

PENGALAMAN PERAWAT UNIT GAWAT DARURAT (UGD) PUSKESMAS DALAM MERAWAT KORBAN KECELAKAAN LALU LINTAS

Bintari Ratih Kusumaningrum¹, Indah Winarni², Setyoadi³, Kumboyono³, Retty Ratnawati³

¹Program Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya ²Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

³Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Pengembangan pelayanan Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan akan memberikan pengalaman dan perasaan yang berbeda pada setiap perawat di Puskesmas yang mengalami perubahan tersebut. Pengembangan Puskesmas tersebut ditunjukkan dengan adanya pelayanan Unit Gawat Darurat 24 jam yang dapat menangani pasien gawat darurat dan kecelakaan. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat UGD Puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Partisipan dalam penelitian ini sebanyak enam orang perawat Puskesmas Beji Kota Batu. Hasil analisis dengan metode deskriptif terhadap hasil wawancara menghasilkan suatu makna yaitu merasakan ketidakberdayaan pada saat merawat korban kecelakaan lalu lintas di UGD Puskesmas, dan merasakan respon emosional pada proses berubah. Kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian ini adalah bahwa sistem pelayanan puskesmas telah berubah menjadi lebih kompleks tetapi perubahan itu tidak diikuti dengan perubahan dari sumber daya yang membangun sistem tersebut. Kepala Puskesmas sebaiknya lebih memperhatikan pegawainya sebagai pembangun sistem agar dapat lebih optimal dalam penanganan pasien.

Kata kunci : Unit Gawat Darurat Puskesmas, kecelakaan lalu lintas, pengalaman perawat, fenomenologi

ABSTRACT

The development of new community health center in delivering comprehensive care have an impact on the workload of nurses. These development clearly marked by the existence of emergency unit which run 24 hours. The purpose of this study was to explore the experience of emergency nurses in community health center caring for victims of traffic accidents. Qualitative research design was used in this research method with descriptive phenomenological approach. Six participants from Beji community health center nurses were participated in this study. The results from interview indicated that experiences of emergency unit Community health Center nurses lay in two themes there are feeling of powerlessness when caring for victims of traffic accidents in the emergency health center, and feel the emotional response to the process of change. Conclusions obtained from this research is the system has been changed to be more complex, but the change was not followed by a change of the resources were build the system. The head of community health center should pay more attention to their employees as system builders in order to optimize the management of patients.

Key words : Community Health Centers, emergency unit, nurse experience, phenomenology

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol : 1, No. 2, Nopember 2013; Korespondensi : Bintari Ratih Kusumaningrum, Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya; Jl. Veteran Malang. Telp: 0341-569117 pswt 126. Email : bintarirk@gmail.com

PENDAHULUAN

Kecelakaan lalu lintas merupakan masalah yang menjadi perhatian publik akhir-akhir ini. Kecelakaan lalu lintas menjadi penyebab kedua dari kematian yang terjadi pada orang di usia muda (McIlvenny, 2006). Menurut Kemenkes RI (2012) kecelakaan terjadi sebanyak 104.024 kasus, jumlah terbanyak terjadi di Propinsi Jawa timur. Naddumba (2008) menyebutkan bahwa *Public health* menjadi alternatif solusi untuk penanganan korban kecelakaan lalu lintas pada Negara yang tidak memiliki sistem *Emergency Medical Services (EMS)*. Indonesia merupakan Negara yang tidak memiliki sistem EMS secara resmi. Terdapat beberapa layanan ambulan gawat darurat tetapi hanya di kota-kota besar, sehingga untuk daerah yang terpencil sulit untuk mendapatkan akses perawatan pra rumah sakit (Pitt & Puspongoro, 2005). Adanya fenomena tersebut puskesmas atau *primary health care center* sebagai ujung tombak utama pelayanan kesehatan pada masyarakat diharapkan juga dapat berperan menangani kondisi gawat darurat pada korban kecelakaan lalu lintas (Mubarak & Chayatin, 2009).

Fenomena yang tergambar pada puskesmas saat ini adalah bahwa fungsi puskesmas telah berkembang. Puskesmas pada awalnya menekankan pada kegiatan promosi pendidikan kesehatan karena banyaknya penyakit akibat perilaku tidak sehat pada masyarakat. Memasuki zaman kemerdekaan Indonesia konsep kesehatan masyarakat bergeser menjadi upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang menekankan pada preventif dan kuratif dimana kedua aspek tersebut tidak dapat dipisahkan (Mubarak & Chayatin, 2009).

