
(menggunakan uang
sendiri)..”(p4)

“..kita cari perahu, cari
bensin, kalau tidak kita
hutang dulu bensinnya,
nanti naik di atas kita
ambil di bendahara
(uang ganti) itu pun kita
gantikan disitu..”(p4)

“..tiba tiba tidak ada
apa.. bahan bakarnya,
bensinnya itu otomatis
kita harus pergi lagi
ngutang ngutang di kios-
kios, kadang ya sesuai
hati nuraninya kita juga
kumpul-kumpul
(patungan) uang begitu
untuk rujuk pasien..”(p1)

“Sebenarnya sih ee
kasian sih karena kan
kita sudah berusaha
merujuk mereka ke
timika, cuman kan ada
kendala alam (harus
menunggu), juga

Sedih karena
pasien menahan
saat akan naik ke
kota

empati pada
pasien



perahunya kita cari-cari (dulu)..”(p6)

“Sebenarnya sih ee kasian sih karena kan kita sudah berusaha merujuk mereka ke timika, cuman kan ada kendala alam (harus menunggu), juga perahunya kita cari-cari (dulu)..”(p6)

“..Sebenarnya senang tapi kasian juga kan pasien nya kita kasih tinggal lagi sudah terbiasa sama kita,,kan kadang-kang .. mereka juga tidak mau juga kalau sudah suka satu (perawat) mereka suka itu saja mereka maunya (dirawat)..”(p6)

Kasihan bila harus meninggalkan pasien

Sedih memikirkan pasien yang telah akrab



“..peralatan yang terbatas tapi kita harus melakukan e kita melakukan tindakan apa adanya saja, misalnya e pasiennya saat itu harus hecing tapi lidocain tidak ada yaa .. mau tidak mau dengan e terpaksa saya harus menjahit hecing pasien tanpa menggunakan anastesi.. ..mau tidak mau , terpaksa kita harus melakukan ini walaupun nanti pasiennya harus kesakitan, kita harus melakukan itu untuk menyelamatkan pasien..”(p5)

“..sampai pelabuhan, kita harus cari mobil lagi, kita harus tawar menawar sopirnya lagi supaya dapat yang murah supaya ongkosnya kita agar tidak tekor, karena pengalamannya petugas itu yang lebih banyak korbakan kita punya biaya dulu (menggunakan uang

Berusaha memberikan pelayanan yang terbaik dan semampuannya

mempertahankan keberlangsungan pelayanan



		<p>sendiri) supaya pasien itu bisa sampai fasilitas kesehatan lanjutan di sana..”(p4)</p>																					
		<p>“..sebagai kepala pemimpin, beliau yang mengambil strategi (rolling) bagaimana supaya petugas itu tetap ada bertugas di tempat. Ee saya rasa ada bagusnya ada tidak bagusnya..”(p4)</p>											<p>Mempertahankan kesiapsiagaan petugas di pedalaman dengan melakukan sistem rolling.</p>										
		<p>“..Kan kita rolingan tinggal operan e kayak kita operan gitu kaya ini ada pasien.. Tetap ada pelayanan (walau ditinggalkan) kan kita cuma tinggal tukaran (kelompok kerja) ini saja gitu..”(p6)</p>											<p>Usaha maksimal agar pelayanan tetap jalan</p>										

5	Mengeksplorasi makna pengalaman interaksi perawat dengan keluarga, pasien, sesama perawat, tenaga kesehatan lain, masyarakat, dan sarana prasarana dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan (meliputi proses pemberian asuhan keperawatan, rujukan, dan pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien) di daerah pedalaman.	“..di pedalaman saya diberi tanggung jawab sebagai penanggung jawab laporan, jadi kadang kami ke dinkes (kota) antar laporan karena biasanya itu kita juga rapel 3 bulan laporannya kami..”(p1)								Tetap bekerja walau berada dikota
		“..Kapus minta kita kerja sama dengan apoteker untuk nemanin ambil obat di gudang (farmasi besar) terus bawa ke pelabuhan, masih sempat begitu..”(p4)								
		“..kita rolingan tinggal operan e kayak kita operan gitu kaya ini ada pasien.Tetap ada pelayanan (walau ditinggalkan) kan kita cuma tinggal tukaran (jaga)..”(p6)								Pelayanan tidak terbengkalai walau naik ke kota
		..Tidak ada (pekerjaan yang ditinggalkan) karena biasanya kalo bikin (laporan) itu paling sebelum naik (ke kota) sudah bikin memang (di selesaikan)..								Tidak meninggalkan pekerjaan walau naik ke kota

tetap menunaikan tugas walau di kota.

Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan



		<p>“Untuk saat ini saya kurang jelas juga ya karena baru-baru ini sudah diubah tentang kontrak K1 atau K2, ndak tau sekarang status saya sebagai apa, K1 atau masih sukarela begitu..”(p1)</p>								<p>Rela bekerja tanpa kejelasan status (kepegawaian)</p>	<p>ikhlas bekerja</p>
		<p>“..di situ juga masih masalah, maksudnya belum jelas juga (jumlah gaji). Karena waktu masih dikatakan K1 itu masih lebih tinggi (gajinya) daripada sebelumnya, tapi setelah dirombak lagi sama.. ya pemimpin di atas.. kemarin semakin turun (gajinya) lagi malah..”(p1)</p>							<p>Rela bekerja tanpa kejelasan gaji</p>		
		<p>“..Insentif mau ditingkatkan juga alhamdulillah tapi tidak (naik) juga biasa saja. Karena dengan adanya seperti ini (perubahan status) saya turun loh kak kontrak jadi honorer..”(p4)</p>									



		<p>“..disananya itu tidak ada lampu, tidak ada semua – semuanya. Itu sangat sangat berat sebenarnya cuman karena mengingat tanggung jawab lagi dimana saya harus turun (kepedalaman) dan teman juga yang lainnya harus gantian kan , mau tidak mau saya harus turun lagi..”(p5)</p>							Senang hati menjalankan tugas walau banyak kendala	
		<p>“Perasaannya seneng (turun ke pedalaman).. Iya, karena di kota juga paling kegiatannya itu – itu saja. Kalo di sini (pedalaman) kan kita ada aktivitas (bekerja), Itu saja.. kan daripada nganggur juga tidak enak, mending (turun) kerja..”(p3)</p>							Senang bisa turun ke pedalaman dan bekerja	
		<p>“Gimana kak ya kalau mau digambarkan. Iya kalau terlepas dari tanggung jawab itu ya itu sudah seperti yang saya bilang tadi. Ada senangnya (naik ke kota), ada juga tidak. Tidaknya karena ya itu sudah ada beban</p>							Merasa tidak nyaman meninggalkan pekerjaan	tidak ingin membolos



	<p>dengan tanggung jawab (pekerjaan)..”(p4)</p>																
	<p>“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah (bila berada di kota lama) dengan teman-teman yang dibawah (pedalaman) begitu..”(p2)</p>																
	<p>“Jujur sih, sebenarnya ada perasaan takut juga dimarahi dari pimpinan (orang dinas kesehatan) sampe ketahuan (meninggalkan tugas) ke pimpinan..”(p5)</p>														<p>Merasa takut meninggalkan pekerjaan di pedalaman</p>		

6	Mengeksplorasi makna pengalaman fisik dan mental perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan (meliputi proses pemberian asuhan keperawatan, rujukan, dan pemberian informasi tentang penyakit kepada pasien) di daerah pedalaman.	“..komunikasinya dengan dikota juga kan susah, Apalagi kami sini jaringannya (telepon) juga harus musti dicari dulu (susah)..” (p2)						Jaringan komunikasi di pedalaman susah	Keterbatasan hidup di pedalaman	Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat	
		“Penerangan (listrik) dari satu tahun belum ada..” (p4)						Puskesmas tanpa listrik			
		“..baru saya pergi cari perahu yang bisa kita pakai untuk rujuk pasien..”(p1)									Merujuk pasien menggunakan perahu
		“Dengan jumlah tenaga yang ada dan dilihat dari perumahan petugas yang tidak memadai..”(p4)									Tempat tinggal kurang layak
		“..ee perahunya susah yang mau turun ke Kokonao..”(p6)									Transportasi di pedalaman sulit
		“..untuk minumnya terpaksa kita beli air minum terus untuk mandinya mau tidak mau harus menggunakan air asin itu tapi nanti badan itu jadi gatal lengket lengket..”(p5)									Sulit mendapatkan air bersih



	<p>“(sebagai) petugas kita dongkol lah kak. Kita sudah berikan pelayanan kita sudah maksimal kita pergi jemput ke kampung ke sini dirawat datang malah marah..”(p4)</p>					<p>Merasa tidak dihargai kinerjanya</p>		
	<p>“..awalnya merasa jengkel dan sempat mau meninggalkan tempat tugas sebab kita merasa sudah melakukan pelayanan sebaik baiknya, jauh dari keluarga tapi ternyata masyarakat membalas dengan perlakuan yang tidak adil..”(p1)</p>					<p>Kecewa karena usaha pelayanan tidak dihargai</p>	<p>merasa tidak dihargai</p>	
	<p>“..Kalau marah ya pasti adalah.. karena kita sudah membantu sudah berikan pelayanan tanpa kita pikir juga risiko yang ada ke kita, tapi balasan mereka (masyarakat) terkadang tidak bagus..”(p2)</p>					<p>Merasa tidak dihargai karena perlakuan kasar masyarakat</p>		
	<p>“..mau bagaimana lagi, sedih karena harus hilang kontak dengan keluarga..”(p1)</p>						<p>masalah dengan hubungan sosial</p>	



		<p>“Berat (hati), beraat..(meninggalkan keluarga) tapi ya kalau sebenarnya kita jalani juga sih 2-3 hari di sana sudah tidak , karena mungkin sudah biasa..”(p1)</p>										<p>Menekan rasa sedih meninggalkan keluarga ke pedalaman</p>		
		<p>“Setiap mau turun ke pedalaman itu rasanya sedih sekali, berat sekali kayaknya harus berangkat ke sana (pedalaman). Pertama itu mengingat harus meninggalkan keluarga di Timika..”(p5)</p>										<p>Sedih mengorbankan keluarga demi ke pedalaman</p>		
		<p>“..lya sedih (berkonflik dengan teman) Itu saja. Ada marah juga sih, tapi besar sedihnya..”(p3)</p>										<p>Sedih berkonflik dengan teman</p>		
		<p>“Siapa yang ada (di pedalaman) ya kita jalankan, mau tidak mau karena kita (perawat) yang ada di sini dan tuntutan masyarakat untuk harus pelayanan itu tetap berjalan mau tidak mau harus kita jalankan..”(p4)</p>										<p>Bekerja tidak sesuai pendidikan</p>	<p>Masalah dengan lingkungan kerja</p>	

<p>“Mungkin yang merasa begini dia sudah PNS jadi bisa kan sesuka hatinya naik turun timika, ada dia punya junior yang non ASN yang jaga, jadi tidak masalah..”(p1)</p>							<p>Perbedaan perlakuan yang di dapat tenaga honorer</p>		
<p>“Ya sama saja yang kembali (disalahkan) itu siapa.? Ya non ASN..”(p1)</p>									
<p>“..memang manajemen kalau puskesmas di pedalaman itu belum tertata dengan baik..”(p4)</p>							<p>Ketidajelasan manajemen puskesmas</p>		
<p>“..sebenarnya kita takut sih kalau kita lakukan ini (tindakan medis tanpa didampingi dokter) nantik pasiennya tidak sembuh, keluarganya pasti marah-marah takutnya kita disalahkan lagi..”(p6)</p>							<p>Takut mendapat konsekwensi hukum</p>	<p>merasa terancam mendapatkan hukuman</p>	

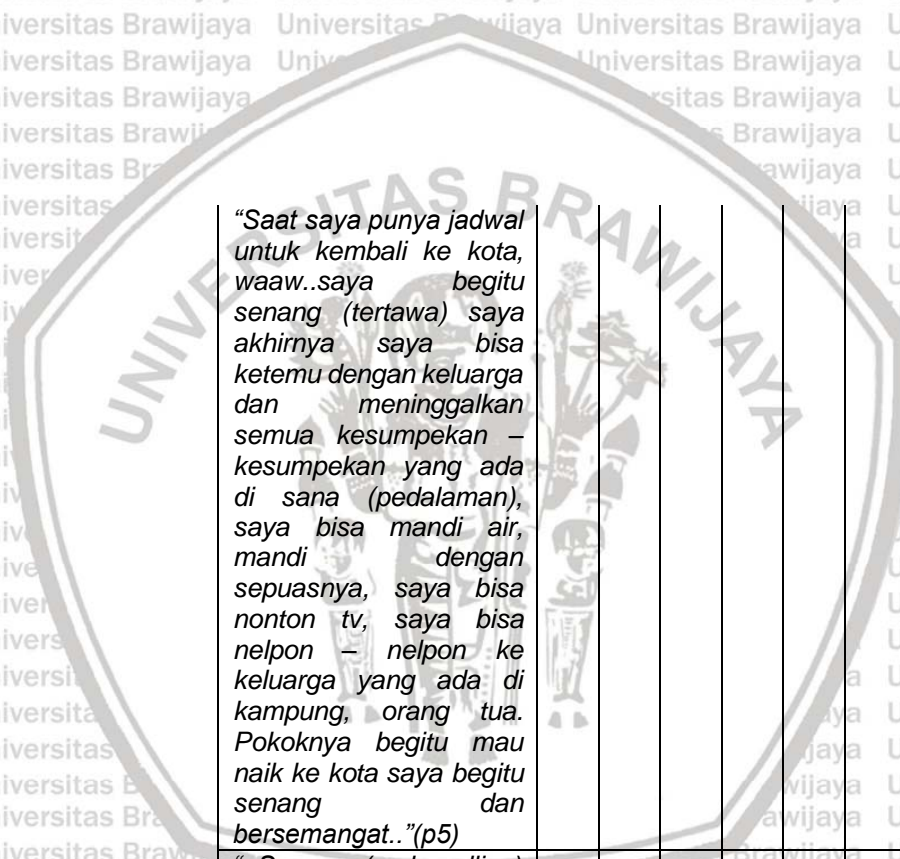
<p>pedalaman, serta menjalanin peran dan fungsi sebagai anggota keluarga.</p>	<p>“..tapi saya tidak pernah menceritakan juga kalau dapat perlakuan yang kayak begitu (tidak menyenangkan dari masyarakat pedalaman), karena nanti malah bikin tambah khawatir..”(p1)</p>										<p>Menenangkan perasaan keluarga</p>		
	<p>“..ee tidak terlalu apa lagi ya.. khawatir lagi seperti kemarin kemarin yang masih dia sendiri, kalau sekarang kan sudah.. Ee khawatir iya, tapi sudah tidak terlalu berlebihan karena sudah ada saya ya, yang bisa menjaga dia di sana (pedalaman)..”(p2)</p>										<p>Berusaha menenangkan keluarga</p>	<p>Menjaga perasaan keluarga</p>	
	<p>“..saya tidak pernah cerita (ke keluarga) kalau saya di bentak di marah-marah di pedalaman saya tidak pernah cerita-cerita jadi saya saja yang tau....Kalau (keluarga) tau pasti suruh pindah ke timika..”(p6)</p>										<p>Menyembunyikan masalah yang dihadapi dari keluarga</p>		



		<p>“Tanggapan mereka sih karena e dari awal sudah bilang (setuju), e tapi mereka biasa cuma bilang gini. ‘kabari’. Saya juga tidak mungkin hilang kabar di pedalaman. Paling itu pesannya dari orang tua untuk saya.. Mereka (orang tua) malah senang kalau saya kerja di pedalaman..”(p4)</p>												<p>Dukungan keluarga</p>					<p>mendapat restu keluarga</p>			
		<p>“..suami sih bisa menerima walaupun kadang juga sih dia e bertanya ke saya ‘kapan ka bisa meninggalkan pedalaman, bisa pindah’ soalnya kan ya bagaimana lah hubungan dalam rumah tangga bila kita berjauhan begitu..”(p5)</p>												<p>Pasangan mendukung untuk bekerja di pedalaman</p>								
		<p>“.. mungkin (rolling) itu cukup membantu, maksudnya membantu agar teman-teman sebagian maksudnya mungkin ada urusan di kota atau rindu sama keluarganya..”(p1)</p>												<p>Tetap butuh bertemu dengan keluarga</p>					<p>Menjaga keseimbangan pekerjaan dan keluarga</p>			



		<p>“E..sebenarnya itu aturan (rolling) dari kita sendiri sebenarnya karena kita kan mengerti masing – masing itu punya keluarga di kota. Jadi, kesepakatan bersama itu kita membagi ada yang sebagian di tempat, sebagiannya lagi balik ke kota..”(p5)</p>																					
		<p>“..dengan adanya pembagian shif (rolling) seperti begitu .. menguntungkan juga bagi kami karena e kami bisa membagi waktu dengan keluarga di Timika dan sebagian lagi tinggal untuk melakukan pelayanan di tempat..”(p5)</p>												<p>Berusaha menyeimbangkan antara keluarga dan pekerjaan</p>									
		<p>“Yang bikin rindu itu kan ponakan sama mama, jadikan kalau mereka kumpul rame-rame kalau sudah datang pasti mereka senang melihat saya sudah naik..”(p6)</p>											<p>Merasa senang adanya rolling karena keluarga ada di kota</p>		<p>merasa bahagia dan bersemangat bertemu keluarga di kota</p>								



“Saat saya punya jadwal untuk kembali ke kota, waaw..saya begitu senang (tertawa) saya akhirnya saya bisa ketemu dengan keluarga dan meninggalkan semua kesumpekan – kesumpekan yang ada di sana (pedalaman), saya bisa mandi air, mandi dengan sepuasnya, saya bisa nonton tv, saya bisa nelpon – nelpon ke keluarga yang ada di kampung, orang tua. Pokoknya begitu mau naik ke kota saya begitu senang dan bersemangat..”(p5)

Bahagia saat naik ke kota

“..Senang (ada rolling) iyo, rolling sebenarnya sih kalo menurut saya perlu karena kita tidak mungkin standby selamanya di pedalaman.. .. kita punya juga keperluan di kota, keluarga di kota..”(p3)