Perubahan jenis pelayanan kesehatan tersebut memberikan tantangan tersendiri bagi perawat untuk menyiapkan lingkungan yang telah berubah. Perubahan tersebut memerlukan penggabungan pengetahuan dan ketrampilan yang sudah dimiliki dengan pengetahuan dan ketrampilan yang didapatkan saat ini untuk dapat digunakan saat ini dan di masa depan (Pearson & Care, 2002).

Puskesmas Beji merupakan salah satu puskesmas di Kota Batu yang berada di pinggir jalan raya rawan kecelakaan lalu lintas. Pelayanan di puskesmas meliputi preventif dan kuratif dimana salah satu pelayanan kuratifnya adalah Unit Gawat Darurat (UGD). Fenomena tersebut tentunya memberikan respon pada perawat sebagai sumber daya manusia dalam organisasi lingkup

Puskesmas.

Penelitian ini penting untuk dilakukan karena setiap manusia memiliki respon yang berbeda dari setiap perubahan, Oleh karena itu perlu dilakukan eksplorasi lebih dalam mengenai pengalaman perawat UGD Puskesmas merawat korban kecelakaan lalu lintas untuk mengungkapkan fenomena yang terjadi karena perubahan puskesmas tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat UGD Puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas. Manfaat yang diharapkan yaitu sebagai masukan dalam penentuan kebijakan oleh pihak yang terkait yaitu dinas kesehatan dan puskesmas mengenai aspek psikologis perawat sendiri dalam memberikan perawatan kepada pasien terkait dengan peran sebagai perawat komunitas dan gawat darurat.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Lokasi penelitian di Puskesmas Beji Dinas Kesehatan Kota Batu. Penelitian dilakukan selama enam bulan. Partisipan yang ikut serta dalam penelitian ini yaitu sebanyak 6 orang perawat dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan dan dengan pengalaman kerja antara 6 tahun dan 20 tahun.

Data dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam semi terstruktur dengan waktu 25-50 menit dan direkam dengan alat perekam. Hasil wawancara di transkripsikan kemudian dianalisis menggunakan metode Colaizzi yaitu menggambarkan fenomena yang diteliti, mengumpulkan deskripsi partisipan terhadap fenomena, membaca semua deskripsi partisipan, memunculkan setiap makna yang muncul dari setiap pernyataan signifikan, mengatur makna yang muncul dalam bentuk kelompok tema, menuliskan deskripsi yang sudah jenuh, kembali ke partisipan untuk validasi, jika ada data baru saat validasi maka digabungkan dengan deskripsi data yang telah ada (Speziale & Carpenter, 2007)

HASIL

Hasil analisis data menunjukkan bahwa tema yang muncul antara lain merasakan ketidakberdayaan pada saat merawat korban kecelakaan lalu lintas di UGD Puskesmas, dan merasakan respon emosional pada proses berubah.

Tema 1. Ketidakberdayaan perawat pada saat merawat korban kecelakaan lalu lintas

Tema kedua dari pengalaman perawat UGD Puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan ini berarti suatu keadaan yang kurang adanya kekuatan, tidak mampu bertindak, kurangnya kekuatan untuk menjadi efektif, dan tidak berdaya dalam waktu yang lama. Ketidakberdayaan juga dapat diartikan sebagai persepsi bahwa tindakan yang dilakukan sendiri tidak berdampak efektif. Dalam tema ini terdapat sub tema yaitu kurang pengetahuan, takut membahayakan pasien, kehilangan otoritas, takut tuntutan hukum, dan kurang insentif.

Sub tema 1. Kurang pengetahuan

Dalam konteks ini kurang pengetahuan berarti perawat belum cukup memiliki pengetahuan tentang penanganan pasien kecelakaan lalu lintas. Perawat merasa kurang pengetahuan dalam pembaruan pengetahuan atau *update* pengetahuan. Penyebabnya adalah tidak ada pelatihan lanjutan seperti BTLS, BLS, PPGD, serta semua perawat memiliki sertifikat pelatihan yang telah kadaluarsa yang lebih 5 tahun yang diwakili oleh pernyataan tiga orang partisipan berikut ini.