Gembira bisa ketemu keluarga



<p>anggota keluarga.</p>	<p>“..melihat dari pengalaman (tindakan medis) ya, itu maksudnya kita mengikuti contoh yang pernah dilakukan oleh dokter.. mau merasa lain-lain (takut/ ragu/ragu/tidak nyaman) juga pasti ada lah kan.. Kan itu bukan tugas kami..”(p2)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<p>“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah dengan teman-teman yang dibawah begitu..”(p2)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														



“Perasaannya merasa berdosa tapi ya .. kan kita tidak .. tidak lama to kak, hanya sebentar saja.. Mmm merasa bersalah karena tidak melayani pasien – pasien (bekerja). Jadi makanya turun..”(p3)

“.. kalau sekarang tidak seperti bagaimana ya, mau dibilang kurang... kurang nyaman (lirih).. kurang nyaman karena kami kan dua orang yang naik jadi takutnya dibawah teman-teman nanti bicara yang tidak tidak lagi. Karena kenapa langsung dua yang naik kayak gitu toh, biasanya kan kalau saya kan sendirian naik..”(p2)

“Perasaannya ee perasaannya tidak enak sih, cuman kita sudah sumpah waktu selesai kuliah itu sumpah dimana pun kita di tempatkan ya harus melayani mereka dengan sepenuh hati ya walaupun mereka marah ya tetap mereka pasien

Merasa tidak nyaman karena petugas banyak berkurang di pedalaman

Memikirkan sumpah yang telah terucap

Teguh pada sumpah profesi



		<p>nya kita ya kita tetap layani saja..”(p6)</p>															
		<p>“..suami sih bisa menerima walaupun kadang juga sih dia e bertanya ke saya ‘kapan ka bisa meninggalkan pedalaman, bisa pindah’ soalnya kan ya bagaimana lah hubungan dalam rumah tangga bila kita berjauhan begitu.. Cuman karena mengingat tanggung jawab lagi dimana saya harus turun (kepedalaman) dan teman juga yang lainnya harus gantian kan , mau tidak mau saya harus turun lagi..”(p5)</p>													<p>Pasrah terhadap kondisi berjauhan dengan keluarga</p>		

STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI PEDALAMAN KOKONAO, MIMIKA BARAT, PAPUA

Zulkifli¹, Indah Winarni², Asti Melani Astari³

1 Mahasiswa Program Study Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

2,3 Dosen Pengajar Program Study Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

Abstrak :

Pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman Kokonao, Papua yang di lakukan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat banyak mengalami tantangan, baik itu oleh sarana dan prasana yang terbatas, bahasa dan budaya masyarakat asli Kamoro maupun oleh kondisi alamnya. Tantangan lain yang dihadapi oleh perawat di pedalaman datang juga dari kondisi berjauhan antara petugas dengan keluarga mereka yang berada di kota, sehingga dibutuhkan sebuah adaptasi yang tidak mudah untuk bisa memberikan pelayanan kegawat daruratan yang baik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman Kokonao, Papua. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kualitatif dengan pendekatan Interpretive Phenomenologist. Tehnik pengumpulan data dengan *in-depth interview* serta menggunakan metode Van Manen untuk proses analisa data, dengan 3 metode yaitu *the detailed or line-by-line approach, the selective or highlighting approach, dan the holistic approach*. Hasil yang di dapat dari penelitian ini adalah munculnya 9 tema yaitu : Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan Melakukan refleksi diri. Kesimpulan : Pengalaman seorang perawat dalam menjalankan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Papua merupakan sebuah pengabdian tanpa batas dalam keterbatasan.

Kata Kunci : Pengalaman, Daerah Pedalaman, Gawat Darurat, Perawat.

LATAR BELAKANG

Wilayah Indonesia bagian Timur, terutama Papua memiliki luas daerah yang sangat besar dengan keadaan muka bumi yang sangat beragam. Papua telah menjadi perhatian dunia terkait masalah kesehatan, rendahnya tingkat kesehatan di Papua mencakup empat hal, yakni kesehatan ibu

dan anak dan gizi masyarakat, penyakit menular malaria, tuberculosis (TB), dan HIV-Aids. Selain memiliki luas wilayah yang luar biasa Papua juga dikelilingi dengan kondisi lingkungan yang lengkap dan beragam. Dari daerah pegunungan yang masih alami sampai daerah pesisir yang memiliki kekayaan alam melimpah menjadikan Papua

sebagai tempat yang penuh dengan potensi. Namun keragaman dan kekayaan topografi ini menciptakan tantangan tersendiri bagi perkembangan layanan kesehatan di Papua. Masyarakat yang tinggal dan bermukim secara acak di daerah pegunungan, pesisir pantai, atau bahkan di lembah lembah, diikuti pula dengan adat istiadat yang masih kuat melekat pada tata kehidupan sosial serta kepercayaan dalam masyarakat itu sendiri, menjadikan bidang kesehatan tidak mudah untuk tumbuh dan berkembang. (<http://www.suarapembaruan.com>, 2013).

Gubernur dan Dinas Kesehatan Provinsi Papua beserta jajarannya memilih menerapkan konsep mobile clinic yang diharapkan dapat memperbaiki pelayanan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Mobile clinic di sini maksudnya adalah menggerakkan pelayanan kesehatan ke dekat masyarakat sehingga masyarakat tidak perlu lagi bersusah payah mendatangi petugas kesehatan, tapi petugas dan layanan kesehatan lah yang mendatangi masyarakat dimana mereka berdiam dan bertempat tinggal. Konsep pelayanan kesehatan mobile clinic ini dibagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu pelayanan terapung, pelayanan kaki telanjang, dan pelayanan udara (Wahyuni, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan di bulan Juli 2018, diperoleh hasil Kokonao yang berada di kabupaten Mimika, Papua merupakan daerah pedalaman pesisir yang terdiri dari tujuh kampung. Kokonao memiliki jumlah penduduk sebesar 2215 jiwa dan hanya memiliki satu puskesmas induk dan 2 polindes dimana distribusi tenaga kesehatan hanya 1 orang dokter, 12 orang perawat, 5 orang bidan dan seorang tenaga analis. Sarana transportasi yang dapat digunakan untuk menjangkau Kokonao dari ibukota kabupaten adalah menggunakan pesawat kecil sebanyak 2 kali seminggu atau

menggunakan perahu melewati sungai dan laut dengan jarak tempuh 4-6 jam. (Statistik Mimika Barat, 2016).

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap 2 orang perawat puskesmas Kokonao, menyatakan bahwa pelayanan kegawat daruratan yang mereka lakukan di pedalaman memang menjadi sulit dengan keterbatasan alat dan sarana, selain itu tenaga dokter yang tidak selalu berada di pedalaman menjadi salah satu kendala dalam memberikan pelayanan. Informasi lain yang di dapatkan adalah adanya konflik yang berujung pada kekerasan, baik verbal maupun fisik dari pasien dan keluarga pasien terhadap petugas kesehatan yang bertugas disana. Hal ini disebabkan oleh perbedaan budaya dan kurangnya pengetahuan tentang teori dan praktik kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat di pedalaman.

Pelayanan gawat darurat di daerah pedalaman Kokonao menjadi unik karena petugas kesehatan yang bertugas di pedalaman Kokonao menjalani tugas dengan memberlakukan sistem rolling. Sistem rolling sendiri adalah membagi menjadi dua kelompok petugas kesehatan pedalaman Kokonao yang melakukan pelayanan kesehatan secara bergiliran dalam kurun waktu yang telah disepakati. Kebijakan ini dibuat untuk meniasati kondisi para petugas yang harus tinggal berjauhan dengan keluarga mereka di kota sehingga membutuhkan waktu tersendiri agar bisa bertemu dan bersama menjalankan fungsi dan peran mereka sebagai anggota keluarga.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan Interpretif Fenomenologi. Partisipan yang ikut dalam penelitian ini adalah perawat yang telah memiliki pengalaman menangani kegawat daruratan di daerah pedalaman Kokonao dengan kriteria sebagai berikut: (1)

perawat yang memiliki pengalaman kerja di pedalaman lebih dari 2 tahun, (2) pernah menolong pasien dengan kondisi gawat darurat di daerah pedalaman, (3) dalam keadaan sehat secara fisik dan mental, (4) bersedia ikut sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan. Penentuan sampling dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Setelah memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan, didapatkan enam orang perawat yang bersedia aktif menjadi partisipan dan sebelum melakukan wawancara ke enam partisipan telah dijelaskan tentang tujuan penelitian serta menandatangani *informed consent* sebagai tanda setuju menjadi partisipan dalam penelitian ini. Penelitian ini menjalani uji etik di Universitas Halu Oleo Kendari Sulawesi Tenggara dengan nomor surat kelaikan etik 2504/UN29.20/PPM/2018.