"... Kalo ga ada dokternya itu kita yang bingung...kalo sore malem itu loo yang diajak ngomong nggak ada, kadang kan juga.. saya pelatihannya PPGD (pertolongan Pertama gawat darurat) tok.... tahun 2006-2007,yo wes ilmunya sudah berkembang yo, sudah ga laku lagi, ga valid paling ilmune..." (P2)

Pernyataan partisipan 2 menggambarkan bahwa bingung mencerminkan suatu ketidakberdayaan dalam hal melakukan tindakan. Perawat tersebut menggantungkan diri ke dokter karena dokter lebih banyak pengetahuannya dibanding dengan dirinya yang pelatihannya sudah lama dan sudah tidak baru.

Ketidakberdayaan dari segi kurangnya pengetahuannya juga memotivasi mereka untuk mencari solusi. Solusi yang mereka lakukan adalah dengan mencari informasi sendiri melalui pencarian diinternet, mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan secara autodidak yaitu belajar sendiri, mencari sendiri, dan berusaha meyakinkan diri sendiri untuk bisa melakukan ketrampilan itu, berbagi pengetahuan dengan perawat yang masih baru yang pernah kerja di rumah sakit, dan diberi informasi oleh dokter. Makna ini didapatkan dari

pernyataan dari tiga partisipan berikut ini:

"..Paling yaa sharing (berbagi ilmu) sama temen-temen. Temen-temen itu kan banyak yang dari RS a.. yang masih muda-muda itu kan keluaran dari RS biasanya kita omong-omongan kalo ada gini-gini diapakan..." (Partisipan 2)

"...Jadi kita cuma browsing-browsing, gitu kan ga sah, ga ono ijasah e, ga diakui kalo tau-tau seperti itu..." (Partisipan 1)

"...Saya sering dari otodidak dari dulu ya belajar sendiri, terus liat dari pas dibimbing dokter, dokter yang mbantu terus saya sendiri, memede-medekan diri. Dari informal, dari liat ... teorinya ya sedikit-sedikit tau, yaa itu mede-medekan diri, dengan risiko..." (Partisipan 3)

Sub tema 2. Takut Membahayakan Pasien

Sub tema kedua yang menyebabkan ketidakberdayaan perawat adalah takut membahayakan pasien. Makna ini muncul bahwa partisipan tidak mengetahui penanganan pada kondisi pasien dengan luka berat sehingga mereka ingin segera membawa pasien ke rumah sakit yaitu merujuk pasien ke rumah sakit. Perawat mengatakan hal itu perlu di rujuk karena di Puskesmas tidak ada peralatan untuk membantu menegakkan diagnosa seperti foto *rontgen* dan *CT scan*. Selain itu dari segi kemampuan perawat merasa tidak mampu merawat kasus tersebut karena untuk kasus tersebut membutuhkan perawatan lanjutan. Makna ini didapatkan dari ungkapan semua partisipan berikut ini:

"..kalo kasus cedera kepala sering sih, cuma ya kalo saya lihat cuma robek biasa sih, robek abrasi, kayak gitu kalo memang sudah parah sampe keluar darah dari telinga atau kesadaran sudah menurun kebanyakan kita rujuk..." (Partisipan 5)

"Apapun dengan cedera kepala kalo mbendhol (benjol) di kepala harus dikirim (mengatakan dengan tegas)..." (Partisipan 2)

Takut membahayakan pasien juga muncul dari pernyataan partisipan saat partisipan merasa cemas saat merujuk, takut terjadi apa-apa dengan pasien, dan kuatir kalau meninggal. Cemas dalam konteks ini adalah perawat merasa takut jika tidak bisa mengatasi, takut jika korbannya parah dan takut membahayakan pasien seperti yang diungkapkan oleh lima partisipan berikut ini:

“...panik, opo yo (apa ya). maksud'e (maksudnya) biar ga terjadi apa - apa maksud'e (maksudnya) itu opo ya... stres..” (Partisipan 2)

... yaa kuatir .. yang jelas ya kuatir.. Kuatirnya yaa... kalo pas dirujuk meninggal.. (Partisipan 3)

“..Kalo nanti ada apa-apa, kalo mati..” (Partisipan 6)

“..Kalo kondisi merujuk itu memang stres, kalo saya sendiri merasakan stres...” (P5)

“...pingin cepet-cepet nyampe... jadi kalo disana cepet nyampe biar cepet ditangani...” (P4)

Sub tema 3. Kehilangan Otoritas

Kehilangan otoritas ini muncul sebagai sub tema karena dari ungkapan partisipan menunjukkan bahwa perawat tidak mempunyai otonomi atau wewenang untuk menentukan tindakannya dan pengambilan keputusan. Hal ini disebabkan oleh adanya aturan bahwa setiap ada kasus harus menelepon dokter, dan dokter sebagai penentu pasien itu dirujuk atau tidak. Sehingga tindakan yang sering dilakukan oleh perawat adalah tindakan medis atas perintah dokter seperti menjahit luka, memberikan cairan infus, dan meresepkan obat.

Kehilangan otoritas menjadi sub tema dari ketidakberdayaan perawat karena perawat dituntut untuk dinas sore dan malam tanpa adanya dokter tetapi semua tindakan dibebankan kepada perawat, sehingga perawat merasa tidak berdaya.

Partisipan merasa tidak puas dengan aktivitas konsultasi yang mereka lakukan dengan cara komunikasi dengan dokter melalui telepon. Mereka merasa ragu akan penangkapan informasi yang diterima oleh dokter seperti yang diungkapkan oleh 4 partisipan berikut ini.

“...kalo telpon dokternya... “GCS seperti ini, seperti ini, pasiennya seperti ini gimana dok?” (Partisipan 2)

“...dulu itu mau dibikin setiap kali ada tindakankan kan harus lapor...ke dokter jaga.. emmm.. ya opo ya mbak sebagai petugas itu kadang lapor tok tapi kita yang suruh ngerjakan kan tetep a, ya sekedar lapor malihan, hasilnya akan sekedar lapor.. jadi emmm apa kadang-kadang ya selesai tindakan kita baru memberi tau..” (Partisipan 1)

“...kalo ada pasien kan kita lebih banyak kita yang menganalisa, o begini begini.. dokternya

kan hanya denger kan jadi dokternya kan cuma ngira-ngira ya rujuk ya ginikan kasi terapi ini. Kalo kita salah menganamnese kan dokternya juga salah terapi kan...” (Partisipan 4)

“...telpon dulu.. wes(sudah) ribet kan, yang penting pasiennya dulu ditangani, nunggu telpon dulu, wes (sudah) terlalu lama banyak buang waktu..” (Partisipan 4,5)

Tindakan yang diperintahkan oleh dokter sebagian besar adalah tindakan medis dan semuanya dikerjakan oleh perawat. Mereka terlalu sering mengerjakan tindakan medis sehingga menganggap bahwa tindakan medis yang didelegasikan ke perawat adalah tindakan keperawatan mandiri. Anggapan itu menunjukkan bahwa partisipan tidak memahami perbedaan tindakan mandiri keperawatan dan tindakan delegasi sehingga muncul persepsi bahwa perawat boleh melakukan hal itu. Kondisi tersebut mengesankan bahwa perawat pembantunya dokter karena hanya menerima tugas dari dokter dan jarang melakukan tindakan keperawatan. Kondisi ini dibuktikan dengan pernyataan partisipan 4 berikut ini:

“Ee kalo hecing (jahit luka)si semua yang ngerjakan perawat, hecing, infus, incise itu perawat, meski dokternya ada biasanya tetep perawat, rawat luka combus (luka bakar) itu perawat. Dokternya cuma ini ini ini, obat, terapi udah... Kalo menurut saya sih itu tindakan mandiri, karena kan perawat kan boleh melakukan itu, ilmunya kita punya, untuk rawat luka hecing kan kita bisa juga” (Partisipan 4)

“Kalo di RS kan mungkin dokter butuh perawat, perawat butuh dokter, klo di sini.. ya.. gimana ya. Jadi kita ke dokter masih.. (nunduk nunduk seperti menundukkan kepala jika bertemu atasan), lebih kayak hormat. Jadi kita kesannya kita itu mbantu...” (Partisipan 4)

Sub tema 4. Takut Tuntutan Hukum

Makna takut terhadap tuntutan hukum muncul karena partisipan mengungkapkan pernyataan bahwa dokumentasi sebagai bukti pertanggungjawaban. Dokumentasi dalam konteks asuhan keperawatan berarti pencatatan secara tertulis mulai dari hasil pengkajian sampai evaluasi pasien yang dirawat. Dokumentasi merupakan bukti legal dari tindakan perawat karena saat ini masyarakat semakin kritis. Seperti yang diungkapkan oleh Partisipan 1 berikut ini.