PENGUMPULAN DATA

Peneliti melakukan prosedur pengumpulan data yaitu *in-depth interview*. Wawancara mendalam peneliti lakukan kepada partisipan sesuai dengan pedoman wawancara yang telah peneliti susun sebelumnya. Lama proses wawancara adalah sekitar 35-45 menit untuk setiap partisipan. Selama proses wawancara, peneliti menggunakan media *voice recorder* digital dari telepon genggam Xiaomi seri 4X untuk mendokumentasikan proses wawancara, serta dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat berbagai respons non verbal, serta situasi yang teramati oleh peneliti. Peneliti mendatangi 3 orang partisipan di rumah mereka saat sedang berada di kota dan peneliti juga turun langsung ke pedalaman Kokonao untuk menemui 3 orang partisipan lainnya di Puskesmas saat mereka menjalankan tugas. Turun ke pedalaman Kokonao peneliti lakukan demi mendapatkan gambaran situasi sebenar-benarnya yang

partisipan rasakan saat memberikan pelayanan gawat darurat.

ANALISA DATA

Penelitian ini menggunakan metode analisa data Van Manen karena metode ini dapat mewakili desain penelitian interpretive atau hermeneutic phenomenology. Berdasarkan pendekatan Van Manen (1990) dalam Polit dan Beck (2012) aspek tematik yang berupa fenomena mental atau makna psikologis dari pengalaman dapat ditemukan atau dipisahkan dari deskripsi pengalaman partisipan dengan 3 metode yaitu *The detailed or line-by-line approach*, setelah peneliti selesai melakukan transkrip verbatim ke 6 partisipan, peneliti kemudian membaca hasil transkrip verbatim setiap partisipan secara berulang ulang dan membaca secara detail kalimat demi kalimat yang partisipan ucapkan agar semakin dekat dan familiar serta memahami makna yang diungkapkan oleh partisipan. *The selective or highlighting approach*, pada tahap ini peneliti berusaha menarik keluar kata kata kunci yang peneliti anggap memiliki fenomena psikologis sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini. Kemudian peneliti berusaha menemukan makna dari setiap kata kunci tersebut dengan cara mengartikan secara tekstual menggunakan KBBI dan secara kontekstual sesuai dengan latar belakang dari pernyataan yang diucapkan oleh partisipan dan *The holistic approach* yaitu peneliti kembali membaca keseluruhan teks verbatim pada masing-masing partisipan untuk dapat menemukan tema dari teks tersebut. Dalam penelitian kualitatif peneliti diharapkan mampu menuliskan fenomena yang ada dan dapat dimengerti oleh pembaca.

HASIL

Hasil interpretasi didapatkan berupa kata kata kunci partisipan yang dikumpulkan dan bermakna sama kemudian dikelompokkan

menjadi kategori - kategori. Kategori - kategori tersebut dikelompokkan menjadi sub tema yang kemudian sub tema membangun tema. Tema yang dihasilkan dari penelitian ini berjumlah sembilan tema.

Tema 1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman

Kata membiasakan secara tekstual bahasa menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti adalah “menjadikan lazim (umum)”, dan menjadikan terbiasa dengan kondisi lingkungan pedalaman. Adapun tiga sub tema yang membentuk tema ini, dimulai dengan **melibatkan kondisi alam dalam pelayanan**. Usaha pelayanan gawat darurat terutama proses rujukan, perawat sangat mengandalkan kondisi alam yaitu pasang surut air laut saat membawa pasien menuju rumah sakit di kota.

“..kita menyesuaikan dengan keadaan alam. Kalo misalnya airnya naik pasang baru kita berangkat. Kadang kita berangkat siang, tengah malam, atau subuh baru jalan..”(p5)

Menciptakan suasana yang nyaman di pedalaman menjadi usaha partisipan untuk membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman agar dapat menjalankan tugas dengan baik.

“Disana itu kita sudah seperti keluarga kan, karena kita semua kan masing – masing jauh dari keluarga. Jadi kita berkumpul di sana itu sudah kayak keluarga, masing-masing kayak saudara lagi. Jadi, semuanya bisa menerima satu sama lainnya..”(p5)

Mengatur jadwal kerja menjadi sesuatu hal yang menarik di pedalaman Kokonao. Hal ini biasa disebut dengan rolling. Sistem rolling adalah dengan membagi dua kelompok kerja, dimana satu kelompok bertugas menjalankan pelayanan di pedalaman sedangkan

kelompok yang lain beristirahat dan dapat bertemu keluarga di kota.

“..di sana namanya pedalaman pasti teman-teman yang lainnya kan pasti maksudnya butuh ketemu juga dengan keluarga to? Jadi yang kami lakukan itu biasa rollingan, rollingan biasa ada yang naik ada yang turun.”(p1)

Tema 2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli

Secara tekstual kata memahami menurut KBBI berarti “mengerti benar (akan), mengetahui benar”. Kata budaya menurut KBBI adalah “sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan yang sudah sukar diubah”. Sub tema yang membangun tema ini yaitu **membangun hubungan yang lebih baik** dengan masyarakat asli. Proses ini dilakukan dengan berusaha mendekati diri kepada masyarakat dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh masyarakat baik dalam komunikasi sehari hari maupun dalam usaha pelayanan kesehatan.

“..cuma salah satu jalannya kita hanya bisa berusaha untuk lebih mendekati diri kepada mereka (masyarakat) biar ee membina hubungan saling percaya maksudnya to..kepada masyarakat biar kejadian itu tidak terulang lagi..”(p2).

Sub tema berikutnya adalah **memaklumi tingkat pengetahuan yang kurang dan kebiasaan masyarakat asli**, perawat yang berada di pedalaman Kokonao berhadapan dengan bermacam karakter masyarakat asli dengan segala kekurangan dan kelebihanannya.

“..kekurangan ilmu pengetahuan tentang kesehatan.. Tindakan cepat itu bisa biasa berupa contoh salah satunya BHD (Bantuan Hidup Dasar) aa contohnya RJP. Kita melakukan RJP itu pasiennya atau keluarganya mikir kita

melakukan malah menambah kesakitannya pasien gitu..”(p2)

Tema 3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan

Tema ini muncul karena pelayanan kegawat daruratan di pedalaman terbentur masalah klasik yaitu sarana dan prasarana yang kurang memadai. Hal ini membuat beberapa partisipan memutar otak untuk tetap dapat melakukan upaya pelayanan dengan segala keterbatasan. Salah satu sub tema yang membentuk tema ini adalah **usaha menyediakan efek terapi yang diinginkan.**

“..kebetulan waktu itu lidokain kami atau alat apa namanya untuk melakukan anastesinya tidak ada. terpaksa kami akali dengan pakai air es batu terus di kasih tekan sebentar..”(P2)

Usaha menyediakan alat kesehatan yang bersih menjadi sub tema berikutnya.

“Handskun itu yang setengah mati kita sampe ih (mengernyitkan dahi).. cuci jemur cuci jemur handskun itu..”(p3)

Sub tema **menggunakan bahan yang ada untuk membantu pelayanan** merupakan usaha perawat untuk tetap menyediakan layanan yang optimal bagi pasien.

“..pergi ke apa..tukang tukang cari kayu, kayu yang ringan yang bisa dipakai untuk jadi spalk..”(p1).

Tema 4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan

Rasa peduli secara tekstual menurut bahasa KBBI berarti “mengindahkan; memperhatikan; dan menghiraukan”. Mempunyai kepedulian terhadap pasien dibangun oleh beberapa sub tema, dimulai

dari sub tema **mengutamakan keselamatan pasien yang menjadi prioritas.**

“Yang mana lebih kita utamakan duluan yang mana yang mengancam nyawa yang mana masih masih bisa menunggu. Jadi kadang begitu... tiba-tiba datang yang satu minta berteriak teriak ‘keluarganya sudah berdarah berdarah di sana, eeh jempuit...!’”(p1).

Sub tema berikutnya yaitu terkadang partisipan harus **mengambil resiko demi pasien.**

“..mau tidak mau kami harus melakukan (tindakan medis) juga, daripada (keselamatan) pasiennya (terancam) juga, tidak mungkin lah kita biarkan saja begitu..”(p2)

Kepedulian secara finansial menjadi sub tema berikutnya, partisipan lakukan kepada pasien agar pelayanan tetap berjalan.

“..kita cari perahu, cari bensin, kalau tidak kita hutang dulu bensinnya, nanti naik di atas kita ambil di bendahara (uang ganti) itu pun kita gantikan disitu..”(p4).

Sub tema selanjutnya rasa **empati pada pasien** yang menunjukkan kepedulian mereka terhadap sesuatu yang dirasakan oleh pasien dan masyarakat.

“Sebenarnya sih ee kasian sih karena kan kita sudah berusaha merujuk mereka ke timika, cuman kan ada kendala alam (harus menunggu), juga perahunya kita cari-cari (dulu)..”(p6)

Mempertahankan keberlangsungan pelayanan di pedalaman dengan mempertahankan kesiapsiagaan petugas di pedalaman dengan melakukan sistem rolling

“..Kan kita rolingan tinggal operan e kayak kita operan gitu kaya ini ada

pasien.. Tetap ada pelayanan (walau ditinggalkan) kan kita cuma tinggal tukaran (kelompok kerja) ini saja gitu..”(p6)

Tema 5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

Dedikasi secara tekstual berdasarkan kamus besar bahasa Indonesia berarti pengorbanan tenaga, pikiran, dan waktu demi keberhasilan suatu usaha atau tujuan mulia, dan pengabdian. Sub tema yang membangun tema ini diantaranya **tetap menunaikan tugas walau di kota.**

“..di pedalaman saya diberi tanggung jawab sebagai penanggung jawab laporan, jadi kadang kami ke dinkes (kota) antar laporan karena biasanya itu kita juga rapel 3 bulan laporannya kami..”(p1)

Sub tema selanjutnya adalah **ikhlas bekerja.**

“..Insentif mau ditingkatkan juga alhamdulillah tapi tidak (naik) juga biasa saja. Karena dengan adanya seperti ini (perubahan status) saya turun loh kak kontrak jadi honorer..”(p4)

Partisipan juga menyatakan **setia pada pekerjaan** di pedalaman.