"misalnya ada complain keluarga...kita wes (sudah) nulis di buku, telpon dokter, kan banyak yang tahu kejadiannya jadi bisa dipertanggung-jawabkan." (Partisipan 1)

"..konsultasi ke dokter kalau ada pasien.. Karena ada tanggung jawab dan tanggung gugat.. Nanti kalo ada apa-apa tanggung jawab personal.. Kalau tidak sesuai prosedurnya, tanggungan pribadi. Lhaa yo emoh (ya tidak mau).. (Partisipan 1)

".. masyarakat kita kan kritis sekarang.. kalo kita gak rujuk nanti salah.." (Partisipan 6)

Sub tema 5. Kurang insentif

Kurang insentif dalam konteks ini adalah perawat merasa tidak mendapatkan imbalan yang pantas dari tugas yang mereka jalankan. Kurangnya insentif memberi dampak pada perawat antara lain kecewa, marah, dan tidak dihargai. Pada konteks kurang insentif ini perawat tidak puas dengan insentif yang diterima karena disamakan dengan pegawai puskesmas yang lain yang beban dan risiko kerjanya tidak sama seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

"...yo males yo mbak, kita ga melulu dari UGD kan ada rawat inapnya, lha rawat inap kan kasus e macem-macem ada yang menular ada yang biasa.. kita yoo jadi apa yo terpapar lah terpapar sembarang kalir ga ono... ga ada imbal baliknya.. (terpapar segala macam penyakit tetapi tidak ada balasannya)" (P2)

Tema 2. Merasakan respon emosional dalam proses berubah

Kondisi multi peran dan adanya proses perubahan pelayanan memberikan respon emosional yang memiliki tahapan. Tahapan tersebut muncul dalam sub tema yaitu pada awalnya merasa kelelahan dan pada akhirnya mampu menerima perubahan. Multi peran dalam konteks ini bermakna perawat memiliki peran yang menuntut di untuk bekerja di UGD dan di masyarakat atau komunitas. Sehingga perawat tidak hanya bekerja pada pagi hari saja tetapi harus bekerja secara shift di UGD dan di Puskesmas. Sub tema kelelahan didapatkan dari ungkapan partisipan berikut ini

"...Kalo dines malam, pagi masuk, malam masuk besoknya libur, jadi istilahnya masuk 6 hari kerja, hari ini kerja 2 kali besok libur,...Jadi abis dines malam terus da kegiatan turun lapangan harus datang, jadi abis dines malam nerus kerja

lagi , liburnya diganti hari berikutnya...capek sii...remek (lelah sekali) (tertawa), tapi uda biasa sih, temen-temen juga gitu.."(Partisipan 4)

"...saya kalo memang jaga UGD ya jaga UGD. Kalo pas ngepaskan sama program itu lo yang repot, kaya pas abis jaga malam terus besok ada rapat, jaga malam terus besoknya ada supervise, kebetulan saya kan pegang program imunisasi, jadi yaa agak repot..." (Partisipan 3)

PEMBAHASAN

Ketidakterdayaan Perawat Dalam Merawat Korban Kecelakaan Lalu Lintas

Pada studi ini salah satu penyebab ketidakterdayaan perawat dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas adalah kurang pengetahuan perawat dalam perawatan korban kecelakaan lalu lintas. Kurangnya pengetahuan perawat dapat menambah rasa ketidakterdayaan mereka. Studi oleh Raatikainen (1994) pada 179 perawat rumah sakit di Finlandia menunjukkan bahwa perawat yang tidak berdaya memiliki pengetahuan yang kurang tentang kebutuhan pasiennya sehingga kurang mampu untuk membuat keputusan klinis. Banning (2007) juga menyebutkan bahwa untuk membuat suatu keputusan klinis dalam kondisi gawat darurat dibutuhkan pengetahuan yang memadai. Hal ini tidak terjadi di Indonesia saja, Mahfouz et al (2007) menyebutkan bahwa di *South Western Saudi Arabia* di distrik Abha terdapat 28 Puskesmas dimana dokter tidak mengetahui dengan pasti kasus yang dihadapi *true emergency* atau tidak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat merasa takut dan cemas jika membahayakan pasien. Kecemasan yang mereka alami karena takut terjadi perburukan pada pasien, atau pasien meninggal. Keadaan dimana mereka takut membahayakan pasien adalah salah satu cara perawat menjalankan perannya sebagai advokat pasien. Menurut *American Nurses Association*, (2011) tidak membahayakan pasien artinya, mencegah pasien mengalami cedera lebih lanjut dan penularan infeksi, menghindari kesalahan dalam merawat pasien.