“Saya punya prinsip bahwa kita kerja di sini (pedalaman) risikonya harus seperti begini (jauh dari keluarga) jadi sudah harus terima..”(p3).

Menyukai pekerjaannya di pedalaman adalah sub tema berikutnya.

“Kalau kita mencintai pekerjaan mau di tempat tugas, dengan keluarga.. tetap sama saja karena sama-sama dicintai. Jadi tinggalkan keluarga fine, pada saat naik lihat keluarga juga fine-fine saja. Kembali ke tempat kerja senang juga..”(p4).

Sub tema selanjutnya yang menunjukkan dedikasi terhadap pekerjaan adalah **tidak ingin membolos.**

“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah (bila berada di kota lama) dengan teman-teman yang dibawah (pedalaman) begitu..”(p2)

Tema 6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat

Susah secara tekstual menurut kamus bahasa Indonesia adalah “rasa tidak senang (karena sukar, sulit, berat, dan sebagainya), merasa tidak aman (selalu gelisah dan khawatir; sedih) sukar, atau tidak mudah (mendapat, mencari, dan sebagainya)”. Tema ini dibangun dari dua sub tema yaitu **keterbatasan hidup di pedalaman.**

“..untuk minumnya terpaksa kita beli air minum terus untuk mandinya mau tidak mau harus menggunakan air asin itu tapi nanti badan itu jadi gatal lengket – lengket..”(p5)

“..komunikasinya dengan dikota juga kan susah, Apalagi kami sini jaringannya (telepon) juga harus musti dicari dulu (susah)..”(p2)

“Penerangan (listrik) dari satu tahun belum ada..”(p4)

Partisipan juga **mengalami kekerasan fisik saat menjalankan tugas di pedalaman**, yang menjadi sub tema berikutnya.

“..datanglah.. mereka tujuannya ke rumah saya di sana saya sempat dipukul pakai balok balok (kayu) dalam keadaan terpasang infus, untung ada

mama saya yang pele (tahan). Sudah, akhirnya mama saya yang kena. Itu sudah pengalaman saya masalah dipukul sama pasien..”(p1)

Tema 7. Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat

Lelah mental secara tekstual dalam bahasa Inggris yaitu fatigue yang berarti lelah, bukan saja secara fisik namun juga secara mental. Lelah mental adalah perasaan kewalahan atau terkuras secara emosional yang berlangsung terus menerus. Sub tema yang membangun tema ini adalah, diantaranya: **menerima kekerasan verbal, dan mendapat ancaman saat melakukan pelayanan gawat darurat di pedalaman.**

“(Keluarga pasien) Hanya tahunya marah- marah saja di kita (perawat)..”

“Jadi mereka (keluarga pasien) marah- marah karena (dikira) tidak ada perawatnya..”(p2)

“..Ya ada ancaman kalau tidak bayar kita mau di usir kita dari situ, kalau tidak bayar harga tanah kita di usir dari situ (rumah dinas petugas)..”(p6)

Sub tema **merasa tidak dihargai** oleh pasien dan keluarga pasien.

“..awalnya merasa jengkel dan sempat mau meninggalkan tempat tugas sebab kita merasa sudah melakukan pelayanan sebaik baiknya, jauh dari keluarga tapi ternyata masyarakat membalas dengan perlakuan yang tidak adil..”(p1)

Sub tema selanjutnya **masalah dengan hubungan sosial.**

“Setiap mau turun ke pedalaman itu rasanya sedih sekali, berat sekali kayaknya harus berangkat ke sana (pedalaman). Pertama itu mengingat

harus meninggalkan keluarga di Timika..”(p5)

Masalah dengan lingkungan kerja menjadi sub tema selanjutnya

“Siapa yang ada (di pedalaman) ya kita jalankan, mau tidak mau karena kita (perawat) yang ada di sini dan tuntutan masyarakat untuk harus pelayanan itu tetap berjalan mau tidak mau harus kita jalankan..”(p4)

Merasa terancam mendapatkan hukuman yang bisa didapat bila melanggar kewenangan menjadi sub tema terakhir yg membangun tema lelah mental.

“..di satu sisi sebenarnya memang kita takut. Saya pribadi kadang merasa takut untuk melakukan tindakan (dokter) itu karena saya tahu bahwa itu sebenarnya bukan e tugasnya saya, wewenang saya..”(p5)

Tema 8. Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan

Tema ini mengangkat makna psikologis partisipan saat menjalani kehidupan sebagai anggota keluarga namun harus meninggalkan keluarga di kota. Tema ini dibangun dari lima sub tema dimulai dari **menutupi perasaan sedih.**

“..(dalam perahu perjalanan ke pedalaman) masih dapat sinyal ini, hape kita masih pegang pegang (mengharap sinyal)..pas sudah hilang (sinyal hape) itu kayak yaa.. mau bagaimana lagi, sedih karena harus hilang kontak dengan keluarga..”(p1)

Menjaga perasaan keluarga menjadi sub tema berikutnya, dimana partisipan berusaha menjaga perasaan keluarga yang ditinggalkan.

“..saya tidak pernah cerita (ke keluarga) kalau saya di bentak di marah-marah di pedalaman saya tidak pernah cerita-cerita jadi saya saja yang tau...Kalau (keluarga) tau pasti suruh pindah ke timika..”(p6)

Sub tema **mendapat restu keluarga** menjadi sub tema berikutnya.

“..suami sih bisa menerima walaupun kadang juga sih dia e bertanya ke saya ‘kapan ka bisa meninggalkan pedalaman, bisa pindah’ soalnya kan ya bagaimana lah hubungan dalam rumah tangga bila kita berjauhan begitu..”(p5).

Menjaga keseimbangan pekerjaan dan keluarga adalah sub tema yang menunjukkan partisipan tetap ingin bisa bertemu dengan keluarga walau bekerja di pedalaman.

“..dengan adanya pembagian shif (rolling) seperti begitu .. menguntungkan juga bagi kami karena e kami bisa membagi waktu dengan keluarga di Timika dan sebagian lagi tinggal untuk melakukan pelayanan di tempat..”(p5)

Sub tema **merasa bahagia dan bersemangat bertemu keluarga di kota**, muncul karena partisipan terpisah jauh dari keluarga.

“Saat saya punya jadwal untuk kembali ke kota, waaw..saya begitu senang (tertawa) saya akhirnya saya bisa ketemu dengan keluarga dan meninggalkan semua kesumpekan – kesumpekan yang ada di sana (pedalaman), saya bisa mandi air, mandi dengan sepuasnya, saya bisa nonton tv, saya bisa nelpon – nelpon ke keluarga yang ada di kampung, orang tua. Pokoknya begitu mau naik ke kota

saya begitu senang dan bersemangat..”(p5)

Tema 9. Melakukan refleksi diri

Refleksi secara tekstual berdasarkan kamus besar bahasa Indonesia berarti “pantulan di luar kemauan (kesadaran) sebagai jawaban suatu hal atau kegiatan yang datang dari luar”. Tema ini dibangun oleh tiga sub tema, dimulai dari **memikirkan kemampuan diri yang masih terbatas**.

“Nanti pas selesai tangani pasien itu duduk termenung, iih kira-kira tadi saya bikin apa ya, pasiennya ya? kira-kira dia selamat kah tidak? kira-kira dia nanti apa, keluarganya marah kah tidak? saya bikin begini keluarganya? Yaa itu perasaannya itu kalau untuk yang ini kita lupakan pokoknya jalan saja..”(p1).

Partisipan juga **memikirkan kondisi pedalaman bila ditinggalkan**, perasaan berdosa yang muncul dalam diri partisipan disaat harus naik ke kota meninggalkan pedalaman.

“..terkadang maksudnya berpikir juga karena tugas kita kan Kokonao, maksudnya ada pikiran-pikiran macam ada perasaan yang tidak enak lah dengan teman-teman yang dibawah begitu..”(p2).

Teguh pada sumpah profesi menjadi sub tema berikutnya.

“Perasaan nya ee perasaannya tidak enak sih, cuman kita sudah sumpah waktu selesai kuliah itu sumpah dimana pun kita di tempatkan ya harus melayani mereka dengan sepenuh hati ya walaupun mereka marah ya tetap mereka pasien nya kita ya kita tetap layani saja..”(p6).

PEMBAHASAN

1. Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman

Secara kontekstual membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman adalah usaha - usaha yang dilakukan oleh partisipan yang pada penelitian ini seluruhnya adalah pendatang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan pedalaman dimana mereka bekerja. Pembiasaan diri yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini tentu saja berkaitan dengan kondisi alam Kokonao dan situasi yang mengharuskan partisipan berjauhan dengan keluarga mereka, agar partisipan dapat bertahan dan nyaman bekerja di pedalaman. Proses rujukan pasien gawat darurat di daerah Kokonao sangat tergantung pada kondisi air sungai tersebut. Bila tidak sesuai dengan perhitungan air yang telah ditentukan dapat dipastikan perahu yang melakukan rujukan akan mengalami kesulitan saat mengantar pasien. Hal ini sesuai dengan teori adaptasi yang di gagas oleh Calista Roy seorang tokoh keperawatan dalam Alligood (2017), teori adaptasi tersebut meliputi input, output, control, dan feedback. Input dalam proses adaptasi merupakan sebuah stimulus baik yang berasal dari dalam individu maupun stimulus yang berasal dari luar individu tersebut. Kondisi alam Kokonao serta kondisi partisipan yang berjauhan dengan keluarga dipandang sebagai stimulus dari luar individu yang sangat mempengaruhi proses adaptasi. Selanjutnya output yang dalam proses adaptasi adalah perilaku dari partisipan sebagai respons dalam menyikapi stimulus yang berpengaruh terhadap situasi dan kondisi pelayanan gawat darurat di pedalaman. Di sini perilaku yang ditimbulkan oleh partisipan dapat dilihat dalam sub tema yang membangun

tema ini yaitu melibatkan kondisi alam dalam pelayanan, dan mengatur jadwal kerja agar petugas tetap berada di pedalaman. Sedangkan control dalam proses adaptasi ini adalah koping yang digunakan partisipan dalam menanggapi stimulus dengan melibatkan fungsi anatomi dan fisiologi serta melibatkan persepsi, penilaian, dan emosi (Alligood, 2017) dimana dalam penelitian ini tergambar pada sub tema yang partisipan tunjukkan dengan menciptakan suasana yang nyaman di pedalaman.

2. Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli

Secara kontekstual berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli berarti partisipan merasa perlu memahami kondisi dan kebiasaan kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat asli Kokonao, salah satunya yaitu dimana tingkat pengetahuan mereka yang masih rendah serta lonjakan emosi masyarakat yang mudah naik sehingga partisipan perlu menggunakan komunikasi yang sederhana dan mudah dipahami oleh masyarakat. Kompetensi budaya mengacu pada kemampuan untuk berkomunikasi di antara budaya dan praktik di luar budaya asli seseorang (Delgado et al., 2013). Pernyataan tersebut sesuai dengan apa yang partisipan lakukan pada penelitian ini dimana mereka berusaha memahami budaya setempat dengan memberikan pemahaman tentang pelayanan yang mereka berikan menggunakan bahasa komunikasi yang sederhana dan dapat dipahami oleh masyarakat yang notabene nya memiliki tingkat pengetahuan yang rendah. Hal ini dilakukan agar pesan kesehatan dan arahan pelayanan yang ingin

disampaikan dapat di terima masyarakat pedalaman. Delgado et al (2013) lebih lanjut mengatakan bahwa kompetensi budaya ini mencakup sikap empati seseorang terhadap orang lain, rasa ingin tahu, penghargaan dasar terhadap diri sendiri dan orang lain, serta mengakui nilai-nilai intrinsik semua manusia. Hal ini juga sesuai dengan apa yang partisipan lakukan yaitu berusaha berempati dan memahami kekurangan yang dimiliki oleh masyarakat asli pedalaman yaitu masyarakat yang selalu menggunakan emosi tinggi dalam menanggapi sesuatu. Sehingga menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga perawat di pedalaman dalam memberikan layanan kesehatan dan memberikan perawatan yang peka budaya karena setiap populasi memiliki norma dan praktik tradisional yang memandu gaya hidup mereka.

3. Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan

Secara kontekstual merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan berarti partisipan dihadapkan pada dilema dimana mereka harus melakukan tindakan medis maupun tindakan keperawatan dalam pelayanan gawat darurat dengan kondisi dimana sarana dan prasarana yang terbatas, sehingga memaksa partisipan melakukan tindakan - tindakan penyelamatan dengan memodifikasi sumber daya yang tersedia demi menolong pasien. Salah satu modifikasi yang dilakukan adalah dengan menempelkan es batu pada luka robek demi mendapatkan efek mati rasa/anestesi dari obat Lidocain yang tidak tersedia di pedalaman saat mereka bertugas. Tema ini sesuai dengan temuan tema pada penelitian kualitatif Susilawati (2016), yang menyatakan

bahwa tenaga perawat yang bertugas di daerah konflik bersenjata di luar negeri dihadapkan pada kondisi yang sama yaitu berusaha menolong korban peperangan dengan memodifikasi tindakan dan sumber daya yang terbatas. Selain keterbatasan alat dan bahan dalam penerapan tindakan gawat darurat, partisipan juga dihadapkan pada kondisi lingkungan Kokonao yang terpencil, sehingga tidak memungkinkan partisipan untuk dapat dengan segera menyediakan bahan habis pakai seperti handschoon dan perban, sehingga partisipan menggunakan ulang handschoon yang seharusnya sekali pakai (disposable) setelah dicuci dan dikeringkan terlebih dahulu. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan Crigger et.al (2007) bahwa pada kondisi bencana dimana perawat bekerja pada lingkungan yang tidak ideal dengan segala tantangan dan keterbatasan yang ada dituntut untuk memberikan penanganan yang maksimal pada situasi tersebut, sehingga kemampuan menghadirkan alternatif tindakan yang sesuai dengan kebutuhan

4. Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan

Secara kontekstual mempunyai kepedulian terhadap pasien dalam penelitian ini berarti partisipan melakukan tindakan - tindakan yang dilakukan partisipan terhadap pasien selama proses pelayanan gawat darurat agar mereka tetap mendapatkan pelayanan yang baik. Tema mempunyai kepedulian terhadap pasien pada penelitian ini menunjukkan partisipan memiliki sifat sesuai teori Caring yang di gagas oleh tokoh keperawatan Jean Watson. Sifat caring yang ditunjukkan oleh partisipan nampak pada sub tema yang membangun tema ini yaitu,

mengutamakan keselamatan pasien dan rela mengambil risiko demi pasien, serta sikap empati pada pasien sebagai pengejawantahan dari Theory of Human Caring (Watson, 1979 dalam Alligood 2017). Watson juga mengungkapkan bahwa perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan dalam usahanya membantu pasien untuk mencapai kembali keselarasan batin dengan memberikan pengetahuan, dan pengendalian diri serta kesiapan pasien untuk kesembuhannya. Perawat berdiri di atas komitmen yang kuat untuk melindungi, meningkatkan dan mengembalikan martabat serta memfasilitasi kesembuhan bagi klien.

5. Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan

Secara kontekstual mendedikasikan diri terhadap pekerjaan dalam penelitian ini adalah pengabdian partisipan menjalankan tugasnya dengan ikhlas di pedalaman dengan kondisi yang sulit. Beberapa partisipan tetap menjalankan tugasnya walaupun tanpa kejelasan status dan gaji yang mereka terima. Penelitian yang dilakukan oleh Eriadya (2014) tentang subjective wellbeing atau kepuasan hidup yang positif pada karyawan sebuah perusahaan, dimana dedikasi dan optimisme memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingginya tingkat kepuasan hidup yang positif pada karyawan perusahaan tersebut. Penelitian ini juga disebutkan dedikasi merupakan salah satu aspek penting pegawai untuk meningkatkan totalitas dalam bekerja sedangkan orang yang bekerja dengan totalitas yang tinggi memiliki subjective wellbeing yang tinggi pula. Pernyataan tersebut sesuai dengan sub tema yang terdapat dalam tema ini yaitu partisipan menyukai pekerjaan mereka di pedalaman, tetap menunaikan tugas di kota, dan setia pada pekerjaan.

Sub tema ikhlas bekerja walaupun sebagian besar partisipan mendapatkan gaji yang tidak jelas dan status kepegawaian mereka yang masih honorer, ini menunjukkan partisipan dalam penelitian ini memiliki kepuasan hidup yang positif.

6. Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat

Susah fisik secara kontekstual dalam penelitian ini adalah ketika perawat mengalami kesulitan atau kesukaran yang memberi dampak pada fisik mereka. Bentuk kesusahan fisik yang dialami partisipan dalam tema susah fisik ini salah satunya adalah kekerasan fisik yang dilakukan oleh pasien maupun keluarga pasien. Kekerasan fisik yang didapat berupa pemukulan yang penyebabnya bisa dari berbagai sumber, salah satunya adalah ketidakpuasan pasien maupun keluarga pasien terhadap layanan yang telah diberikan. Temuan ini sesuai dengan penelitian dari Shields dan Wilkins (2009) yang mengungkapkan bahwa sebagian besar perawat yang berada di Kanada mengalami kekerasan fisik dan emosional di tangan pasien. Faktor penyebabnya didapatkan karena iklim di tempat kerja tidak baik, termasuk tidak memadainya kepegawaian dan sumber daya yang ada, serta hubungan antar pribadi yang buruk di antara petugas kesehatan itu sendiri. Shield dan Wilkins (2009) juga mengatakan penelitian ini menyediakan bukti adanya hubungan antara kekerasan fisik dari seorang pasien dengan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat di kompromi kan sebagai konsekuensi dari kekerasan tersebut. Pernyataan ini sesuai dengan yang di alami oleh salah satu partisipan saat

menjalankan tugas di pedalaman, dimana partisipan tersebut mendapat pemukulan dari keluarga pasien karena terjadi kesalahpahaman dimana partisipan disangka tidak menjalankan tugas dengan baik.