Penyebab ketidakterdayaan perawat yang lain adalah seringnya mereka mendapat perintah dari dokter sehingga mereka kehilangan otoritas. Salah satu penyebab ketidakterdayaan mereka adalah seringnya mereka mendapat perintah dari dokter sehingga mereka kehilangan otoritas. Perintah tindakan mereka dapatkan dari komunikasi melalui telepon. Perawat menilai konsultasi melalui telepon ini tidak efektif sehingga

menyebabkan perawat bingung dan merasa repot. Kondisi ini diungkapkan juga oleh Curtis (2001) komunikasi yang tidak efektif antara perawat dan dokter atau tenaga kesehatan lain dapat menimbulkan stres dan kejadian yang tidak diinginkan. Stres yang terjadi dapat menimbulkan efek yang buruk pada perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Efek tersebut antara lain turunnya motivasi, menurunnya kemampuan memecahkan masalah, dan penurunan kualitas pelayanan.

Kehilangan otoritas ini juga dapat disebabkan oleh kurang pengetahuan perawat. Boström *et al* (2012) menyebutkan bahwa otoritas perawat merupakan tantangan masa depan untuk perawat Puskesmas karena otoritas dibutuhkan untuk membuat keputusan dan melakukan pengkajian, dimana untuk melakukan itu semua dibutuhkan pengetahuan.

Seringnya mereka melakukan tindakan atas perintah dokter tersebut membuat mereka merasa menjadi pembantu dokter. Menurut Gaventa's *theory of power and powerlessness* (1980) permasalahan psikologis perawat adalah menjadi pembantu setia dari dokter, selain itu adanya pengaruh nilai patriarki dari profesi medis (Dykema, 1985). Nilai patriarki adalah suatu nilai adanya kekuasaan penuh dari profesi medis ke profesi perawat sehingga perawat merasa sebagai pembantu dokter yang tidak memiliki wewenang. Hasil penelitian oleh Boström *et al* (2012) juga menunjukkan bahwa perawat Puskesmas dalam membuat keputusan merasa tidak nyaman dan merasa diabaikan oleh profesi lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat sangat menjaga tindakannya agar tidak melanggar hukum dengan cara berkonsultasi dengan dokter tentang obat dan tindakan yang dilakukan. Konsultasi dilakukan terutama jika dinas sore dan malam karena tidak ada dokter yang berada di puskesmas, dokter jaga hanya dihubungi untuk konsultasi melalui telpon.

Pramesti (2013) menjelaskan bahwa adanya konsultasi dan pendelegasian ini merupakan hubungan hukum antara dokter dan perawat. Konsultasi merupakan salah satu hubungan rujukan dalam hal ini adalah rujukan medis yaitu konsultasi penderita untuk keperluan pengobatan, diagnostic, tindakan operatif dan lain-lain (Mubarak & Chayatin, 2009). Konsultasi ke dokter ini juga merupakan bentuk rujukan medis secara internal antar petugas kesehatan. Menurut Pramesti (2013) dalam hubungan rujukan perawat dapat melakukan tindakan sesuai keputusannya sendiri, sementara pada hubungan delegasi perawat tidak dapat mengambil

keputusan sendiri tetapi melakukan tindakan sesuai dengan delegasi yang diberikan oleh dokter.

Kurangnya insentif memberi dampak pada perawat antara lain kecewa, marah, dan tidak dihargai. Perawat sebenarnya dalam merawat harus hadir sepenuhnya untuk pasien baik secara fisik maupun emosi (Finlayson, 2010). Tetapi pada kenyataannya kurangnya insentif ini membuat perawat hanya sekedar merawat, tanpa melibatkan aspek emosi. Mereka mengungkapkan hal ini dengan ungkapan "*nggak ngoyo, asal-asalan*" dalam bahasa Indonesia berarti tidak bersungguh-sungguh. Padahal sebagai perawat di unit gawat darurat perawat juga sebagai konselor untuk membantu klien mengenali masalah serta bagaimana mengatasi masalahnya dengan melibatkan aspek emosi, intelektual, dan dukungan psikologis (Potter & Perry, 2005).

Merasakan respon emosional dalam proses berubah

Penambahan pelayanan Puskesmas menjadi Puskesmas perawatan dengan UGD 24 jam menunjukkan adanya suatu perubahan. Perubahan itu membawa dampak bagi individu yang mengalami. Sesuai dengan Teori Transisi oleh Meleis (2010) bahwa kondisi transisi membutuhkan suatu pengetahuan agar berdampak pada hasil perubahan. Jika pengetahuan tidak mencukupi maka hasil yang diharapkan tidak sesuai. Hal ini terjadi pada perawat puskesmas dimana mereka dituntut untuk melayani pasien gawat darurat tetapi pengetahuan mereka tentang kegawatdaruratan kurang dan tidak ada pelatihan rutin untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka.

Perubahan pelayanan puskesmas juga membuat peran perawat menjadi berubah. Perawat memiliki peran ganda dimana harus bekerja di puskesmas sebagai pengelola program dan juga harus dinas di UGD mengikuti shift pagi, sore, malam. Kondisi tersebut dapat diamati sebagai perubahan organisasional. Meleis (2010) menyebutkan perubahan organisasional meliputi perubahan lingkungan yang mempengaruhi kehidupan klien dan pekerja yang merawat mereka, dalam hal ini perawat juga mengalami perubahan tersebut.

Perubahan organisasional pada saat itu merupakan kondisi *unfreezing* yaitu langkah pertama dalam teori perubahan menurut Lewin (Kritsonis, 2005). Perawat di paksa untuk berubah dari perawat yang hanya dinas pagi dinas di Poli dan perawat di komunitas harus berdinis juga di UGD dalam shift pagi, sore, dan malam. Untuk mencapai tahap *unfreezing* ini perawat juga diberikan pelatihan tentang kegawatdaruratan sebagai

cara untuk mempersiapkan perawat dalam menghadapi perubahan. Hal ini sesuai dengan teori Lewin dalam Kritsonis (2005) bahwa salah satu tindakan untuk membantu proses *unfreezing* adalah dengan mempersiapkan pekerja menghadapi perubahan. Tetapi pada kenyataannya, pemberian pelatihan itu tidak dilakukan secara berkelanjutan, sehingga mereka merasa kurang *update* dalam pengetahuan yang dapat menyebabkan mereka tidak berdaya.

Langkah kedua dari proses perubahan adalah *movement*. Pada langkah ini yang penting adalah menggerakkan target ke tingkat keseimbangan yang baru. Tiga kegiatan yang dapat membantu di dalam langkah ini antara lain meyakinkan pekerja bahwa kondisi *status quo* tidak menguntungkan untuk mereka dan mendukung mereka untuk melihat masalah dari cara pandang yang baru, bekerja bersama untuk pencarian baru, informasi yang relevan, pemimpin yang kuat juga dapat mendukung perubahan (Kritsonis, 2005).

Dalam penelitian ini setelah ada UGD perawat berusaha beradaptasi dengan peran baru dan dengan jadwal yang berbeda serta ada respon-respon emosional dari perubahan itu. Perawat yang sebelumnya bekerja santai hanya sampai jam 1 di poli sekarang harus bergiliran dinas sore dan malam dimana tidak ada dokter yang *stand by* di UGD. Komunikasi dengan dokter dilakukan melalui telepon. Respon yang ditunjukkan oleh perawat antara lain merasa lebih lelah dan bingung karena jika jaga malam ketika besoknya ada program ke masyarakat maka perawat harus masuk pagi. Kebingungan yang dirasakan pada proses *movement* ini juga disebabkan oleh tidak adanya dokter jaga yang *stand by* di UGD. Perawat merasa takut tidak bisa melakukan tindakan apa-apa jika ada kasus kecelakaan lalu lintas yang parah. Salah satu cara untuk mengatasi permasalahan pada langkah ini adalah bekerja bersama mencari solusi (Kritsonis, 2005). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa untuk mengatasi tidak adanya dokter maka perawat harus menelepon dokter jika ada pasien. Tetapi pada kenyataannya perawat merasa keberatan jika harus menelepon dan tidak puas dengan proses menelepon karena dokter tidak berada ditempat dan tidak tahu kondisi yang sebenarnya.

Langkah ketiga dari proses perubahan adalah *refreezing* yaitu pembekuan kembali atau mempertahankan kondisi yang telah berubah. Kondisi ini terjadi dimana perubahan ini dipertahankan untuk mencegah pekerja kembali ke kondisi keseimbangan yang lama. Tindakan

yang dilakukan adalah melembagakan kondisi keseimbangan melalui proses formal maupun informal (Kritsonis, 2005). Dalam penelitian ini cara yang dilakukan adalah dengan pembuatan SOP yang dilakukan oleh perawat dan dokter di Puskesmas Beji karena tidak ada SOP resmi dari dinas kesehatan, selain itu juga membuat jadwal dinas di UGD dan pengelolaan program.

Proses perubahan yang dialami oleh perawat puskesmas dari sebelum ada UGD sampai ada UGD memberikan respon emosional. Respon emosional tersebut dialami secara bertahap. Respon emosional terhadap perubahan yang dihadapi oleh perawat di UGD Puskesmas Beji saat ini yaitu mereka sudah sampai pada tahap penerimaan dan dalam fase *refreezing*. Hal ini terjadi karena proses perubahan telah berjalan selama sepuluh tahun.