7. **Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat**

Tema lelah mental secara kontekstual dalam penelitian ini berarti kondisi jiwa/psikis partisipan yang mengalami guncangan akibat perlakuan pasien, keluarga pasien, maupun masyarakat selama menjalankan tugas di pedalaman. Kelelahan mental yang dialami partisipan dalam penelitian ini diakibatkan oleh banyak hal, salah satunya adalah masalah yang didapat dari lingkungan kerja, dimana partisipan sering mendapatkan kekerasan verbal berupa makian dan menjadi sasaran kemarahan pasien serta keluarga pasien saat tidak puas dan tidak mengerti mengenai pelayanan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Dlamini dan Visser (2017), dimana perawat dalam penelitian mereka menyatakan bahwa lingkungan kerja di mana mereka terus diserang dan dihina oleh pasien menciptakan frustrasi dan rasa berkurang kebanggaan dalam profesi mereka. Meskipun tidak tersedianya sumber daya kerja yang memadai perawat masih diharapkan untuk memecahkan masalah dan bertanggung jawab yang melampaui peran mereka. Hal ini menyebabkan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan. Lebih lanjut Dlamini dan Visser mengatakan perawat sering harus melakukan pekerjaan di luar deskripsi pekerjaan formal mereka. Menurut perawat mereka harus bekerja sepanjang waktu dan tidak diberikan waktu yang cukup untuk beristirahat karena permintaan cuti mereka sering

ditolak karena kekurangan staf. Situasi ini menyebabkan kelelahan yang membuat mereka rentan terhadap membuat kesalahan saat bertugas. Ini sesuai dengan kategori yang membentuk sub tema masalah dengan lingkungan kerja yaitu dimana partisipan harus bekerja tidak sesuai dengan pendidikan yang mereka miliki dan terpaksa melakukan beberapa tindakan medis yang bukan wewenang mereka demi menyelamatkan kondisi pasien

8. **Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan**

Tema dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan ini secara kontekstual dalam penelitian ini berarti usaha partisipan dalam menghadapi konflik batin antara peran dan fungsi para partisipan sebagai anggota keluarga sekaligus sebagai tenaga kesehatan yang harus meninggalkan keluarga bekerja di pedalaman. Semua partisipan dalam penelitian ini memiliki keluarga dan rumah di kota yang menghadapkan mereka pada situasi harus kehilangan waktu penting dan berharga bersama keluarga saat mereka berada di pedalaman. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil studi dari Ahmad, (2008) yang mengatakan bahwa komitmen waktu kerja terkait dengan intensitas konflik antara pekerjaan dan keluarga yang dialami oleh karyawan. Salah satu bentuk konflik antara pekerjaan dan keluarga (work family conflict) yang biasa diukur adalah konflik berdasarkan waktu, diartikan sebagai konflik yang terjadi ketika banyaknya waktu yang digunakan untuk satu peran menyebabkan kesulitan dalam memenuhi persyaratan sebuah peran lain (Greenhaus & Beutell, 1985). Jam yang dihabiskan untuk bekerja yang

terlalu panjang dapat memiliki dampak negatif bagi keluarga dan bagi pekerja yang berusaha untuk menyalurkan kewajiban di pekerjaan dan peran mereka di keluarga. Peneliti juga telah menemukan bahwa waktu yang berkomitmen untuk bekerja berkontribusi pada konflik antara pekerjaan karyawan dan yang tidak bekerja sebagai karyawan. Penelitian ini juga mengungkapkan jenis pekerjaan atau tingkat kategori pekerjaan dapat mempengaruhi kondisi konflik antara pekerjaan dan keluarga (work family conflict), dimana pekerjaan sebagai perawat atau dokter memiliki intensitas lebih besar mengalami konflik tersebut. Pekerjaan sebagai tenaga medis memungkinkan partisipan memiliki peran kerja yang berlebih di tempat kerja.

9. Melakukan refleksi diri.

Refleksi diri yang partisipan lakukan dalam penelitian ini sebagai hasil dari kegelisahan dan pemikiran partisipan saat menemukan banyak kesulitan dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman. Partisipan menemukan bahwa pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki masih terbatas sehingga timbul rasa khawatir saat ingin memberikan tindakan keperawatan maupun tindakan medis. Perawat berusaha menemukan serta memikirkan kembali apa saja yang dapat digunakan dan diperbaiki untuk memberikan pelayanan yang lebih baik. Berterö (2010) mengatakan perawat merefleksikan hubungan dengan pasien dan keluarga terdekat, interaksi dengan pasien dan keluarga terdekat, memenuhi kebutuhan dan merasa frustrasi. Mereka mengidentifikasi dan menggambarkan situasinya, menyadari perasaan mereka, mereka mengevaluasi situasinya dan membuat beberapa analisis dan memikirkannya jika mereka bisa

bertindak dengan cara lain. Ini sesuai dengan apa yang partisipan munculkan dalam sub tema dengan memikirkan kemampuan diri mereka yang masih terbatas saat memberikan pelayanan gawat darurat serta memikirkan kondisi pedalaman bila mereka tinggalkan ke kota. Hasil penelitian Berterö (2010) juga menunjukkan bahwa refleksi dalam praktik keperawatan dapat diidentifikasi sebagai refleksi pada tindakan, refleksi dalam tindakan dan refleksi sebagai penemuan diri. Kadang - kadang perawat melakukan kegiatan perawatan yang baik dengan intuisi, mereka melakukan beberapa tindakan yang menurut pengalaman mereka akan berfungsi, tetapi mereka mengalami kesulitan untuk mengungkapkannya, dengan kata lain mereka memiliki apa yang kita sebut pengetahuan bisu. Refleksi sebagai penemuan diri, sesuai dengan apa yang partisipan rasakan dalam sub tema teguh menjalankan sumpah profesi, dimana partisipan merasa harus tetap menjalankan tugas kepada masyarakat walau sebelumnya mereka mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan. Mereka menemukan diri mereka sebagai seseorang yang harus menjalankan sumpah profesi yang telah mereka ucapkan setelah tamat kuliah dahulu.

KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan yang peneliti rasakan dalam penelitian ini yaitu saat pengumpulan data, data observasi tidak didapatkan dengan maksimal karena pada saat peneliti turun ke daerah pedalaman jumlah pasien yang berkunjung ke ruang emergency sangat terbatas. Hal ini disebabkan karena pada saat penelitian yang jatuh di bulan Desember, masyarakat lebih banyak melakukan kegiatan ibadah sehingga kegiatan pelayanan gawat darurat yang seharusnya bisa di observasi

dengan baik hanya minimal yang peneliti dapatkan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan di pedalaman Kokonao, Mimika Barat, Papua mendapatkan sembilan tema yaitu: Membiasakan diri dengan lingkungan pedalaman; Berusaha memahami budaya dan bahasa masyarakat asli; Merasa dihadapkan pada situasi yang memaksa untuk melakukan alternatif tindakan; Mempunyai kepedulian terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan; Mendedikasikan diri terhadap pekerjaan; Susah fisik menghadapi keterbatasan kondisi alam dan budaya masyarakat; Lelah mental menghadapi perilaku masyarakat; Dipisahkan oleh jarak dan budaya dalam menjalankan fungsi anggota keluarga dan petugas kesehatan; dan Melakukan refleksi diri.

SARAN

Bagi Institusi Pelayanan

Dapat menjadi landasan dalam melakukan perbaikan dalam banyak aspek seperti melengkapi sarana dan prasarana terkait proses pelayanan gawat darurat, memperbaiki manajemen keuangan Puskesmas agar tidak lagi menyulitkan pegawai saat akan melakukan pelayanan dan menyediakan form pendelegasian wewenang bagi perawat yang akan melakukan tindakan medis

Bagi Instuti Pendidikan

Dapat menjadikan dasar bahan materi untuk memberikan pembelajaran mengenai pengalaman perawat dan upaya mereka dalam memberikan pelayanan di daerah terpencil.

Bagi Penelitian selanjutnya

Penelitian lebih mendalam terkait pelayanan gawat darurat di pedalaman Papua, sehingga

dapat menangkap lebih luas lagi permasalahan yang dihadapi tenaga kesehatan di daerah terpencil.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, U, (2014)., *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. <http://ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/652/528>
- Alligood, MR. (2017)., *Pakar teori keperawatan dan karya mereka*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd. 3 Killiney Road, 08-01 Winsland House 1. Singapore.
- Aminah Ahmad, (2008)., *Job, Family and Individual Factors as Predictors of Work Family Conflict*. The Journal of Human Resource and Adult Learning Vol. 4, Num. 1, June 2008
- Beck, C.T and Polite, D. F (2012)., *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Bintari Ratih Kusumaningrum , Indah Winarni , Setyoadi , Kumboyono , Retty Ratnawati (2013) *Pengalaman perawat Unit Gawat darurat (UGD) puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas*. Jurnal Ilmu Keperawatan - Volume 1, No. 2, Nopember 2013
- Bongekile C. Dlamini and Maretha Visser (2017), *Challenges in Nursing: The Psychological Needs of Rural Area Nurses in Mpumalanga, South Africa*. Remedy Open Access - Family Medicine
- BPS Mimika (2016)., *STATISTIK DAERAH KECAMATAN MIMIKA BARAT (2016)*, Mimika.
- Bungin, B. (2007)., *Penelitian Kualitatif, Komunikasi, Ekonomi,, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial lainnya*. Kencana Prenada Media Grup.
- Carina Berterö, (2010)., *Reflection in and on nursing practices- how nurses reflect and develop knowledge and skills*

- during their nursing practice. *International Journal of Caring Sciences* 2010, September-December Vol.3 Issue 3
- Chesnay, MD. (2015)., *Nursing Research Using Phenomenology: Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company
- Chipps., J. A., Simpson, B., & Brysiewicz, P. (2008). *The effectiveness of cultural competence training for health professionals in community-based rehabilitation: A systematic review of literature*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, 85-94. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00117.x
- Creswell, J.W (2014)., *Research Design : Quantitative, Qualitative, and MixMethod Approaches*. SAGE Publications, Inc
- Delgado, D., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P., Gannon, T. M., & Gillett, C. (2013). *Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence*. *Journal Of Transcultural Nursing*, 24(2), 204-213. doi:10.1177/1043659612472059
- Depkes RI, (2006). *Pedoman Pelayanan Gawat Darurat di Rumah Sakit*
- Djemari., (2011)., *Pelayanan Gawat Darurat (Emergency Care) UGD*. <http://www.djemari.org>. Diakses tanggal 11 Mei 2018
- Emergency Nurses Association (2008). *Competency for nurse practitioner in emergency care*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/competencies-for-nurse-practitioners-in-emergency-care/>. Diakses Mei 2018
- Eriadya, Melina. (2014)., *Pengaruh totalitas kerja, tuntutan kerja, dan sumber daya pribadi terhadap subjective wellbeing*. Skripsi, Fakultas Psikologi. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). *Sources of conflict between work and family roles*. *Academy of Management Review*, 10,1, 76-88.
- Halaman Papua (2014)., *Meninjau Masalah Kesehatan Di Papua*, <http://halamanpapua.org/umum/pengantar/meninjau-masalah-kesehatan-di-papua/>. Diakses 12 mei 2018
- Herdiansyah, Haris. (2010)., *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Ilmu Sosial*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia., (2008)., *Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional*. Jakarta: Pusat Bahasa
- Kantor Staf Kpresidenan <http://www.ksp.go.id/tantangan-kesehatan-papua-alam-manusia-dan-tatakelola/index.html>. Diakses 11 Mei 2018. Deputi II Kepala Staf Kepresidenan RI
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia (2015)., *Rancangan Awal Rencana Strategis Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Tahun 2015-2019*. Jakarta 2015
- Kidd, T. Kenny, A. Terri Meehan-Andrews. (2011)., *The experience of general nurses in rural Australian emergency departments*. *Nurse Education in Practice*. Elsevier.
- Krisanty. P, Manurung. S, Suratun, Wartonah, Sumartini. M, Dalami. E, Rohimah, Setiawati. S, (2016). *Asuhan keperawatan gawat darurat*. Trans Info Media. Jakarta.
- Lewis, J (2010)., *Qualitative research practice: a guide for social science student and researcher*. SAGE Publishing. Missisipi
- Margot Shields and Kathryn Wilkins, (2009)., *Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients*. *Health Reports*, Vol. 20, no. 2, June 2009 • Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE

- Moleong, L J, (2014)., *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Rosda Bandung
- Notoatmodjo, S., 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan* : Rineka. Cipta. Nursalam, Jakarta.
- Nugroho, Y (2018)., *Tantangan Kesehatan Papua: Alam, Manusia, dan Tatakelola*. Tantangan Kesehatan Papua: Alam, Manusia, dan Tatakelola
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 19 Tahun 2016., (2016) *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 949/Menkes/Per/VIII/2007., (2007) *Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpenting dan Sangat Terpenting*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Saleh, AR. (2016)., *Analisis Faktor Skala Totalitas Kerja (Work Engagement)* Disampaikan dalam seminar 2nd Psychology & Humanity ©Psychology Forum UMM, 19 – 20 Februari 2016.
- Sanjana,Wina. (2011). *Strategi Pembelajaran Berorientasi Standar Proses Pendidikan*. Cetakan Kedelapan. Jakarta:Kencana Prenada Media
- Sloan. A, Brian. B. (2014)., *Phenomenology and Hermeneutic Phenomenology the Philosophy, the Methodologies, and using hermeneutic phenomenology to investigate lectures experience of curriculum design*. Dublin Institute of Technology. ARROW@DIT
- Speziale H.J.S and Carpenter D.R (2007)., *Qualitative Research In Nursing: Advancing The Human Imperative, Fourth Edition*. Lippincot William & Wilkins, Philadelphia
- Sugiono, (2008)., *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : CV Alfabeta.
- Suharmiati, Handayani L, Kristiana, L (2012) *Faktor factor yang mempengaruhi keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas daerah terpencil perbatasan di kabupaten Sambas*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 15 No. 3 Juli 2012: 223–231
- Susilawati (2016), *Pengalaman perawat melakukan pelayanan gawat darurat di daerah konflik bersenjata diluar negeri*. Tesis Universitas Brawijaya
- Taylor, B., Karmode, S., Robert K (2007)., *Research In Nursing and Health Care Evidence for Practice*. 3 Edition. Thompson. Australia
- Triastuti L, Livolina L.S, Mantow, S.S (2015) *Studi fenomenologi pengalaman perawat dalam melaksanakan Triase di IGD Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung*. Jurnal Ilmu Keperawatan
- Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Wahyuni, Tri., (2015) *Sulitnya Memberi Pelayanan Kesehatan di Papua*, CNN Indonesia. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20151129164221-20-94742/sulitnya-memberi-pelayanan-kesehatan-di-papua> Diakses mei 2018
- Wiley, K. (2016)., *Rural Emergency: Nurses are making a difference*. WWW.JENONLINE.ORG. Elsevier
- Zhizhong Li, (2016)., *Cultural Competence in Nursing Students and Practicing Nurses*. Published by ProQuest LLC(2017). a Copyright of the Dissertation is held by the Author



Indian Journal of Public Health Research & Development

Institute of Medico-Legal Publications

Unit No.1704, Logix Office Tower, Sector-32, Noida-201301 (Uttar Pradesh) India • Tel.: 0120-4294015
Mobile: +91-9971888542 • Email: editor.ijphrd@gmail.com • Website: www.imlp.in

No1783/IJPHRD/2019

25-04-2019

To
Zulkifli
Student of Nursing Master Program,
Medical Faculty of Universitas Brawijaya

Dear author/s
I have pleasure to inform you that your following Original Article has been accepted for publication in Indian Journal of Public Health Research and Development

LIVED BODY PRINCIPLE OF A NURSE'S EXPERIENCE IN EMERGENCY TREATMENT AT REMOTE AREAKOKONAO, PAPUA, INDONESIA

Zulkifli^{1*}, Indah Winarni², Asti Melani Astari³

¹Student of Nursing Master Program, Medical Faculty of Universitas Brawijaya
^{2,3}Lecturer of Nursing Master Program, Medical Faculty of Universitas Brawijaya
*Corresponding Author's Email: bangkipli@yahoo.com

It will be published in Volume 12, No11, November 2021 issue. It is further mentioned for your information that our journal is a double blind peer reviewed indexed international journal. It is covered by Index Copernicus (Poland), Indian Citation index, Google Scholar, CINAHL, EBSCOhost (USA), EMBASE (Scopus) and many other international databases. The journal is now part of CSIR, DST and UGC consortia. The Journal is index with Scopus and fulfills MCI Criteria as per MCI circular dated 03/09/2015.

With regards

Yours sincerely

Prof R K Sharma

Editor

**Daftar Riwayat Hidup
(Curriculum Vitae)**

1. Identitas Diri

Nama : Zulkifli
 Tempat/Tanggal Lahir : Mataram, 17 Juni 1976
 Agama : Islam
 Status : Menikah
 Alamat : Perumahan Pondok Amor Indah, Blok C3 no 63
 Timika, Papua
 Email : bangkipli@yahoo.com
 Nomor Telpon : 081246612517

2. Pendidikan Formal, Non Formal, Pelatihan, dan Pengalaman Kerja

A. Pendidikan Formal

- a. SD Negeri No 3 Tanjung Karang, Ampenan, NTB 1988
- b. SMP Negeri No 1 Mataram, NTB 1991
- c. SPK Negeri Mataram, NTB 1994
- d. S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang 2007
- e. Ners Universitas Muhammadiyah Semarang 2009
- f. Magister Keperawatan Universitas Brawijaya 2019

B. Pelatihan

- a. BTCLS 118 Jakarta 2009
- b. BLS dan ACLS (AHA 2015) Jakarta 2018

C. Pengalaman Kerja

- a. Tenaga Honorer Puskesmas Tanjung Karang, Ampenan 1994-1996
- b. Tenaga Honorer RSUD Mataram 1996-1998
- c. PNS Pusat Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika 1998-Sekarang

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Malang, Mei 2019

Zulkifli