Implikasi keperawatan

Pengalaman perawat UGD Puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas merupakan pengalaman yang kompleks. Implikasi secara teori adalah permasalahan yang dihadapi oleh perawat UGD Puskesmas berbeda dengan perawat yang bekerja di UGD rumah sakit. Dari segi sistem ada perubahan konsep pelayanan puskesmas dari promotif menjadi promotif kuratif dengan adanya UGD 24 jam yang menuntut perawat untuk dinas 24 jam, tetapi perubahan sistem itu tidak diikuti dengan perubahan yang membangun sistem itu sendiri, seperti sumber daya manusia. Implikasi secara praktik memberikan gambaran bahwa dalam menjalani perubahan banyak permasalahan yang dihadapi oleh perawat sehingga diperlukan kebijakan dinas kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat tentang kesehatan dan juga kebutuhan perawat agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat kepada masyarakat.

KESIMPULAN

Pengalaman perawat UGD Puskesmas dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas terdiri dua tema besar yaitu ketidakberdayaan perawat dalam merawat korban kecelakaan lalu lintas dan merasakan respon emosional dalam proses berubah. Tema tersebut muncul sebagai akibat dari adanya perubahan konsep pelayanan puskesmas dari promotif menjadi promotif kuratif dengan adanya UGD 24 jam yang menuntut perawat untuk dinas 24 jam. Tetapi perubahan sistem itu tidak diikuti dengan perubahan yang membangun sistem itu sendiri, seperti sumber daya manusia.

SARAN

Perlu dilakukan pembenahan sistem pelayanan kesehatan yang dapat memfasilitasi perawat maupun tenaga kesehatan yang lain agar dapat berkembang dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan untuk

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (2011) The nursing process. <http://nursingworld.org/> diunduh pada 14 Juli 2013
- Banning, M. (2007). A review of clinical decision making: models and current research. *J. Clinical Nursing* 17(2):187-195
- Boström, E, Hörnster, A, Persson, C, Rising, I, Fiscer, RS. (2012) Clinical challenges and ongoing role changes for primary health-care nurses. *British Journal of Community Nursing* 17(2):68-74.
- Curtis, K. (2001) Nurses' experiences of working with trauma patients. *Nursing Standard*, 16 :33-38.
- Dykema, LL (1985) Gaventa's theory of power and powerlessness: application to nursing. *Occupational Health Nursing* 33(9): 443-446
- Finlayson, L. (2010) One nurse's experience of providing care while working within an overcrowded emergency department – an autoethnographic study. Waikato Institute of Technology.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2012) Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011. <http://www.depkes.go.id> diunduh tanggal 22 Februari 2013.
- Kritsonis, A (2005) Comparison of Change Theories . *International Journal Of Management, Business, and Administration* 8(1):1-7
- Mahfouz, A. A, Abdelmoneim, M.Y. Khan, Daffalla, A. A., Diab, M. M., El-Gamal, M. N. & Al-Sharif, A. I. (2007) Primary health care emergency services in Abha district of southwestern Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13: 103-112.
- McIlvenny, S(2006) Road Traffic Accidents- A challenging epidemic. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 6(1): 3-5
- Meleis,A (2010) Transition Theory In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (Eds.) *Nursing theory and their work*. Philadelphia, Mosby.
- Mubarak, WI & Chayatin, N (2009) Ilmu keperawatan komunitas pengantar dan teori. Buku 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Naddumba, EK (2008) Musculoskeletal Trauma Services in Uganda. *Clin Orthop Relat Res* 466:2317–2322
- Pearson, CL & Care WD (2002) Meeting the continuing education needs of rural nurses in role transition. *Journal Of Continuing Education in Nursing* 33(4): 174-179
- Pitt & Puspongoro (2005) Prehospital care in Indonesia *Emerg Med J* 22:144-147
- Pramesti, AA Intan (2013) tanggung jawab hukum dalam hubungan dokter perawat ojs.unud.ac.id diunduh 14 Juli 2013
- Potter & Perry (2005) Buku ajar Fundamental keperawatan konsep, proses dan praktik volume 1. Jakarta : EGC
- Raatikainen, R (1994) Power or the lack of it in nursing care. *J Adv Nurs.* 19(3):424-32.
- Speziale & Carpenter (2007) Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins